

А. Н. ДАДАМУҲАМЕДОВ, Ш.Э. ОМОНОВ

БОЛАЛАР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯСИ

*5720200-«Педиатрия иши» йўналишида таълим олаётган
талабалар учун дарслик*

*Қайта ишланган ва тўлдирилган
иккинчи наشري*

ТОШКЕНТ
ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ЭНЦИКЛОПЕДИЯСИ
ДАВЛАТ ИЛМИЙ НАШРИЁТИ

2005

Тақризчи: I Тошкент Давлат тиббиёт институти оториноларингология кафедраси маслаҳатчиси, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, тиббиёт фанлари доктори, профессор **Қ.Ж. Миразизов**

Д 15 Дадамухамедов А.Н., Омонов Э.

Болалар оториноларингологияси: 5720200—«Педиатрия иши» йўналишида таълим олаётган талабалар учун дарслик.—2-қайта ишланган ва тўлдирилган нашри /А.Н.Дадамухамедов, Ш.Э.Омонов; Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги.—Т.: Ўзбекистон миллий энциклопедияси Давлат илмий нашриёти, 2005.—264 б.

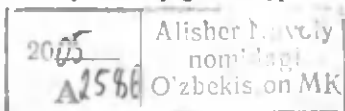
I. Муаллифдон.

ББК 57.33я 73

10 31255
393

Дарсликда юқори нафас йўллари аъзолари ва қулоқнинг клиник анатомияси, физиологияси ва уларни текшириш усуллари баён этилган. Болаларда ЛОР аъзолари туғма ва орттирилган хасталиklarнинг пайдо бўлиш сабаблари, уларнинг намоён бўлиши, даволаш ва бу касалликларнинг олдини олиш чоралари замонавий илм- фан ютуқларига асосланган ҳолда ёритилган, кўшимча маълумотлар билан бойитилган.

Дарслик тиббиёт институтлари педиатрия факультетлари талабалари учун амалдаги намунавий ўқув дастурига мувофиқ ёзилган.



ҚУЛОҚНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Қулоқ одамнинг эшитиш ва мувозанат аъзоси, унинг анатомик тузилиши ва бажарадиган ўзига хос вазифалари жуда мураккаб. Мазкур аъзонинг мураккаб тузилишини, вазифаларини яхши ўрганиб олган талабагина қулоқ касалликлари патогенезини, клиникасини тўғри тушунади, унга тўғри ташҳис қўяди ва даволаш режасини тузади.

Қулоқ ташқи, ўрта ва ички қулоққа ажратилади.

Ташқи қулоқ (*Auris externa*) — қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлидан иборат. Қулоқ супраси биринчи жабра ёриғини ўраб турган мезенхима тўқимаси билан қопланган. Эмбрион ривожланишининг иккинчи ойи давомида қулоқ супраси соҳасида олтита дўмбоқча ҳосил бўлади. Дўмбоқчалар ўртасидаги чуқурча ичкарига қараб ўрта қулоққа ўсиб киради ва ташқи қулоқ йўлини ҳосил қилади. Қулоқ дўмбоқчаларининг ривожланиши ва уларнинг бирлашиб кетиши натижасида қулоқ супраси юзага келади. Қулоқ супраси калла суягининг пастки жағ бўғими ва сўрғичсимон ўсиқчаниннг ўртасида жойлашган.

Қулоқ супраси усти тери билан қопланган эластик тоғайдан тузилган. Унинг орқа сатҳи бир текисда силлиқ, ботиқ сатҳи олдинга қараган, ярим ой шаклидаги тери бурмалари ва улар орасида ҳосил бўлган чуқурчалардан иборат. У ёш болаларда жуда юмшоқ ва қайишқоқ бўлади.

Қулоқ супраси тоғайининг чети қайрилиб, бу супра бурмаси — *helix* ни ҳосил қилади. У олдинги ва юқори томондаги қулоқ чуқурчаси (тешиги) соҳасида бурманиннг оёғи — *crus helix* дан бошланиб, олдин юқорига ва орқа томонга, сўнгра пастга ва олдинги томонга қараб қайрилиб, қулоқ супраси юмшоғи (солинчак — мочка) — *lobulus aurisculae* гача давом этади. Бунда тоғай бўлмайди. Буни билиш — қулоқ супраси тоғай қисмининг яллиғланиши ва сарамас касаллиги билан қиёслашда ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга.

Қулоқ супрасининг четки қийиғи — *helix* га параллел (ўзаро ёндош) йўналган бўртма бўлиб, у *antihelix* дейилади. Юқори томонда икки оёқча — *crus antihelix* га ажралади, пастки томонда — *antitragus* деб аталувчи дўмбоқ билан тугайди.

Helix билан *antihelix* орасида ариқча (*scapha*) бор. Қулоқ тешиги олд томонда *tragus* деб аталувчи дўмбоқ билан чегараланган.

Қулоқ супрасининг ҳаракатга келтирувчи мушаклари бўлиб (*m.m.auricularis superior, anterior et posterior*), улар рудимент ҳолда сақланиб қолган (1-расм).

Қулоқ супрасини — *a. temporalis, superficialis* ва *a. auriculari posterior* лар қон билан таъминлайди.

Лимфа тугунлари қуйидагилардан иборат:

1. **Jnn. mastoidei** — қулоқ супрасининг орқа томонида сўрғичсимон ўсиқ соҳасида жойлашган лимфа тугунлари бўлиб, уларга чакка, энса ва қулоқнинг орқа томонидан келувчи лимфа томирлари келиб қўшилади.

2. **Jnn. parotidei** — қулоқ олди бези соҳасида жойлашган лимфа тугунлари.

Қулоқ супрасини асосан: *n. auricula temporalis* (уч шохли нерв тармоғи) ва *n. auricularis magnus* (бўйин чигали) нерв билан таъминлайди.

Ташқи эшитув йўли — *meatus acusticus externus*.

Қулоқнинг ташқи тешиги билан ноғора парда оралиғида жойлашган «S» симон йўл бўлиб, унинг узунлиги ёш болаларда 20–25 мм (2-расм). Канал охирида қулоқ пардаси, яъни ноғора парда жойлашган, у ташқи қулоқни ўрта қулоқдан ажратиб туради. Чақалоқ ва ёш болаларда ташқи қулоқ йўлининг суяк қисми ривожланмаган, фақатгина *annulus tympanicus* бўлади, шу сабабли унинг юқори ва пастки девори бир-бирига деярли тегиб туради. Бола улғайган сари ташқи қулоқ йўли кенгайиб, унинг суяк қисми ривожлана боради.

Ташқи эшитув йўли ташқи тоғай (2/3 қисми) ва ички суяк (1/3 қисми) қисмлардан иборат бўлади. Ташқи қулоқ йўлининг олд ва пастки қисмида тоғай бўлиб, унинг орқа ва юқори девори фиброз — қўшимча тўқимадан ташкил топган.

Ташқи эшитув йўли тери қавати тоғай қисмида бирмунча қалинроқ, суяк қисмида жуда юпқа бўлади. Тоғай ва суяк қисмлари ўзаро ўтмас бурчак ҳосил қилиб туташади, шу ерда эшитув йўли бироз тораяди, бунни бўйин (*isthmus*) дейилади. Бола улғайган сари ташқи эшитув



1-расм. Қулоқ супраси. 1— *tragus*; 2— *lobulus auricularis*; 3— *helix*; 4— *antihelix*; 5— *antitragus*; 6— *crus helices*.



2-расм. 1— санторин ёриқчалари; 2— ташқи эшитув йўли; 3— ноғора парда.

йўли яссиланиб, унинг узунлиги ва шакли 10—12 ёшга бориб катталарникига тенглашади.

Ташқи эшитув йўли ўз йўналишида горизонтал (ётиқ) ва фронтал параллел текисликларда букилмалар ҳосил қилади. Бу ноғора пардани кўришда бирмунча қийинчилик туғдиради.

Эшитув йўлининг тоғай қисмини сертук тери қоплаган бўлиб, у қулоқ чиркини ишлаб чиқаради. Эшитув йўли тоғай қисмининг олд ва пастки деворида бир нечта ёриқчалар бор, улар *санторин ёриқчалари* деб юритилади.

Бу ёриқчалар орқали яллиғланиш жараёни ташқи эшитув йўлидан қулоқ олди безига ва аксинча, қулоқ олди безидан ташқи эшитув йўлига ўтиши мумкин.

Ташқи эшитув йўлининг устки (чакка суягининг тангачасимон қисми билан чегараланган), олдинги (пастки жағнинг бўғим бошчаси билан чегараланган), орқа (сўрғичсимон ўсиқнинг олд девори билан чегараланган) ва пастки (қулоқ олди бези билан чегараланган) деворлари фарқланади.

Ташқи қулоқ ташқи уйқу артерияси тармоқлари, яъни *a. temporalis*, *a. auricularis posterior*, *a. auricularis profunda* лар орқали қон билан таъминланади. Вена қони *v. auricularis profunda*, *plexus pterygoidea* лар орқали *v. jugularis interna* га қуйилади.

Сезувчи нервларга уч шоҳли нерв тармоқлари (толалари) билан бир қаторда, адашган нервнинг қулоққа келадиган тармоғи (*r. auricularis n. vagi*) ҳам қатнашади. Бу тармоқ ташқи эшитув йўлининг орқа деворида майда тармоқларга бўлиниб кетади. Шу сабабли ташқи эшитув йўлининг терисини қитиқлаганда ёки қаттиқ босганда, беморда кўпинча беихтиёр йўтал пайдо бўлади. Эшитув йўли деворларининг лимфа томирлари қулоқ супрасининг олд томонида, сўрғичсимон ўсиқ устида, шунингдек, эшитув йўлининг пастки деворларида жойлашган лимфа тугунлари орқали *truncus jugularis* га қуйилади. Ташқи эшитув йўли яллиғланганда, кўпинча шу лимфа тугунлари шишади ва уларда оғриқ пайдо бўлади.

НОҒОРА ПАРДА

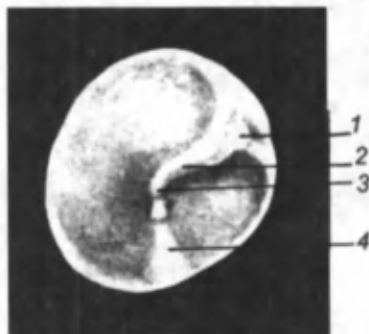
Ноғора парда (*membrana tympani*) — ташқи эшитув йўлини ўрта қулоқ бўшлиғидан ажратиб туради. Ташқи эшитув йўлининг суяк қисми *sulcus tympanicus* деб аталувчи айлана шаклидаги тарновча билан тугайди, ноғора парданинг чети шу тарновчага жойлашади.

Парда юпқа, болаларда доира, катталарда овал (ясси) шаклда бўлади. Чақалоқ қулоқ пардасининг юза эпидермис қавати қалин бўлиб, ёш улғайган сари аста-секин ноғора пардаси зичлашади (таранглашади) ва жуда юпқалашиб қолади. Ноғора парда катталиги 9x8 мм, қалинлиги 0,1 мм га тенг. У 100 мм симоб устуни босимига чидайди (3-расм).

Юқорида айтиб ўтилганидек парданинг кўп қисми суяк ҳалқанинг тарновчасига жойлашган бўлади ва шунинг учун ҳам таранг тортилган қисм дейилади (*pars tensa*). Парданинг оз, тепа қисми Ривини ўймасига (*incisura Rivini*) жойлашган бўлиб, бўш салқи қисми (*pars flaccida*) дейилади, яна бу қисмни *Шраннелл пардаси* деб ҳам атайдилар.

Ноғора парда уч қаватдан иборат. **1. Ташқи тери (эпидермис) қавати** — эшитув йўли терисининг давоми. **2. Ўрта** — фиброз (толали) қавати, у қўшувчи тўқимадан иборат бўлиб, фиброз қават толаларининг бири айланма ва иккинчиси шуъласимон ҳолда жойлашган. **3. Ички қават** — шиллиқ қават ҳисобланиб, бу қават ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг давоми, кубсимон эпителийдан тузилган. Шунини айтиб ўтиш керакки, парда қаватлари, унинг барча юзасида бир хил жойлашмаган. Масалан, парданинг юқори қисмида ўрта қават (фиброз қават) бўлмайди. Бу ерда парда фақат ташқи тери ва ички шиллиқ қаватлардан ташкил топган, шу сабабли ноғора парданинг бу қисми бўнроқ тортилган бўлади.

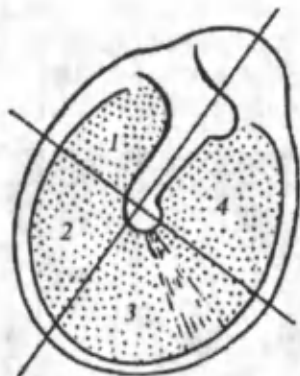
Агар ноғора пардага эшитув йўли томонидан қаралса, унинг марказида даҳансимон ботиқлик кўринади, унинг энг чуқур жойи — ноғора парда киндиги дейилади. Киндикдан олдинги ва юқори қисмида ноғора парданинг фиброз қавати билан қўшилиб кетган болғача дастаси жойлашган. Дастанинг пастки учи киндикка ёпишган. Даста юқорига кўтарилиб, у қалта ўсиқча деб аталадиган дўмбоқча билан тугайди. Қалта ўсиқчадан олд ва орқа томонга тортилган қат-қат бурмача бор,



3-расм. Ноғора парда. 1— болғачанинг қалта ўсиғи; 2— болғача дастаси; 3— киндик; 4— нурнинг қайтиши (акси).

бу ноғора парданинг юқорида зикр этилган бўш ва таранг қисмлари ўртасидаги чегарадир. Парда гўдак болаларда ётиқроқ, худди ташқи кулоқ йўли юқори деворининг давомидек кўринади, бола катталашган сайин парда тикроқ ҳолатни эгаллайди. Ташқи эшитув йўлини ёритиб қаралганда, ноғора парда оч пушти рангда кўринади.

Ноғора пардадаги ўзгаришларни аниқлаш ва тушунтириш осон бўлиши учун уни шартли равишда 4 бўлак ёки квадратга бўламиз. Бунинг учун бир чизиқни даста бўйлаб тўғри, иккинчи чизиқни эса киндик бўйлаб, унга нисбатан тик ўтказиш лозим (4-расм).



4-расм. Ноғора парданинг шартли 4 бўлимга бўлиниши.

1— орқа юқори; 2— орқа пастки; 3— олд-пастки; 4— олд-юқори бўлимлар.

Шундай қилиб, ноғора парда: орқа-юқори, орқа-пастки, олд-юқори ва олд-пастки қисмларга бўлинади.

Ташқи кулоқни *a. carotis externa* дан чиқувчи *a. temporalis superficialis* ва *a. auricularis posterior*, ноғора пардани эса *a. maxillaris* дан чиқувчи *a. auricularis profunda* лар қон билан таъминлайди. Веналар *v. auricularis profunda*, *plexus pterigoideus* орқали *v. jugularis interna* га қуйилади. Лимфа томирлари кулоқ олди, сўрғичсимон ва бўйиннинг чуқур лимфа тугунлари орқали *ductus lymphaticus dexterna* га қуйилади.

ЎРТА ҚУЛОҚ

Ўрта кулоқ бир-бири билан бевосита туташган ноғора бўшлиғи, сўрғичсимон ўсиқ ва ҳалқум билан ноғора бўшлиғини қўшиб турувчи эшитув найидан ташкил топган.

Ноғора бўшлиғи ва эшитув найи биринчи жабра чуқурчаси ҳисобига ривожланган. Ўрта кулоқ бўшлиғи чакка суяги тошсимон ўсиғининг ичида жойлашган бўлиб, эмбрион ривожланаётган даврда у суюқлик билан тўлган бўлади. Бола туғилиб, бир неча соат нафас олгандан сўнг, у суюқлик ҳаво билан алмашинади.

НОҒОРА БЎШЛИҒИ

Ноғора бўшлиғи кулоқ пардаси билан лабиринт ўртасида жойлашган, ҳажми 1 см³ га тенг.

Ноғора бўшлиғининг олти девори тафовут қилинади:

1. Юқори девор — ноғора бўшлиғининг томи юпқа суяк қатламидан иборат бўлиб, у ноғора бўшлиғини калла тубининг ўрта чуқурчасидан ажратиб туради ва устидан миянинг чакка бўлагини қоплаб ётган қаттиқ мия пардаси билан ёпилган бўлади.

Ёш болаларда юқори деворда тирқиш (ёриқ — *fissura petrosquamosa*) бўлиб, у чакка суягининг тангачасимон пластинкаси ва тошсимои қисми ўртасида жойлашган. Шу жойда қон томирчалар ноғора бўшлиғига ўтади. Бу ёш болаларда ўрта қулоқ ўткир йирингли яллиғланганида, йиринг шу ёриқдан ўтиб, мия қаттиқ пардасига таъсир этиши, натижада менингизм ҳолати келиб чиқиши мумкин.

2. Пастки девор ёки бўйинтуруқ венасига қараган девор — *paries jugularis* ноғора бўшлиғининг тубини ташкил қилади. Ёш болаларда бу деворнинг суяк қисми юпқа бўлади.

Ноғора бўшлиғи йирингли яллиғланганда, йиринг шу соҳада тўпланади, суякнинг чириши натижасида бўйинтуруқ венасига ўтиб, турли хил асоратлар бериши мумкин.

3. Олдинги девор (*paries caroticus interna*) нинг юқори қисмида эшитув найининг тешиги, ундан пастроқда эса ички уйқу артерияси ва уни ўраб олган вена чигалларини чегаралаб турувчи суяк пластинкаси жойлашган.

4. Орқа девор сўргичсимои ўсиққа қараган *paries mastoideus* деворидир. Ноғора бўшлиғининг бу девори юқоридан *aditus ad antrum* билан туташади, бу йўл сўргичсимои ўсиқчадаги доимий катта ғор (*antrum*) билан боғланган. *Aditus ad antrum* остида сандонча суякчасининг калта ўсиғи, ундан пастроқда ингичка йўл бўлиб, у ерда узанги мушагининг пай қисми жойлашган. Ундан пастроқда ноғора тешиги бўлиб, ундан ноғора бўшлиғига ноғора торлари (*chorda tympani*) ўтади.

5. Ноғора бўшлиғининг ички (медиял) девори ички қулоққа қараганлиги учун лабиринт девори деб аталади. Бу девор ички қулоқни ўрта қулоқ бўшлиғидан ажратиб туради. Деворнинг қоқ ўртасида бўртиб чиққан дўнглик бор, бу (*promontorium*) деб юритилади. У ички қулоқ чиғаноғи (*cochlea*) нинг туртиб чиқишидан ҳосил бўлади. Дўнгликнинг орқа ва пастки қисмида чиғаноққа кирадиган юмалоқ (овал) дарча (*fenestra cochlea*) ноғора парда (*membrana tympani secundaria*) билан қопланган.

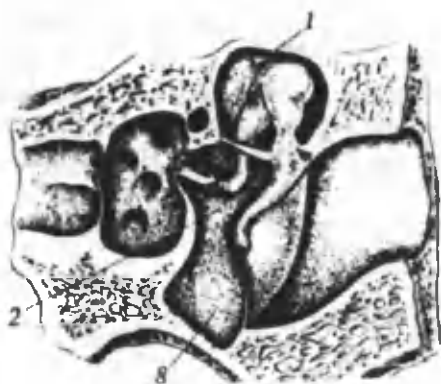
Дўнгликдан (*promontorium*) юқорироқда, орқа лабиринтга олиб кирувчи ясси иккинчи дарча — *fenestra vestibuli* жойлашган. Бу дарчани учинчи эшитув суякчаси — узанги ёпади.

Юмалоқ дарча чиғаноқ бўшлиғига, ясси дарча лабиринт даҳлизига олиб киради. Ясси дарчанинг юқорироғидан юз нерви канали — *canalis facialis* ўтади. Бу каналнинг девори жуда юпқа бўлиб, баъзан ундан юз

нерви кўриниб туради. Канал сўргичсимон ўсиқ ғори (antrum) га етмай пастга қараб бурилади ва юз нервнинг вертикал (тик) каналини ҳосил қилади, сўнгра бу нерв ташқи эшитув йўлининг орқа девори бўйлаб ўтиб (**Фаллопий канали**), бигизсимон ўсиқ олдидаги тешик (foramen stylomastoideum) орқали ташқарига (қулоқ олди безига) чиқади.

6. Ўрта қулоқнинг ташқи ёки латерал (paries membranaceus) девори ташқи қулоқ йўли ва ноғора бўшлиғини ажратиб турувчи қулоқ пардасидан иборат.

Ноғора бўшлиғида болғача, сандонча ва узанги деб аталадиган учта эшитув суякчаси жойлашган (5–6-расмлар). Бу суякчалар пай ва бўғимлар ёрдамида бир-бири билан бирикиб, ноғора парда билан ясси дарчани бирлаштирадиган туташ ва тез ҳаракатлантирувчи занжирни ҳосил қилади.



5-расм. Ноғора бўшлиғи. 1- юқори бўлим (аттик); 2- ўрта бўлим; 3- пастки бўлим.



6-расм. Эшитув суякчалари. 1-болғача; 2-сандонча; 3-узанги.

Болғача дастаси қулоқ пардага тегиб, уни ташқи қулоқ томонга бир оз бўрттириб туради. Болғачанинг юмалоқ боши иккинчи эшитув суяги – сандончага, унинг узун оёқчаси учинчи эшитув суяги – узангичага тегиб туради.

Шундай қилиб, учала эшитув суяклари ташқи қулоқ билан ички қулоқ орасида занжирга ўхшаш бирикиб жойлашган. Ноғора бўшлиғида кўйидаги мушаклар бор:

1. Қулоқ пардасини таранг қилувчи мушак. Бу мушак эшитув найи устидаги суяк тарновчасидан бошланиб болғача дастасига ёпишади (*m. tensor tympani*).

2. Узанги мушаги (*m. stapedius*). Ноғора бўшлиғининг орқа деворидан бошланиб, ингичка пай билан узанги бошчасига ёпишади.

Биринчи мушакни уч шохли нерв тармоғи, иккинчисини эса юз нерви тармоғи таъминлаб туради (n. stapedijs).

Ноғора бўшлиғи шиллиқ парда билан ўралган бўлиб, юқорида айтиб ўтганимиздек эшитув найи орқали ютқин билан, *aditus ad antrum* ёрдамида антрум (ғор) ва сўрғичсимон ўсиқчанинг бутун катаklarини бирлаштириб туради. Ноғора бўшлиғи уч бўлим (қават)дан иборат. Унинг юқори қисми — аттик (*epitympanum*), ўрта қисми — *mesotympanum* (бу қисм ноғора парданинг таранг қисмига тўғри келади), пастки қисми эса ноғора пардадан пастроқ жойлашган қисми (*hypotympanum*) ҳисобланади.

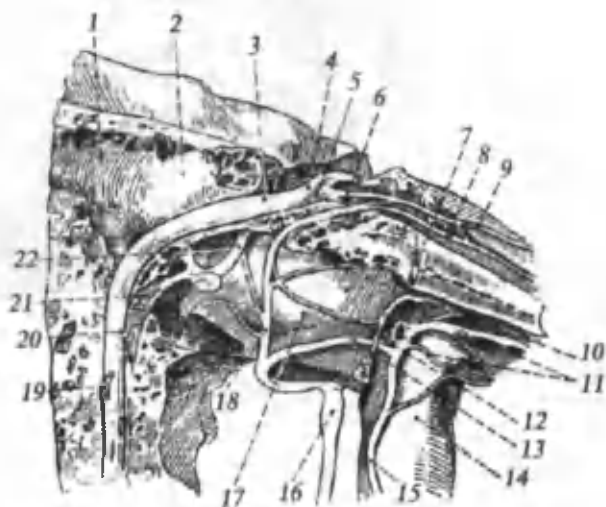
ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ҚОН ВА НЕРВ БИЛАН ТАЪМИНЛАНИШИ

Ўрта қулоқни асосан — *a. tympanica superior* (*a. maxillaris* дан), *a. auricularis posterior* (*a. stylo-mastoidea* дан), *a. tympanica inferior* (*a. pharyngea ascendens* дан) қон билан таъминлайди. Веналар артериялар билан бирга шу артериялар номи билан аталиб, *plexus pharyngeus*, *v. meningea mediae* ва *v. auricularis profunda* ларга, лимфа томирлари эса ютқин атрофи ва қулоқ орқасидаги лимфатик тугунларга қуйилади.

Ўрта қулоқ бўшлиғининг шиллиқ қавати ва эшитув найи ҳаракатчан толаларни сезувчи толалар, юз нерви ҳамда тил-ютқин нервидан чикувчи — *n. tympanicus* дан олади (7-расм).

7-расм. Ноғора бўшлиғидаги қон томирлари ва нерв толалари.

1—антрум; 2— ён ярим ҳалқасимон канал дўнглиги; 3— юз нерви; 4— юз нервнинг ётиқ тиззаси; 5 ва 9— катта тошсимон юза нерв; 6— катта тошсимон юза нервнинг кичик қисми билан бирикиши; 7— ноғора пардани таранг қилувчи мушакнинг суяк тарновчаси; 8— кичик тошсимон юза нерв; 10— қулоқ тугуни билан боғланиш; 11— уйқу симпатик тармоғининг ўралган қисми; 12,13— ноғора нерви билан боғланиш; 14— ички уйқу артерияси; 15— симпатик нервнинг ички уйқу артерияси билан боғланган қисми; 16— тил-ютқин нервнинг тошсимон қисми; 17— бўртиб чиққан дўнглик; 18— ноғора нерви; 19— юз нервдан ажралган ноғора тори; 20— узанги мушаги нерв толаси; 21— узанги мушаги қоринчаси; 22— узангининг олдинги қисми.

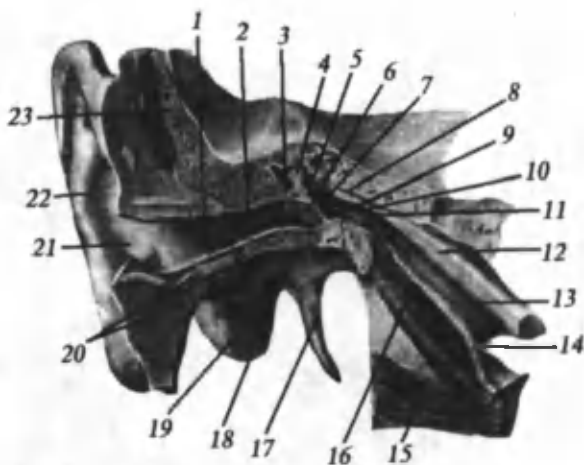


ЭШИТУВ НАЙИ

Биз юқорида эслатиб ўтганимиздек, у ноғора бўшлигини ҳалқум билан бирлаштириб туради, унинг узунлиги 3–3,5 см га тенг. Найнинг ўрта қулоқ бўшлиғи томонга очилган 1/3 қисми суякдан, ҳалқум бўшлиғига очилган 2/3 қисми эса парда – тоғайдан иборат. Найнинг шиллиқ пардаси ҳилпилловчи эпителий билан қопланган бўлиб, унинг тукчалари ҳалқум томонга қараб ҳаракат қилади. Эшитув найи одатда пучайган (ёпиқ) ҳолатда бўлади. Унинг ҳар гал ютиш ҳаракати вақтида, унга ёпишган юмшоқ танглай мушакларининг қисқариши натижасида очилишидан ўрта қулоқнинг ноғора бўшлиғига ҳаво ўтади (8-расм).

Ёш болаларда найнинг узунлиги катталарга нисбатан калта (20–22 мм) ва кенгроқдир, у горизонтал текисликда ётади. Найнинг ҳалқумга очилган қисми, ҳалқумнинг ён деворларида жойлашган – розенмюллер чуқурлигида бўлади.

Найнинг ўрта қулоқ ва ҳалқумга очиладиган тарафлари кенг, суяк қисмининг тоғай қисми билан бирлашиш жойи эса жуда тор бўлади, шунинг учун ҳам баъзилар эшитув найини қум соатига ўхшатишади.



8-расм. Эшитув найи. 1– ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми; 2– ташқи эшитув йўлининг суяк қисми; 3– ноғора бўшлиғининг юқори эптитимпанал қисми; 4– болғача бошчаси; 5– қулоқ пардасини таранг қилувчи мушакнинг пайи; 6– ноғора парда; 7– ноғора бўшлиғи; 8– ноғора пардасини таранг қилувчи мушак; 9– ноғора бўшлиғининг юқори суяк қисми; 10– эшитув найининг суяк қисми; 11– эшитув найи тоғай қисмининг суякка бирлашган жойи; 12– тоғай; 13– эшитув найининг тоғай қисми; 14– ютқин суяги; 15– ютқинни қисувчи юқори мушак; 16– юмшоқ танглайни ҳаракатлантирувчи мушак; 17– бигизсимон суяк ўсимта; 18– чакка суягининг ноғора бўшлиғи қисми; 19– сўғичсимон ўсиқча; 20– ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми; 21– қулоқ тешиги олди дўмбоқчаси; 22– қулоқ супраси; 23– чакка суяк қисми.

Янги туғилган чақалоқ ёки ёш болаларда калта ҳамда кенг най кўпинча ўрта кулоқнинг турли хил яллиғланишларига олиб келади, чунки ҳалқумдаги турли микроблар бу най орқали осонлик билан ўрта кулоққа ўтади (катталарга нисбатан). Агар турли сабабларга кўра эшитув найи ҳавони яхши ўтказма олмаса, унда ўрта кулоқнинг ноғора бўшлиғида ҳаво босими пасайиб, кулоқ парда ноғора бўшлиғига бўртиб киради, натижада эшитув қобилияти бузилади.

Эшитув найининг ҳалқумга очилган тешиги атрофида лимфоид тўқималар бўлиб, улар *glandulae tubariae* деб юритилади.

ЧАККА СУЯГИ

Чакка суяги бир жуфт бўлиб, жуда мураккаб тузилган. Бу суяк калла бўшлиғининг ёнбош деворини, унинг тубини ҳосил қилишда қатнашади. У ўз ичида одам учун муҳим аҳамиятга эга бўлган эшитув ва мувозанат сақлаш аъзоларини ҳам сақлаб туради. Чакка суяги тўрт қисмдан иборат:

1. Палла (танга) қисми – *pars squamosa*
2. Ноғора қисми – *pars tympanica*
3. Тошсимон қисми – *pars petrosa*
4. Сўрғичсимон қисми – *pars mastoidea*

Сўрғичсимон қисми ривожланиш даврида алоҳида суякланиш нуқтаси бўлмаслигидан тошсимон қисми билан бирга ривожланганлиги учун кўпинча тошсимон қисмига қўшилиб ўсган. Шунинг учун ҳам эмадиган болаларда бу бўлақлар – *pars petromastoidea* деб аталади.

Ана шу тўртта қисм эмадиган болаларда алоҳида бўлиб, бир ёшдан бошлаб суякланиб бирлашади ва битта чакка суягини ҳосил қилади.

Чакка суягининг алоҳида қисмлари бирлашган жойларида ёриқлари бўлиб, улар умр бўйи сақланиб қолади, жумладан *pars squamosa* билан *pars petrosa* ўртасида *fissura petrosquamosa* ва ташқи эшитув йўлининг орқасида *fissura tympanosquamosa* кўриниб туради. Бу анатомик ҳолат ўрта кулоқдаги баъзи бир йирингли яллиғланишларда юз берадиган асоратларни клиник нуқтаи назардан белгилашда ва аниқлашда катта аҳамиятга эга (айниқса ёш болаларда).

Чакка суягининг тангасимон қисми (палласи) – *pars squamosa* калла суяги қопқоғининг икки ёнбош деворини ҳосил қилишда қатнашади. У ярим доира шаклидаги вертикал (тик) тангача – юпқа қатламдан иборат. Бу суякнинг ички юзаси мия пушталарининг излари ва *a. meningea media* жойлашадиган эгатчага эга. Унинг ташқи юзаси силлиқ бўлиб, чакка чуқури ҳосил бўлишида иштирок этади. Чакка юзасидан ёноқ ўсиғи – *processus zygomaticus* чиқади ва ёноқ суяги билан бирлашади.

Ёш болаларда ўрта қулоқнинг ўткир йирингли отитида шу ёноқ ўсиғи ҳам яллиғланиши мумкин. Чунки ёноқ ўсиғида кўпгина катаклар бўлиб, улар осонлик билан яллиғланади ва йирингли отитнинг асорати хисобланади.

Ноғора қисми – *pars tympanica* чакка суяк ташқи эшитув йўлини олдинги-пастки ва қисман орқа томонидан чегаралаб туради. Бу қисм ён томондан сўрғичсимон ўсиқ ва медиал (ичкари) томондан тошсимон қисмлар билан қўшилиб турса, пастки томондан бигизсимон ўсиқ (*processus styloideus*) нинг илдизини ўраб, қин ҳосил қилади. Юқорида айтиб ўтилганидек ташқи эшитув йўли анча калта бўлиб, ички ва қисман олдинги томонга йўналиб, ноғора бўшлиғига очилади, тепа ҳамда орқа томондан *pars squamosa* ва қолган томонлардан *pars tympanica* билан чегараланиб туради.

Эмадиган болаларда суякнинг ноғора қисми (*pars tympanica*) унчалик ривожланмаган «тақа» шаклидаги ҳалқа – *annulus tympanicus* дан иборат бўлиб, ташқи эшитув йўлининг суяк қисми ривожланмаган бўлади. Ёш болаларда 1 ёшдан бошлаб 2–3 ёшгача (*pars tympanica*) тўла ҳалқа бўлиб, суякланиб етилади.

Тошсимон қисми – *pars petrosa* чакка суягининг бошқа қисмларига нисбатан қаттиқроқ тузилган, шунинг учун бу бўлакни тошсимон ёки шаклига қараб (уч томонли пирамидага ўхшайди) пирамида деб аталади.

Бу суякда нозик тузилишга эга бўлган эшитув ва мувозанат сақлаш аъзолари жойлашган, тошсимон суякнинг бу қисми уларни ҳар хил ташқи таъсиротлардан, шикастланишлардан сақлаб туради. Суякнинг орқа қисмида ички эшитув тешиги – *porus acusticus internus* бўлиб, у қисқа йўл – *meatus acusticus internus* га олиб киради. Бу йўл орқали юз, эшитув, мувозанатни сақлаш нервлари (асаб) ва қон томирлари ўтади. Ички эшитув тешигидан пастроқда ва ён томонда даҳлиз сув йўлининг ташқи тешиги жойлашган, бу тешик орқали парда лабиринтнинг (ички қулоқнинг – *ductus endolymphaticus* деб аталувчи) йўли чиқади ва халтача – *sacculus endolymphaticus* ни ҳосил қилиб тугайди.

Пирамиданинг пастки юзаси калланинг тубига қараган, у ердан бигизсимон ўсиқ кўриниб туради (*processus styloideus*). У билан сўрғичсимон ўсиқ орасида бигизсимон – сўрғичсимон тешик жойлашган (*foramen stylomastoideum*), ана шу тешик орқали юз нерви калла бўшлиғидан ташқарига чиқади.

Бигизсимон ўсиқнинг медиал (ичкари) томонида бўйинтуруқ чуқурча – *fossa jugularis* бор. Бу чуқурча энса суягида жойлашган чуқурча билан қўшилиб, бўйинтуруқ тешигини ҳосил қилади (*foramen jugularis*). Бўйинтуруқ чуқурчасининг олдинги томонида ички уйқу қон томирининг тешиги бўлиб, бу тешик бўйинтуруқ вена қон томири

ўтадиган тешикдан юпқа суяк қатлами билан ажралиб туради. Ёш болаларда, баъзан катталарда бу юпқа суяк қатлами бўлмасдан, фақат шиллиқ парда орқали уйқу ва бўйинтуруқ вена қон томирлари ажралиб туради.

Сўрғичсимон ўсиқча — *processus mastoideus* ташқи эшитув йўлининг орқасида жойлашган. *M. sternocleidomastoidus* (тўш-ўмров мушаги) ана шу ўсиқча ёпишиб туради.

Сўрғичсимон ўсиқча бола туғилганидан сўнг юқоридаги мушак ёрдамида катталашиб ривожланади. Унинг катакчалари 2–3 ёшдан бошлаб 5–6 ёшгача ривожланади. Сўрғичсимон ўсиқчанинг ташқи юзасида текис учбурчак шаклидаги бўлакча бўлиб, унинг олдинги томонида кичкина суяк ўсиқчаси (*spina suprategatum* — Генле) бор. Бу ўсиқчанинг устки чегараси чакка чизиғи — *linea temporalis* бўлиб, бу ёноқ ўсиғининг орқага қараб давом этган чизигидир, унинг орқа томонида силлиқ учбурчакли (Шипо) чуқурча бор. Сўрғичсимон ўсиқчанинг олдинги девори ташқи эшитув йўлининг орқадаги суяк деворини ташкил қилади (9, 10-расмлар).

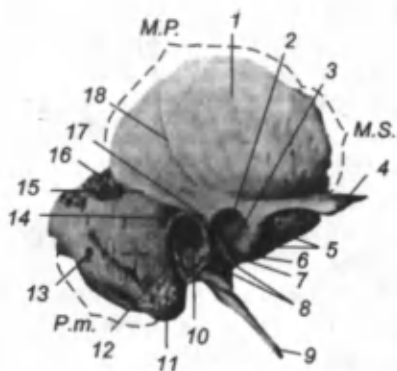
Ташқи эшитув йўли устки суяк ўсиқчаси ва чакка чизиғи ўрта қулоқ операцияларида муҳим аҳамиятга эга бўлган мўлжал (белги) ҳисобланади.

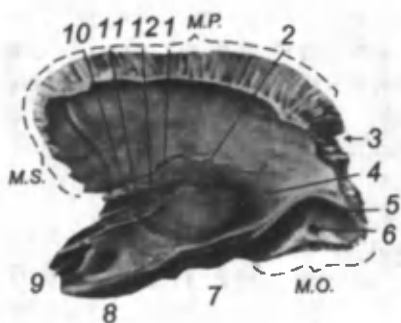
Силлиқ чуқурча — *fossa mastoidea* нинг остида ётган сўрғичсимон ўсиқчанинг ичида катта ғор (*antrum*) бор, шуни операция вақтида аниқ очишда юқорида айтиб ўтилган белгилар катта аҳамиятга эга.

Сўрғичсимон ўсиқчани қоплаб турган тери жуда юпқа. Қулоқ суякларини яқинида ҳамда тери ости ёғ қисми орасида лимфатик тугунлар ҳам бўлади.

9-расм. Чакка суягининг ташқи тузилиши.

1— палла (танга) суяги; 2— пастки жағ бошчасининг жойлашадиган чуқурчаси; 3— ноғора суягининг пастки ўсиқчаси; 4— ёноқ ўсиғи; 5— пастки жағ бўғим чуқурчасининг олд ўсиқчаси; 6— тошсимон ва тангача суяклар оралиғидаги ёриқча; 7— тошсимон ва ноғора суяклар оралиғидаги ёриқча; 8— чакка суягининг ноғора қисми; 9— бигизсимон ўсиқча; 10— ташқи эшитув йўли; 11— сўрғичсимон ўсиқча; 12— сўрғичсимон ўсиқча ва ноғора бўшлиғи орасидаги ёриқча; 13— сўрғичсимон ўсиқчадаги тешик; 14— суяк ўсиқча; 15— ўрта қулоқни чакка бўлакдан ажратиб турувчи йўл; 16— тепа қирра ва сўрғичсимон ўсиқ билан бурчак соҳасидаги эгатчалар; 17— пастки жағ бўғими — дўнги; 18— ўрта чакка артериясининг ўтадиган йўли.





10-расм. Чакка суяги тошсимон (пирамида) қисмининг олдинги юзаси. 1— юз нерви канали; 2— тошсимон ва тангача суяклари оралиғидаги ёриқча; 3— чакка суягини бошқа калла суяклари билан бирлаштирувчи ёриқчалар; 4— дўмбоқча; 5— сигмасимон синуснинг жойлашадиган жойи; 6— сўрғичсимон ўсиқчадаги тешик; 7— тошсимон суякдаги эгатча; 8— бош мия учлик нерв тугуннинг чуқур изи; 9— ички уйқу артерияси тешиги; 10— n. petrosi minor ўтадиган тешик; 11— sulcus n. petrosi superficialis ўтадиган йўл; 12— VIII нерв толалари ўтадиган тешиги.

Сўрғичсимон ўсиқчанинг орқа қисмида бир нечта тешиклар бўлади (foramen mastoideum). Улардан майда вена қон томирлари ўтиб, улар энса атрофидаги юза жойлашган вена қон томирлари билан қўшилади ва сигмасимон синусга ўтади. Йирингли яллиғланиш майда вена қон томирлари ўтадиган тешиклар орқали орқа миядан мия суягини ўраб турувчи ташқи мия пардасига ўтиши мумкин.

Сўрғичсимон ўсиқчанинг орқа ва ички томонида орқа мияга яқин ариқча (эгатча) бўлиб, у ерда сигмасимон синус жойлашган, бўйинтуруқ венаси унинг давоми ҳисобланади. Ўрта қулоқ йирингли яллиғланганда, сўрғичсимон ўсиқчанинг суяги чириши натижасида яллиғланиш сигмасимон синусга ўтиб, турли оғир асоратлар бериши мумкин.

Сўрғичсимон ўсиқча кўпгина катаклардан иборат, бу катакларга ҳаво ўтиб туради. Сўрғичсимон ўсиқча ичида (унинг юқорироқ қисмида) катта ғор (antrum) жойлашган. У олд томондан ўрта қулоқ бўшлиғи, бошқа томонлардан эса сўрғичсимон ўсиқчанинг ҳаволи катакчалари билан туташади.

Ёш болаларда антрум (ғор) каттароқ бўлиб, сўрғичсимон ўсиқчанинг ташқи сатҳидан 0,5 см пастроқда жойлашган.

Ўсмирлар ва катта ёшдагиларда унинг узунлиги 9—15 мм, кенглиги 5—8,5 мм, баландлиги 4—18 мм бўлади. Ғорнинг шакли нотўғри бўлиб, у шиллиқ парда билан қопланган.

Антрум (ғор) қисқа (калта) 3—4 мм ва жуда ҳам кенг 2,5—3 мм, у канал (aditus) ёрдамида ноғора бўшлиғининг юқори қисми билан туташади.

Антрумнинг юқори девори — tegmen tympani нинг давоми ҳисобланиб, у ғорни калла суяги ўрта чуқурчасининг остки чегарасидан ажратиб туради. Унинг орқа девори сигмасимон синус, орқа мия чуқурчаси ва мияча (кичик мия) билан чегарадош. Шунинг учун антрумни операция вақтида очишда синусни шикастлантирмасликка ҳаракат қилиши лозим.

Кўпинча сигмасимон синуснинг меъёр (норма) дан четга чиққан яъни у ғорга жуда яқин ҳолатда жойлашганини кўриш мумкин. Бу ўрта қулоқда операция ўтказишни мураккаблаштиради.

Операция қилишдан олдин сўрғичсимон ўсиқча, антрум (ғор) ва синуснинг қандай жойлашганини, фақат чакка суягини рентген қилиб аниқласа бўлади.

Антрумнинг пастки деворидан сўрғичсимон ўсиқчанинг катаклари бошланади. Шу ғор олдидаги сўрғичсимон бўлимда йўл бор, бу ердан юз нерви тик йўналишда ўтади. Антрумни очиш мақсадида қилинаётган операция вақтида қўполликка йўл қўймаслик, шунингдек, юз нервнинг шу ердан ўтишини эсдан чиқармаслик лозим, акс ҳолда уни жароҳатлантириб қўйиш мумкин.

Сўрғичсимон ўсиқча йирик катакли (яъни пневматик ёки диплоэтик), катаксиз ёки катаклари зич ҳолда тузилган, улар бир-биридан юпқа суяк тўсиқлар орқали бўлиниб туради.

Диплоэтик турдаги сўрғичсимон ўсиқча катаклари жуда майда, кўпинча сўрғичсимон ўсиқча катаклари аралаш тузилган бўлиб, бунда йирик катаклар билан бирга майдалари ҳам бўляди. Зич ҳолда тузилган катаклар жуда кам учрайди ёки умуман бўлмаслиги ҳам мумкин.

Рахит (ширзада), ўрта қулоқ касаллиги билан оғриган ва моддалар алмашинуви издан чиққан беморларда сўрғичсимон ўсиқ катакларининг ривожланиши бузилади.

Катакларнинг сийрак бўлиши ёки бутунлай бўлмаслиги беморнинг сурункали йирингли отит билан оғриганлигидан далолат беради.

ИЧКИ ҚУЛОҚ

Ички қулоқ ёки лабиринт чакка суягининг тошсимон қисми ичида жойлашган бўлиб, ташқи томондан суяқдан, ички томондан эса уни такрорловчи парда лабиринтидан иборат. Лабиринт уч қисмга: даҳлиз (vestibulum), ярим ҳалқасимон каналлар (canalis semicircularis) ва чиғаноққа (cochlea) бўлинади.

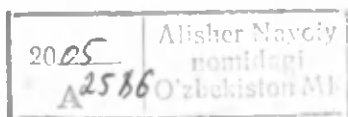
Суяк ва парда лабиринт ўртаси перилимфа суюқлиги билан тўла, перилимфа орқа мия суюқлигидир.

Лабиринт узунлиги — 15 мм, кенлиги — 8 мм, баландлиги — 10 мм дир.

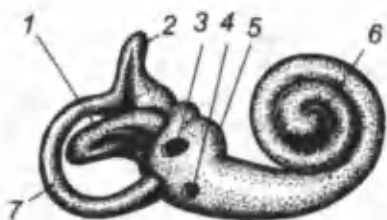
СУЯК ЛАБИРИНТ

Суяк лабиринт даҳлизининг узунлиги 6 мм, кенлиги 3,5 мм ва баландлиги 5—6 мм.

Лабиринт даҳлизига 2—3 томчи суюқлик сигади. У ташқи томондан ўрта қулоққа қараган бўлиб, юмалоқ ва ясси дарчалар орқали ўрта



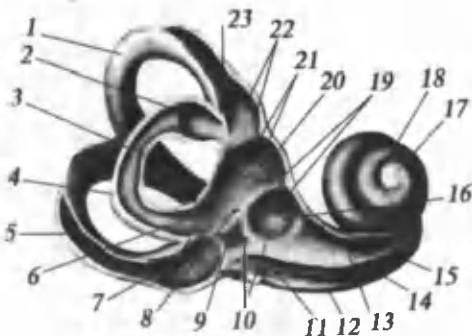
қулоқнинг ноғора бўшлиғига туташади. Орқа томондан бешта тешик ёрдамида учта ярим доира шаклидаги ҳалқа бўшлиғи билан бирлашган. Лабиринт даҳлизи олд томонга нисбатан каттароқ тешик орқали чиғаноққа ўтиб кетади. Лабиринт даҳлизининг 8 та тешиги бор, 5 таси ярим доирасимон ҳалқаларга, иккитаси ўрта қулоқ бўшлиғига ва биттаси чиғаноққа очилади (11–12-расмлар).



11-расм. Ички қулоқ. 1— ташқи ярим ҳалқасимон канал; 2— юқори ярим ҳалқасимон канал; 3— даҳлиз дарчаси; 4— чиғаноқ дарчаси; 5— даҳлиз; 6— чиғаноқ; 7— орқа ярим ҳалқасимон канал.

Crista vestibuli деб аталувчи қирра, лабиринт даҳлизининг ички томонида жойлашган бўлиб, у даҳлиз ичини чуқурчага: орқадаги ярим доира каналлар очиладиган чуқурча — *recusus ellipticus* ва олдинги чиғаноқ тешиги очиладиган чуқурча — *recusus sphericus* — га бўлиб юборади. Орқадаги чуқурча даҳлиз сув йўли *aqueductus vestibuli* га очилади. Даҳлиз суюқлик йўли, лабиринт бўшлиғида жойлашган перилимфа суюқлигини миянинг қаттиқ пўстлоғи остидаги бўшлиққа қуяди.

12-расм. Ўнг суяк лабиринт. 1— *canalis semicircularis superior*; 2— *ampula ossea lateralis*; 3— *crus commune*; 4— *canalis semicircularis lateralis*; 5— *canalis semicircularis posterior*; 6— *crus commune*; 7— *ampulla ossea posterior*; 8— *apertura interna aquaeductus vestibuli*; 9— *macula cribrosa inferior*; 10— *recessus cochlearis*; 11— *apertura interna canaliculi cochlearis*; 12— *lamina spiralis secundaria*; 13— *scala vestibuli*; 14— *scala tympani*; 15— *canalis spiralis cochleae*; 16— *recessus sphaericus*;



17— *cupula cochleae*; 18— *cochleae*; 19— *macula cribrosa*; 20— *crista vestibuli*; 21— *macula cribrosa superior*; 22— *recessus ellipticus*; 23— *ampulla ossea superior*.

ЯРИМ ҲАЛҚАСИМОН СУЯК КАНАЛЛАРИ

Бу каналлар учта: горизонтал, фронтал, сагиттал ярим ҳалқасимон каналлардир. Улар ўзаро бир-бирига тик жойлашган. Ярим доира каналлардан ҳар бирининг иккита оёқчаси бўлиб: бири кенгайган оёқча (ампула), иккинчиси оддий ёки силлиқ оёқчадир (оддий).

Юқори ярим ҳалқасимон канал чакка суякнинг пирамидал ўсиғи ўқиға нисбатан тўғри бурчак ҳосил қилиб тик жойлашган. Бу каналнинг олдинги оёғи (қисми) олдинги ярим ҳалқасимон каналнинг орқадаги оёғи билан биргаликда даҳлизга, иккинчи оёғи лабиринт даҳлизига ўзи алоҳида очилади. Шунинг учун ҳам урта ярим ҳалқасимон каналларда олтига оёқ бўлишига қарамай, улар лабиринт даҳлизига бешта тешик билан очилади. Бирга очилган умумий оёқ — *cus osseum commune* дейилади.

Ташқи ярим ҳалқасимон канал — юқорида ва орқа каналларга нисбатан ташқарироқда жойлашган бўлиб, горизонтал текисликда ётади. Бу канал қолган каналларга нисбатан калтароқ ва бирмунча йўғонроқ бўлиб, оёқчалари лабиринт даҳлизининг ён деворига очилади. Юз нервнинг каналидан бирмунча юқорида бу каналнинг кенгайган оёғи ноғора бўшлиғининг ичкари деворини бўртиб туртиб туради. Ўрта қулоқда операция қилиш даврида буни ҳисобга олиш лозим (юз нервни ва ташқи ярим ҳалқасимон канални жароҳатламаслик учун).

Бола 7 ёшга киргунча ярим ҳалқасимон каналларнинг деворлари жуда юпқа ва нозик бўлади, 7 ёшдан кейин эса улар 2–3 марта қалинлаша бошлайди.

Даҳлиз ярим ҳалқасимон суяк каналлар ва чиғаноқ ўртасида жойлашган, у ички қулоқнинг марказий қисми ҳисобланади. Унинг ташқи сатҳи (девори), ноғора бўшлиғининг ички (медал) деворининг бир қисмига тўғри келиб, унинг кўп қисмини даҳлиз дарчаси эгаллайди, ички девори эса ички эшитув йўлининг тубига тўғри келади.

ЧИҒАНОҚ

Чиғаноқ суяк каналдан иборат бўлиб, тик ўққа икки ярим марта гажак ҳосил қилиб ўралган, унинг ташқи кўриниши худди чиғаноқни (шиллик қурт) эслатади.

Лабиринт даҳлизининг пастки қисмидан бошланган чиғаноқ ичкарига бурилиб, сўнг юқори томонга йўналади. Айланма ўқи *modiolus* атрофида ҳосил бўлади. Шунинг учун ҳам унинг остки биринчи айланаси катта (кенг) диаметрға эга бўлганидан, чиғаноқ эзилган конус шаклида бўлади.

Чиғаноқ ўқи — *modiolus* дан чиғаноқ бўшлиғи ичига спирал суяк пластинкаси (юлқа тангасимон) буралиб, айланма ҳолида *lamina spiralis ossea* га чиқади. Бу пластинка чиғаноқ бўшлиғини иккига, яъни даҳлизга олиб кирувчи даҳлиз нарвони — *scala vestibuli* ва чиғаноқ тешиги орқали ноғора бўшлиғига олиб кирувчи нарвон — *scala tympani* га бўлиб туради. Спирал (бурма) суяк пластинкаси билан *modiolus* орасида *canalis spiralis*

modioli бўлиб, ана шу каналда gang. spirali жойлашган. Gang. spirali дан чиқувчи n. cochlearis нинг периферик толалари суякдан иборат спирал (бурама) пластинкадаги майда тор каналчалар орқали ўтиб, Кортий аъзосига бориб тўхтайди.

Scala tympani тешиги яқинида майда тешикчалар бор, булар чиғаноқ сув йўли — aqueductus cochlea нинг ички тешигидир. Чиғаноқ сув йўлининг ташқи тешиги чакка суяги пирамидасимон ўсиғининг остки юзасида жойлашган.

ПАРДА ЛАБИРИНТ

Парда лабиринт — девори бириктирувчи тўқима пардадан тузилган бўшлиқ ва каналлардан иборат. У суяк лабиринт ичида, ана шу лабиринт шаклини қайтариб, бўшлиғини қўш қават қилиб ётади. Парда лабиринт ичидаги сувоқликни *эндолимфа* дейилади.

Парда лабиринт ички қулоқ даҳлизи соҳасида иккита бўшлиқ: бачадонча — utriculus ва қопча — sacculus ларни ҳосил қилади.

Қопча чўзиқроқ бўлиб, даҳлизнинг ичкари деворида чиғаноқ томонга қараб жойлашган. Шунинг учун ҳам utriculus ичи 5 та пардадан иборат, яъни ҳалқасимон каналлар очиладиган тешиклар ва битта sacculus га туташган ductus utriculosaccularis. Бу йўл орқали utriculus билан sacculus алоқа қилиб туради.

Бачадонча билан қопча орасидаги йўлдан бош суяк ичига ўтиб турувчи эндолимфа йўли — ductus endolymphaticus шохлаб чиқади. Sacculus бўшлиғи пардадан иборат чиғаноқ бўшлиғи (ductus endolymphaticus) билан ductus reuniens орқали алоқада бўлади.

Пардадан тузилган ярим ҳалқасимон каналлар шаклан ярим суяк ҳалқасимон каналларга ўхшаса ҳам улардан уч марта торроқ. Ярим ҳалқасимон каналлар оёқларининг кенгайган қисмида пардали ярим ҳалқасимон каналлар ҳам кенгайган, бу ернинг ички юзаларида ампула қирраси (тароқсимон — crista ampullaris) бўлиб, бу қирралар соҳасида таянчли ва унда нейроэпителиал қилсимон (туксимон) ҳужайралар жойлашган.

Бачадонча ва қопча соҳаларининг ич томонида оқ доғлар бор, булар ясси эпителийдан вужудга келган. Оқ доғлар юзаси шилликсимон модда (отолит парда) билан қопланган ва унинг таркибида майда оҳак заррачалари мавжуд. Улар олти қирралаи шаклда бўлиб, кальций ва магний тузларидан тузилган отолитлар дейилади (13-расм).

Пардадан иборат чиғаноқ, суяк чиғаноқнинг 1/4 қисмини ташкил қилиб, бошланишда боши берк (туташ) бўлади. У суяк чиғаноқнинг йўлини такрорлайди, яъни икки ярим айлана ҳосил қилади ва боши берк ҳолда чиғаноқ чўққисидан тутади.

Чиганоқ соҳасида эндолимфа даҳлиз ва чиганоқ нарвонлари орасида бўлади. Даҳлиз нарвони даҳлиздан бошланиб, парда чиганоқнинг учига борганда ноғора нарвони — *scala tympani* га қўшилади, бу *helicotrema* деб юритилади.

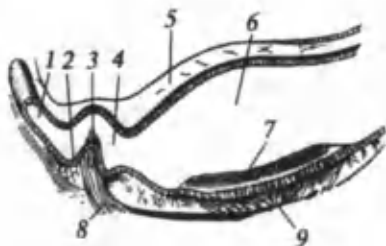
Пардадан тузилган чиганоқ йўли — *ductus cochlearis* суяк чиганоқ ичида жойлашган бўлиб, ичида эшитув аъзолари жойлашгандир.

Агар *ductus cochlearis* ни қўндалангига кесиб қаралса, унинг учбурчак шаклида эканлигини кўриш мумкин.

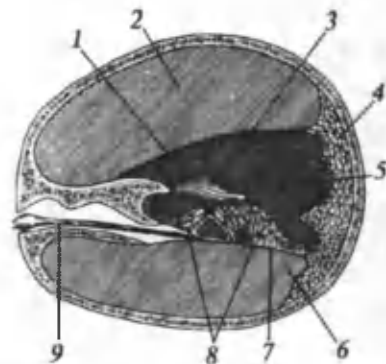
Суяк спирал (бурама) канал ичидаги парда спирал канал билан бирга айланиб, парда чиганоқнинг ташқи девори, суяк каналининг ташқи деворига бориб қўшилиб кетганлиги учун парда чиганоқ остки томонда суяк спирал каналга тегиб ётади, бинобарин *ductus cochlearis* остки томонда *scala tympani*, юқори томонда — *scala vestibuli* лар билан чегараланган.

Учбурчак шаклига эга бўлган каналнинг юқори (даҳлиз нарвонига қараган) томони — *membrana vestibularis* (*Reissneri*) билан, остки томони асосий пластинка — *membrana basilaris* билан чегараланган бўлиб, бу девор бағрида эшитиш аппарати — Кортий аъзоси жойлашган. *Membrana basilaris* да бир неча минг фиброзли толалар тортилган, булар турли хил товушларни турлича резонанслаган (янграйтиб бериш) вазифасини бажаради. Бу торлар устида Кортий аъзосининг эпителиал ҳужайралари жойлашган, булар орасида эшитув ҳужайралари бор (14-расм).

Эшитув аъзоси — қулоқнинг тузилиши билан танишиб бўлганимиздан сўнг, товуш ўтказиш ва эшитиш қандай рўй бериши ҳақида бир оз тўхталиб ўтмоқчимиз. Қулоқни эшитиш вазифаси жиҳатидан, асосан икки қисмга бўлиш мумкин.



13-расм. Ярим ҳалқасимон канал (ампула) қисми ва даҳлизнинг тасвири. 1- эндолимфа; 2- тароксимон ўсиқча; 3- охириги тўплам; 4- ампула (кенгайган) қисми; 5- перилимфа; 6- даҳлиз; 7- отолит парда (мембрана); 8,9- ампула ва бачадончанинг нерв (асаб) шохчаси.



14-расм. Чиганоқнинг қўндалангига кўриниши. 1- рейснер пардаси; 2- даҳлиз нарвони; 3- қоплов пардаси; 4- томирлар йўли; 5- чиганоқ йўли; 6- ноғора нарвони; 7- чиганоқнинг ноғора девори йўли; 8- махсус таянч ҳужайралари; 9- спирал нерв ҳужайрасининг чиганоқдаги туғунчаси.

1. Кулоқнинг товуш ўтказувчи қисми, бунга ташқи, ўрта ҳамда ички кулоқ суюқликлари киради.

2. Кулоқнинг товушни сезиш (қабул қилиш) қисми, бунга чиғаноқ ичидаги Кортий аъзоси киради.

Ҳаводаги товуш тўлқинлари кулоқ супрасига урилиб, ташқи эшитув йўли орқали кулоқ пардасига бориб уни тебратади. Кулоқ пардаси ўз тебранишларини эшитув суюқлари занжирига ўтказди. Аввал болғача, сўнгра сандонча, ниҳоят узанги тебранади. Бу эшитув суюқчалари, шу суюқлар орасидаги бойламлар ва *m. stapedius*ни тебратади. Кулоқ пардасининг кучли ёки кучсиз тебраниши шу пардани таранглаб турувчи мушак – *m. tensor tympani* нинг қисқаришига боғлиқ. Узанги тебранар экан, унинг асоси ясси дарчани қоплаб турувчи пардага туташганлиги сабабли, эшитув суюқларида юзага келган тебраниш ана шу парда орқали *scala vestibuli* га ўтади ва бу ердаги перилимфа суюқлигини тебрантириб ҳаракатга келтиради.

Перилимфа суюқлигининг тебраниши *helicotrema* орқали *scala tympani* га ўтади ва даҳлиз томон қайтиб келиб, *membrana tympani secundaria* ни тебратади. Перилимфа тебраниши Рейснер пардаси орқали эндолимфага ўтади. Натижада товуш тўлқини эндолимфа суюқлигини тебратади. Эндолимфа тебраниши Кортий аъзосининг эшитув торларига урилади, бу ерда эса эшитув анализаторининг периферик учи жойлашган. Қабул қилинган таъсирот, эшитувни ўтказувчи нерв йўли орқали марказий нерв системасига токи эшитув марказининг мия пўстлоғидаги ҳужайраларига қадар боради.

Эшитувнинг ўтказувчи йўлининг биринчи нейрони *ganglion spirale* соҳасидан бошланиб, унинг периферик учи Кортий аъзосига қараган бўлса, марказий учи *n. cochlearis* таркибида узунчоқ миянинг ромбсимон чуқурчаси соҳасида жойлашган *nucleus ventralis* да тугайди. Ана шу ядролар (ўзақлар)дан бошланган иккинчи нейрон аксонлари юқоридаги олива соҳасида қарама-қарши томондан келаётган худди шундай толалар билан кесишиб, ташқи қовузлоқ – *lemniscus lateralis* таркибига қўшилади. Эшитув йўлининг дорзал ядроси (ўзаги) дан келаётган толалар *fossa rhomboidea* да *striga acustica* чизикларини ҳосил қилиб, Варолий кўпригига киради ва у ерда трапециясимон тана толалари билан биргаликда қарама-қарши томоннинг ташқи қовузлоғи таркибига қўшилиб кетади. Эшитув йўли толалари тўрт дўмбоқчанинг остки дўмбоқчаларида ва *corpus geniculatum medialis* да жойлашган учинчи нейрон ҳужайраларида тугайди. Тўрт дўмбоқнинг остки дўмбоқчалари ва *corpus geniculatum mediale* дан бошланган учинчи нейрон аксонлари ички капсула таркибида эшитув йўлининг мия пўстлоғидаги марказий *gyrus temporalis superior* да тугайди.

Демак, эшитув анализаторининг марказий аксони миянинг юқори чакка этагида жойлашган. Ички қулоқни қон билан асосий артерия – *a. basillari* дан чиқувчи *a. labyrinthi* таъминлайди. Бу артерия ўз навбатида *a. cochleae*, *a. vestibularis*, *a. cochleae vestibularis* ларга бўлинади.

ҚУЛОҚНИНГ ВАЗИФАСИ

Қулоқ сезги аъзоларидан бири, одамни ташқи муҳит билан алоқа қилиш воситасидир.

Эшитиш анализаторининг ўзига хос қўзғатувчиси – товушдир. Товуш – бу бизни ўраб олган муҳитдаги тўлқинларнинг ҳаракатлантирувчи заррачаларидир.

Товуш ташқи энергиянинг қўзғатувчанлик таъсири остида тезкорлик билан тебраниши натижасида ҳосил бўлади, уни тебраткич дейилади. Энг содда ва антиқа тебраткичга камертон киради. Тебранувчи камертон ўраб олган муҳитдаги ҳавонинг бир қисмини ҳаракатга келтириб, кейинчалик унинг зичланиши ва сийракланиши оқибатида товуш тўлқинини вужудга келтиради.

Товуш тўлқинларининг тарқалиш тезлиги муҳитнинг зичлигига боғлиқ. Масалан: ҳавода бу тезлик 1 секундда 332 метрга, сувда 1450 метрга, пўлатда 5000 метрга тенг. Товуш тезлиги (жадаллиги) *децибелл* билан белгиланади.

Товуш анализатори товушларни жарангли, жарангсиз ва ёқимли хилларга ажратади.

Юқори товуш жисмнинг тебраниш тезлигини аниқлаш билан ўлчанади ва у герц (Гц) билан белгиланади.

Одам 16 дан то 20 000 Гц гача бўлган товушни қабул қила олади. У 16 Гц дан паст (инфратовуш) ва 20 000 Гц дан юқори бўлган тебранишларни қабул қила олмайди (ультратовуш).

Кучуклар товушни 30 000 Гц гача, мушуклар эса 40 000 Гц гача қабул қила олади.

Товуш анализаторининг товушга бўлган сезувчанлиги бир хил эмас.

Одам қулоғининг товушларга бўлган энг сезувчанлик чегараси 1000–4000 Гц гачадир.

Товушнинг қаердан келаётганлигини аниқлаш қобилияти «ототопика» деб аталиб, бу иккала қулоқнинг эшитиш қобилиятига боғлиқ. Бир қулоғи қар одамда бу фаолият бузилади, шу сабабли у товуш чиққан жойни аниқлаш учун соғ қулоғи билан турли томонга айланишга мажбур бўлади. Соғлом одамлар эса товуш чиққан жойни осонлик билан топадилар.

Товуш келаётган жой марказий нерв системаси томонидан аниқланади. Эшитиш анализаторининг турли товушларга сезувчанлиги

ошиши ёки пасайишининг физиологик (жисмоний) мувофиқланиши – **адаптация** деб юритилади. Қаттиқ товуш эшитиш сезувчанлигини пасайтиради, паст товуш эса (жимжитлик) уни оширади. Ҳаддан ташқари эшитиш анализаторини қўзғатиш, унинг чарчашига олиб келади.

Бир товуш оқимини иккинчи бир товуш оқими таъсири натижасида эшитишнинг бузилиши ёки эшитмайдиган ҳолатга тушиш – **маскировка** дейилади.

Агар товуш бир томондан эшитилса, у қарама-қарши томондаги қулоққа бирмунча кечикиб келади. Бу ҳолат товушнинг қай томондан келаётганини аниқлаш имконини беради.

Эшитув вазифаси амалга ошишида икки бўлимни фарқлаш шартдир:

а) товушни рецептор аппаратга етказиб берувчи, яъни товуш ўтказувчи;

б) товушни қабул қилиб олувчи бўлим.

Товушни ўтказиб берувчи бўлимга: қулоқ пардаси, ноғора бўшлигидаги суякчалар ҳамда ички қулоқ ичидаги суюқликлар (перилимфа, эндолимфа) киради. Демак, ташқи ва ўрта қулоқ товуш ўтказадиган бўлим ҳисобланиб, ички қулоқ, яна ҳам аниқроқ қилиб айтганда Кортий аъзо, товушни қабул қилувчи – сезувчи бўлимдир.

Одамнинг қулоқ супраси ҳайвонларникидек муҳим вазифани бажармайди, бироқ товуш тўлқинларини тутиб олиш ва уларнинг қай томондан келаётганини аниқлашда унинг ўз ўрни бор.

Ташқи эшитув йўли товушларни ташқи муҳитдан қулоқ пардасига ўтказиб беради. Эшитув йўлининг тор ёки кенглиги эшитиш даражасига таъсир қилмайди, аммо унинг **бекилиб кетиши** ёки бутунлай **тиқилиб қолиши** товуш тўлқинларининг ўтишини қийинлаштиради, натижада қулоқ ёмон эшитади.

Қулоқ пардасига етган товуш тўлқинлари уни тебрантиради. Қулоқ пардасининг бу тебраниши қулоқ пардасига болғача дастаси ёпишиб кетганлиги туфайли эшитувчи суякчаларга узатилади. Шундай қилиб, у ясси дарчани гоҳ босади, гоҳ ундан узоқлашади. Узанги пластинкасининг бу ҳаракати перилимфани ҳам шундай тебранишга мажбур қилади. Бу тебранишлар асосий мембрана ва унинг устида жойлашган Кортий аъзога ўтади.

Асосий мембрана тебраниши туфайли Кортий аъзонинг тукли ҳужайралари буларнинг тепасида жойлашган ёпғич мембрана билан тўқнашади. Бунда тебранишнинг физик энергияси нерв қўзғалишининг физиологик жараёнига айланади. Бу эшитув нервининг жуда ингичка охирги учларига, ундан кейин узунчоқ миядаги эшитув нерви марказлари (ўзаги)га ўтади. Шундан сўнг, бу қўзғалиш ўзининг маълум йўллари орқали бош миянинг чакка бўлаклари пўстлоғидаги эшитув

марказига бориб етади, мана шу ерда нерв қўзғалиши товуш сезгисига айланади.

Товушлар нормал ўтиши учун қулоқ пардаси ва эшитув суякчалари таранг тортилган бўлиши, бунинг учун эса ўрта қулоқ бўшлиғи мушаклари биргаликда ишлаши лозим. Бундан ташқари ногора бўшлиғидаги ҳаво босими доимо ташқи муҳитдаги ҳаво босими билан мувозанатда бўлиши зарур. Бу мувозанат ютиш ҳаракатлари ёрдамида ҳавонинг эшитув найи орқали ўрта қулоқ бўшлиғига кириши натижасида ҳосил бўлади. Агар ногора бўшлиғига ҳаво ўтмай қолса, у ердаги бор ҳаво шимилиб кетиб, қулоқ пардаси ичига тортилиб кетади, натижада эшитиш қобиляти пасайиб боради.

Ногора бўшлиғидаги мушаклар ҳимоя вазифасини бажаради. Қулоққа кучли товуш берилганда бу мушаклар қисқариши натижасида тебраниш ҳолати камайиб, товуш кам куч (амплитуда) билан қулоқ парда ва товуш суякчаларига берилади.

Товушлар қулоққа ҳаво орқали ва бошқа йўл билан ҳам ўтиши мумкин (калла суяклари орқали, бу суяк ўтказувчанлик деб юритилади). Айниқса баланд товушлар калла суяклари орқали ўтади.

Ҳар хил товушларни қабул қилиш тўғрисида турли хил назариялар мавжуд.

Бу назариялардан бири — Гельмгольц томонидан 1863 йилда тавсия этилган бўлиб, бу *резонанс назарияси* деб юритилади.

Бунга кўра, асосий мембрана толалари товушларга худди баъзи бир мусиқа асбоблари (торли)нинг торлари сингари акс садо беради. Мусиқа асбобларининг ториға ўхшаш чиганоқнинг асосий гажагида жойлашган парданинг қисқа ва бирмунча таранг тортилган толалари юқори тонлар (оҳанглар)га барабар тебранади — акс садо беради. Гажакнинг устки қисмидаги узунроқ ва унчалик тортилмаган толалар паст тонларга акс садо беради.

Бу назарий физиологик жараён бўлганлиги сабабли, товушларнинг сезиш қобилятини юзаки тушунтириб, унга фақат физик қонунлар асосида ёндошади ва товуш анализаторининг барча хусусиятлари ҳақида яхлит тушунча бермайди. Бироқ, шуни айтиш керакки, резонанс назариясининг асоси бўлмиш — чиганоқнинг ҳар бир қисми муайян бир товушни қабул қилиши учун мужассамланган (асосий гажак — юқори товушлар учун, устки гажак пастки товушлар учун) деган фикр тажрибада ва клиник кузатишларда ҳам тўла тасдиқланган.

Баландлиги ҳар хил бўлган товушларнинг чиганоқнинг турли қисмларида қабул қилиниши биринчи марта Л.А.Андреевнинг шартли рефлекслар устида ўтказган тажрибаларида жуда яққол исботланган. Тажрибалар паст, ўрта ва юқори товуш тонларига сўлак ажратувчи (шартли рефлекс пайдо бўлган) итларда ўтказилган. Шартли рефлекс тўла равишда ўзлаштирилиб бўлгандан сўнг, бир томондаги чиганоқ

бутунлай бузиб ташланган, бироқ, бунда иккинчи чиғаноқда ўша товушларга хос бўлган шартли рефлекс сақланиб қолган.

Сўнгра чиғаноқнинг турли қисмларини қисман бузиб кўриш устида тажрибалар ўтказилган.

Шундай қилиб, чиғаноқнинг учини емирганда паст оҳангларга ҳосил бўлган шартли рефлекс йўқолган, чиғаноқнинг асосини емирганда эса юқори оҳангларга ҳосил қилинган рефлекс йўқолган. Бу тажрибалар шуни кўрсатадики, чиғаноқ устки гажагининг бузилиши паст товушларни эшитиш хусусиятидан маҳрум қилса, асосий гажакнинг бузилиши — юқори товуш оҳангларини эшитмасликка олиб келади. И.П.Павлов ва унинг шогирдлари таълимотига мувофиқ эшитув анализаторининг периферик рецептори товушнинг физик энергиясини нерв қўзғалишининг физиологик жараёнига айлантириб, товушнинг бирламчи таҳлилни ҳосил қилади. Ўтказувчи йўллар бу қўзғалишни бош мия пўстлоғининг марказига узатади ва ниҳоят нерв қўзғалиши бош мия пўстлоғида товуш сезгисига айланади.

Қаттиқ товуш билан таъсир қилинганда, кўз қовоқларининг юмилиши (В.М.Бехтерев рефлекс) ва кўз қорачиғининг кенгайишини (Н.А.Шуригин рефлекс) кўриш мумкин.

ВЕСТИБУЛЯР АНАЛИЗАТОРИ (МУВОЗАНАТНИ САҚЛАШ) ФАОЛИЯТИ

Гавда ва унинг айрим қисмларининг бўшлиқдаги ҳолати бир қанча рецепторларнинг биргаликда ва келишиб ишлашининг натижаси асосида аниқланади. Гавда ва унинг айрим қисмларининг ҳолати кўздан ташқари, яна тери, мушаклар, бўғим ва пайларда жойлашган рецепторлар орқали ҳам сезилади.

Гавда ҳолатини аниқлашда, шунингдек унинг тинч ҳолати ва ҳаракати вақтида мувозанатни сақлашда, юқорида айтилган рецепторлардан ташқари, мияча ва айниқса мувозанатни сақлаш аъзоси катта аҳамиятга эга. Мувозанатни сақлаш — отолит ва ампуляр аппаратли ярим доира каналлардан иборат. Буларда мувозанат анализаторининг энг бошланғич толалари жойлашган.

Мувозанат анализаторининг бошланғич толалари одам танасининг бўшлиқда ҳаракат қилиниши натижасида қўзғалади, бунинг учун гавдани тўғри чизиқ ва бурчак остида ёки айланма ҳаракатлантириш зарур. Тўғри чизиқли ҳаракатлар отолитларнинг сурилиши ва даҳлиз халтачасида жойлашган отолит рецепторларининг қўзғалишига сабаб бўлади. Бурчакли ёки айланма ҳаракатлар эса ярим доира каналлардаги эндолимфа суюқлигининг сурилиши ва ярим доира канал ампуляр қисмидаги рецепторларнинг қўзғалишига олиб келади (15-расм).

Мувозанат йўли биринчи нейроннинг периферик учи даҳлиз соҳасидан бошланади ва п. vestibularis таркибида парда лабиринтига йўналиб, у ердаги рецепторларда тугайди. Мувозанат йўлининг марказий учи мувозанат нерви таркибида узунчоқ мияга боради.

Унинг бир қисми узунчоқ миянинг даҳлиз ядролари (мағизлар)да тугаб, иккинчи нейронга уланса, бошқа қисми узунчоқ мияда узилмасдан миячанинг nucleus fastigi ядросигача давом этади. Шунинг учун ҳам мияча ичидаги бу ядро мувозанатни сақлашда муҳим ўрин тутаяди.

Миячанинг чўққи ядроси ёрдамида узунчоқ мия орқа ва ўрта мия билан алоқада бўлади.

Мувозанат марказларининг кескин таъсирланиши организмнинг бутун ҳолатига таъсир этиб, бош айланиши, кўнгил айланиши, ҳатто қайт қилишга олиб келади. Шунинг учун мувозанат анализатори заиф одамлар самолёт, пароход, автобусга (яъни чайқаладиган ҳолатларда) чиққанда безовталанаяди.

Мувозанат анализаторининг рецепторлари қатор рефлектор реакциялар (таъсирланиш) билан бирга кўзғалади. Бу таъсирланиш, яъни тананинг ташқи таъсирига жавоби гавда, қўл, оёқ, бўйин ва кўзнинг айрим мушак гуруҳлари фаолиятининг ўзгаришига олиб келади, натижада гавда ўз ҳолатини ўзгартириб, мувозанатини сақлаб қолади.

Ярим доира каналларни кўзғатиш натижасида содир бўладиган шартсиз рефлекслардан бири – кўз нистагмидир. Бу кўз соққаларининг бирор томонга қараб бир маромда ҳаракатланишидир.

Кўз нистагми, кўзнинг маълум бир вазиятида, масалан, тўғрига қараганда, кўз соққаси ён томонга қараганда аниқланиши мумкин.

Амалиётда кўз нистагмини кузатиш орқали мувозанат аппаратининг кўзғалиш реакцияси (таъсирланиши) аниқланади.



15-расм. Беморни ўриндик курсида айлантириш.

Мувозанат аппаратининг нормал вазифасидан четга чиққани, айниқса унинг фаолияти бузилганда маълум бўлади. Бундай ҳолатни бир қанча касалликларда учратамиз. Бунда беморнинг мувозанати ва ҳаракати умуман бузилади, у юриш, ўтириш ва тик туриш фаолиятини йўқотади, бунда ўз-ўзидан нистагм пайдо бўлади. Шу билан бирга бош айланиши, кўнгли айниши ва қусиш ҳоллари кузатилади.

Маълум муддат ўтгач (3–4 ҳафтадан кейин), марказий нерв системаси ҳисобига мувозанат бирқадар аввалги ҳолига келади (компенсация — бузилган мувозанатнинг бирмунча тикланиши) ва юқорида айтиб ўтилган аломатлар аста-секин барҳам топади.

Мувозанат аъзога унинг ўзига хос — специфик (адекват ёки мос) китикловчи билан таъсир этганда ҳосил бўладиган реакциянинг кучли ёки кучсиз бўлиши, марказий нерв системаси, хусусан унинг олий қисми бош мия ярим шарлари пўстлогининг ҳолатига боғлиқ.

Эндолимфа суюқлигининг ярим доира каналларида йўналишига қараб турли қатор реакциялар кўзғатилади. Буни Эвальд ўз назарияси ва тажрибаси билан тасдиқлайди.

Эвальд каптарларда пардали ярим доира каналини очиб, уни оддий тана (оёғи) томонидан маҳкамлаб тағғалаб қўяди. Шу каналнинг кенгайган (ампула) қисмига яқин ерда тешик ҳосил қилиб насос (ҳаво юборгич) ўрнатади.

Насос орқали ҳаво юборилганда эндолимфа суюқлиги ампула томонга, ҳаво тортилганда эса суюқлик ампула томондан оддий тана (оёғи) томонга йўналади.

Агар эндолимфа суюқлиги ампула томонга йўналса (ампулопетал оқим) ёки ампуладан оддий тана томонга (ампулофугал оқим) силжиса, турли хил ва турли йўналишда рефлекслар содир бўлишини кўрсатади.

Ампулопетал оқим натижасида кучли нистагм кузатилиб, у ўша қулоқ томон йўналади. Ампулофугал оқимда пайдо бўлган кучсиз нистагм эса қарама-қарши томонга йўналади.

Беморни курсида айлантирганда эндолимфа суюқлиги ярим доира канал бўйича силжийди.

Тезланиш (жадалланиш) ижобий (айлантириш бошида ва уни тезлаштирганда) ёки салбий (айлантириш секинлаштирилганда ва тўхташдан сўнг) бўлиши мумкин.

Айлантириш бошида (ижобий тезланиш) эндолимфа суюқлиги каналларда бир оз орқада қолади, айлантириш тўхтатилганда (салбий тезланиш) эндолимфа суюқлиги ўзининг силжишини давом эттиради.

Биз юқорида айтиб ўтгандек эндолимфа суюқлигини ҳаракатга келтирганимизда қатор рефлектор таъсирланишлар содир бўлиши мумкин. Улар қуйидагилардан иборат бўлади.

1. Кўз мушакларидаги рефлекс. Эндолимфа суюқлиги силжиганда (ярим доира каналларда) кўз соққаси суст ҳаракатланади ва у тезда аввалги ҳолига қайтади, бу *вестибуляр нистагм* деб юритилади.

Кўз соққасининг суст ҳаракати рефлектор — беихтиёр бўлиб, кучли ҳаракат эса шу суст ҳаракатга жавобан рефлекс ҳисобланади, бу юқори мия фаолиятига боғлиқ. Нистагмнинг йўналиши, кўз соққаси тез йўналган томонига қараб белгиланади.

2. Тана, қўл, оёқ ва бўйин мушакларидаги рефлекслар. Ўнг лабиринт тананинг чап, чап лабиринт эса тананинг ўнг томонини ҳаракатга келтирувчи мушаклар қувватини ошириб туради. Табиий ҳолатда иккала лабиринт баравар ва бир-бирига қарама-қарши ҳаракат қилади, шунинг учун ҳам тана мушаклари фаолиятни бир хил мувозанатда сақлаб туради.

Масалан: агар биз чап лабиринтни қўзғатсак, гавданинг ўнг томонини ҳаракатга келтирувчи мушаклар фаолияти ошиб кетади ва натижада тана, қўл, оёқ ўнг томонга оға бошлайди, ўнг лабиринтни қўзғатсак, унинг акси бўлади.

Чап лабиринт шикастланиш натижасида ўз вазифасини бажара олмаса, ўнг лабиринт фаолияти кучайиб, тананинг чап томонидаги мушаклар фаолиятини ошириб юборади, натижада бемор чап томонга оғиб боради.

Агар ўнг лабиринт фаолияти бузилса, гавда ўнг томонга оғиб боради. Демак, гавда, қўл ва оёқ кўз соққасининг суст йўналган томонига қараб оғади (яъни нистагм йўналган томоннинг қарама-қарши томонига).

3. Вегетатив рефлекслар. Ярим доира каналлари қўзғатилганда, турли хил — вегетатив нерв (асаб) системасининг рефлекслари пайдо бўлиши мумкин (муздек тер чиқиши, гавда терисининг ғудда-ғудда бўлиши, қон босимининг ошиши, юрак фаолиятининг издан чиқиши, нафас олишнинг бузилиши). Кўпроқ кўнгил айниши ва қайт қилиш кузатилади.

4. Қулоқ лабиринти бошланиш қисмининг (лабиринт даҳлизи) нинг фаолияти. Отолит аппаратидан юбориладиган ҳаракат миқдори (импульслар) тана мушакларининг фаолияти (тонуси) ни нормал ҳолатда ушлаб туришда, фазода мувозанатни сақлашда катта аҳамиятга эга. Отолит аппаратига доимо куч оғирлиги ёки ернинг тортиш кучи таъсир этиб туради.

Даҳлиз халтачасида жойлашган отолит рецепторларини қўзғатиш учун киши гавдасини тўғри чизиқли ҳаракатга солиш лозим.

Киши бошини олдинга ёки орқага эгса отолит аппарати ўз ҳолатини ўзгартиради. Бош чап ёки ўнга бурилса отолитнинг ўрни ўзгаради. Тўғри чизикли ҳаракат транспортда, юқорига кўтарилганда ва пастга тушганда, самолёт юқорига кўтарилганда ёки пастлаганда кузатилади.

Отолит аппаратида (сезги нерв толаларида) босим кўпайиб боради (юқорига кўтарилганда), пастга тушганда эса камайиб боради.

Агар отолит аппаратини узоқ вақт кўзгатилса, турли касалликлар келиб чиқади (денгиз ва ҳаво касаллиги).

ҚУЛОҚНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Беморни текшираётганда (ёш болаларда бу ҳақда фақат ота-онасидан маълумот олиш мумкин) қулоқдаги оғриқ, эшитиш қобилиятининг пастлиги, йиринг оқиши, ҳароратнинг чиқиши, бош айланиши, кўнгил айнаши ва қусиш, чақалоқларда уйқуда ёки кўкракни эмганда бирдан бақирини, ёстиққа қулоғини ишқалаш, ич кетиши ва ҳоказолар ҳақида маълумотлар олинади. Сўнгра ташқи текшириш ўтказилади. Бунда қулоқ супраси, унинг орқа қисми (сўрғиссимон ўсиқча атрофи), қулоқ атрофи, бўйиннинг юқори қисми, лимфа тугунчаларининг ҳолати кўздан кечирилади.

Қулоқ йўли, пардаси ва ноғора бўшлиқларидаги ўзгаришларни (агар қулоқ пардаси тешилган бўлса) аниқлаш учун сунъий ёруғлик манбаи ва ботиқ рефлектордан фойдаланилади. Бу отоскопия деб аталади (16-расм).

Отоскопия вақтида иккала кўз билан қаралади, бироқ чап кўз билан албатта ботиқ рефлектор тешигидан қараш шартдир. Қулоққа воронкани киритишдан олдин (бунинг учун мос воронка ишлатилади) ташқи эшитув йўлини кўздан кечириб, унинг кенглиги аниқланади.

Қулоқ воронкаси кенг қисмининг четидан бош ва кўрсаткич бармоқлар билан ушланади. Уни бурама ҳаракатлар билан аста-секин ташқи эшитув йўлига, иложи борича суяк қисмига тегизмасдан ичкарига киритилади.

Гўдак ва ёш болаларни отоскопия усулида текшириш бирмунча қийин бўлиб, текширишдан олдин болани яхшилаб йўртаклаб ушлаб туриш зарур. Одатда беморни ўтирган ҳолатда текшириш лозим. Ёш болаларда эшитув йўлини бир қадар тўғрилаш учун қулоқ супраси орқага ва пастга тортилади, катталарда эса орқага ва юқорига кўтарилади.

Ташқи эшитув йўлини текширганда унинг тузилишига, тор ёки кенглигига, қулоқ кири, ёт жисм бор ёки йўқлигига эътибор берилади.

Қулоқ пардаси нормал ҳолда ясси шаклда, кўкиш-садаф рангда. У қуйидаги белгиларга эга:



16-расм. Отоскопия.

1) қулоқ пардасининг олдинги-юқори қисмида тұғноғич бошчасидек келадиган оқ-сарғиш бұртма — болғачанинг калта ўсиғи бор.

2) болғачанинг катта ўсиғи олдинга ва орқага кетган олдинги ҳамда орқа бурмаларга эга. Бу ерда 2 та бурма бўлиб, у қулоқ пардасини устки (*pars schrapnelli*) ва пастдағи таранг тортилган қисм (*pars tensa*)га бўлиб туради.

3) калта ўсиқдан пастга ва бир оз орқага йўналган бұртма — болғачанинг дастаси бўлиб, оқиш-сарғиш тусда, унинг кенгайган пастки учи қулоқ пардасини ички томондан тортиб туради. Натижада чуқурчакинлик (*umbo*) ҳосил бўлиб, у яққол кўзга ташланади. Бу киндикдан қулоқ пардасининг олдинги — пастки чеккасига қараб рефлектордан тушган нурнинг қайтиши (акси) кўринади. Кўпинча гўдак болалар қулоқ пардасини кўриш мушкул, улар кўп йиғлаши сабабли уларнинг қулоқ пардаси бир оз қизарган бўлиши мумкин.

Қулоқ пардасидағи ўзгаришлар ёки тешикларни аниқлаш ва тўғри кўрсатиш учун уни шартли равишда тўрт квадратга (бўлакка) бўламыз.

Қулоқ пардасидағи ўзгаришларни аниқроқ билиш учун микроскопия усули ҳам қўлланилади (отомикроскопия). Қулоқ пардасининг ҳаракатлантирувчанлик қобилиятини аниқлаш учун Зиглянинг пневматик воронкасида фойдаланилади.



17-расм. Кулоққа ҳаво юбориш —
Полицер усули.

Ёш болаларнинг ташқи эшитув йўлида кўпинча турли ажратмалар бўлади, бунда албатта ташқи қулоқ йўлини тозалаш лозим. Бунинг учун махсус ингичка қулоқ зондига пахта ўраб, эҳтиёткорлик билан бурама ҳаракат қилиб қулоқ тозаланади, уни жуда ичкарига киритиш ярамайди, чунки ноғора пардани жароҳатлаб қўйиш мумкин. Зарур ҳолларда, ташқи эшитув йўлини ювиб тозаланади. Бунда ташқи қулоқ йўлини шикастлантириб қўймаслик лозим.

Эшитув найини текшириш учун бурун бўшлиғига ҳаво юбориш, пневмография, эшитув найини рентген қилиш, уни катетерлаш ва қулоқни манометрлаш каби усуллар қўлланилади.

Ноғора пардаси шикастланмаганда эшитув найининг нормал ўтказувчанлигини тиклаш ва аниқлаш учун қулоққа ҳаво юбориш зарур (Полицер усули). Бунда оливани буруннинг битта тешигига киритилади ва чап қўл билан бурун катагининг қанотлари қисиб турилади. Бемор оғзига бир қултум сувни олиб уни «бир, икки, уч» деганда ютади. Шу вақтда баллон қисилади ва ҳаво ўзига хос товуш билан эшитув найларига ўтади. Чунки сувни ютиш пайтида ёки баъзи бир унли ва ундош товушларни талаффуз қилганда юмшоқ танглай қўтарилади ва оғиздан ҳалқумга ўтиш йўлини бутунлай бекитади, шунда баллон қисилса, бурун бўшлиғидаги ҳаво иккала эшитув найи томон йўналади. Бу отоскоп (яъни қулоқ аускультацияси) ёрдамида текширилади. У икки учига биттадан олива ўрнатилган ингичка резина найдан иборат бўлиб, асбобнинг бир учи бемор қулоғига, иккинчиси эса текшираётган шифокор қулоғига тиқиб қўйилади.

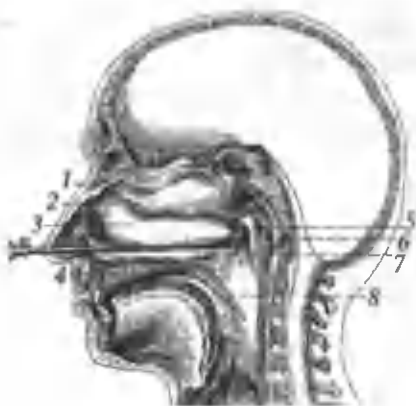
Ҳавони сув ичирмасдан ҳам юбориш мумкин, фақат бунда бемор «бир, икки, уч» деб санайди.

Полицер усулда ҳаво юбориш мумкин бўлмаган ҳолларда ёки бир қулоққа ҳаво юбориш зарур бўлганда эшитув найи катетерланади (17,

18, 19-расмлар). Бунинг учун бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига (сезувчанлик қобилиятини камайтириш ёки вақтинчалик йўқотиш, оғриқ бўлмаслиги учун) дори суртилади (2 % ли лидокаин эритмаси). Катетерни юборишдан олдин махсус резина баллон ёрдамида бурун бўшлиғидаги ажралмани сўриб олиш (ёки беморга бурун қоқтириш) мақсадга мувофиқ.

Катетер учини пастга қаратган ҳолда пастки бурун йўлидан ҳалқумгача юборилади, сўнгра катетер пастдан бурун тўсиғи томонга айлантирилади ва бу тўсиқнинг орқа қиррасига теккунга қадар олдга тортилади, катетер тушмуғини 180° ташқарига айлантириб, уни эшитув найи оғзига туширилади, шундан кейин баллон ёрдамида катетер орқали ҳаво юборилади.

Катетерни эҳтиёткорлик билан юбориш зарур. Ноғора бўшлиғига ҳаво ўтганлигини отоскоп орқали билиш мумкин. Ҳавони ҳам эҳтиёткорлик билан юбориш лозим, акс ҳолда бурундан қон кетиши ёки ҳавони кучли босим билан юбориш ёки катетер учи эшитув найи оғзида бўлмаслигидан, унинг атрофидаги тўқималар жароҳатланиши — эмфизема пайдо бўлиши (ҳаво тўпланиши) мумкин.



18-расм. Эшитув найини катетерлаш. 1— юқори; 2— ўрта; 3— пастки чиғаноклар; 4— қаттиқ танглай; 5— эшитув найининг ютқинга очилган тешиги; 6— Розенмюллер чуқурчаси; 7— бурун-ютқин орқа девори; 8— юмшоқ танглай.



19-расм. Катетерлашдан сўнг ҳаво юбориш.

Эшитув найининг ўтказувчанлигини Вальсальва усулида ҳам текшириш мумкин. Бунда бемор чуқур нафас олади, оғзи ва бурнини беркитган ҳолда кучли кучанади, натижада ҳаво ноғора бўшлиғига ўтиб, ноғора пардани ташқарига дўппайтиради.

Эшитув найининг дренажлаш ёки чиқариш фаолиятини аниқлашда куйидаги синама тавсия этилади: ноғора пардада тешик бўлган ташқи эшитув йўлига 3 %ли колларгол эритмаси (рангли синама) томизилади. бунда бемор калласини олдинга ва қарама-қарши томонга бироз эгиб туриши керак, кейин фарингоскопияда суюқликни ютгандан сўнг уни бурун-ютқиннинг ён деворидан оқиб тушишини кўриш мумкин.

ҚУЛОҚНИ РЕНТГЕН ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ

Бу усул ўрта қулоқдаги ўткир ва сурункали яллиғланишларни, шикастланиш, туғма нуқсон ва бошқа патологик ўзгаришларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Рентген орқали ўрта қулоқдаги бутун ўзгаришларни, сўрғичсимон ўсиқча катакчаларининг қай даражада «S» симон синуснинг жойлашганлигини, холестеатомалар борлигини аниқлаш мумкин. Ёш болаларни ухлатиб қўйиб (седуксен ёки реланиумни мушакка юбориб, хлоралгидрат билан ҳуқна қилиб) рентген қилиш яхши самара беради.

Рентген хулосасига қараб, бемор консерватив ёки жарроҳлик йўли билан даволанади.

Бундан ташқари, рентген ёрдамида чакка суяк пирамидал қисмининг жароҳатланганлигини ҳам кўриш мумкин.

Кўпчилик беморларда чакка суяги Шуллер усулида рентген қилинади. Бу ўрта қулоқдаги ўзгаришларни кўришда қулай бўлиб, у сўрғичсимон ўсиқчалардаги ва антрумдаги патологик жараённи аниқ кўрсатиб беради. Бундан ташқари, Шумский, Майер, Стенверс усуллари билан ҳам чакка суяги соҳасидаги ўзгаришларни аниқласа бўлади. Майер усулида ноғора бўшлиғи, антрумаг (ғор)га ўтиш йўли, ғор атроф катакчалари яққол кўринади. Стенверс усули билан чакка суягининг пирамидал қисми ва ички қулоқ йўлидаги ўзгаришлар аниқланади. Бу усуллар орқали олинган маълумотлар бир-бирини тўлдирди.

Чакка суягини электрорентгенография йўли билан ҳам текшириш мумкин. Бу йўл билан рентген ўтказиш қулай бўлиб, у тезда бажарилади (расм оддий қоғозга туширилади).

Бироқ, сўнгги йилларда фан ва техника жадал ривожланаётганлиги боис, тиббиётга ҳам янги технологиялар кириб келмоқда. Бунга

компьютерли ва магнит-резонансли томография усулларини кўрсатиш мумкин. Бунда чакка суягини яхлит ёки ҳар бир қисмини алоҳида ўрганиш мумкин (ваҳоланки оддий рентген усули қўл келмайди).

ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИНИ ТЕКШИРИШ

Эшитиш қобилияти текширилганда эшитиш анализаторининг товуш ўтказувчи ёки товуш қабул қилувчи қисмидаги бузилишлар ҳамда патологик ўзгаришларнинг ўрни аниқланади.

Чақалоқлар ва кичик ёшдаги (1–3 ёш) болаларда эшитиш анализаторининг функционал ҳолатини аниқлаш анча қийин.

Ёш болаларда эшитиш қобилиятини аниқлаш учун шартсиз (беихтиёр) кўрсатилган реакция орқали (рефлекс) бемор боланинг орқа томонидан товуш берилади. Бунда бола товуш қайси томондан келаётганини кўрмаслиги керак.

Бундан ташқари, ёш болаларда эшитиш қобилиятини шартли рефлекс йўли билан ҳам аниқлаш мумкин. Кейинги пайтларда электро-энцефалография ва плетизмография йўли билан ҳам эшитиш қобилиятини текширилади. Ёш болалар эшитиш қобилиятини объектив усуллар ёрдамида аниқлаш лозим. Буларга: импедансометрия (тимпанометрия), отоакустик эмиссия ва чақирилувчи потенциалларни рўйхатдан ўтқизиш ёки қайд қилиш усуллари киради.

Ёш болаларда ўйинчоқ ўрнатилган аудиометрия билан ҳам эшитиш қобилияти аниқланади. Агар болани эшитиш қобилияти йўқолмаган бўлса, у кнопкани босиб электр лампочкасини ёқади, шунингдек, турли расмларни кўрсата олади.

Ўсмирларни эшитиш қобилияти ҳам катталарникидек текширилади (шивирлаш, сўзлашиш нутқи, камертонлар ва аудиометр ёрдамида).

Эшитиш қобилиятини текшириш учун тинч ва етарли даражада катта хона бўлиши, текширганда ҳар бир қулоқнинг эшитиш қобилиятини алоҳида-алоҳида синаб кўриш, бунда иккинчи қулоқни бармоқ билан беркитиб туриш лозим. Текшириладиган қулоқ текширувчи томонга қаратилган бўлиши, беморнинг кўзи эса текширувчига тушмаслиги шарт.

Шивирлашнинг кучи доимо бир хил бўлиши, бунинг учун тинч ҳолатда нафас чиқариб сўзни талаффуз қилишда фақат ўпкадаги қолдиқ ҳаводан фойдаланиш лозим.

Эшитиш қобилияти бузилмаган киши шивирлаган сўзни 5–6 м масофадан эшитади ва уни тўғри қайтаради.

Лаб ва танглай ундошларидан тузилган сўзлар шивирлаганда 6 м ва ундан узоқроқ масофадан, таркибида шивирловчи ва сизғирувчи товушлар қўп бўлган (баланд) сўзлар эса 20 м гача бўлган масофада эшитилади. Бунинг учун махсус паст ва баланд товушли сўзлар жадвалидан фойдаланилади (К.А. Агзамов) (1-жадвал).

К.А.Агзамов жадвали

Шивирлаганда эшитиш қобилияти нормал бўлган қулоқнинг тахминан 6 м масофадан эшитадиган сўзлари		Шивирлаганда эшитиш қобилияти нормал бўлган қулоқнинг 20 м масофадан эшитадиган сўзлари	
ўн	нон	ая	арча
ун	нор	соя	азиза
ўр	омор	зия	ариза
ур	осмон	яна	жизза
нур	ўрмон	яра	жийда
умр	унвон	яса	жой
унум	ўров	яша	чой
умум	ўмров	шиша	сой
мум	ўрин	ака	ишчи
ном	урин	сирка	ясси

Агар бемор шивирлашни умуман эшитмаса, унда сўзлаш нутқи билан текширилади. Уни ҳам қабул қилмаса, унда эшитиш қобилияти бақриб гапириш ёки ҳуштак чалиш орқали текширилади. Бунинг учун қулоқ тартараги билан эшитадиган қулоқни вақтинчалик беркитиш лозим бўлади.

Соғ қулоқни тартарак ишлатмай, бошқа усуллар билан ҳам вақтинча «кар» қилиб туриш мумкин, бунда қулоқ супрасини кафт билан маҳкам қисиб ишқалаш ёки эшитув йўлига бармоқ тиқиб титратиш яхши натижа беради.

КАМЕРТОНЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

Товуш ўтказувчи ва товуш қабул қилувчи бўлимлар касалликларини бир-бирдан ажратиш (фарқлаш), шунингдек эшитиш даражасини тўлиқроқ аниқлаш учун камертонлар қўлланилади.

Камертонлар соф товуш (оҳанг) беради. Одам қулоғи секундига 16 тадан то 20 000 тагача тебранадиган товушларни қабул қилиб, бир-бирдан фарқлай олади. Камертон тўплами ёрдамида эшитишни турлича



20-расм. Ҳаво орқали товуш ўтказувчанлигини аниқлаш.

паст ва баланд товушлар билан текшириш мумкин. Камертонлар ёрдамида ҳаво ва суяк орқали товуш ўтказувчанлигини аниқлаш учун эшитув йўли тешигига садо чиқариб турган камертонни (C_{128}) яқинлаштирилади.

Суяк орқали ўтказувчанликни аниқлаш учун садо бериб турган камертон (C_{128}) оёғини бош ёки сўрғичсимон ўсиқ устига қўйиб турилади (20,21-а, б расмлар).

Кундалик турмушда ҳаво ва суяк орқали ўтказувчанликни текшириш учун икки хил камертон (C_{128} , C_{2048}) дан фойдаланилади. Қулоқ нормал эшитадиган бўлса, ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан икки баровар узоқроқ бўлади.

Куйидаги тажрибалар ёрдамида товуш ўтказувчи ва қабул қилувчи бўлимлар касалликларини аниқлаш мумкин.

ВЕБЕР ТАЖРИБАСИ

Бу тажриба орқали товушнинг ўнг ёки чап қулоққа оғиши аниқланади. Садо бериб турган камертон (C_{128}) оёғини бемор бошининг тепасига қўйиб турилади ва ундан товуш қайси қулоғида яхши эшитилаётганлиги сўралади. Товуш ўтказувчи аппарат зарарланганда камертон товуши касал қулоқда, товуш қабул қилувчи аппарат зарарланганда эса соғ қулоқда яхшироқ эшитилади.

РИННЕ ТАЖРИБАСИ

Бу тажриба ёрдамида суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги таққосланади. Садо бериб турган камертон (C_{128}) сўрғичсимон ўсиққа қўйиб турилади ва эшитиш тугагач, уни қулоққа (ташқи эшитув йўлига) яқинлаштирилади. Бунда товушнинг суякдан кўра ҳаво орқали узоқроқ ўтиши (эшитилиши) аниқланади. Бундай ҳолларда Ринне тажрибаси ижобий (Ринне +) дейилади. Ижобий Ринне тажрибаси қулоғи нормал эшитадиган, бироқ товуш қабул қилиш апарати бузилган беморларда ҳам кузатилади. Товуш ўтказувчи аппарат зарарланган тақдирда суяк орқали эшитиш муддати ҳаво ўтказувчанлиги билан бир хилда ёки ундан анчагина узайган ҳам бўлиши мумкин. Бундай ҳолда Ринне тажрибаси салбий (Ринне -) ҳисобланади.



21-расм, а, б. Суяк орқали товуш ўтказувчанлигини текшириш.



ШВАБАХ ТАЖРИБАСИ

Бу тажрибада бемордаги суяк ўтказувчанлиги (тепа суяк ёки сўрғичсимон ўсиқдан) текширув ўтказаетган ходимдаги суяк ўтказувчанлиги солиштирилади (агар текширувчиникида эшитиш қобилияти нормал бўлса). Товуш ўтказувчи аппарат бузилганда суяк ўтказувчанлиги узайган бўлади, товуш қабул қилувчи аппарат зарарланган тақдирда эса қисқаради.

Камертон C_4 (2048 марта тебранадиган) кулоқнинг товушларни эшитиш қобилияти текширилади.

Эшитишни текшириш учун махсус асбоб – аудиометр ишлатилади. Аппарат орқали эшитиш даражасининг барча диапазоли (чегараси, доираси)ни текшириш мумкин. Бу эшитиш ҳақида тўғри хулоса беришда амалий аҳамиятга эга.

ЖЕЛЕ ТАЖРИБАСИ

Бу тажриба ёрдамида ички кулоқ дарчалари пардасининг ҳаракатчанлиги текширилади.

Бунинг учун ташқи кулоқ йўлида (бармоқ билан босиб) ҳаво босимини кўпайтириб, камайтиради (бармоқни олиб). Камертонни сўрғичсимон ёки тепа суякка қўйгандан сўнг у орқали эшитиш бир зўрайиб, бир пастлашади (Желе +). Агар ички кулоқ дарчалари пардасининг ҳаракатчанлиги йўқолган бўлса, Желе (–) салбий деб юритилади. Ушбу ҳолат асосан отосклероз касаллигида кузатилади.

БИНГ ТАЖРИБАСИ

Бу тажриба орқали товушнинг суяк орқали нисбий ва тўлиқ ўтказувчанлиги аниқланади.

Бунинг учун камертон (C_{128}) садо бериб турган пайтида сўрғичсимон ўсиқчага қўйилади ва ташқи кулоқ йўлини очиқ ёки ёпиқ ҳолатда текшириб кўрилади. Эшитиш қобилиятини йўқотмаган беморларда, ноғора бўшлиғидаги эшитиш суякчаларининг тебраниш ҳаракатлари бузилмагани сабабли, кулоқ йўлини қўл билан беркитганда суяк орқали камертон қабул қилиниши зўраяди ва бу узоқроқ муддатга чўзилади.

ФЕДЕРИЧЧИ ТАЖРИБАСИ

Бу тажриба ҳам садо бериб турган камертон (C_{128}) ёрдамида олиб борилади. Камертон олдин сўрғичсимон ўсиқчага қўйилиб, у ерда тебраниш (эшитиш) тутагач, уни ташқи эшитув йўлига олиб келинади.

Соғлом беморларда камертонни эшитув йўлига яқинлаштирганда эшитиш қобилияти давом этаверади, бу нормал ҳолат ҳисобланади. Вақт-вақти билан камертонни қулоқдан узоқлаштириб туриш керак (адаптация бўлмаслиги учун).

Эшитиш қобилиятини текширишда жуда аниқ ва тўғри маълумот берадиган ва кам вақт талаб қиладиган махсус асбоблар — *аудиометрлардан* фойдаланилади. Аудиометр билан эшитиш даражасининг барча диапазоли (ҳажми ёки чегараси)ни текшириш мумкин. Бундай асбоблар ёрдамида эшитиш ҳақида тўғри маълумот олиб, тўғри ҳулоса чиқариш мумкин.

Сўнги йилларда нутқли сўзлаш (речевой) аудиометрия асбоби кўпроқ ишлатилмоқда. Бунда магнитофонга ёзиб олинган матнлар ва дикция (талаффуз) орқали текширилади.

Ўқитувчи микрофон орқали гапириб вольтметр кўрсаткичига таянади. Эшитиш қобилияти децибеллар билан баҳоланади. Бундан ташқари аудиометриянинг бошқа тури — надпороговая, ёш болаларда эса товушли-ўйинчоқли (игровая) аудиометрия кенг қўлланади.

БОШ ВА ГАВДА МУВОЗОНАТИНИ ИДОРА ҚИЛАДИГАН АЪЗОНИ ТЕКШИРИШ (ВЕСТИБУЛЯР АППАРАТ)

Вестибуляр аппаратни текшириш учун дастлаб беморга савол берилади ва уни кўздан кечирилади.

Одатда бу аъзо касалланганда бемор бош айланиши, гандираклаш, кўнгил айниб, қусишдан шикоят қилади.

Бемор текшириб кўрилганда, унда спонтан нистагм (кўз соққасининг беихтиёр ўйнаб туриши) ни кўриш мумкин. Бу мувозонатни сақлаш анализаторининг нормал хизмат қилиш ҳолати бузилганлигидан далолат беради.

Шуни айтиб ўтиш керакки, мувозонатни сақлаш аппарати кўзгатиладиганда ёки ҳаракатланиш натижасида пайдо бўладиган нистагм, яъни кўз соққасининг ҳаракати икки таркибий қисмдан, яъни тез (илдам, жадал) ва секин (суст) тебранишдан ташкил топган.

Секинлик билан юзага келадиган нистагм ички қулоқнинг мувозонатни сақлаш аъзосига, тез нистагмнинг ҳосил бўлиши эса марказий нерв системасига боғлиқ бўлади.

Орқа мия (кичик мия) жароҳатланишидан келиб чиқадиган нистагм, ички қулоқнинг мувозонатни сақлаш фаолияти бузилишидан вужудга келадиган нистагмдан фарқ қилади. Кўпинча бу бир томонлама бўлиб, муттасил рўй бериб туради. Бундан ташқари, бемор бошининг вазиятини ўзгартирганда нистагм кучаяди.

Мувозанат аъзосининг ҳолатини текшириш учун махсус асбоблар ва усуллар қўлланади. Бундай текшириш усуллари мувозанат анализатори рецептори (сезувчи нерв толаларининг охириги қабул қилувчи қисми)ни сунъий равишда қўзғатиш ва нистагм ҳосил қилишга асосланган (айлантириш, калорик ва прессор синовлар).

Айлантириш синовида гавда ўз ўқи атрофида айлантирилганда ярим айлана каналларидаги эндолимфа суяқлиги чайқалиб, бир томонга сурилади ва натижада рецепторлар қўзғалади, шу туфайли кўз соққаси ҳаракатланиб нистагм вужудга келади.

Горизонтал ярим доира канални текширишда бемор болани катта ёшдаги одам билан суянчиқли курсига ўтказилади, сўнгра беморнинг калласини 30° га эгиб, икки кўзи юмилган ҳолатда айлантирилади (20 секунд ичида 10 марта). Ўнг томонга айлантирилган курси тўхтатилганда беморнинг чал томонида, чап томонга айлантирилган курси тўхтатилганда беморнинг ўнг томонида нистагм пайдо бўлади. Нистагм йўналишини аниқлаш учун бемор текширувчининг бармоғига қараб туриши керак. Текширувчининг бармоғи беморнинг кўз косасидан 30 см масофада бўлади. Нормал ҳолда нистагм ўрта ҳисобда 25–30 секундгача давом этади. Бу усулнинг камчилиги шундаки, бундай айлантирилганда ҳар иккала лабиринт гарчи иккиси бир текис қўзғалмасада, бир вақтда қўзғатилади.

Беморни курсида айлантиргандан сўнг нистагмнинг пайдо бўлишини куйидагича тушунтириш мумкин.

Беморни чапдан ўнгга, яъни соат мили стрелкаси бўйича айлантирилганда ярим доира каналлари қўзғатилади, айлантириш бошида эндолимфа ўз ҳаракати (турғунлиги)ни сақлаши туфайли, суяк канали деворининг айланишидан бирмунча қолиб кетади, яъни у қарама-қарши томонга ҳаракат қилади. Чап қулоқ каналида эндолимфа ампула қисмидан силлиқ томонга қараб ҳаракат қилади, ўнг томонда эса силлиқ томондан ампула томонга йўналади.

Эвальд тажрибасига биноан кўз соққаси (нистагм) айлантирилган томонга (ўнг томонга) ҳаракат қилади.

Айлантиришнинг ўрталари ва охирида эндолимфа ва суяк канали бир хил йўналишда бўлади, шунинг учун бу даврда нистагм бўлмайди. Айлантириш тўхтатилганда ярим доира суяк каналлари ҳаракатсизланиб, эндолимфа ўзининг каналлари ҳаракатини давом эттиради. Чап қулоқдаги каналда суяқлик ампула томонга, ўнг қулоқдаги каналда эса ампуладан силлиқ томонга қараб йўналади. Эвальд тажрибасига биноан нистагм қарама-қарши томонга, яъни бемор соат мили бўйича айлантирилганда, чап

томонга, соат милининг аксига айлантириб тўхтатилганда эса ўнгга йўналади.

Мувозанатни сақлаш аппаратининг фаолияти бузилганда беморнинг режали ҳаракатлари издан чиқади, у секин-секин ҳаракатланувчи нистагм томонга йиқилади, чунки гавданинг қарама-қарши томонидаги мушаклар фаолияти кучаяди.

Мисол учун, агар беморнинг ўнг мувозанатни сақлаш аппаратини қўзғатсак у чап томонга оғиб йиқила бошлайди. Бунда нистагм ўнг томонга, секин компонент эса чап томонга йўналади. Мушаклар фаолиятининг кучайиши чап томонда кузатилади (22-расм).



22-расм. Ички қулоқдаги эндолимфа суюқлигининг силжиши (беморни ўнг томонга айлантирганда): 1— беморни айлантириш бошида нистагм (унг томонга); 2— айлантириш ўртасида нистагм йўқ; 3— айлантиришдан сўнг нистагм чап томонда.

ИЧКИ ҚУЛОҚ ДАҲЛИЗ ҚИСМИНИНГ ФАОЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ

Ички қулоқнинг даҳлиз қисми (отолит) ҳам мувозанатни идора қилувчи аъзога киради. Бу ерда жойлашган периферик нерв толаларини қўзғатиш ер тортиш кучига асосланган бўлиб, бунда беморни тўғри чизик бўйлаб ўнгдан чапга, пастдан юқорига ҳаракатлантириш керак бўлади.

ОТОЛИТ АППАРАТИНИ ТЕКШИРИШ ВОЯЧЕК ТАЖРИБАСИ

Ички қулоқнинг даҳлиз қисмидаги отолит аппаратини қўзғатиш учун беморни Барани креслосига ўтқазиб, боши ва гавдасини 90° пастга эгиб, 5 марта (10 секунд ичида) айлантирилади. Айлантириш тўхтатилгандан 5 секунд ўтгач, бемор боши ва гавдасини тўғрилаши шарт. Шу пайтда бемор организмнинг турлича таъсирланишини кўрамиз, яъни бемор бошини тўғрилайди (ўрта чизикқа).

Агар отолит аппарати кучли реакцияга (таъсирланишга) эга бўлса, бемор йиқилиб, қўл ва оёқлари билан ҳаракатлар қилади, унинг ранги ўчиб, терлаш ва бошқа ҳолатлар юз бериши мумкин.

Отолит аппаратини яна махсус арғимчоқда ҳам тебрантириб текшириш мумкин (Хилов тажрибаси).

КАЛОРИК УСУЛ

Бу усулда ярим доира каналидаги эндолимфани сунъий равишда иситиш ёки совутиш йўли билан ҳаракатга келтириш мумкин. Усул жуда осон бўлиб, бунда ҳар бир лабиринт алоҳида-алоҳида текширилади. Агар қулоққа совуқ сув юборилса, эшитув йўли, ноғора парда бўшлиғи, ички қулоқ бўлимлари ва эндолимфа совиб боради. Эндолимфа совуши билан унинг заррачалари пастга қараб ҳаракат қилади, иссиқ сув қуйилганда юқорига кўтарилади.

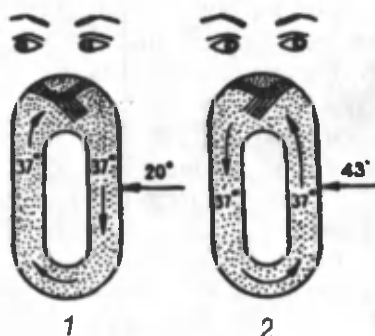
Ҳар бир қулоққа галма-галдан катта шприц (Жанэ шприци) ёрдамида сув юборилади. Ўнг қулоққа ($16-22^{\circ}$) совуқ сув қуйилганда олдинги лабиринт ярим доира канали кўзғатилади ва Эвальд тажриба қонунига биноан нистагм чап томонга, иссиқ сув ($40-45^{\circ}$) қуйилса, ўнг томонга йўналади (23-расм).

Нормада қулоққа 30–50 мл сув қуйилганда нистагм пайдо бўлиб, у 2 минутгача давом этиши мумкин. Оз миқдорда (10,0–15,0) сув юборилганда нистагм пайдо бўла бошласа, бу лабиринт кўзғалувчанлигининг ошганидан, кўп миқдорда (100,0–200,0) сув қуйилганда нистагмнинг секин-аста пайдо бўлиши эса унинг кўзғалувчанлигининг пасайганидан далолат беради. Калорик усулда нистагм пайдо бўлмаса (500,0 сув қуйилгандан сўнг), мувозанатни сақлаш аппаратининг кўзғалувчанлиги йўқолганлигини, яъни унинг бутунлай ишдан чиққанлигини кўрсатади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, ўрта қулоқда сурункали яллиғланиш бўлганда, қулоқ пардасидаги тешик калорик усулнинг тезлашиши ёки ноғора бўшлиғидаги тўқималарда ўзгариш бўлиши ёки ўсимталар ўсиши унинг пасайишига олиб келиши мумкин. Чунки бундай ҳолларда ички қулоқ ва эндолимфани совутиш ёки иситиш тезлашиши ҳамда пасайиши кузатилади.

ПРЕССОР (ИСКАНЖАЛАШ) ТАЖРИБАСИ

Лабиринтнинг баъзи патологик ҳолатлари борки, унда ташқи эшитув йўлидаги ҳавони зичлаштириб – сийраклаштириб, нистагм ҳосил қилиш мумкин.



23-расм. Калорик усул. 1— қулоққа совуқ сув қуйилганда; 2— қулоққа иссиқ сув қуйилганда.

Агар лабиринт деворида (ташқи ярим доира каналда) ноғора бўшлиғи емирилиб, унинг суяк қисмида (ички қулоқ лабиринт) чириш нуқсони бўлса, бу ҳолда эшитув йўлига ҳаво юборилса, нистагм шу томонда, агар ҳавони сийраклаштирилса, қарама-қарши томонда ҳосил бўлади. Бу ҳодиса фистул (тешик) симптоми (аломати) дейилади. Соғ ички қулоқда бундай ҳолат кузатилмайди.

ТАШҚИ ҚУЛОҚНИНГ ТУҒМА НУҚСОНИ

Сўнгги йилларда ташқи қулоқнинг туғма нуқсони билан туғилган чақалоқлар сони кўпайиб бормоқда. Дунё бўйича бундай нуқсон билан туғилган болалар сони ўртача 1–2% ни ташкил қилади. 40 ёшдан ошган аёллардан туғилган болаларда туғма нуқсон кўпроқ учраб туради. Чунки ҳомиладор аёлларнинг ёши қанча катта бўлса, улар ташқи муҳитнинг зарарли (жисмоний, кимёвий, биологик) таъсирига кўпроқ чалинади. Бундан ташқари, соғлом аёлларга қараганда туғма нуқсонли онадан туғма нуқсонли бола туғилиш ҳоллари 15 марта кўп учрайди. Кўпинча туғма нуқсон билан туғилишга ирсият ва ташқи муҳитнинг интеграция жараёни бузилишидан ҳужайралар метаболизми (моддалар алмашинуви — кимёвий ўзгаришлар мажмуасининг) бузилиши сабаб бўлади, натижада турли морфологик ўзгаришлар юз беради.

Организмга тератоген таъсир этувчи сабаблар жуда кўп ва турличадир. Лекин бу сабабларни икки: ташқи ва ички гуруҳга бўлиш мумкин.

Ташқи муҳитдан зарарланишга кўпроқ ионлар радиацияси (нурланиши) сабаб бўлади (ультрабинафша нурлар, майда тўлқинли ультратовушлар). Шунингдек, ҳаддан ташқари иссиқлик, турли юқумли агентлар (омиллар), кимёвий таъсирлар асосий ўринни эгаллайди. Туғма нуқсон билан туғилишга, онанинг ҳомиладор пайтида кўп миқдорда турли антибиотиклар қабул қилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Ташқи қулоқнинг туғма нуқсонига қуйидагилар киради:

1. Қулоқ супрасининг бутунлай бўлмаслиги (анотия).

Қулоқ супраси ўрнида чуқурча бўлиб, бунда ташқи эшитув йўли ҳам бўлмайди. Бундан ташқари, бундай болаларда юз суягининг ҳам яхши ривожланмаганини кўраемиз.

2. Қулоқ супраси ривожланмай, фақат унинг айрим бўлаклари бўлиши (микротия). Микротия 1, 2, 3-даражали бўлиши мумкин. Биринчи даражали микротияда қулоқ супрасининг юқори қисми ривожланмаган, иккинчисида қулоқ супрасининг шакли, ҳажми ҳаддан ташқари ўзгарган, юқори жағ яхши ривожланмаган бўлади. Учинчи даражали микротияда қулоқ супраси бутунлай бўлмай, фақат солинчак (мочка) сақланади. Ташқи қулоқ йўли бутунлай йўқ, юқори ёки пастки жағлар бир ёки икки томонлама ривожланмаган, чайнов ва ишора мушакларининг фаолияти бузилган бўлади.

3. Қулоқ супрасининг ҳаддан ташқари катта бўлиши (макротия ёки шалпангқулоқ). Бундан ташқари, қулоқ супрасининг турли нуқсонлари учраши мумкин. Буларга қулоқ супраси ёки унинг юмшоқ қисми (солинчак) даги ўзгаришлар, қулоқ супраси атрофидаги катта-кичик ўсимталар (Дарвин ўсимтаси) ва бошқалар киради (24-расм, а,б).

Нуқсонлар фақат жарроҳлик йўли билан бартараф этилади.

Қулоқ супраси ривожланмаганда ёки бутунлай бўлмаганда уни жарроҳлик усулида тикланади.



24-расм. Қулоқ супрасининг туғма нуқсонлари. а – макротия; б – аротия.

Бунда тоғай қисмини тиклаш учун аъзонинг турли тоғайларидан (қовурға ёки ўлган кишининг қулоқ супраси тоғайидан) олинади. Тери қисмини тиклаш учун эса шу қулоқ супраси атрофидаги тери ёки гавданинг туксиз тери қисмидан олинади (Филатов усули билан).

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИНИНГ НУҚСОНИ

Ташқи эшитув йўли бутунлай ривожланмаган ёки у жуда тор бўлиши мумкин. Кўпинча бу нуқсон қулоқ супраси нуқсони билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда албатта ўрта ва ички қулоқни ҳам текшириб кўриш лозим (чакка суякни рентген тасвирига олиб).

Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Жарроҳликнинг турли йўллари мавжуд. Мақсад ташқи қулоқ йўлини очиш ва тиклашдан иборат. Баъзан ташқи эшитув йўлидаги юмшоқ тўқима олингандан сўнг махсус асбоб ёрдамида бу йўлнинг суяк қисми кенгайтирилади ва унинг олдинги деворига қулоқ супраси супчасининг турли қисмидан юмшоқ тўқима қўйилади. Ташқи эшитув йўлини тиклаш учун қулоқ супрасини орқасидан кесиб, тери ва юмшоқ тўқимани бир оз четроққа тортиб, исканасимон асбоб ёрдамида ташқи қулоқнинг суяк қисми кенгайтирилади, чандиқлар олиб ташланади ва қулоқ супрасининг орқа томонидаги теридан қийқим (парча) олиб, ташқи эшитув йўлига қўйилади. Бироқ, ташқи эшитув йўлининг анатомик ҳолатини тиклаш жуда қийин, чунки унда доимо торайишга мойиллик бўлади.

ТАШҚИ ҚУЛОҚДАГИ ТУҒМА ОҚМА

Қулоқнинг туғма оқмалари асосан жабра тешикларининг бола туғилгунича бекилмасдан қолганлиги сабабли келиб чиқади. Оқма (тешик) бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин, у худди нуқтага ўхшаш бўлиб, унинг атрофини сиққанда тешикдан кўпинча йиринг чиқа бошлайди. Оқма яра бўйинда учрайдиган оқма тешик билан бирлашган бўлиши ҳам мумкин. Оқма яра илдизи баъзан жуда чуқур жойлашган бўлиб, у ноғора бўшлиғигача боради.

Оқма болани умуман безовта қилмаслиги мумкин. Бироқ, кўп ҳолларда оқма ичида микроблар йиғилиши ёки унинг яллиғланиши сабабли қулоқ атрофи тўқималарида йирингли қайталанувчи ҳолатлар кузатилади.

Яра жарроҳлик йўли билан даволанади. Бунинг учун оқма тешиги атрофида тери думалоқ шаклда кесилади, унинг масофаси ва чуқурлигини аниқлаш учун асталик билан игна орқали 10% ли бриллиант яшили эритмаси юборилади. Аста-секин яра атрофидаги соғ тўқималардан ажратишиб, илдизи билан олиб ташланади.

ЎРТА ВА ИЧКИ ҚУЛОҚНИНГ ТУҒМА НУҚСОНИ

Ўрта ва ички қулоқнинг туғма нуқсонлари ҳам қулоқ супраси ҳамда ташқи эшитув йўли нуқсонлари билан бирга учраб туради.

Бу нуқсонлар турлича бўлади. Баъзан товуш ўтказувчи бўлимнинг думалоқ ва ясси дарчалари, эшитув суякчалари бўғимларининг ҳаракатсизланиши — қотиб қолиши (анкилоз) ёки бирор эшитув суякчасининг бўлмаслиги ёки ривожланмаганлигини кўриш мумкин. Бундан ташқари, ноғора бўшлиғи ёки ноғора парда яхши ривожланмаган ҳоллари ҳам кузатилади.

ЭШИТУВ АЪЗОСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ БУЗИЛИШИ

Бунда эшитув аъзосининг нотўғри ривожланганлиги кузатилади, яъни аъзонинг шакли, тузилиши ўзгаради. Бу уч хил турда бўлади.

1. Оғир турида — ташқи қулоқнинг тоғай қисми пастга ва кўпроқ олд томонга йўналган бўлади, бундан ташқари ташқи қулоқнинг суяк қисми, ноғора бўшлиғи, ундаги суякчалар ва эшитув найи бутунлай бўлмаслиги мумкин.

2. Ўртача турида — ташқи эшитув йўли олд томонда жойлашган бўлиб, унинг суяк қисми йўқ бўлиши мумкин. Ноғора бўшлиғи кичик болғача, сандонча суякчалар яхши ривожланмай, бир-бири билан ёпишган ҳолда бўлади.

3. Енгил турида — ташқи эшитув йўлининг суяк қисми жуда тор, қулоқ парда кичик, хира кўринади. Ички қулоқда ҳам турли хил туғма нуқсонлар бўлиши мумкин. Бу тўғрида турлича фикрлар ва усуллар бор. Эшитиш қобилятини яхшилаш мақсадида жарроҳлик усулидан фойдаланилади.

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, ташқи, ўрта ва ички қулоқнинг туғма нуқсонлари мустақил ёки бошқа аъзоларнинг туғма нуқсонлари юз нерви фалажи, пастки жағнинг ривожланмай қолиши, бронхоэктаз ва ҳоказолар билан бирга учраши мумкин.

ҚУЛОҚНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Болаларда қулоқ кўпроқ механик равишда совуқ ва иссиқ (термик) таъсирида, шунингдек, товуш (акустик) ва босим (баро) ошиши ёки камайиши натижасида шикастланади. Механик шикастланиш турли ўткир ва ўтмас буюмлар билан қулоқни тозалаганда, турли спорт машғулотларини бажариш вақтида келиб чиқади.

Кўпинча ташқи қулоқ супраси жароҳатланиб, унинг бутунлай ёки бир қисми узилиши ва қаттиқ эзилиши мумкин (қаттиқ зарб билан урилса, йиқилса, тишлаб олса). Шикастланганда қулоқ супрасининг тоғай қисми дарз кетиб синади.

Баъзан қиз болалар қулоқ супрасининг юмшоқ (солинчак) қисми тешилганда (зирак тақиш учун), у ерда фиброма (бириктирувчи тўқимали хавфсиз ўсма), келлоид (чандиқ тўқиманинг ҳаддан ортиқ ўсиши) ривожланиши мумкин. Қулоқ супраси шикастланганда зудлик билан ярани спирт ёки йод эритмаси ёрдамида тозаланади, қон кетиши тўхтагандан сўнг, яра тикилади. Тикиш пайтида тоғайни шикастлантирмасликка ҳаракат қилиш лозим.

Агар қулоқ супрасининг бирор қисми узилиб кетган бўлса, уни зудлик билан ўз ўрнига қўйиб тикиш керак. Шундан сўнг беморга турли антибиотиклар ва сульфаниламидлар бериб турилади.

ЎРАБ ОЛУВЧИ ЁКИ БЕЛБОҒСИМОН УЧУҚ

Бунда қулоқ супрасининг тери қисмида кичик ҳажмда майда қизил тусдаги тугунчалар ҳосил бўлиб, бош ҳамда қулоқ супрасида кучли оғриқ кузатилади. Тугунчалар кейинчалик пуфакчаларга айланиб, қулоқ супрасида турлича тарқалади. Кўп ўтмасдан пуфакчалар ёрилиб, қуриydi, қатқалоқланиб, кейин тушиб кетади. Беморнинг гавда ҳарорати кўтарилиб, оёқ-қўллари зирқираб оғрийди.

Бу касалликда кўпинча беморнинг юз, уч шохли ва эшитув неврлари жароҳатланади.

Пуфакчалар ёрилганда турли малҳамли дорилар лидокаин ёки новокаин эритмалари билан аралаштириб суртилади. Антибиотиклар, вируста, заҳарланишга қарши воситалар сульфаниламидлар тавсия этилади.

ҚУЛОҚ СУПРАСИДА ҚОН ЙИҒИЛИШИ (ОТОГЕМАТОМА)

Қулоқ супраси шикастланиши ёки узоқ эзилиши, шунингдек, қон томирлари ёрилиши оқибатида тоғай билан тоғай устки қатлами орасида қон йиғилиб қолади. Бу касаллик кўпроқ спорт билан шуғулланувчи ёш болаларда ҳамда қон томирларининг ўтказувчанлик фаолияти бузилганда кузатилади. Қон кўпроқ қулоқ супрасининг юқори-олдинги қисмида йиғилади. Бунда қулоқ супраси катталашиб, шиш пайдо бўлади, тери қорамтир-кўкиш тусга кириб, пайпаслаб кўрилганда юмшоқ ва бирор суюқлик бордек сезилади, айтарли оғриқ бўлмайди, гавда ҳарорати кўтарилмайди. Фақат бемор ўзини қулоқ супраси осилиб тушаётгандек ҳис қилади.

Кўпинча унчалик катта ҳажмда тўпланмаган қон бир неча кундан сўнг ўз-ўзидан сўрилиб кетиши мумкин. Бунда шишган ерга спирт ёки йод эритмасидан суртиб, қаттиқ сиқиб боғлаб юриш керак. Айрим ҳолларда игна санчиб, у ердаги қонни сўриб олиб, турли антибиотик ёки 5% ли спиртли йод эритмасидан юбориб, боғлаб қўйилади. Агар бу тадбирлар ёрдам бермаса, унда жарроҳлик усули қўлланади (кесиб ёриш). Чунки тоғай узоқ муддат қон томирлар орқали озуқа олмаса, ўлиши ва чириши мумкин. Бунда қулоқ супраси буришиб, ўз косметик ҳолатини йўқотади. Агар тоғай синган бўлса, уни тўғрилаб, ўз ўрнига қўйиб, қаттиқ сиқиб боғлаш лозим.

Қулоқ супрасига қон қўйилганда игна санчиб даволаш даврида жароҳатга бирор инфекция (микроб) тушиб қолса, унда қулоқ супрасининг тоғай қисми йиринглаб яллиғланиши мумкин. Бунда беморнинг гавда ҳарорати кўтарилади, қулоғида оғриқ, қизиш аломатлари пайдо бўлади. Ўз вақтида хасталикнинг олди олинмаса, яллиғланиш зўрайиб, қулоқ супраси катталашади, тери қизариб, шиш

пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда оғриқ зўраяди. Игна санчиб кўрилганда йиринг чиқади. Бундай ҳолларда, тўпланган йиринг туфайли тоғайнинг йирингли яллиғланиб, чиришига йўл қўймаслик керак. Бунинг учун зудлик билан фасодни ёриш зарур (25-расм). Баъзан, бу касалликни қулоқ супрасида учрайдиган юқумли, яъни сарамас касаллиги билан таққослаб ажрата билиш лозим.

Қулоқ супраси йирингли яллиғланганда, фақат унинг тоғайли қисми зарарланиб, тоғайсиз пастки қисми — солинчак (юмшоқ қисми) яллиғланмайди.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЙЎЛИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Бундай шикастланиш учли, ўткир нарсалар (гугурт чўпи, тўғноғич ва ҳ.к.) орқали, шунингдек, бошқа жараёнларда қулоқни ювиш вақтида ёки ёт жисмларни олиш пайтида) юз бериши мумкин. Ёш болаларда йиқилганда, бирор нарса билан қулоққа урганда кузатилади. Кўпинча ташқи қулоқ йўлининг шикастланиши пастки жағ бўғими ёки сўрғичсимон ўсимта ёки қулоқ пардаси ва ноғора бўшлиғининг шикастланиши билан бирга учрайди.

Ташқи қулоқ йўли шикастланганда бемор қаттиқ оғриқдан, қулоқдан қон кетишидан шикоят қилади. Бундай ҳолларда дастлаб қон кетишини тўхтатиш, оғриқни камайтириш ҳамда ташқи эшитув йўли торайиб қолмаслигининг олдини олиш шарт. Шу мақсадда ташқи эшитув йўлига тампон қўйилади (мойли дорилар билан).

Қулоқ пардаси шикастланганда қон қўйилиши, қонталаш ёки қулоқ пардасининг ёрилиши кузатилади. Бундан ташқари, чакка суяк пирамидал қисмининг узунасига дарз кетиши натижасида қулоқ пардаси ёрилади.

Қулоқ пардаси ёрилиши натижасида қон кетганда уни тозалаб бўлмайди, чунки тозалаш пайтида бирор инфекция кириб ўрта қулоқда йирингли яллиғланиш бошланиши мумкин. Шунинг учун ташқи қулоққа тоза пахта ёки бинтдан тайёрланган тоза тампон қўйилади.

Чакка суякнинг пирамидал қисми узунасига шикастланганда қулоқ пардаси ёрилишидан ташқари, баъзан қулоқдан орқа мия суюқлиғи оқиб туриши, юз нерви фалажланиши, эшитиш қобилияти бузилиши, бош айланиши, кўнгил айниши каби ҳолатлар кузатилиши мумкин. Чакка суякнинг пирамидал қисми кўндалангига синганда, қулоқ пардаси шикастланмайди. Бунда бемор оғир аҳволда бўлиб, эшитув ва мувозанатини сақловчи нервлар шикастланади, натижада эшитиш қобилияти, мувозанатни сақлаш бузилади, юз нерви фалажи қайд этилади. Чакка суяк пирамидал қисмининг синганини фақат рентген орқали билиш мумкин.

ҚУЛОҚ СУПРАСИНИ СОВУҚ ОЛИШИ

Бизнинг шароитимизда бундай хасталик бошқа совуқ иқлимли республикаларга нисбатан кам учрайди. Бу хил шикастланиш болаларда ҳам учраб туради. Хасталик бошланишида бемор қулоқ супраси терисининг ранги оқариб, қичийди ва ачишиб туради. Кейинчалик унинг сезувчанлик қобилияти пасайиб боради (I даража). Бундан ташқари пуфакчалар пайдо бўлади (II даража), қулоқ супраси қорайиши (III даража), тўқима ва тоғай ўлиши мумкин (IV даража).

Даволаш. Зудлик билан қулоқ супрасида қон айланишини тиклаш ва яхшилаш лозим. Бунинг учун қулоқ супрасини токи у қизаргунча ишқалаш, сўнгра унга ароқ ёки спирт суртиш ва жароҳатни тоза бинт билан боғлаб қўйиш зарур. Агар қулоқ супрасида пуфакчалар бўлса, уларни ёриш лозим, сўнгра УВЧ ёки ультрабинафша нурлар берилади ва турли малҳам дорилар билан боғлаб қўйилади.

ҚУЛОҚ СУПРАСИНИНГ КУЙИШИ

Қулоқ супраси куйишининг тўрт даражаси бўлиб, кўпинча хасталик куйиш, кувёш нури, қайноқ сув ёки унинг буғининг таъсирида келиб чиқиши мумкин.

Қулоқ супрасида қизариш (I даража), шиш ва пуфакчалар пайдо бўлиши (II даража), қулоқ супраси тўқималари (III даража), қулоқ супраси тоғай қисмининг ўлиши ва қорайиб қовжираб кетиши (IV даража) кузатилади.

Даволаш. Қулоқ супраси куйишини даволашда дастлаб бемор болани руҳий таъсирланишдан, яъни шок ҳолатидан чиқариш лозим. Қулоқ супрасини турли малҳамлар ва 1–2% ли танин эритмаси билан боғлаш зарур.

I ва II даражали куйишда пуфакчалар ҳосил бўлишига йўл қўймаслик зарур. Бунинг учун қулоқ супрасини совутиш (совуқ сув ёки ях билан), уни босиб бойлаш ва тоғай қисмини жароҳатланишдан сақлаш керак.

III ва IV даражали куйишда жароҳатга қуруқ тоза боғлов қўйилади. Қулоқ супраси турли кислоталар ва ишқорлар билан куйган бўлса, уни кўп миқдорда тоза сув билан ювиш лозим.

ЭКЗЕМА

Бу хасталик юқмайди; тугунчалар, тангачалар, йиринг ҳосил қилади ва қичима билан ўтади. Кўпинча у қулоқ супрасининг орқа томонида, яъни сўрғичсимон ўсиқчага ўтиш чегарасида бошланиб, атрофга тарқалади. Қаттиқ қичима бўлиши сабабли бола безовталаниб, уйқуси бузилади. Хасталик ўрта қулоқдан йиринг оқиб, ташқи қулоқ йўлини қитиқлаш ва патijasида келиб чиқади. Бундан ташқари, йод эритмасидан,

симобли малҳамдан ҳам юз бериб, кўпроқ ширзада (мечкай, қанд касаллиги, диатез) билан оғриган болаларда учрайди.

Экзема нам, яъни пуфакчали, тангачали (қизил тангачалар ва пўстлар ҳосил бўлиши) ва улардан суюқлик чиқадиган бўлиши мумкин.

Даволаш. Яллиғланган жой тоза мой билан артилади, 5% ли резорцин эритмаси ёки бура суюқлигини суртиб, боғлаб қўйилади. Бундан ташқари, УВЧ ёки ультрабинафша нурлар билан нурлантирилади. Сўнгги пайтларда лазер билан нурлантириш, гидрокортизон, оксикорт, мойли дорилар ҳам яхши натижа бермоқда. Беморга витаминга бой овқатлар бериш, бромли эритмалар ичириш ҳам мақсадга мувофиқдир.

АКУСТИК ШИКАСТЛАНИШ

Бундай шикастланиш узоқ муддат давомида қулоққа шовқин таъсир этиши натижасида келиб чиқади. У ўткир, сурункали бўлиши мумкин.

Ўткир шикастланиш қисқа вақт ичида кучли акустик таъсир натижасида юз беради. Бунда бемор қулоғидаги қаттиқ оғриқдан шикоят қилади.

Сурункали акустик шикастланиш аксарият катталар орасида (кўпинча кучли шовқинли цехларда, бўлимларда ишловчи кишиларда) учрайди. Узоқ муддат кучли шовқин таъсир этиши натижасида Кортий аъзосидаги эшитув нерви толаларининг нобуд бўлишидан гаранглик ёки карлик келиб чиқади.

Касаллик беморнинг шикояти, ишлаш жойи ва эшитиш қобилиятини текшириш (камертонлар ва аудиометр) орқали аниқланади.

Даволаш ва шикастланишнинг олдини олиш. Агар бемор бундай шикастланишни келтириб чиқарадиган муҳитда ишласа, уни шовқинсиз цехларга, бўлимларга ўтказиш керак, бундан ташқари шовқинни камайтирувчи ва ундан сақланувчи турли тадбирларни қўллаш зарур.

Беморга турли витамин гуруҳлари (B_1 , B_6 , B_{12} , А ва Е)ни қабул қилиш буюрилади. Бу витаминлар қон айланишини ва танада оксидланиш жараёнини яхшилайти. Касалликнинг олдини олиш учун турли шовқинли цехларда ишловчиларни вақт-вақти билан текширувдан ўтказиб туриш, уларга товуш ўтказмайдиган махсус бош кийим бериш лозим.

ВИБРО (ТЕБРАНИШ) ШИКАСТЛАНИШ

Бундай шикастланиш кўп тебраниш, титраш, чайқалиш натижасида келиб чиқади. Хасталик кўпроқ катта ёшдагиларда учрайди. Хасталикни аниқлаш учун ҳайвонларда тажриба ўтказилган, яъни бунда бир гуруҳ маълум ҳайвонларни узоқ муддат чайқалтирилган, шундан сўнг,

уларнинг ички қулоқ чиганоқлари текширилганда эшитув нерви жойлашган ерда катта ўзгаришлар қайд этилган.

Демак, узоқ муддат тебраниш, титраш, чайқалиш натижасида одамларда ҳам шундай ўзгаришлар кузатилади, натижада эшитиш қобилияти бузилиб, карлик келиб чиқиши мумкин. Бундай шикастланишнинг олдини олиш учун худди акустик шикастланишдаги тадбирларни қўллаш лозим.

БАРО ШИКАСТЛАНИШ

Ҳаво босимининг кескин ўзгариши натижасида ривожланадиган қулоқ хасталиги бўлиб, кўпроқ катталарда кузатилади. Болаларда фақат эшитув найининг ҳаво ўтказувчанлиги бузилишидан келиб чиқади. Бундай шикастланиш икки гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳ. Бунда фақат ташқи қулоқ йўли шикастланади, яъни хасталик ташқи қулоқ йўлидан ҳаво ўтишининг бузилиши ёки эшитув найи орқали ноғора бўшлиғига катта босимда ҳаво юбориш натижасида келиб чиқади.

Иккинчи гуруҳ. Бундай шикастланиш ноғора бўшлиғи ичидаги босим билан ташқи муҳитдаги босимнинг фарқ қилиши (масалан, самолётда учиб даврида ёки водазларда) натижасида юз беради. Бундан ташқари, бу шикастланиш замбараклар отишмаси даврида ҳам келиб чиқиши мумкин. Бемор қулоғини текширганда, қулоқ пардаси қизарганини, қонталашларни, баъзан қулоқ пардасининг йиртилганини, қонни кўриш мумкин (26-расм).

Бемор қулоқда шовқин, шанғиллаш, эшитиш қобилияти пасайишидан, бош айланишидан, кўнгли айниб қусишидан шикоят қилади. Баъзан у ҳушидан кетиб қолиши мумкин.

Касалликнинг олдини олиш учун эшитув найининг ўтказувчанлигига катта эътибор бериш лозим. Шахта ишчилари ёки учувчиларни ишга олишдан олдин уларни яхшилаб текшириш зарур. Бундай шикастланишда қулоқ пардаси ёрилиб, қон кетса, дастлаб жароҳат тоза пахта (спирт билан намланган бўлиши шарт) билан эҳтиёт қилиб тозаланади. Кейин унга турли дорилар пуркалади ва тоза пахта қўйилади. Агар мувозанат ўзгарган бўлса, бир неча кун юрмасдан ётилади. Яллиғланишга қарши турли дори-дармонлар берилади.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЙЎЛИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Болаларда ташқи қулоқ йўлида ёт жисмлар учраб туради. Бу кўпинча қўлга тушган майда ёт жисмлар (олча данагини, нўхат, майда тугмачалар, гугурт чўпининг синиб қолган қисми, пахта ва бошқа жисмлар)ни оғизга ёки қулоққа тиқишга одатланган болаларда

кузатилади. Бундан ташқари, қулоққа чивин, пашша, тахтакана, суварак каби ҳашаротлар ҳам кириб кетиши мумкин.

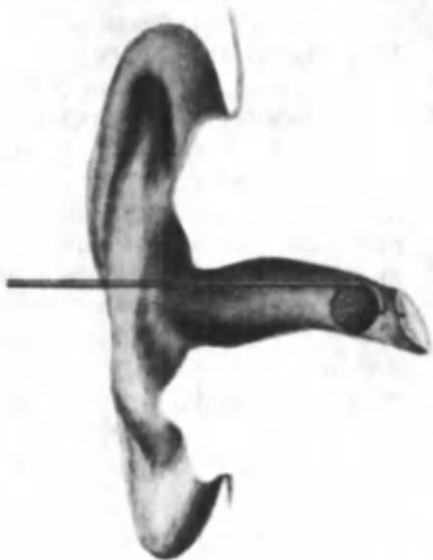
Ёт жисмлар кўпинча ташқи эшитув йўлининг тоғай қисмида ёки тоғай қисмининг суяк бўлимига ўтиш жойида тиқилиб қолади.

Ёш болалар ташқи қулоқ йўлида ёт жисм борлигини билмайдилар ёки билсалар ҳам ота-оналарига айтмайдилар (безовта қилмагани учун). Агар ёт жисм ташқи қулоқ йўлида тиқилиб турса, бир оз оғриқ, қулоқда шовқин бўлиши ва эшитиш қобилияти пасайиши мумкин. Баъзан йўтал, кўнгил айниши кузатилади. Қулоққа кириб қолган ҳашаротлар ўзининг ҳаракати билан қулоқда шангиллаш, қитиқлаш ва оғриқ чақиради. Ёт жисм учли ва ўткир бўлса, оғриқ пайдо қилади. Турли мева ва ўсимлик уруғлари ташқи қулоқда узоқ муддат туриб қолиши сабабли аста-секин шишиб, катталашиб боради. Натижада ташқи эшитув йўли беркилиб, эшитиш қобилияти пасаяди ёки бутунлай йўқолади. Бундан ташқари, шишган ёт жисм ташқи қулоқ деворларини эзиши натижасида қаттиқ оғриқ беради.

Даволаш. Дастлаб ҳар қандай ёт жисмни олиб ташлаш зарур. Бирор тадбирни қўллашдан олдин бемордан илгари қулоқдан йиринг оққан ёки оқмаганлиги сўралади. Ёт жисмни олишдан олдин унинг қандай жойлангани, ҳажми аниқланади. Ёт жисмни олишда турли илмоқли ёки қисқичсимон асбоблар ишлатилади. Бундан ташқари қулоқни махсус шприц ёрдамида ювиш мумкин (27-расм).

Думалоқ шаклдаги ёт жисмларни қисқичли асбоб (пинцет) билан олиш мумкин эмас, чунки уларни ичкарига итариб юбориш мумкин. Баъзан қулоқ пардаси йиртилиб, ноғора бўшлиғига тушиши сабабли йирингли яллиғланиш кузатилади.

Агар ташқи қулоқ йўлига тушган турли ўсимликлар уруғи шишиб катталашиб, уни бутунлай зич беркитиб қўйган бўлса, уни олишдан аввал қулоққа бир неча кун тоза спирт томизилади. Шундан сўнг ёт жисмнинг ҳажми кичиклашади ва уни олиб ташлаш осон бўлади.



27-расм. Ташқи қулоқ йўлидан ёт жисмни чиқариб олиш.

Қулоқдаги ҳашаротларни олишдан олдин қулоққа турли тоза эритмалар қўйилади, шунда жонли ёт жисмлар ҳаво олиш учун ташқарига интилади ёки ўлади. Шундан сўнг уни ювиб олиш мумкин.

Агар ёт жисм ташқи қулоқ йўлининг торайган, яъни тоғай қисмидан суяк қисмига (думалоқ ва қаттиқ ёт жисмлар) ёки қулоқ пардасини тешиб, ноғора бўшлиғига ўтиб кетса, бундай ҳолларда уни жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Оғриқни қолдирувчи турли доридармонларни қилгандан сўнг, қулоқ супрасининг орқа томонидан кесиб ташқи қулоқ йўли кенгайтирилади. Шунда ёт жисмни олиш осонлашади ва у турли асбоблар ёрдамида олинади.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЙЎЛИДА ЧИРК (СЕРА)НИНГ ЙИҒИЛИШИ

Ташқи қулоқ йўлининг кириш қисмида безлар бўлиб, улар қулоқ чиркини ишлаб чиқаради. Баъзан шу безлар фаолияти ошиб, кўп миқдорда чирк чиқара бошлайди ва ташқи эшитув йўлида тиқин ёки чирк тўплами ҳосил бўлади.

Нормал шароитда сера безлари ишлаб чиқарган маҳсулот майдаланиб ва қуриб ташқарига чиқади (пастки жағнинг ҳаракати натижасида). Қулоқ чиркининг кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши ва йиғилиб қолишига қуйидагилар сабаб бўлади:

а) ташқи эшитув йўли терисига кўп таъсир қилиш (ҳаддан ташқари кўп тозалашга ҳаракат қилиш);

б) ташқи эшитув йўлининг туғма ингичка ва тор бўлиши;

в) қулоқ чирки таркибида ўзига хос моддалар бўлиши (айниқса чанг, ифлос иш шароитлари).

г) жағ тишларида кариеслар бўлиши (жағнинг ҳаракати қисман чеқланади).

Қулоқ кири ташқи эшитув йўлини тўлиқ бекитмагунча кўп ҳолларда беморни безовта қилмайди. Бироқ қулоққа сув кирганда (бош ювганда, чўмилганда) тиқинма бўкиб катталашади, қулоқда шовқин бўлади ва у эшитишга халақит бера бошлайди. Агар кир қаттиқ (тошсимон) бўлса ва адашган нерв толасини қитиқласа, у рефлектор тарзда йўтал ва юрак санчиғига сабаб бўлиши мумкин.

Қулоқ кири отоскопияда аниқланади. Бунда ташқи эшитув йўлида қизил-қўнғир ёки тўқ жигар рангли кир кўринади.

Даволаш. Кўпинча қулоқ кири илиқ эритмалар (сув, антисептиклар) билан махсус шприц ёрдамида ювиб, тозаланади. Қулоқни ювишдан олдин бемор анамнезини ўрганиш керак. Агар ювилиши лозим бўлган қулоқдан илгари йиринг оққан бўлса, ноғора пардада тешик қолган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда кир махсус илгаклар ёки қошиқчалар билан олинади.

Ювиш даврида ташқи эшитув йўли ва ногора пардани шикаст-лантирмаслик учун чап қўл билан қулоқ супрасини тортиб, шприцни ўрта бармоққа тираб, суюқликни ташқи эшитув йўлининг орқа-тепа деворига йўналтириш керак. Суюқликнинг босим кучи етарли бўлганда, кир отилиб чиқади.

Агар қулоқни қайта-қайта ювиб кирни чиқаришга муваффақ бўлинмаса, 2–3 кун давомида қулоққа ишқор ёки ёғ томизиб, кир юмшатилади, сўнгра ювилади. Ушбу томчилар таъсирида кир катталашиб, эшитиш янада пасаяди, бу ҳақда беморни огоҳлантириш керак.

Ташқи эшитув йўли териси касалликларида эпидермис кўп пўстлоқланади ва бунда қаттиқ, зич, қаватма-қават эпидермисдан ташкил топган кир ҳосил бўлади. Бу кир ташқи эшитув йўлининг деворларига мустаҳкам тегиб туради. Уни бир неча кун давомида турли эритмалар билан юмшатиб ёки махсус илгаклар билан олинади.

ОТОМИКОЗ

Ташқи ва ўрта қулоқнинг турли хил замбуруғлар (*Aspergillus*, *Penicillium*, *Candida*) таъсирида ривожланадиган хасталиги.

Ототомикоз келиб чиқишига қуйидаги омиллар: замбуруғли хасталиклар (тери-таносил аъзоларида), гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, маҳаллий ва умумий аллергия ҳолатлар, моддалар алмашинувининг бузилиши, ҳаддан ташқари кўп антибиотиклар қабул қилиш сабаб бўлади.

Аломатлари — моғор замбуруғлари қуюқ, бир-бирига туташган ажралмани ҳосил қилади, бунга *мицелия* дейилади. Биринчи навбатда ташқи қулоқ йўлида қаттиқ қичишиш пайдо бўлади ва унинг сезувчанлиги ошиб кетади, қулоқ битиб тўлиб қолгандек бўлиб, бемор шовқиндан шикаят қилади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўли бирмунча торайган, териси қизарган бўлади, ажралма худди ивиган босма қоғоз кўринишида, унинг ранги турлича (қорароқ, сарғишроқ, қўқимтир, оппоқ ва ҳ.к.) бўлади.

Даволаш. Замбуруғларнинг турига қараб нигрофунгин, нистатин, леворин, лютенурин, клотримазол, ламизил каби дори воситалари турли хил шаклда қўлланади.

Ташқи қулоқ йўлини ажралмалардан тозалаш мақсадида уни 3% ли борат кислотаси, 2–4 % ли салицилат спирти билан ювиш, шунингдек, аллергияга қарши дорилар (кальций глюканат ёки кальций хлорид, супрастин, тавегил, димедрол, кларитин, аналлерген) тавсия қилинади.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИНИНГ ТАРҚОҚ (ДИФФУЗ) ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Болаларда кўп учрайди, одатда бундай яллиғланиш ўрта қулоқнинг ўткир ёки сурункали йирингли яллиғланишларини охиригача даволамаслик оқибатида келиб чиқади. Бу хасталик қандли диабет билан оғриган, сил ва аллергияга чалинган кишиларда кузатилади. Касаллик асосан ташқи эшитув йўли тери қаватининг шикастланиши сабабли ривожланади.

Эшитув йўли териси тарқоқ яллиғланиши оқибатида унинг барча деворлари қизариб шишади, ҳажми тораяди. Торайган эшитув йўли кўчиб тушган тери қатлами ва йиринг билан тўлиб туради.

Касалликнинг бошланиш даврида, қулоққа қўл теккизилса бемор каттиқ оғриқ сезади. Кейинчалик оғриқ камайиб, эшитиш қобилияти пасаяди. Баъзан гавда ҳарорати кўтарилади.

Отоскопияда ташқи қулоқ йўли барча қисмларининг териси қизарган, шишган бўлади. Яллиғланиш ноғора пардага ҳам тарқалади. Қулоқ супраси атрофидаги лимфа безлари катталашиб, оғриқли бўлиши мумкин.

Даволаш. Ташқи эшитув йўли борат кислотасининг илиқ эритмаси билан ювилиб, сўнгра пахта ўралган зонд билан артилади. Ташқи қулоқ йўлига 10% ли бура суюқлиги шимдирилган тампон қўйилади (у ҳар икки соатда алмаштириб турилади). Маҳаллий антибиотик ва гормонли малҳамларни, 1% ли бриллиант кўки эритмасини ҳам қўлласа бўлади. Шунингдек, УВЧ, ультрабинафша ва лазер нурларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЧИПҚОНИ

Ташқи эшитув йўлида ривожланадиган чипқон, асосан, болаларда кузатилади. Кўпинча терининг юза жароҳатланиши (бармоқ, гугурт чўпи ва бошқа нарсалар билан қулоқни тозалаш)дан келиб чиқади. Шунингдек, ташқи қулоқ йўлидаги тери шилиниб, соч (тук) халтачаси ва ёғ безларига турли хил микроблар тушиши натижасида ҳам чипқон чиқиши мумкин.

Эшитув йўли чилла яраси (экзема), шунингдек моддалар алмашинувининг бузилиши оқибатида келиб чиқадиган касалликлар (айниқса қанд касаллиги) чипқон чиқиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Ташқи эшитув йўли чипқонида болалар каттиқ оғриқдан шикоят қиладилар, оғриқ айнақса қулоқ супрасининг олдинги томонидаги дўмбоқ (tragus) ни босилганда, қулоқ супрасини тортганда ёки пастки жағни ҳаракатта келтирганда (чайнаганда) зўраяди. Гавда ҳарорати кўтарилиб, қулоқ олди лимфа тугунлари катталашади. Натижада ёш болалар безовта бўлиб, яхши ухламайдилар.

Ташқи қулоқ йўли кўздан кечирилганда (чипқон чиқиши даврида) унинг торайганлигини, терининг бўртганини кўриш мумкин. Баъзан, ноғора пардани кўриш имконияти бўлмайди. Бунда қулоқ йўлидаги бўртмани пайпаслаб кўрилганда бўртма қаттиқ бўлиб, оғриқ зўраяди. Агар бемор вақтида даволанмаса, хасталик авж олиб, 4–5 кундан сўнг чипқоннинг учи бир оз оқаради, кейинчалик шиш юмшайди.

Бу ҳолат чипқоннинг фасодланиш, яъни «пишиб» етилишидан далолат беради. Бунда чипқон ўз-ўзидан ёрилиши ёки уни ёриш мумкин.

Даволаш. Дастлаб ташқи эшитув йўлига 3% ли борат спирт шимдирилган тампон тиқиб қўйилади. Иситувчи компресслар қилиш, УВЧ, ультрабинафша нур ёки лазер билан нурлантириш, оғриқни қолдириш учун соллюкс лампаси билан даволаш мақсадга мувофиқдир. Кўпинча оғриқни қолдириш, даволаш мақсадида чипқон атрофига 1–2% ли 2 мл новокаин эритмасини пенициллин ёки линкомицин аралашмаси билан юбориш ҳам яхши натижа беради.

Ташқи қулоқ йўли чипқонини мастоидитдан фарқлай билиш зарур. Бунда эшитув йўлининг тоғай қисми, мастоидитда эса суяк қисми торайган бўлади. Мастоидитда эшитиш қобилияти пасаяди, ташқи қулоқ чипқонида эса сақланган бўлади. Ўрта қулоқни рентген қилганда сўрғичсимон ўсиқчада ўзгаришлар аниқланади. Чипқонни етилган («пишган») даврида ёриш керак.

Юқорида кўрсатилган тадбирлардан ташқари беморга турли антибиотиклар, сульфаниламидлар ва оғриқ қолдирувчи дорилар ҳам бериш зарур.

ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўрта қулоқнинг ўткир касаллиги ёш болаларда кўп учрайди. У турли асоратлар бериб, сурункали отитга ўтиши мумкин. Яллиғланиш бурун-ютқундан, эшитув найи орқали ўрта қулоққа ўтади.

Маълумки, ёш болаларда эшитув найи қисқа ва кенг бўлади. Ёш ва гўдак болаларда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши бирмунча бошқачароқ кечади, шунинг учун даволашда буни эътиборга олиш керак.

Касалликнинг ривожланишига ва келиб чиқишига грипп, нафас йўллари касалликлари ва болаларда кечадиган баъзи юқумли касалликлар сабаб бўлади.

Ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишида стафилококк, стрептококк, турли вируслар, организмнинг аллергик ҳолати ва бошқалар ҳам катта аҳамиятга эга.

Ўрта қулоқнинг яллиғланиши икки хил: катарал ва йирингли бўлиши мумкин.

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ КАТАРАЛ ОТИТИ

Касаллик ривожланишига эшитув найининг бекилиши, яъни ўтказувчанлик хусусиятининг бузилиши сабаб бўлади. Маълумки, нормал вазиятда эшитув найидан (ютиниш даврида) ҳаво ўтиб туриши натижасида ноғора бўшлиғида нормал босим бўлади. Агар эшитув найидан ҳаво ўтиши бузилса, бунда ноғора бўшлиғида ҳаво босими камайиб, бор ҳаво сўрилиб кетади ва қулоқ пардаси ичкари томон бир оз тортилади. Натижада ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватидаги қон томирлар деворининг ўтказувчанлик хусусияти бузилади, шиллиқ қаватдаги безлар кўп шира чиқариб, ноғора бўшлиғида суюқлик (микроблардан холи) йиғилади. Баъзилар бу ҳолатни экссудатли, серозли отит деб юритадилар. Бошқалар туботимпанит, отосальпингит деб атайдилар.

Касаллик аломатлари. Бемор аҳволида айтарли ўзгариш бўлмайди, гавда ҳарорати ўзгармайди, қулоқда оғриқ сезилмайди. У фақат қулоқ битишидан, эшитиш қобилияти пасайганидан, озгина шовқиндан ва ўз овозининг касал қулоқда кўпроқ эшитилиши (аутофония)дан шикоят қилади. Ёши каттароқ беморлар калласини ҳар томонга қимирлатганда, баъзан эшитиш қобилияти яхшиланиши ва баъзи бир ҳолатда ёмонлашишидан шикоят қиладилар. Бу ҳолатни қуйидагича тушунтириш мумкин. Баъзи пайтларда каллани ҳар томонга бурганда ноғора бўшлиғидаги суюқлик ички қулоқ дарчалари томон қуйилмаслиги натижасида у ерда босим бўлмайди ва бемор яхши эшитади. Демак, суюқлик ноғора бўшлиғидаги суякчалар ва қулоқ пардасининг ҳаракатчанлигига тўсқинлик қилмаса, эшитиш қобилияти бузилмайди ёки яхшиланади.

Бемор қулоғини текширганда қулоқ пардаси ичкарига букилган, ранги бир оз сарғиш ёки кўкимтир бўлади. Болғача дастаси қисқарган бўлиб, кичик ўсиқчаси ташқарига қараб бўртиб чиқиб туради. Кундузи лампа ёруғида конус (рефлекс) аниқ кўринмайди. Баъзан қулоқ пардасидан ноғора бўшлиғидаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин.

Ноғора бўшлиғидаги зардоб, баъзан бурун қоққанда, эснаганда эшитув найи орқали бурун-ҳалқумга ўтиши мумкин, бунда бемор яхши эшитади. Агар бу касалликни ўз вақтида даволанмаса, яъни эшитув найининг ўтказувчанлик хусусияти яхшиланмаса, тикланмаса, касаллик сурункали тус олиши ёки бирор микроб араланиши натижасида йирингли отит ривожланиши мумкин. Касаллик бемор шикояти асосида ҳамда қулоқ ва эшитиш хусусиятини текшириш орқали аниқланади.

Даволаш. Бурун, унинг ёндош бўшлиқлари, бурун тўсиғи ҳамда бурун-ютқин атрофидаги касалликларни бартараф этиш билан бир қаторда, эшитув найининг ўтказувчанлик хусусиятини тиклаш, ноғора бўшлиғида йиғилган зардобни олиб ташлаш зарур. Бурун бўшлиғига

қон томирларни торайтирувчи ва шиллиқ қават шишини камайтирувчи дорилар (0,05–0,1 % ли нафтизин, адреналин 1:1000) томизилади ёки пахтага шимдирилган ҳолда қўйилади, 5 минут ўтгач 1% ли протаргол ёки колларгол эритмаси томизилади. Бундан ташқари, иситувчи компресс, соллюкс, инфрақизил нурлар буюрилади. Кейинги пайтларда лазер билан нурлантириш ҳам яхши натижа бермоқда.

Касалликнинг ривожланиш даврида эшитув найи орқали ҳаво юбориш, бурунни тез-тез қоқиш мумкин эмас, чунки ноғора бўшлиғига микроб ўтиши мумкин. Фақат бурунда яллиғланиш камайиб, тузалиш аломатлари аниқлангандан кейин ҳаво юбориш мумкин.

Баъзан ноғора бўшлиғига йиғилган зардобларни тез йўқотиш ёки улар қуюлиб қолмаслиги учун қулоқ пардасини игна билан тешиб, йиғилмани сўриб олиш зарур. Сўнгра ноғора бўшлиғига трипсин, химотрипсин эритмалари юборилади.

Касаллик сурункали турга ўтиб кетмаслиги ёки қайта-қайта қўзғалмаслиги учун юқори нафас йўлидаги касалликларни даволаш, зарур бўлса, жарроҳлик йўли билан бартараф этиш лозим.

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши болаларда кўп учрайдиган хасталик ҳисобланади.

Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари турлича. Асосан, ўрта қулоқнинг шиллиқ қаватига микроб ёки вирусларнинг тушиши натижасида кузатилади.

Умумий сабабларга бутун организмни иммун ҳолатини ўзгартиришга олиб келувчи касалликлар (грипп, қизамиқ, қизилча, сув чечак, сил, қанд касалликлари ва бошқ.) киради. Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, ютқиннинг ўткир ва сурункали яллиғланишлари ва шунга ўхшаш жараёнлар ҳам ўткир йирингли отит ривожланишининг асосий сабабларидан ҳисобланади.

Ёш болаларда эшитув найи кенг, калта ва горизонтал жойлашганлиги сабабли инфекциянинг ўрта қулоққа ўтиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Шу билан бир қаторда, инфекция камдан-кам ҳолларда ташқи эшитув йўли орқали ноғора парда жароҳатларида ўрта қулоққа тушиши мумкин.

Ўрта қулоқда яллиғланиш ривожланишида шиллиқ қават ҳолати, унинг микроблар таъсирига қарши курашиш хусусияти қай даражада эканлиги муҳим аҳамиятга эгадир.

Ўткир йирингли отитни асосан, стафилококк, пневмококк, стрептококк микроблари қўзғатади.

Патогенез. Ўткир йирингли отитнинг ривожланиши, бу бола организми билан микроорганизмларнинг ўзаро курашуви натижасига

боғлиқ. Болаларнинг аллергияга мойиллиги, уларда моддалар алмашинувининг бузилиш ва иммун қаршилиқнинг пасайиши ўрта кулоқда касаллик жараёнининг ривожланишига шароит туғдиради.

Сўнгги йилларда чоп этилаётган мақолалар шуни таъкидламоқдаки, ўткир йирингли отитда иммуноглобулинлар (А,М,С гуруҳлари) нинг қондаги умумий миқдори кескин ўзгарар экан. Маълумки, ўрта кулоқнинг шиллиқ қавати ҳам муҳофаза қилиш хусусиятига эга, бироқ у ўткир яллиғланганда иммуноглобулин А секретор шаклининг миқдори шиллиқ қават юзасида камайиб кетар экан.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, ўткир йирингли отитнинг этиопатогенези хилма-хилдир.

Ўрта ўткир отит таснифи (классификацияси)

Ўрта ўткир отитнинг клиник кечиши турлича. Амалиётда энгил ва оғир шаклларда кечади. Ҳозиргача ушбу касаллик учун қабул қилинган ягона тасниф йўқ. Кўпчилик олимлар (Е.А. Евдошченко, 1983; М.Я. Козлов, 1986 йил ва б.) ўз таснифларини таклиф этганлар.

Е.А. Евдошченко ўткир отитни қуйидагича таснифлайди:

- 1) ўрта ўткир тубоотит (сальпингоотит);
- 2) яққол ўткир отит;
- 3) яширин кечувчи ўткир отит;
- 4) қайталанувчи ўрта ўткир отит;
- 5) шикастланишдан сўнг ривожланган отит.

Ўз навбатида яққол ўткир ўрта отит қуйидаги турларга бўлинади:

- 1) серозли; 2) йирингли; 3) йирингли-фиброзли (толали); 4) геморагик; 5) ярали-некрозли.

Кеч и ш и бў й и ч а: энгил, ўрта оғир ва ўта оғир.

Кўпгина ўқув адабиётларида ўрта ўткир йирингли отитнинг клиник кечиши 3 босқичга ажратилади:

- 1) ноғора парда тешилгунгача бўлган давр;
- 2) ноғора парда тешилиб, йиринг оқиш даври;
- 3) ноғора парда тешигининг ёпилиш ёки тикланиш даври.

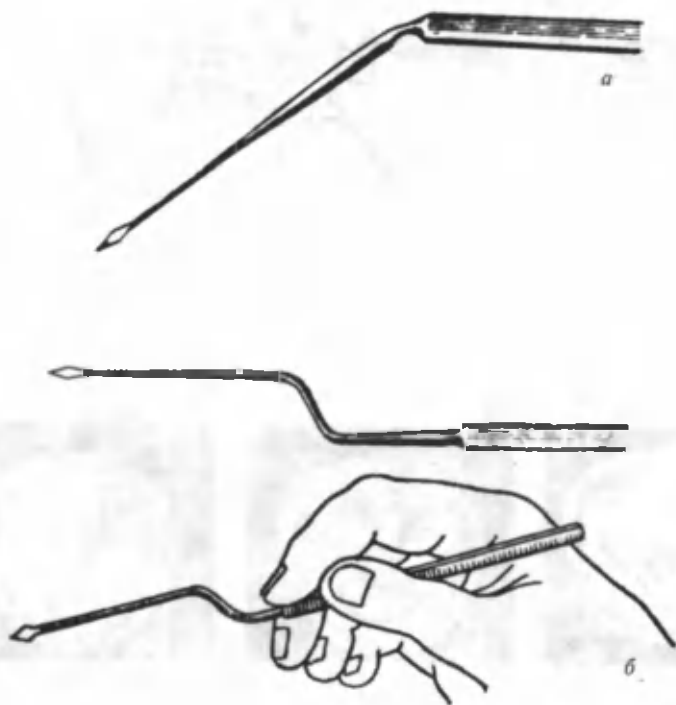
Ўткир йирингли ўрта отитни ўз вақтида аниқлаш, айниқса у атипик (кам белгили) кўринишда кечганини билиш мураккаб бўлиб, асосан, ота-онадан бола касалланишининг анамнестик далилларини йиғишга асосланади.

Касалликнинг аломатлари. Касалликнинг ривожланиш даври ва тезлигига қараб, унинг аломатлари (клиникаси) турлича бўлади. Кулоқда оғриқ пайдо бўлиб, у чакка ёки бўйин соҳасига тарқалиши мумкин. Оғриқ бошда, жағда ва тишлар соҳасида ҳам бўлиши мумкин. Ноғора бўшлиғида босим ошиб борган сари, эмадиган болалар қўли

билан қулоғини ушлашга интилади ёки ёстиққа касал қулоғини ишқай бошлайди. Қулоқдаги оғриқ аксирганда, йўталганда, ютинганда зўраяди. Гавда ҳарорати аста-секин кўтарилиб боради, уйқу бузилади, бола инжиқланиб, онани эммай қўяди. Кичик ёшдаги болаларнинг қулоқ тўмтоқчасини (козелок) босилганда чинқириб йиғлайди. Катта ёшдаги болалар эса қулоғи битиб қолишидан ва шанғиллашидан, эшитишининг пасайганидан шикоят қиладилар.

Отоскопия — ўткир ўрта отитни аниқлашда муҳим ўрин тутди. Ноғора бушлиғида кечадиган яллиғланишнинг барча ривожланиш босқичлари ноғора пардасида худди кўзгудек акс этади.

Яллиғланиш белгилари ноғора парданинг бир оз қизаришидан бошланади. Дастлаб болғача дастаси атрофида жойлашган қон томирлари кенгаяди ва парда четидаги қон томирлар марказга томон радиар шаклда тарқалиб, қизаради. Ноғора парда қалинлашиб боради, ўз кўринишини йўқотади ва ташқарига бўрта бошлайди (28, 29, 30-расмлар). Ноғора бўшлиғида йиғилган яллиғланиш суюқлиги (тиниқ, оқсилли суюқлик) дастлаб серозли бўлиб, кейинчалик йирингга ўтиб, бутунлай ноғора

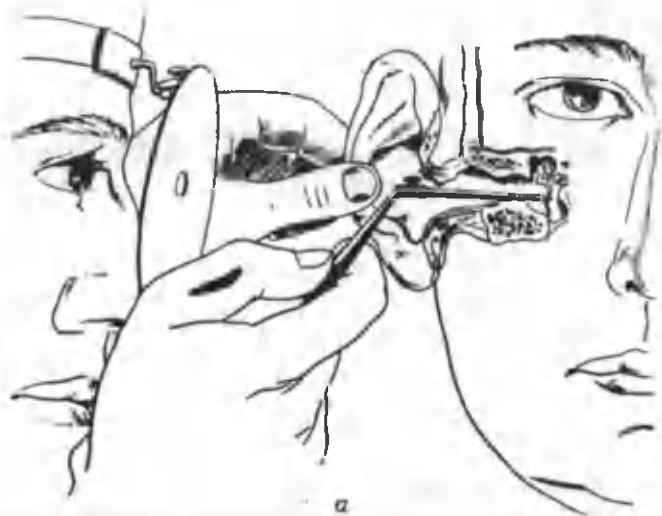


31-расм. Парацентез игналари:
 а — игналар тури; б — игнани ушлаш усули.

бўшлиғини тўлдиради, сўнгра антрум ва сўрғичсимон ўсимта катакчаларига тарқалади. Яллиғланиш шиллиқ қаватдан шиллиқ остки ва суяк тўқималарига ҳам тарқалиши мумкин.

Ноғора бўшлиғидаги суюқлик кўпайиб бориб, ноғора пардани юпқалаштиради ва у тешилади. Агар тешилмай қолса, *парацентез* (пардани сунъий равишда кесиб, йирингни чиқариб юбориш) қилиш лозим. Бунинг учун махсус асбоб — парацентез игнасидан фойдаланилади ва парда, асосан, орқа квадратларда кесилади (31, 32-расмлар).

Парацентез ўтказишдан олдин, ташқи қулоқ йўли спирт билан тозаланади. Уч ёшгача бўлган болаларда ушбу муолажани оғриқсизлантирувчи дориларни томизмасдан қилиш мумкин. Катта ёшдагиларга ташқи қулоқ йўлига турли оғриқ ва ноғора парданинг сезувчанлиғини камайтирувчи дорилар томизиб, сўнгра парда тешилади (беморни ётқизилган ҳолатда). Шундан сўнг, ташқи қулоқ йўлига тоза



а



б

32-расм. Ноғора пардани кесиш (парацентез): а — ноғора пардани кесиш даври; б — ноғора пардани кесишдан кейинги кўриниш.

докали турунда қўйилади (адреналин ёки рух адреналин эритмаси билан). Баъзан парданинг тешилган жойи жуда тез битиб кетиши мумкин, бундай ҳолларда уни қайтадан кесишга тўғри келади.

Ноғора парда тешилгунча, гавда ҳарорати юқори бўлади, эшитиш қобилияти текширилганда, одатда эшитишнинг товуш ўтказувчи қисмининг зарарлангани аниқланади. Агар ноғора парда ўзича ёрилмаса ёки ўз вақтида парацентез қилинмаса, беморнинг аҳволи оғирлашиб, баъзан кўнгил айнаши, қусиш, менингеал аломатлар кузатилиши мумкин (*менингизм* ҳолати). Бундан ташқари, антрум ёки сўрғичсимон ўсиқча соҳаси йиринглаши мумкин.

Ноғора парда ёрилиб, йиринг оқиши билан бемор аҳволи аста-секин яхшиланиб боради, бош ва қулоқдаги оғриқлар камаяди, гавда ҳарорати меъёрга қайтади.

Кўпчилик беморларда қулоқдан йиринг оқиши тўхташи билан ноғора пардадаги тешик бекилиб, эшитиш қобилияти аввалги ҳолга қайтади ва бемор бутунлай соғайиб кетади. Айрим ҳолларда, хасталик яна қайталанади.

Юқумли ва сил касалликларидан кейин бошланган ўткир ўрта отит кўпинча сурункали шаклга ўтиши мумкин, бунда йиринг оқиши тўхтамайди ва ноғора пардадаги тешик турғун ҳолатда қолади.

Баъзан ўткир отит чакка суяги соҳасига ёки калла ичига асоратлар бериши ҳам мумкин.

Даволаш. Биринчи навбатда эътиборни бурундаги мавжуд касалликларни даволаш, нафас олишни тиклаш ва эшитув найининг фаолиятини тиклашга қаратиш лозим. Бурун бўшлиғидаги шишни қайтариш мақсадида томир торайтирувчи дорилар (нафтизин, галазолин, адреналин) томизиб, бурундаги ажралмалар резинали баллон ёки электросўрғич билан сўриб олинади ва антибиотик ҳамда гидрокортизон аралашмаси билан ювилади.

Қулоқдаги оғриқни камайтириш учун, ташқи эшитув йўлига пахта пилиги ёки доқа парчасини 70° ли этил спиртига шимдириб қўйиш (кунига 3–4 марта) ёки карбол кислота ва глицерин аралашмасини томизиш керак. Қулоққа илитувчи компресслар, соллюкс ва УВЧ яхши ёрдам беради.

Булар билан бир қаторда антибиотиклар, сульфаниламидлар, асабни тинчлантирувчи воситаларни (0,5 % ли натрий бромид 1 чой қошиқдан) тавсия қилинади.

Ноғора парда ёрилганидан сўнг йирингнинг ташқи эшитув йўлига бемалол чиқишига имкон яратиш лозим. Бунинг учун қулоқни тез-тез тозалаш ёки илиқ антисептиклар билан ювиш керак (йиринг хўш кўп бўлганда). Бунда таркибида спирт бўлган эритмаларни қўллаш мумкин

эмас, чунки спирт ногора бўшлигининг яллиғланган шиллиқ қаватини куйдириб, кучли оғриқ беради.

Бемор қулоғига софралекс, отипакс, отомицин, метрогил ва бошқалар томизилади.

Ўткир йирингли ўрта отитни кўпинча стафилококк кўзғатишини инобатга олиб, унга қарши плазма ёки анатоксинни маҳаллий қўллаш мумкин. Беморларга аллергия ва шишга қарши воситалар ҳам тавсия қилинади.

Сўнгги йилларда ушбу хасталикни даволашда антибиотикларни қулоқ орқасига (сўргичсимон ўсимтага) лимфотроп юбориш юқори самара бермоқда. Агар касаллик оғир шаклда кечса, унда вена ичига 10–20 % ли глюкоза, 0,9 % ли натрий хлорид, гемодез, реополиглюкин эритмаларини юбориш зарур.

Ўрта ўткир отитнинг олдини олиш. Юқори нафас йўллари, айниқса бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, ҳалқум касалликларини ўз вақтида даволаш, организмни чиниқтириш, юқумли касалликлар эпидемияси вақтида витаминлар истеъмол қилиш ўрта ўткир отитнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эгадир.

БАЪЗИ БИР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР САБАБЛИ ЎРТА ҚУЛОҚДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ОТИТНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ ВА КЕЧИШИ

Баъзи бир юқумли касалликларга дучор бўлган болаларда ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши — отити оғир кечиб, турли асоратлар бериши мумкин.

Скарлатина билан оғриган болаларда ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши юқумли касалликнинг бошланиш даврида ёки иккинчи ҳафтасининг охирида ва ундан кечроқ бошланиши мумкин. Кўпинча иккала қулоқ яллиғланади. Бунда ўрта қулоқда ва ногора пардада яллиғланиш кўпроқ ва чуқурроқ бўлиб, у шиллиқ қават, унинг пастки қаватига эса кўпроқ асорат беради. Йирингда аксарият стрептококк микробини аниқлаш мумкин. Ўткир йирингли отитда йиринг ҳидли бўлади. Ноғора пардадаги тешик катта ҳажмда бўлиб, эшитиш суякчалари ҳам чириган бўлиши мумкин.

Баъзан, яллиғланиш ички қулоққа ҳам ўтиб, унда ҳам йирингли яллиғланиш кузатилади.

Қизамиқ, кўкйўтал ва бўғма билан оғриган болаларда ҳам ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши қайд этилади. Бу отит ҳам худди юқорида айтиб ўтилган отитга ўхшаб оғир ва турли хил асоратлар билан кечади.

Грипп касаллиги даврида, кўпинча ўрта қулоқ йирингли яллиғланиши мумкин. Бунда отит жуда оғир кечади. Ноғора пардада пуфакчалар пайдо



25-расм. Кулоқ супраси тоғай қисмининг йирингли яллиғланиши.



26-расм. Ноғора парданинг ёрилиши.



28-расм. Ўткир отитнинг бошланиш даври.



29-расм. Ўткир отитнинг авжга чиққан даври.



30-расм. Грипп касаллигида ноғора пардасининг яллиғланиши (парда устида – буллалар).



41-расм. Сурункали мезотимпанит.



42-расм. Сурункали эпитимпанит.



62-расм. Бурун тусиғининг қийшайиши.



63-рasm. Бурун-ҳалқумнинг орқа риноскопияда кўриниши (нормада).



64-рasm. Пастки бурун чиғаноқлари орқа қисмининг катталашганлиги.



68-рasm. Озена (олдинги риноскопия).



69-рasm. Ўнг томонлама синусит, чап томонда бурун бушлиғидаги ҳосила — полиплар (олдинги риноскопия).



72- расм. Хоанадаги полип.



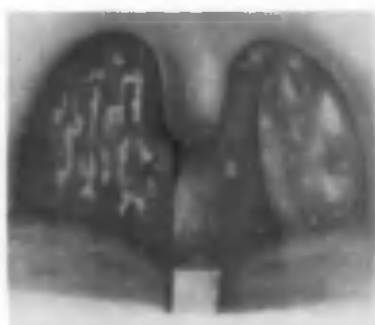
90-расм. Катталашган аденоидни аденомом асбоби ёрдамида жарроҳлик усулида кесиб олиш.



92-расм. Ўткир фарингитнинг куриниши.



93-расм. Катарал ангина.



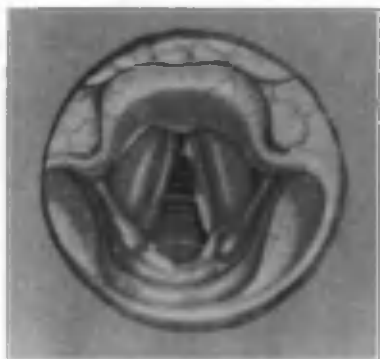
94-95-расмлар. Фолликуляр ангина (чапда), лакунар ангина (унгда).



96-97-расмлар. Муртак абсцесси (ўнг томонда).



102-расм. Ҳалқум бўғмаси.



116-расм. Ўткир ларингит.



117-расм. Сохта бўғма.



121-расм. Ҳиқилдоқнинг аллергик шиши.



122-рasm. Ҳиқилдоқнинг ўткир тарқоқ йирингли яллиғланиши.



123-рasm. Ҳиқилдоқнинг ҳақиқий бўғмаси (дифтерия).



124-рasm. Ҳиқилдоқнинг чап томонига қон қуйилиши.



125-рasm. Ҳиқилдоқнинг товуш бойламларига қон қуйилиши.



126-расм. Гиперпластик ларингит (ашу'лачилар тугунчаси).



127-расм. Гиперпластик ларингитнинг бир тури (пахидермия).



132-расм. Ҳиқилдоқнинг ўнг товуш бойламидаги фиброма.



133-расм. Ҳиқилдоқ папилломатози.

бўлади, бундай пуфакчалар ташқи қулоқнинг суяк қисмида ҳам бўлиши мумкин. Ташқи қулоқда қонли, зардобга ўхшаган ажралма бўлиб, ноғора парда мисга ўхшаб қизарган бўлади. Бундай отитда асоратлар кўп учрайди (менингит, ички қулоқнинг йирингли яллиғланиши ва б.).

Яллиғланиш тезда сўргичсимон ва юз нервига ўтиб, натижада у фалажланади. Грипп касаллигидан ривожланган ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишида юз берадиган асоратларда, қулоқни операция қилишга шошилиш керак эмас, чунки бу яхши натижа бермайди.

ТАШҚИ ВА ЎРТА ҚУЛОҚ ШИКАСТЛАНИШИ НАТИЖАСИДА РИВОЖЛАНДИГАН ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Ташқи ва ўрта қулоқ шикастланиши (қўл билан қулоққа урганда, йиқилгандан сўнг, чакка суяги пирамидал қисмининг узунасига дарз кетиши) натижасида қулоқ пардаси жароҳатланиб, йиртилиши мумкин. Бунда бемор қулоғидан қон оқиши, юзининг қийшайиб қолганлиги ёки эшитиш ва мувозанатни сақлаш хусусиятлари бузилгандан шикоят қилади.

Қулоқ пардаси тешилганда (йиртилганда), бирор инфекция тушиши натижасида ўрта қулоқда ўткир йирингли яллиғланиш бошланиши мумкин. Даволаш юқорида айтиб ўтилган тарзда олиб борилади.

ЎРТА ҚУЛОҚ СИЛИ

Кох сил таёқчаларини топмасдан 30 йил аввал Wilde оддий отитларга бир оз ўхшайдиган, оғриқсиз бошланадиган, клиник кечиши ва ноғора пардадаги ўзгаришлари ўзига хос бўлган йирингли отитларни аниқлаган. Олим бундай отитларни **ўрта қулоқ сили** деб таърифлаган. Кох сил таёқчаларини топгандан сўнг бир йил ўтгач, Wilde 1883 йилда сил таёқчаларини бемор қулоғидан олинган йирингдан топди. 1885 йили Habermann ўрта қулоқнинг шиллик қаватидан олиб, уни текшириш (гистологик) натижасида, унинг таркибида сил касаллигига хос ўзгаришларни аниқлади (катта ҳужайралар ва сил таёқчалари мавжудлиги). Сил касаллигини кўзга тувчи инфекция (таёқчалар) ўрта қулоқ бўшлиғига эшитув найи орқали кириш ёки қон орқали ўтиши мумкин. Айниқса, бу ўпка сили билан оғриган ва балғам билан сил таёқчаларини ажратиб турувчи беморларда кўп учрайди. Чунки, бундай беморлар аксирганда, йўталганда, ютинганда балғам билан сил таёқчалари эшитув найи орқали ўрта қулоққа тушиб, у ерда касаллик ривожланишига сабаб бўлади (айниқса болаларда). Беморларда ўрта қулоқда йирингли отит бўлган даврда сил таёқчалари ўрта қулоққа ташқи эшитув йўли орқали ҳам ўтиши мумкин.

Касаллик аломатлари. Ўрта қулоқ сили аломатларининг клиник кўринишлари организмнинг курашувчанлик қобилияти, ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ва бошқаларга боғлиқ. Баъзи беморларда ўрта қулоқ сили сезиларсиз бошланса, баъзиларда бирдан ўткир ва шиддатли бошланади.

Ўрта қулоқ силини аниқлашда хасталикнинг фақат клиник кечишининг ўзи етарли эмас. Бунинг учун албатта йирингни текшириш (бактериоскопик, бактериологик), шиллиқ қаватнинг бир қисмини микроскоп орқали кўриш (гистологик) ва ҳайвонларда (биологик) тажриба ўтказиш лозим.

Энг муҳим белгиларидан бири — қулоқда оғриқ бўлиб, қулоқ пардаси катта тешилган бўлади. Баъзан пардада бир неча тешик бўлиши ва чакка суяги тез чириши мумкин. Шундан сўнг, сўрғичсимон ўсиқчада ёки ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида чириш аниқланиб, оқма яра ҳосил бўлади. Бундан ташқари, ташқи қулоқ йўлида ўсимталар (грануляция) ни кўриш мумкин. Қулоқ супраси атрофидаги жағ ости ва бўйин атрофидаги безлар катталашган бўлиб, юз нерви фалажи кўп учраб туради.

Ўрта қулоқ силида учрайдиган асоратлар. Ички қулоқ, мия асоратлари, яъни оддий отитда учрайдиган барча асоратларни учратиш мумкин.

Даволаш. Қулоқ силини даволашда умумий қувватлантирувчи воситалардан ташқари, маҳаллий даво чоралари ҳам қўлланади. Умумий даволашда сил касаллигига қарши дорилар (стрептомицин, фтивазид, этамбутол, тиоцетазон, солютизон ва б. берилади. Қулоқ сили маҳаллий, юқорида кўрсатилган дорилар билан даволанади.

Хасталик турли асоратлар билан кечса, унда жарроҳлик усули қўлланади, бунга ҳеч қандай тўсқинлик бўлиши мумкин эмас.

ЭМАДИГАН БОЛАЛАРДА ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши эмадиган болаларда кўпроқ учрайди. Уларда ушбу касаллик ўзига хос кечади. Чақалоқликнинг дастлабки ойларида нерв системаси ўзига хос функционал ва морфологик хусусиятларга эга бўлиб, боланинг тапқи муҳит шароитига мослашиш ёки адаптация қобилияти етарлича ривожланмаган бўлади. Яллиғланишга шароит яратадиган асосий омиллардан бири уларда касалликка қаршилиқ кўрсатиш қобилияти, яъни орттирилган иммунитетнинг деярли йўқлигидир.

Шу билан бир қаторда гўдак болаларда эшитув найи қисқа ва кенг бўлиб, унинг оғзи ҳар доим очиқ бўлади. Шунинг учун бурун бўшлиғидаги ва бурун-ютқиндаги микроблар осонлик билан эшитув

найи орқали ўрта қулоққа, яъни ногора бўшлиғига ўтади ва яллиғланишини келтириб чиқаради. Янги туғилган болаларнинг ўрта қулоғида эмбрион миксоид тўқималар бўлиб, улар шу микроблар ривожланиши учун яхши восита ёки озуқа ҳисобланади. Эмадиган болалар кўпинча қайт қилади, бунинг натижасида ўрта қулоққа турли нарсалар тушиши мумкин.

Бундан ташқари чақалоқнинг доимо чалқанча ётиши, бурун ҳамда ҳалқумда йиғиладиган балғамни чиқариш рефлексининг яхши бўлмаслиги ҳам инфекцияларнинг эшитув найи орқали ўрта қулоққа ўтиши учун қулай шароит туғдиради.

Касалликнинг эмадиган болаларда кўпроқ учрашига моддалар алмашинувининг бузилиши ва сунъий овқатланиш ҳам сабаб бўлади.

Касалликнинг аломатлари. Эмадиган болалар уйқуси бузилиб, кўп безовталанади, айниқса кечаси кўп йиғлайди. Ҳар доим бошини чайқатиб, қўли билан қулоғини ушлайди ёки касал қулоғини иссиқроқ жойга қўйиб ётади ва шунда бир оз тинчланади. Хасталикнинг бошланиш даврида гавда ҳарорати бир оз, кейинчалик юқори даражагача кўтарилади. Бола она кўкрагини эма туриб, бирданига қичқириб йиғлаб, эмишдан тўхтайди (сўриш ва ютиш даврида қулоқда оғриқ зўрайишидан). Чунки сўриш ва ютиш даврида ногора бўшлиғида босим ошиб кетади. Юмшоқ танглай мушакларининг қисқариши натижасида эшитув найининг кириш оғзи очилиб ёпилади. Бемор боланинг қулоқ супрасидаги қулоқ тешигининг олдинги томонидаги дўмбоғи (tragus) ни босганда ўрта қулоқда оғриқ зўрайишидан у йиғлайди. Чунки чақалоқларда тапқич эшитув йўлининг суяк қисми бўлмай, у фақат тоғайдан ташкил топган, tragus га босилганда босим яллиғланган ногора пардага тўғридан-тўғри ўтиб, натижада оғриқ зўраяди. Ўрта қулоқдаги қон томирлар бош мия қон томирлари билан боғланган бўлиб, чакка суяклар яхши ривожланмаганлиги, бир-бири билан тўлиқ бирлашмаганлиги (катта ёшдагиларга ўхшаб) учун мия пўстлоғини қитиқлаб қўзғатиши натижасида менингизм кузатилади. Болаларда қусиш, тиришиш қайд этилади. Эмадиган болаларда ўрта қулоқ ўткир йирингли яллиғланганда овқат ҳазм қилиш йўли бузилиши (ич кетиш, қусиш) мумкин, натижада бола организми сувсизланади ва ўз вазнини йўқотади.

Касалликни аниқлаш. Эмадиган болаларда касалликни аниқлаш жуда қийин, чунки уларда катта болалардек маҳаллий аломатлар яхши ривожланмаган бўлади. Бундан ташқари, ёш болалар турли касалликлар билан оғриши туфайли, уларга кўп миқдорда турли антибиотиклар юборилади, натижада йирингли отитнинг кечиши ўзгаради (яхши ривожланмаган бўлади). Қон текширилганда деярли ўзгаришлар бўлмайди. Шунинг учун бемор болани шошмасдан, синчиклаб текшириб

кўриш керак. Кулоқни кўришдан олдин ташқи кулоқни яхшилаб тозалаш зарур.

Ўрта кулоқ ўткир яллиғланганда ноғора парда қизарган бўлиб, бўртиб чиқади (кўпроқ орқа-юқори қисми). Бундай ҳолда парацентез қилиш лозим. Баъзи бир ҳолларда, ноғора парда бир оз хиралашган ёки сарғишроқ бўлади.

Баъзан ноғора парда кучли қизармаган ва бўртмаганда кулоқ супраси орқасида шиш бўлиб, антрит, зигоматитит ва мастоидит ҳам ривожланиши мумкин.

Даволаш беморнинг аҳволига қараб буюрилади. Касаллик оғир кечган ҳолларда кўпроқ суюқлик (Рингер суюқлиги, реополиглюкин, 5% ли глюкоза – 200 мл, қон зардоби – 100 мл) юбориш лозим. Бундан ташқари, кўп миқдорда турли кучли антибиотиклар ва сульфаниламидлар, 1% ли кофеин эритмаси берилади.

Кулоқдаги оғриқни қолдириш учун кулоқни иссиқ тутиш (компресс), УВЧ ёки соллюкс лампаси, лазер билан нурлантириш яхши натижа беради. Ташқи кулоқ эшитув йўлига спирт эритмаси қуйилади. Бундан ташқари, бурун бўшлиғи яллиғланишини даволаш шарт. Зарур бўлганда кулоқ пардасининг ўзича тешилишини кутмасдан уни олдинроқ ёриш (парацентез) шарт. Шундан сўнг боланинг аҳволи аста-секин яхшиланиб боради, яъни кулоқдаги оғриқ камайиб, йиринг оқиши йўқолиб, кулоқ пардаси ўз ҳолига қайтади, гавда ҳарорати нормаллашиб, бола соғая бошлайди. Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши асоратлари (антрит, мастоидит, зигоматитит) да жарроҳлик усули қўлланади.

АНТРИТ

Ёш болаларда ўрта кулоқ ўткир йирингли яллиғланишининг антрит асорати билан кечиши кўп учрайди. Янги туғилган болаларда сўргичсимон ўсиқ ривожланмаган бўлади, у 2–3 ёшдан бошлаб ривожлана боради. Шунинг учун ўткир йирингли яллиғланишнинг гўдак болалардаги асорати – *антрит* деб аталади.

Антрит кўпроқ организмнинг курашувчанлик хусусияти пасайиб кетган гўдак болаларда учрайди. Ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватидаги йирингли яллиғланиш катта ёр (antrum)га ўтади ва унинг атрофидаги суяқларнинг чиришига сабаб бўлади.

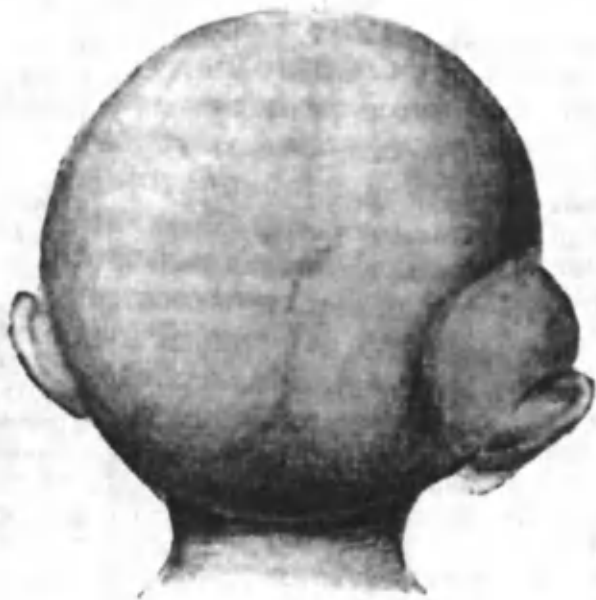
Касаллик белгилари. Умумий белгилар маҳаллий белгиларга нисбатан яхши ривожланган бўлади. Кулоқ пардаси бир оз хиралашган бўлиб, ундаги белгилар аниқ кўринмайди. Парданинг юқори-орқа қисми кўпроқ қизарган бўлиб, бўртиб чиқиб туради. Кўп миқдорда ва узоқ муддатгача ташқи кулоқ йўлида йиринг ажралмаси бўлади.

Ўрта қулоқни рентген нури билан текширганда касалланган томонда антрум бўшлигининг хиралашганини кўриш мумкин (соғ томон билан таққослаганда). Умумий белгиларга гавда ҳароратининг кўтарилиши, дармонсизлик, кўп йиғлаб безовталаниш, уйқусизлик ва иштаҳа йўқлиги киради. Бундан ташқари, овқат ҳазм қилиш йўллари бузилиб, баъзан ич кетиши мумкин. Қон таҳлилида лейкоцитлар миқдори ва ЭЧТ юқори бўлади.

Ёш болаларда қулоқ орқасида шиш пайдо бўлиб, қулоқ супраси олд томонга эгилган бўлади. Тери қизарган ва таранглашган, пайпаслаб кўрилганда бирор суюқлик борлигини сезиш мумкин, яъни фасод борлиги аниқланади (33, 34-расмлар).

Даволаш. Антрумга игна санчиб, йиринг сўриб олинади ва у ерга турли антибиотик эритмалар юборилади (бирок бу усулда айрим асоратлар келиб чиқиши мумкин).

Антритни жарроҳлик усули билан даволаш кўпинча яхши натижа беради. Операциядан ярим соат олдин беморга оғриқ қолдирувчи турли дорилар юборилади. Қулоқ орқасига 0,5% ли новокаин эритмасини юбориб, сўнгра тери қулоқ супраси бурмаси бўйича



33-расм. Мастоидит — ўнг қулоқ орқаси шиши (ёш болаларда).



34-расм. Мастоидит (ўсмирларда).

кесилади, кейин йиғилган йиринг чиқарилиб, антрум (бўшлиқ) очилади. Шунинг эса тутиш керакки, катталарга нисбатан ёш болаларда антрум бир оз юқорироқда ва катта ҳажмда бўлади. Антрумдаги ўзгарган шиллиқ қават олиб ташланади ва унинг атрофидаги чиринган суяк қисмлари аста-секин чўмичсимон асбоб ёрдамида қириб олинади. Шундан сўнг қулоқ орқасидаги яра ва антрумга турли антибиотикларга шимдирилган тампон қўйиб, боғлаб қўйилади. Ташқи қулоқ йўли торайиб қолмаслиги учун унга ҳам тампон қўйиш лозим. Операциядан кейинги даволаш усуллари тўғри бўлиши шарт.

МАСТОИДИТ

Ёш болаларда ўткир йирингли отитда мастоидит, яъни сўрғичсимон ўсиқчанинг йирингли яллиғланиши кўпроқ учраб туради (асосан 2 ёшдан бошлаб). Бунда антрум ва сўрғичсимон ўсиқчадаги шиллиқ пардалар қаттиқ яллиғланади, лекин суяк қисми жароҳатланиши учун маълум вақт ва шароит бўлиши лозим.

Касалликнинг келиб чиқиши ва ривожланиш сабаблари. Бунда отитнинг келиб чиқишига сабаб бўлган микроблар катта ўрин тутаяди. Мастоидитга ногора бўшлиғида йиринг тўпланиши сабаб бўлади.

Бундай ҳодиса сўрғичсимон ўсиқчадаги катакларда ҳам кузатилади. Айна вақтда ногора бўшлиғида узоқ муддат йиринг йиғилиб қолиб, унинг ташқарига оқиб чиқиши секинлашади. Эшитув найи ёки ногора бўшлиғининг антрумга ўтиш канали (йўли) ёки антрум билан сўрғичсимон катакларга ўтиш йўлининг бекилиб қолиши ҳам катта ўрин эгаллайди. Бу шиллиқ пардаларнинг яллиғланиб шишиши, ҳажмининг катталаниши натижасида келиб чиқади. Мастоидит ўрта қулоқнинг яллиғланиш давридан бошлаб, 3–4 ҳафта ичида тўлиқ ривожланади.

Патологик-анатомик ўзгаришлар. Ноғора бўшлиғидаги шиллиқ қават яллиғланиши натижасида, унинг ҳажми катталаниб, шишиб, ногора бўшлиғини антрумдан, антрумни сўрғичсимон ўсиқча катакларидан

ажратиб қўяди. Шу сабабли сўрғичсимон ўсиқчадаги катакларни бири-биридан ажратиб турувчи суяк тўсиқчалари емирилади, натижада яхлит бўшлиқ ҳосил бўлиб йиринг билан тўлиб туради.

Кейинчалик йиринг сўрғичсимон ўсиқчанинг устки суяк қисмини чиритиб, юмшоқ тўқима оралиғига ўтади ва қулоқ супрасининг юқори-олдинги томонида шиш, фасод пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, йиринг сўрғичсимон ўсиқча чўққи (уч) қисмининг ички девор сатҳидан кўкрак-ўмров мушаклар тагига оқиб (силжиб) тушса, Бецольд мастоидитини, агар йиринг сўрғичсимон ўсиқча чўққи қисмининг устки томонидан бўйин томонга силжиб тушса, мастоидитнинг Орлеанск турини келтириб чиқаради.

Касаллик аломатлари. Бемор қулоқ ва унинг атрофидаги оғриқдан шикоят қилади. Бу оғриқ сўрғичсимон ўсиқчада ҳам бўлиши мумкин. Кўпинча оғриқ зўрлигидан бола кечалари уйғониб, инграйди. Гавда ҳарорати 39–40° ва ундан ҳам юқорига кўтарилиши мумкин. Баъзан қулоқда ва қулоқ орқасида яллиғланиш ривожланмаган бўлиб, гавда ҳарорати унчалик кўтарилмайди, касал бола бўшапган ҳолда бўлади. Қонни текшириб кўрганда лейкоцитлар сони ва ЭЧТ бир оз ошган бўлади. Ташқи эшитув йўлида йиринг кўриниши мумкин. Қулоқ пардаси атрофида сақланиб қолган парда бўлаги қизарган, қалинлашган бўлади. Пардадаги тешикдан йиринг босим билан чиқа бошлайди. Қулоқ супрасининг орқа томонида, яъни сўрғичсимон ўсиқчада шиш, тери қизарганини ва қалинлашганини кўриш мумкин. Пайпаслаб кўрилганда оғриқ зўрайиб, эшитиш қобилияти пасаяди.

Чакка суягини рентген қилганда, сўрғичсимон ўсиқча катакларининг хиралашгани ёки унинг катакчалари девори чегарасининг чириганлиги (бузилганлиги)ни кўриш мумкин.

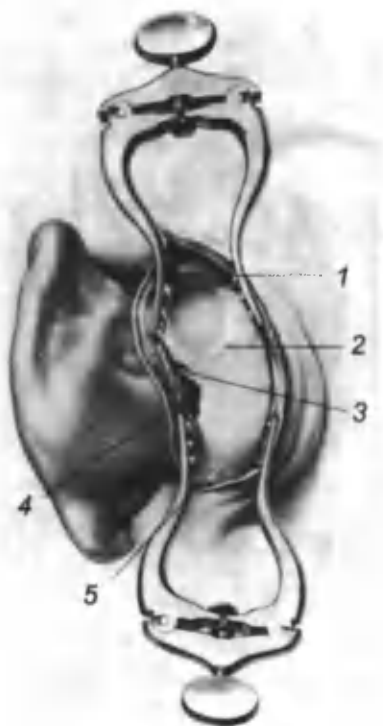
Касалликни аниқлаш. Мастоидитни аниқлаш учун беморни кўздан кечириш, рентген қилиш лозим. Шу билан бирга, баъзи бир касаллик (масалан, ташқи эшитув йўли чипқони) билан таққослаш керак. Чипқонда ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми, мастоидитда суяк қисми торайган бўлади. Мастоидитда эшитиш қобилияти пасайган бўлиб, рентгенда сўрғичсимон ўсиқчада ўзгаришлар кўринади.

Даволаш консерватив ва жарроҳлик йўли билан олиб борилади.

Турли антибиотик ва сульфаниламид препаратларини бериш билан бир қаторда, ташқи қулоқдан йирингнинг кўп миқдорда оқиб чиқишини яхшилаш лозим. Агар қулоқ пардаси ёрилмаган бўлса, уни зудлик билан ёриш зарур.

Кўп ҳолларда жарроҳлик усули қўлланади (мастоидэктомия). Бунда антрум билан бирга сўрғичсимон ўсиқчадаги катакчалар ҳам очилади, мақсад бутун патологик ўзгарган (чириган) суякни соғ қисмигача олиб ташлаш. Антрумдан ноғора бўшлиғидаги йиринг бемалол оқиб чиқиши учун уни кенгайтириб очиш зарур.

Операция маҳаллий оғриқ қолдирувчи дорилар билан олиб борилади. Қулоқ супрасини асбоб ёрдамида юмшоқ тўқима ва суяк усти пардаси билан биргаликда олдинга ва орқа томонга силжитилади. Сўрғичсимон ўсиқчанинг ташқи юзасидаги текис учбурчак бўлакчадан махсус асбоб ёрдамида катта ғор (антрум) очилади. Бутун чириган ва патологик ўзгарган тўқималар ва суяклар аста-секин қириб олиб ташланади. Жарроҳликда эҳтиёткорлик зарур, чунки антрумга яқин юқорида ўрта мия қаттиқ пардаси, орқада сигмасимон синус, олдинги деворида юз нерви жойлашган, уларга шикаст етказмаслик керак. Баъзи жарроҳлар операциядан сўнг қулоқ орқасидаги ярани тикиб қўядилар. Кўпинча яра тикилмайди, чунки у ўз-ўзидан битиб кетади (35, 36, 37, 38, 39-расмлар).



35-расм. Қулоқ орқаси қирқилгандан сўнг сўрғичсимон ўсиқчани очин.

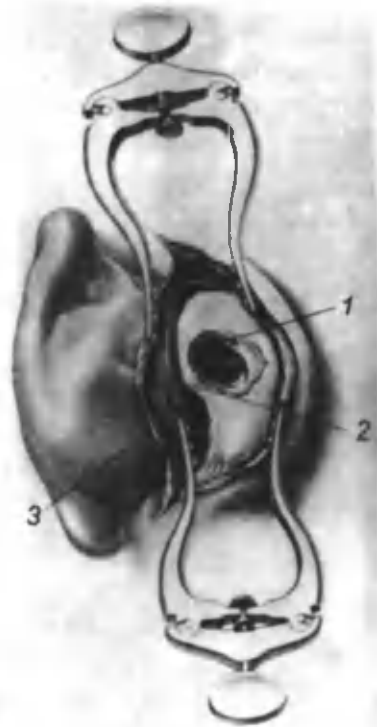
1— чакка мушаги; 2— чакка суяги чизиғи; 3— суяк ўсиқчаси; 4— ташқи эшитув йўли; 5— тўш-ўмров, сўрғичсимон ўсиқ мушаги.



36-расм. Антрумни очинг учун қилинган думалоқ белги.



37-расм. В.И. Воячек искаи-наси билан антрумни очиш.



38-расм. Антрумнинг очилиши.
1— антрум; 2— суяк ўсиқчаси;
3— ташқи эшитув йўли.

Ўтган асрнинг 50-йилларидан бошлаб сўрғичсимон ўсиқчада бажарилган операциялар оқибатида ҳосил бўладиган бўшлиқларни тўлдириш, яъни реконструкция ёки пластика қилиш амалиётда кенг қўлланмоқда. *Мастоидопластика* шулар жумласидандир.

Мастоидопластика учун турли биологик ва нобиологик материаллар таклиф қилинган. Ушбу йўналишда бизнинг клиникамизда ўрта қулоқдаги жарроҳликдан сўнг сўрғичсимон ўсиқчада ҳосил бўлган бўшлиқни тўлдириш (облитерация) учун кўзичоқнинг минерал-сизлантирилган суяк тўқимасини қўллаш жуда яхши натижа бермоқда (профессорлар С.А. Ҳасанов ва Ш.Э. Омоновлар томонидан биринчи бўлиб ишлаб чиқилган ҳамда амалиёт учун таклиф этилган). Бу усулнинг кундалик амалиётга татбиқ қилиниши беморларнинг қулоқ операцияларидан кейин шифохонада даволаниш муддатини 10–12 кунга қисқартириш имконини берди.

МАСТОИДИТНИНГ ЎЗИГА ХОС (АЛОҲИДА) ТУРИ


Бу тур мастоидит ноғора бўшлиғининг йирингли яллиғланишисиз кечали, яъни инфекция қон орқали ёки сўрғичсимон ўсиқчанинг лат ейиши, унинг бирламчи йирингли яллиғланиши натижасида ривожланади. Баъзан ноғора бўшлиғида ва ўрта қулоқнинг бошқа қисмларида йирингли яллиғланиш яхши ривожланмаган бўлса ҳам, лекин сўрғичсимон ўсиқчада яллиғланиш авж олган бўлади. Баъзи ҳолларда бирламчи мастоидитни қулоқ пардасининг ўзгармаган ҳолатида ҳам учратиш мумкин.

Бирламчи мастоидит рентген орқали олинган расми таққослаш билан аниқланади. Бунда иккала сўрғичсимон ўсиқча таққосланади.

Даволаш. Бирламчи мастоидит жарроҳлик усулида даволанади.

Зигоматицит — чакка суяги ёноқ ўсиқчасининг йиринглаши. Ёш болаларда бу ўсиқчада катакчалар ҳам ривожланган бўлади. Бунда антрум атрофида ва қулоқ супрасининг юқори-олд томонида шиш, тери қизаргани қайд этилади. Шу билан бир қаторда, кўз қовоғи атрофида, юзнинг юқори қисмида ҳам шиш ва оғриқ пайдо бўлади. Даволашда жарроҳлик усули қўлланади.

Петрозит — болаларда кам учрайди ва бунда инфекция ноғора бўшлиғидан чакка суягининг пирамидал қисмидаги



39-расм. Антрум ва сўрғичсимон ўсиқчада жарроҳликнинг охириги босқичи (операциянинг тугатилиши). 1— сигмасимон бўшлиқ (синус) чегараси; 2— антрум.

катакчаларга тарқалади. Хасталикда уч шоҳли нерв тармоқлари бўйлаб қаттиқ оғриқ, узоқлантирувчи нерв (VI нерв) фалажи кузатилади. Беморнинг боши қаттиқ оғриб, оғриқ юқори жағ ва кўз косаси атрофида ҳам тарқалиши мумкин. Баъзан юз нерви ҳам шикастланади.

Даволаш. Жарроҳлик усули қўлланади, бунда чакка суяги пирамидал ўсиқчасининг учи томонига боришга ҳаракат қилинади. Бунинг учун қулоқда радикал жарроҳлик қилиниб, ташқи қулоқ йўли ва ноғора бўшлиғининг юқори суяк девори олинади ва қаттиқ мия пардаси

очилади. Қаттиқ мия пардасини юқорига қўтарганда пирамидал суякнинг учи кўринади, сўнгра ўткир қошиқсимон асбоб билан чириган суяклар қириб олинади.

ЮЗ НЕРВИ ПАРЕЗИ ВА ФАЛАЖИ

Ўрта қулоқнинг ўткир ва сурункали йирингли отити, ички эшитув йўли яллиғланиши, калла суяги асоси синиши ёки дарз кетиши, ўрта қулоқда турли жарроҳлик, қулоқ олди сўлак беши касалликлари ва бошқалар сабабли юз нерви парези ёки фалажи келиб чиқиши мумкин.

Ўткир йирингли отитда, кўпинча йирингли яллиғланиш юз нерви атрофига тарқалиб, унинг парезига сабаб бўлади. Сурункали йирингли отитда ўрта қулоқ суяк қисмининг чириши ва емирилиши, холестеатома ёки грануляция тўқималари билан юз нерви жароҳатланиши ёки эзилиши натижасида унинг парези, кўпинча фалажи кузатилади. Юз нерви парези ёки фалажининг клиник аломатлари (белгилари) турлича бўлади. Бу нервнинг айрим толалари жароҳатланганда ўша тола билан таъминланган мушаклар ҳаракатчанлиги йўқолади, натижада пешона ёки юзнинг имо-ишора вазифаси бузилади.

Уч шохли нерв фалажида бурун-лаб бурчак бурмаси ифодаланмайди, оғиз бурчаги осилиб қолган, пешона қисми тиришган, кўз юмилган бўлади. Бундан ташқари, бемор қуриш, таъм билиш сезгилари бузилганидан ва бошқалардан шикоят қилади. Юз нервнинг икки томонлама жароҳатланиши камдан-кам ҳолларда учрайди. Юз нервнинг шикастланиш сабабини зудлик билан аниқлаб, даволашни бошлаш зарур. Кўпинча ўрта қулоқда жарроҳлик усули қўлланади. Агар юз нерви бутунлай фалажланса ёки жарроҳлик пайтида бутунлай қирқиб юборилса, нерв фаолиятини қайта тиклаш жуда қийин бўлади. Бундай ҳолларда кесилган нервнинг иккала учини бирлаштириб тикилади (регенерация тикланиши мумкин).

Консерватив усулда даволаганда турли витаминлар гуруҳи (В гуруҳ), антибиотиклар, массаж, физиотерапевтик усуллар (фарадизация, гальванизация ва б.) қўлланади.

Бундан ташқари, қон томирига 20–40 % ли глюкоза юбориш, прозерин эритмасини қўллаш (30 кун давомида), сўрғичсимон ўсиқча соҳасига электрофорез қилиш (витаминлар, биостимулловчи дорилар билан) мақсадга мувофиқдир.

Агар консерватив даволар ёрдам бермаса, жарроҳлик тадбири қўлланади. Бунда юз нерви канали очилиб, унга шикаст етказган суяк парчалари, грануляциялар олиб ташланади (декомпрессия).

ЎТКИР ОТИТНИ ДАВОЛАШДА ҚўЛЛАНАДИГАН БАЪЗИ БИР АНТИБИОТИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Турли антибиотикларни кўп қўллаш натижасида ўткир отит ва унинг асоратлари: антрит, мастоидит ва бошқалар кам учрашига қарамасдан, баъзан хасталик ва унинг асоратларининг клиник аломатлари ўзига хос, аниқ, одатдагидек кечмайди.

Антибиотикларни нотўғри ишлатиш натижасида баъзи болаларда ўткир отит суст, яъни «яширин» ҳолда кечади. Бу антибиотикларнинг салбий таъсири қуйидагилардан иборат: биринчидан, ўткир отит бошлангандан сўнг антибиотикларни кечикиб тайинлаш; иккинчидан, уларни оз миқдорда юбориш; учинчидан, бир вақтнинг ўзиде икки хил антибиотикларни буюриш; уларнинг иккаласи ҳам буйрак ва эшитиш нервига захарли таъсир этади, тўртинчидан, бемордан бутунлай соғайиб кетмасдан антибиотикларни олишни бекор қилиш ва бошқалар.

Антибиотикларнинг икки хил кенг таъсирга эга турларини буюриш ва уларни қўшимча сульфаниламидлар билан биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Антибиотиклар миқдори ва уларни кундалик қабул қилиш режасини хасталикдан тузалмагунча ўзгартириш тавсия этилмайди. Баъзан, болаларга ноғора пардани ёргандан сўнг турли антибиотиклар тавсия этилади. Кўпчилик буюрилган антибиотиклар ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёни бутунлай тугамасдан туриб бекор қилинади (бола гавда ҳароратининг тушиши, қулоқдаги оғриқнинг камайиши ёки йўқолиши сабабли).

Юқорида кўрсатилган сабаблар ўткир отит асоратлари: антрит, мастоидит ва бошқа (оғир асорат) ларнинг ҳам «яширин» ҳолда кечиши ва уларни ўз вақтида аниқлаб, тегишли даволаш чораларини қўллашга имкон бермайди.

БОЛАЛАРДА ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ ҚАЙТАЛАНИШИ

Кейинги вақтларда ёш болаларда йирингли ўрта отитнинг тез-тез такрорланиши (25—30% гача) қайд этилмоқда. Бир йил давомида 5—7 марта, баъзан ундан ортиқроқ кузатилади. Қулоқ пардасидаги чандиқланган тешик, отитнинг такрорланиш даврида яна тешилади. Бундай отит, кейинчалик сурункали йирингли отитга ўтиши мумкин ёки ўрта қулоқда чандиқли ўзгаришлар юзага келиб, бемор болада эшитиш қобилиятининг пасайиб кетишига ёки бутунлай гарангликка олиб келади.

Ўрта қулоқдаги йирингли отитнинг қайталанишига, (айниқса ёш болаларда, яъни 2—3 ёшдагиларда), уларда кўп учрайдиган шамоллаш, турли вирусли касалликлар, организмнинг аллергия ҳолати, мечкай касаллиги, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, бурун-ютқин касалликлари ва бошқалар сабаб бўлади.

Касаллик аломатлари. Кўпчилик болаларда йирингли отит худди ўткир йирингли отитга ўхшаб қайталанadi, лекин хасталик кўпинча қулоқда огриқсиз, гавда ҳароратининг кўтарилмаслиги билан бошланади. Ота-оналар боланинг касаллигини қулоқдан йиринг келишидан пайқаб қоладилар.

Отоскопия қилиб кўрилганда, кўпчилик болаларда ногора парда тешигини аниқлаш қийин бўлади, чунки қулоқ парда яллиғланиб, бирмунча қалинлашган бўлади, эшитиш қобилияти пасайиб боради. Кўп қайталанадиган йирингли отитда фақат ўрта қулоқни текширмай, балки албатта бурун ва унинг ёндош бўшлиқларини, бурун-ютқинни, у ердаги лимфоид тўқималар ҳолатини ҳам синчиклаб текшириш, керак бўлса рентгенга тушириш зарур.

Баъзан, ёш болаларда бурун-ҳалқум орқа деворининг хоаналарга яқин жойлашганини кўриш мумкин. Танглай муртақларига, эшитув найининг кириш қисмидаги лимфоид тўқималарга, оғиз-ютқин ён деворидаги шиллиқ қаватнинг яллиғланишига катта эътибор бериш зарур. Кўпинча ёш болаларда галвирсимон бўшлиқ катакчаларининг яширин йирингли яллиғланиши бўлиши мумкин. Бунда, албатта, бўшлиқни рентгенда текшириш керак.

Даволаш. Тез-тез такрорланадиган йирингли отитни даволашда қўлланадиган антибиотикларнинг кўпи ҳозирги даврда яхши натижа бермаяпти. Даволашдан олдин ўрта қулоқдаги йирингни экиш усули билан текшириб, аниқланган микробларнинг турли антибиотиклар ва сульфаниламид дориларга сезувчанлигини текшириш мақсадга мувофиқдир. Ҳозирги пайтда 10% ли метилглюкаминнинг тузли эритмаси – сульфанилометоксинни гидрокортизонга қўшиб қулоққа томизиш яхши натижа бермоқда. Ташқи қулоқ йўлини, ногора бўшлигини йирингдан тозалаш, уларни турли эритмалар билан ювиш шарт.

Юқорида кўрсатилганлардан ташқари, 0,1% ли хинозол, 0,2% ли сангивинарин ва 5–10% ли асалари елимининг спиртдаги эритмасини, трипсин, химопсин ҳамда лидазаларни қўллаш ҳам яхши натижалар беради. Бурун бўшлиғи, эшитув найи шиллиқ қаватининг шишини қайтарувчи санорин, нафтизин, шунингдек протаргол ва колларгол эритмаларини бурунга томизиш тавсия этилади.

Қайталоғчи йирингли отитда кўпинча замбуруғларни кўриш мумкин. Бундай ҳолларда нистатин, леворин, декамин, кастеллан эритмаси, 0,2% ли сангивинарин, 0,1% ли хинозиол, нитрофунгиннинг спиртдаги эритмаси ишлатилади. Баъзан турли гормонларни қўллаш ҳам яхши натижа беради.

Бола организмнинг курашувчанлик қобилиятини яхшилаш учун глобулин, қон зардобини қуйиш ҳам мумкин. Организмда гистаминларнинг йиғилишини камайтирадиган дорилар ҳамда уларга

қарши димедрол, пипольфен, дипразин, супрастин, диазолин ва бошқалар буюрилади. Бундан ташқари, стрептококк, стафилококк аллергияларидан 0,1 мл дан тери остига ҳар 3 кунда юборилади.

Физиотерапевтик даволаш усуллардан — УВЧ, УФО, лазер, соллюкс лампаси яхши фойда беради.

Консерватив усуллар ёрдам бермаган тақдирда, жарроҳлик усулини қўллаш мумкин.

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТИ

Ўрта қулоқ сурункали йирингли яллиғланганида, қулоқдан вақти-вақти билан ёки мунтазам равишда йиринг оқади. Бунда қулоқ пардасида турғун тешик бўлиб, эшитиш қобилияти пасаяди. Сурункали йирингли ўрта отит ўткир йирингли отитнинг давоми ҳисобланади. Бунга қуйидагилар:

1) ўрта қулоқ ўткир яллиғланганида унинг шиллиқ, шиллиқ ости қаватининг кўпроқ қизамиқ, кўкйўтал, қизилча ва бошқа юқумли касалликлар заминида катта ҳажмда ҳамда чуқур яллиғланиши;

2) хасталикни даволашни охиригача етказмаслик ёки тўғри даволамаслик;

3) ўткир йирингли отитни даволашда юқори нафас йўлларидаги касалликлар (аденоидлар, бурун ва унинг ёндош бўшлиқларининг ўткир ёки сурункали касалликлари, сурункали тонзиллит, бурун тўсиғидаги ўзгаришлар ва б.)ни даволамаслик;

4) ўрта қулоқдаги микробларнинг ҳаддан ташқари заҳарли (вирулент) бўлиши;

5) ёш болалар организмнинг бирор инфекцияга ва касалликка қарши курашувчанлик қобилиятининг пасайиши ва улардаги аллергия ҳолат сабаб бўлиши мумкин.

Кейинги йилларда ўрта қулоқнинг сурункали йирингли отитида микрофлоранинг ўзгариши ҳам ушбу хасталикнинг ривожланишида муҳим ўрин эгалламоқда. Қулоқ йирингида, асосан, граммманфий ва анаэроб микроблар кўп учраб, уларнинг аксарияти антибиотикларга чидамли бўлмоқда.

Сурункали йирингли ўрта отит болаларда (катталарга нисбатан) ўзига хос кечади. Сурункали йирингли ўрта отит беморни бир неча йил безовта қилмасдан, яширин ҳолда кечиши мумкин. Кўпинча беморлар бир қулоғидаги касалликка, унинг оқибатида ривожланадиган эшитишнинг пастлигига деярли эътибор бермайдилар. Аксарият беморлар қулоғидан жуда кўп йиринг келганда ёки турли асоратлар бўлгандагина шифокорга мурожаат қиладилар.

Патологик ўзгаришлар. Ноғора парда қалинлашиб, ташқи қават юмшаган, шилинган ҳолда бўлади. Ноғора парда тешигидан кўриниб турадиган ноғора бўшлиғининг шиллиқ қавати қизарган, баъзан оқиш

рангда бўлиб, қалинлашган бўлиши мумкин. Шиллиқ қаватдан ташқари, унинг остки қаватлари (эпителиал ости, ҳилпилловчи қавати)да ҳам ўзгаришлар юз беради. Баъзан шиллиқ қаватга йирингли ва улар заҳарли маҳсулотларининг узоқ муддат таъсирида, у ерда ҳосила (полип) ёки ёш донали тўқималар (грануляция) пайдо бўлади, натижада эшитув суякчалари, ўрта қулоқ суяги деворлари чириши мумкин.

Ноғора бўшлиғидаги суякчалар қон билан яхши таъминлангани туфайли сурункали йирингли ўрта отитда улар тез чиримайди.

Хасталикда сўргичсимон ўсиқчада унчалик ўзгариш кузатилмайди (гарчи унинг катакчаларининг шиллиқ қавати яллиғланиб, йиринг билан тўлган бўлишига қарамасдан). Сўргичсимон ўсиқча катакчаларидаги йиринг аттик орқали қулоқ пардаси тешигидан ташқи қулоқ йўлига чиқади. Ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши уч хил кўринишда кечади (мезотимпанит, эптитимпанит, эпимезотимпанит).

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ МЕЗОТИМПАНИТ

Отитнинг бу турида, асосан, ноғора парданинг шиллиқ қавати яллиғланиб, у кўпинча хатарсиз кечади. Йирингли мезотимпанитда парда тешиги фақат унинг таранг қисмида, турли катталиқда ва кўринишда бўлади. Бемор қулоғидан тўхтовсиз йиринг оқиши, эшитув қобилияти пасайганидан, баъзан қулоқнинг шанғиллаши ва бошқалардан шикоят қилади. Одатда, қулоқ оғримайди.

Текшириш натижасида ташқи қулоқ йўлида йиринг аниқланиб, кўпинча у ҳидсиз, сероз ёки шиллиқ аралашган бўлади. Ноғора парданинг таранг қисмида турли катталиқдаги тешикни кўриш мумкин, бу тешикнинг чет қисми қалинлашган бўлади. Ноғора бўшлиғининг шиллиқ қавати қизарган, қалинлашган бўлиши мумкин. Эшитиш қобилияти турли усуллар билан текширилганда, асосан, товуш ўтказувчанлик бўлими (қисми)нинг бузилганлиги аниқланади.

Сурункали йирингли мезотимпанитда, бир неча йил давомида беморни ҳеч нарса безовта қилмайди. Лекин баъзан вақт-вақти билан қулоқда оғриқ бўлиб, гавда ҳарорати бир оз кўтарилиши, яъни касаллик авж олиб, кескин зўрайиши мумкин (зўрайиш ёки хуруж даври). Бундай ҳолат кўпинча бемор шамоллаганда, грипп билан оғриганда ёки қулоғига сув тушганда қайд этилади (40, 41-расмлар).



40-расм. Сурункали мезотимпанит.

Эшитув найи орқали ноғора бўшлиғига доимий шиллиқ йирингнинг ўтиб туриши натижасида, қулоқдан йиринг келиши тўхтамайди ва бу қулоқ пардасидаги кичкина тешикнинг битишига йўл қўймайди.

Касалликни аниқлашда, унинг кечиш тарихи, бемор шикоятлари, отоскопиядан олинган маълумотларга суянилади. Сурункали йирингли мезотимпанит қуйидагича кечиши мумкин:

1) хасталиқда йиринг бир неча йил оқиши ва турли хил асоратларга олиб келиши мумкин;

2) бу хасталиқда йиринг оқиши тўхтаб, ноғора пардада турғун тешик қолиши мумкин;

3) ноғора пардадаги тешик бекилиб, чандиқланиш қайд этилиши мумкин.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТ

Бу ноғора парда тешигининг юқори, яъни бўшашган ёки салқи (шрапнел) қисмида бўлади. Тешикнинг ҳажми турлича бўлиши мумкин. Бундай отит бирмунча жиддий касаллик ҳисобланади. Чунки яллиғланиш ноғора бўшлиғининг юқори бўлимларига тарқалиб, унинг устки ва ташқи деворини чиритиб – емириб боради. Суяк чиршидан ташқари, ноғора бўшлиғида ҳосилалар (грануляция ва полиплар) ҳамда холестеатомани кўриш мумкин.

Суяк емирилиши яъни органик моддалар парчаланиши ва турли хил ҳидга сабаб бўлувчи моддалар (индол, скатол, сульфидводород) ажралиб чиқиши сабабли эпителимпанитда ажралма қўланса ҳидли бўлади. Бунда эшитиш қобилияти ва умумий аҳволда ўзгариш бўлмайди. Агар бемор грипп ёки юқори нафас йўллари касалликлари билан оғривса, унда хасталик кучайиши натижасида қулоғидан кўп миқдорда шиллиқли йиринг оқиб, гавда ҳарорати бир оз кўтарилиши, боши оғриши мумкин. Ноғора парда тешигидан ташқари, унинг сақланиб қолган қисми қизарган ва бир оз қалинлашган бўлади.

Эпитимпанитда ташқи эшитув йўли эпидермиси ноғора парданинг юқори қисмидаги тешик орқали ноғора бўшлиғига кириши мумкин, бунда холестеатома ҳосил бўлади. Эпидермис (тери қатлами) ҳужайраларининг тўхтовсиз равишда кўчиб тушиши (пўст ташлаши) ва уларнинг ўрта қулоқ бўшлиқларида йиғилиб қолиши **холестеатома** ривожланишига олиб келади. Холестеатома тўхтовсиз катталаниб бориш хусусиятига эга. Шунинг учун у атрофидаги суяк деворларини эзиб емиради. Бундай емирилиш сўрғичсимон ўсиқчадаги катта бўшлиққа (антрумга) ёки сўрғичсимон ўсиқча катакчаларига, ундан калла суяги бўшлиғи, яъни унинг орқа ва ўрта чуқурчаларидаги мия қаттиқ пардасига ва сигмасимон бўшлиққача бориб ёйилади. Бу чакка суяги ва

калла суяги бўшлиғида турли оғир, ҳаёт учун хавфли асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Кўпинча бемор бош оғриғидан, кўнгли айниб, боши айланишидан шикоят қилади.

Холестеатома ёғ кислоталари, холестерин, оқсил, сув, микроблар ва уларнинг маҳсулотларидан иборат. Унинг ўз қобиғи яъни матрикси бўлади. Холестеатома фақат ўз босими ёки кенгайиб бориши билан суякларни емирмасдан, балки ўз ферментлари (коллагеназа) ёрдамида ҳам ўрта қулоқнинг суяк деворларини емира боради.

Холестеатома микроблар учун жуда яхши озиқ ҳисобланади. Сурункали йирингли эпителимпанитда йиринг кўпинча сассиқ, қўланса ҳидли бўлади. Эшитиш қобилиятининг пасайиши кучлироқ бўлиб, кўпинча эшитишни ўтказувчи ва қабул қилувчи бўлимларнинг бузилиши кузатилиши мумкин.

Сурункали эпителимпанитда кўпроқ холестеатомадан ташқари, грануляция ёки полипни кўриш мумкин. Полип ва грануляциялар ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватининг узоқ муддат йиринг билан қитиқланиши натижасида ривожланади. Полип оқиш ёки оқиш-кўкимтир рангда бўлади. Баъзан у ташқи қулоқ йўлини бутунлай тўлдириб туради ва ноғора бўшлиғидан йирингнинг ташқи қулоқ йўлига оқиб чиқишига халақит беради. Бунинг натижасида ноғора бўшлиғида йиринг йиғилиб, болаларда бош оғриғи кузатилади. Шу билан бирга эшитиш қобилияти янада пасаяди.

Агар ташқи қулоқ йўлида ноғора бўшлиғидан ўсиб чиққан грануляциялар бўлса, кўпинча йиринг қон аралаш оқади.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИМЕЗОТИМПАНИТ

Бунда ноғора пардадаги тешик таранг ва бўшашган қисмларда бўлади. Кўпинча унинг кечиши, берадиган асорати сурункали эпителимпанитга ўхшаб кетади. Бемор узоқ муддат давомида қулоғидан йиринг келишидан (йиринг кўпчилик беморларда ҳидли бўлади), эшитиш қобилиятининг пасайишидан шикоят қилади.

Отоскопияда ноғора парданинг таранг ва бўшашган қисмида турли шакл ва ҳажмдаги тешикни кўриш мумкин. Бу тешик орқали ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватининг бир оз қизаргани, шишгани ёки сурункали йирингли эпителимпанитдагидек холестеатома, грануляция ёки полипни кўриш мумкин (42, 43- расм).

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИ ДАВОЛАШ

Даволаш усулини танлашдан олдин, албатта ўрта қулоқни рентгенда текшириш ва у ердаги ўзгаришларни аниқлаш шарт. Бундан ташқари, қулоқ йирингини экиш (посев) йўли билан текшириб, у ерда қандай



43- расм. Сурункали йирингли эпимезотимпанит.

микроблар борлигини ва шу микробларнинг турли антибиотик дориларга берилувчанлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ.

Қулоқдан йиринг оқишини тўхтатиш усулларида бири, юқори нафас йўлларидаги патологик ўзгаришлар ёки касалликларни бартараф этиш ёки даволашдан бошланади.

Кўпинча, ёш болаларда аденоидларни жарроҳлик йўли билан олишга тўғри келади. Ёши катта болаларда ноғора бўшлиғи эшитув найига ҳаво юбориб йирингдан тозаланади. Ташқи қулоқни йирингдан тозалаш учун

уни турли дорилар эритмаси билан ювиш ҳам ижобий натижа беради. Қулоқ йирингини бактериологик текшириб, микробларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш зарур. Қулоққа турли дорилар (борат кислотанинг 3% ли ёки рух сульфатнинг 1% ли эритмаси, софрадекс, отипакс ва б.) томизилади. Кўпинча 1% ли диоксидин, 0,05% ли хлоргексидин, калонхоэнинг спиртли эритмаси, прополис, эвкалипт, 1% ли хлорофиллипт, мўмиё, метрогил эритмаси ва бошқалар қўланади. Левомецетиннинг 1% ли спирттаги эритмаси ҳам яхши фойда беради.

Ноғора пардадаги тешик ҳажми катта бўлса, турли антибиотиклар кукунини пуркаш яхши ёрдам беради, бундан ташқари, ўрта қулоққа кортизон ва гидрокортизон юбориш ҳам ижобий натижа беради.

Кейинги йилларда отитни даволашда кўп олимлар иммун ҳолатни кўтарувчи воситалар (тимоптин, тимоген, тималин, иммуномодулин, интерферон ва б.)ни кенг тавсия қилишмоқда.

Баъзан, физиотерапевтик йўл (УФО, лазер нури) билан даволаш мумкин. Агар ноғора бўшлиғининг шиллиқ қавати яллиғланиб, ҳажми катталашиб грануляция ривожланса, уни 30 ёки 20% ли кумуш нитрат (ляпис), хромли ёки уч хлорсиркали кислоталар билан куйдириш керак.

Хасталикни даволашда юқорида кўрсатилган тадбирлар ва даволаш усулларига қўшимча равишда куйидагиларни қўллаш мумкин. Ноғора бўшлиғида холестеатома бўлса, уни юмшатиш ва эритиш учун ферментлардан трипсин ёки химотрипсин томизилади. Ўзбекистон ФА Ўсимлик моддалар кимёси институти томонидан яратилган кукумазин ферментини ишлатиш яхши самара бермоқда.

Ноғора бўшлиғини холестеатома ва йирингдан тозалаш учун махсус асбоб ёрдамида (Гартман канюласи) арақ ёки спирт эритмаси билан

ювиш керак (44-расм). Грануляция ёки полиплар махсус асбоблар ёрдамида олинади.

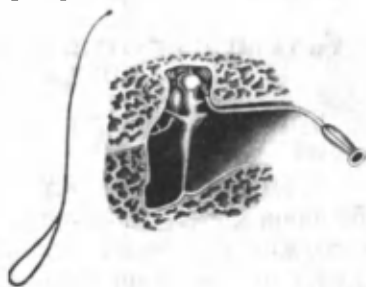
Кўпинча сурункали йирингли эптитимпанит ёки эпимезотипманитни даволашда жарроҳлик усули қўлланади. Бу қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:

- 1) консерватив йўл билан даволаш наф бермаганда;
- 2) ўрта қулоқда холестеатома натижасида суякларда чуқур емирилиш (чириш) бўлганда;
- 3) чакка суяги соҳаси ва бош мия асоратларида.

Сурункали йирингли ўрта отит, айниқса, унинг эптитимпанит турида, юқорида биз айтиб ўтган консерватив усуллар ёрдам бермаса, унда турли жарроҳлик усулларидан фойдаланилади.

Ўрта қулоқ суяклари ва ноғора бўшлиғидаги суякчалар айтарли чиримаган бўлса, бундай ҳолларда кичик жарроҳлик ўтказилади (аттик билан антрум очилади).

Агар сурункали йирингли эптитимпанит ёки эпимезотипманит турли оғир асоратлар берса, унда радикал жарроҳлик усули қўлланади. Бундай усул катталарга нисбатан болаларда камроқ ўтказилади.



44-расм. Ноғора бўшлиғининг юқори қисмини ювишда ишлатиладиган найча (Гартман канюляси).

РАДИКАЛ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ

Радикал жарроҳликнинг моҳияти шундаки, бунда ноғора бўшлиғи, сўрғичсимон ўсиқнинг барча катаклари билан бирга антрум ва ташқи эшитув йўли бирлаштирилиб, битта ягона умумий бўшлиқ ҳосил қилинади. Бутун чириган суяклар соғ қатламигача олиниб, холестеатомалар қириб олиб ташланади. Дастлаб сўрғичсимон ўсиқча суяклари олиниб, антрум очилади, сўнгра ташқи эшитув йўли суяк қисмининг устки қисми ва ноғора пардадан юқорида жойлашган суяк қисмининг ташқи девори олинади. Жарроҳликдан ҳосил бўлган бўшлиқ тагидан, яъни ташқи қулоқ йўли орқа суяк деворининг остидан юз нерви ўтади, уни зарарлантирмаслик учун жуда эҳтиётлик билан ишлаш ва ноғора бўшлиғини патологик қолдиқлардан тозалаш зарур.

Эшитув суякчалари чириган бўлса, узангидан бошқа барчаси олиб ташланади. Жарроҳликдан сўнг ҳосил бўлган умумий бўшлиқни кейинчалик тери билан қоплаш учун ташқи қулоқнинг орқа деворидаги тери ва унинг юмшоқ қисмлари «Т» ҳолатда қирқилиб, ўша бўшлиқни юқори ва пастки қисмга ётқизилади (пластика). Мана шу икки парча тери бўшлиқни бутунлай қоплаши керак. Қулоқ орқасидаги тери

тикилади, агар мияда асоратлар бўлса, унда қулоқ орқа яраси тикилмай очик қолдирилади.

Жарроҳликдан кейинги даврдаги парвариш ва даволашга катта аҳамият бериш зарур. Бу даврда боланинг иммун ҳолатини тиклаш (узок муддат витаминлар истеъмол қилиш, иммуномодуляторларни қўллаш) ушбу хасталикдан батамом қутилишда муҳимдир.

ХАСТАЛИКНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА АСОРАТЛАР КЕЛИБ ЧИҚИШИГА ЙЎЛ ҚЎЙМАСЛИК ТАДБИРЛАРИ

Бунинг учун ўткир йирингли отитни тўғри ва ўз вақтида даволаш лозим.

Сурункали йирингли ўрта отит асоратларининг олдини олиш учун беморни ҳар томонлама диққат билан синчиклаб текшириб, керакли (маҳаллий ва умумий) тадбирларни қўллаб, йирингни тўхтатиш зарур. Қулоқнинг эшитиш қобилиятини сақлаб қолиш учун барча керакли воситаларни қўллаш керак.

Бундан ташқари, сурункали йирингли отитли беморлар чўмилганда ёки бошини ювганда қулоққа сув киргизмасликлари лозим. Бунинг учун бир парча пахтага бирорта мой ёки вазелинни суртиб, ташқи қулоқ йўлига тиқиб қўйилади. Акс ҳолда, сув тушиши натижасида сурункали отит зўрайиши мумкин. Об-ҳаво бузилганда, қаттиқ шамол эсганда ҳам ташқи қулоқ йўлига пахта тиқиб қўйиш мақсадга мувофиқдир. Ўткир ва сурункали тумовда бурун қоқишда эҳтиёт бўлиш керак, яъни буруннинг иккала катагини беркитиб бурун қоқиш мумкин эмас.

Бундан ташқари, касалликда, айниқса унинг эпителимпанит турида беморлар узок вақт шифокор назоратида бўлишлари шарт. Хасталикни текшириш натижасида суякнинг чириганлиги аниқланса, асоратлар ривожланишини кутмасдан, ўз вақтида жарроҳлик усулини қўллаш лозим.

ИЧКИ ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЛАБИРИНТИТ)

Йирингли отитнинг ўткир, айниқса сурункали турларида ички қулоқ яллиғланиши мумкин ва бу отитнинг оғир асоратларидан ҳисобланади. Бу ўрта қулоқдан микроблар, йиринг ёки захарли моддаларнинг ички қулоққа ўтиши, шунингдек тўғридан-тўғри ички қулоқ суяк деворининг емирилиши (чириши) сабабли юз беради. Кўпинча ташқи ярим доира найи (канал)да оқма яра ҳосил бўлиб, яллиғланиш ривожланади (айниқса ноғора бўшлиғида холестеатоманинг кўп миқдорда йиғилиши натижасида). Бундан ташқари, ички қулоқ мия томондан ёки қон томирлари орқали ҳам яллиғланиши мумкин.

Ички қулоқнинг ўрта қулоқ касалликлари сабабли яллиғланиши кўп учрайди. Ички қулоқнинг яллиғланиши умумий (тарқалган) ва маҳаллий, яъни чегараланган, чекланган бўлиши мумкин. Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли отитида кўпинча тарқалган, сурункали отитда эса чегараланган ёки чекланган лабиринтит қайд этилади.

Ички қулоқ яллиғланганда ундаги қон томирлар кенгайиб, қон оқиши бир оз секинлашади. Қон томир деворининг ўтказувчанлиги бузилиб, ички қулоқда қоннинг баъзи бир туркумлари ва оқсил моддалари йиғилади. Натижада ички қулоқда босим ошиб кетади.

Ички қулоқнинг ёйилган (тарқалган) яллиғланиши икки турда бўлади: серозли (оқсилли суюқлик) ва йирингли. Бунда ички қулоқнинг парда қисми ҳам жароҳатланиб, бутун нерв толалари (мувозанатни сақловчи ва эшитишни қабул қилувчи) нобуд бўлади. Йиринг ички қулоқдан чиганоқ сув йўли орқали (водопровод улитки) субарахноидал бўшлиққа ўтади, натижада менингит ёки мияча абсцесси ривожланади. Ички қулоқнинг чегараланган яллиғланиши бора-бора ёйилган (тарқалган) шаклга ўтиши мумкин.

ТАРҚАЛГАН СЕРОЗЛИ ЛАБИРИНТИТ

Ёш болаларда ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишида эшитиш қобилиятининг бузилиши билан бир қаторда, бош айланиши, кўнгил айнаши ва қусиш кузатилади. Кўз соққалари касал қулоқ томон ҳаракат қилади. Бунда ички қулоқда босим ошиб кетади. Бола кўпинча соғ қулоқ томони билан кўзини юмиб ётади.

Бемор кўз олдида турли нарсалар айлангандек бўлиб, кўпинча бу соғ қулоқ томон йўналган бўлади. Гавдаси ҳам кўпроқ соғ томонга оға бошлайди. Эшитиш қобилияти текширилганда, унинг жуда ҳам пасайганлигини аниқлаш мумкин (эшитишни қабул қилиб олувчи бўлим шикастланиши натижасида). Нерв толаларини қўзғатиш ёки ички қулоққа заҳарли моддалар шимилиши тўхтагандан сўнг, юқорида кўрсатилган ўзгаришлар йўқолиб боради.

ИЧКИ ҚУЛОҚНИНГ ТАРҚАЛГАН ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Юқорида айтиб ўтилганидек, бу хасталик ички қулоққа микроблар ўтиши натижасида келиб чиқади. Касаллик тўсатдан бошланиб, бемор мувозанати ва эшитиш қобилияти бутунлай бузилганидан шикоят қилади. Унинг боши айланади, кўнгли айнийди, қайт қилади. Текшириб кўрилганда кўз соққаларининг тебраниши (нистагм) соғ қулоқ томон йўналган бўлади. Демак, ички қулоқнинг ёйилган йирингли яллиғланишида унинг вазифаси бутунлай ва турғун бузилади.

ИЧКИ ҚУЛОҚНИНГ ЧЕГАРАЛАНГАН (ЧЕКЛАНГАН) ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Бу касаллик ёйилган яллиғланишга нисбатан кўп учраб, бир оз энгил кечади. Чегараланган лабиринт, кўпинча сурункали йирингли отитнинг холестеатома билан кечадиган турларида кўп кузатилади ва ички қулоқнинг суяк қатлами (ярим доира най-канал девори) емирилиб, оқма яра ҳосил бўлиши натижасида келиб чиқади.

Болаларда вақт-вақти билан бош айланиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш кузатилади. Агар боланинг қулоқ супачасини босилса, босим ошиши натижасида ташқи эшитув йўлида кўз соққаси тебраниши кузатилади (**прессор нистагм** – касал қулоқ томон), кўнгил айниши, бош айланиши бошланади. Агар, босим тўхтатилса, нистагм соғ қулоқ томонга йўналади. Чунки ташқи қулоқ йўлида ҳаво зичлашганда, ҳаво ноғора бўшлиғидан ички қулоқдаги оқма яра орқали ўтиб, ички қулоқда босимни оширади ва у ердаги мувозанат нерв толаларини қўзғатади. Юқоридаги аломатлар бемор кучанганида, боши билан кескин ҳаракат қилганида, бурун катаklarини беркитиб бурун қоққанида ҳам келиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолат ички қулоқнинг ярим доира най деворида нуқсон борлигидан далолат беради.

Лабиринтитни бошқа касалликлар билан таққослаш лозим. Бош айланиши, мувозанатнинг бузилиши, қайт қилиш ва нистагм қуйидаги касалликларда: марказий нерв системаси касалликлари, кўриш анализаторидаги ўзгаришлар (оптик нистагм) ва мияча ҳўппозида ҳам кузатилиши мумкин.

Лабиринт нистагми ўзига хос жиҳатлари билан бошқа нистагмлардан фарқ қилади. Бунда нистагм бир текис (бир маромда) йўналган бўлиб, кичик ёки ўрта кўламли (амплитудали) дир. Кўз соққасининг тебраниши 2 хил таркибий қисм ёки компонент (тез ёки секин орқага қайтиш)дан иборат бўлади. Лабиринт нистагми дастлаб касал томонга, касаллик ривожланиб касал лабиринт ўз фаолиятини батамом йўқотганда соғ томонга (деструкция нистагми) йўналган бўлади.

Мияча абсцессида нистагм касал томонда бўлиб, у йирик кўламли ва муттасил бир йўналишда бўлади, нистагм узоқ давом этиб, унинг кучи зўрайиб боради (дастлаб 1-, кейинчалик 2- ва 3- даражали).

Лабиринтитда бемор секин компонент томон йиқилади ёки Ромберг ҳолатида оғади ва бошни у ёки бу томонга айлантирганда йиқилиш томони ўзгаради. Мияча ҳўппозида эса бемор фақат касал томонга оғади ва бошни айлантириш оғиш йўналишини ўзгартирмайди.

Бундан ташқари, мияча ҳўппозида беморда координатор, яъни ҳаракатнинг аниқлигини кўрсатувчи синамалар бузилиб, *адиодохокинез* сипмтоми пайдо бўлади (бемор супинация ва пронация, яъни кафтини юқорига ва пастга айлантирганда), касал томон орқада қолади.

ИЧКИ ҚУЛОҚ ЯЛЛИҒЛАНИШИНИ ДАВОЛАШ

Калла суяги ичи асоратига шубҳа бўлмаса, бундай лабиринтитларни консерватив йўл билан даволаб кўрилади. Бунда биринчидан, қимирламай ётиш, кучли антибиотиклар қабул қилиш, оз-оздан енгил ҳазм бўладиган овқатлар истеъмол қилиш зарур. Ўрта қулоқдаги йирингни тез-тез тозалаб туриш керак. Юқорида кўрсатилган даволаш усуллари ёрдам бермаса ва ички қулоқнинг йирингли яллиғланишидан ташқари, чакка суякда ва мия бўшлиғида бирорта асорат белгилари аниқланса, унда хасталикнинг турига қараб антротомия, мастоидозектомия ёки радикал жарроҳлик усули қўлланади.

ЙИРИНГЛИ ОТИТЛАРНИНГ КАЛЛА СУЯГИ ИЧИГА БЕРАДИГАН АСОРАТЛАРИ

Ҳозир бундай асоратлар бирмунча кам учрамоқда. Улар ўрта қулоқнинг ўткир ва сурункали яллиғланишларида қайд этилиши мумкин. Кўпинча сурункали йирингли ўрта отитда кузатилади.

Амалиётда кенг таъсир доирасига эга бўлган турли хил антибиотикларнинг кенг қўлланилиши сабабли кўпчилик беморларда калла суяги ичи асоратлари ўзига хос бўлмаган ёки яширин клиник аломатлар билан кечмоқда.

Микроблар — инфекция калла суяги ичига бевосита ўрта қулоқдан қариес ёки суяк емирилиши натижасида ўтали (контакт йўл билан инфекция кириши). Бу ноғора бўшлиғи томида, антрум ва сўргичсимон ўсиқчанинг юқори ва орқа деворларида, ички қулоқ суяк деворларининг емирилиши (чириши) натижасида ривожланади. Бундан ташқари, инфекция калла суяги ичига қон томирлар орқали (гематоген), мавжуд йўллар (преформирланган, периваскуляр ва периневрал, ички эшитув йўли), лабиринт орқали, ҳамда туғма тирқишлар орқали кириши мумкин.

КАЛЛА СУЯГИ ИЧИ АСОРАТЛАРИ

ЭКСТРАДУРАЛ АБСЦЕСС

Калла суяги ичи асоратлари орасида энг кўп учрайдигани *экстрадурал абсцессдир*. Бунда чакка суягининг ички юзаси билан мияни қоплаб турган қаттиқ парда ўртасида йиринг тўпланади. Агар йиринг «S» симон синус бўшлиқ деворининг ташқарисида жойлашган бўлса, уни синус атрофи абсцесси (перисинуоз абсцесси) деб юритилади. Бу абсцесс кичик ва катта ҳажмда бўлиши мумкин. Миянинг қаттиқ пардаси яллиғланиш натижасида қалинлашади, қизаради, баъзан йирингли караш билан

қопланган бўлади. Агар ўрта қулоқдаги йиринг ташқи эшитув йўлидан ҳеч қандай қаршиликсиз бемалол оқиб чиқиб турса, узоқ вақтгача мия пардасига ёйилмаса, бемор унчалик безовталанмайди. Агар йиринг бирор сабабларга кўра қулоқдан оқмаса ёки унинг оқиши камайиб борса, унда у суяк билан мия қағтиқ пардаси орасида кўплаб йиғилиб, беморни безовта қилади. Беморда бош оғриғи (айниқса касал қулоқ томонда), кўнгил айниши, гавда ҳароратининг бироз кўтарилиши кузатилади. Айнақса, ёш болаларда бундай аломатлар жуда ривожланган бўлади. Кўпинча мия пардаси атрофидаги бундай ўзгаришлар жарроҳлик пайтидагина аниқланади.

Агар йиринг – фасод қаттиқ мия пардасини ёриб, ичкари томон йўналса, яъни мия қаттиқ ва юмшоқ пардаси оралиғида йиғилса, у *субдурал абсцесси ёки ички пахименингит* деб аталади. Бу асорат ёш болалар орасида жуда кам кузатилади. Мия қаттиқ пардаси (қобиғи)нинг ички девори қизарган бўлиб, бирмунча қалинлашади. Бунда бемор қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилишидан шикоят қилади.

Юқорида кўрсатилган асоратлар белгиси аниқланса, зудлик билан жарроҳлик қилишга тўғри келади.

Жарроҳликдан сўнг, беморга кўп миқдорда турли кучли антибиотиклар ва сульфаниламид дорилардан бериб турилади.

СИГМАСИМОН СИНУСДА ҚОН ИВИШИ (СИНУСТРОМБОЗ) ВА ҚОН ОРҚАЛИ ЙИРИНГНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАРҚАЛИШИ (СЕПТИКОПИЕМИЯ)

Сигмасимон бўшлиқда қоннинг ивиши ва кейинчалик инфекциянинг бутун аъзога тарқалиши катта ёшдаги болаларда кўпроқ қайд этилади. Сўрғичсимон ўсиқчанинги орқа деворида жойлашган бу бўшлиқдаги яллиғланиш, суяк чириши ёки ўрта қулоқ вена қон томирларининг синусга инфекцияли қонни қуйиши натижасида ривожланиши мумкин. Йирингли яллиғланиш бўшлиқнинг олдинги деворидан бошланиши натижасида унинг девори қизариб қалинлашади, яъни синус олди, кейин синус девори яллиғланади (перифлебит, эндофлебит). Яллиғланиш синус деворида ўзгаришлар содир этади. Натижада шу ерда қон оқиб ўтиши бир оз сустлашади ва айрим қон элементлари яллиғланган деворда чўка (ўтира) бошлайди. Шундан сўнг қоннинг ивиши хусусиятлари бир оз кучаяди. Шу даврда хасталиқнинг олди олинмаса, яллиғланиш билан бирга бутун бўшлиқ ивиган қон билан битиб (тўлиб) қолади. Бу юқори ва пастга томон тарқалиб бориши мумкин. Синус (бўшлиқ) ичидаги ивиган қон таркибида микроблар ва уларнинг заҳарли моддалари бўлиши сабабли ивиган қон йиринглаб, фасодга айланади, синус

деворлари чирийди ва унинг бутунлиги бузилади. Микроблар, ивиган қоннинг майда бўлаклари катта ва кичик қон айланиш доираси орқали ўпкага, юракка ва бошқа ички аъзолар ҳамда бутун гавдага тарқалиб, янги, оғир асоратларни бериб, беморни ўлимга олиб келади.

Вена қон томирлари орқали бактериялар ва улар заҳарли моддаларининг гавдага тарқалиши *пиемия* деб аталади. Баъзан қоннинг заҳарланиши ва пиемия бирга учрайди, бу *септикопиемия* деб юритилади.

Пиемияда гавда ҳарорати бирданига жуда юқори кўтарилиб (39–40°), совуқ қотиш, титраш (эт увишиши) билан бошланади (0,5–4 соат орасида), сўнгра ҳарорат аста-секин пасаяди. Шунда бемор қаттиқ терлайди. Бу ҳолат бир кунда бир неча марта такрорланиши мумкин. Ёш болаларда гавда ҳарорати кўтарилишидан олдин, эт увишиб, титраш кузатилади, иситма тушгандан сўнг, бемор терламаслиги ҳам мумкин. Беморнинг аҳволи оғир бўлиб, у заифлашади, териси қуриб, бироз сарғиш тус олади, тил усти караш билан қопланади, оғздан сассиқ ҳид келади, кўнгли айнийди, қусади ва иштаҳаси бузилади. Бемор ҳолсизланган, кайфияти ёмон, атрофдагиларга эътиборсиз, баъзан эса ҳаяжонда бўлади.

Қонни текшириб кўрганда унда ЭЧТ ва лейкоцитларнинг ошгани аниқланади. Қулоқ супрасининг орқа томонида, яъни сўргичсимон ўсиқчанинг орқа қисми (синус бўшлиғи)да оғриқ, тери қизаргани ва шишганини кўриш мумкин. Бу оғриқ бўйиннинг юқори қисмида ҳам бўлиши мумкин, баъзан бу ерда шиш сезилади. Бемор бошини касал қулоқ томон эгиб туради. Баъзан кўкрак қафасида оғриқ, санчиқ, нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Бу шикоятларнинг ҳаммаси ўпкада содир бўладиган асоратлардан далолат беради (ўпка абсцесси). Агар йиринг ўпкадан уни ўраб турган парда (плевра)га ўтса, парданинг йирингли яллиғланиши бошланади.

Касалликни аниқлаш. Бош мия асоратларига нисбатан, бу асорат жуда кўп ўзига хос аломатлар, белгилар ва шикоятларга эга. Шунинг учун бу асоратни аниқлаш анча осон. Баъзан беморлар кўп миқдорда турли кучли антибиотиклар олганликлари сабабли, бу асоратларнинг баъзи белгилари билинар-билинемас енгил кечади.

Иситманинг қайта-қайта хуружи, худди сарамас, безгак, терлама, қорин терламаси ва бошқа юқумли касалликларда бўлганидек бўлади ва шу сабабли кўпинча беморлар юқумли касалликлар касалхонасига ётқизилади, 10–15 кундан сўнг, яъни юқумли касалликлар аниқланмаса, қулоқ, бурун, томоқ касалликлари бўлимига оғир аҳволда ўтказилади.

Касалликни аниқлашда юқоридаги шикоят ва белгилардан ташқари, чакка суягининг рентген ёки айниқса компьютер томография тасвири

муҳим аҳамиятга эга. Бунда сигмасимон синус соҳасидаги барча ўзгаришларни аниқлаш имкони бўлади.

Даволаш. Ўрта қулоқда жарроҳлик қилингандан сўнг (антромия, мастоидитомия ёки радикал), албатта «S»-симон синус деворини очиб, унинг деворининг рангига, ўзгаришига эътибор берилади. Девор қизариб, қалинлашган ёки йиринг билан қопланган бўлса, албатта игна санчилади. Агар шприц поршенини тортганда йиринг чиқса, унда синус деворини кесиб, унинг ичидаги йиринг ёки ивиган қон (тромб) махсус асбоблар ёрдамида олиб ташланади (токи унинг юқори томонидан қон келгунга қадар). Жарроҳликдан сўнг беморни диққат билан парвариш қилиш, даволаш билан бир қаторда, юрак, ўпка ва буйрак фаолиятини кузатиб бориш лозим.

Беморга кўп миқдорда кучли антибиотиклар, сульфаниламидлар, турли витаминлар, қон қуйиш, гемодез ва бошқалар буюрилади. Сўнгги йилларда беморларга қон томир орқали метрогил эритмасидан ҳар 8 соатда юбориш яхши натижа бермоқда.

СЕРОЗЛИ МЕНИНГИТ

Йирингли отитнинг асорати бўлмиш серозли менингит (бош ва орқа мия пардасининг яллиғланиши) микроблардан ажралиб чиқадиغان захарли моддалар таъсири остида ривожланади. Кўпинча ёш болаларда учрайди, чунки уларда чакка суяк (ўрта қулоқ) анатомик тузилишига кўра, катталарникидан фарқ қилади. Хасталик ривожланишида ўрта ва ички қулоқнинг йирингли яллиғланишидан ташқари, экстра ва субдурал ҳўппозлар ҳам катта ўрин эгаллайди.

Бемор асосан қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш ва тутқаноқ тутиши кабиларга шикоят қилади. Менингитда бўйин қотиб қолиши (бемор бошини эгиб, иягини кўкрагига теккиза олмайди) ва Кернинг белгисини кўриш мумкин. Орқа мия суюқлиғи текширилганда суюқлик юқори босим билан чиқишини ва тиниқ ҳолатда бўлишини аниқлаш мумкин.

ЙИРИНГЛИ ЛЕПТО МЕНИНГИТ

Беморнинг аҳволи анча оғир бўлиб, гавда ҳарорати юқори бўлади. Касалликнинг бошланиш даврида, айниқса ёш болаларда кўнгил айниш, қайт қилиш, бош оғриғи кузатилади. Биз юқорида айтиб ўтгандек, лепто менингит ривожланишига ўрта қулоқ ва ички қулоқнинг йирингли яллиғланиши, экстра ва субдурал абсцесс, мия абсцесси, «S»-симон синус тромбози (қон ивиши) сабаб бўлади. Бундан ташқари, микроблар қон орқали тарқалиши мумкин.

Беморда юрак уриши тезлашган, тартибсиз, лепто менингитга тааллуқли аломатлар ривожланган бўлади. Унда терининг сезувчанлик хусусияти ошиб боради, бемор ёруғликдан қўрқиб, ёруққа қарай олмайди. Бош мия ичи босими ошиши натижасида Бабинс, Оппенгейм, Гордон патологик рефлекслари пайдо бўлади. Қонда катта ўзгаришлар юз беради, лейкоцитлар сони, асосан, нейтрофиллар ҳисобига 20 000 ва ундан ҳам ошиб кетади. Бемор безовталаниб, кўпинча беҳуш ҳолатда бўлади. Люмбал пункцияда орқа мия суюқлиғи лойқа бўлиб, юқори босим билан отилиб чиқади, унда жуда кўп ҳужайралар, баъзан турли микроблар бўлади. Оқсил моддалар кўпайиб, қанд моддаси ва хлоридлар камаяди.

Касалликни аниқлаш учун уни бошқа менингит турларидан ажрата билиш керак (айниқса сил касаллиги менингитидан). Сил касаллиги менингити аста-секин ривожланади, гавда ҳарорати унча юқори бўлмай, қон таркибида кам ўзгаришлар бўлади. Орқа мия суюқлигининг босими паст бўлади, у тиниқ, таркибида кўп миқдорда лимфоцитлар бўлади, оқсил, қанд ва хлоридлар миқдори жуда камайиб кетади. Орқа мия суюқлигини 24–48 соат ичида қимирлатмай тиндириб қўйилса, унинг устки қисмида ялтироқ парда ҳосил бўлади. Агар шу парладан ойначага суртиб, махсус бўйшдан сўнг, микроскоп остида қаралса, унинг 60–65% ида касалликни қўзғатувчи сил таёқчаси топилади.

Қулоқ касалликларидан келиб чиқадиган менингитни эпидемик менингококкли менингитдан фарқ қилиш зарур. Бунда беморнинг менингит билан оғриган бемор билан алоқада (контактда) бўлганлигини билиш муҳим. Шу билан бирга, менингококкли менингитда танага тошмалар тонади (менингококкцемия). Люмбал пункцияда лойқа, йирингли суюқлик юқори босимда чиқади ва бактериологик текширилганда унда менингококклар ўсганлиги кузатилади.

Даволаш. Ўрта ва ички қулоқдаги йиринг тезда жарроҳлик усули билан олиб ташланади ва беморга кўп миқдорда антибиотиклар, сульфаниламидлар бериб турилади. Баъзан орқа мия суюқлигига антибиотиклар юборилади.

Бундан ташқари, метрогил эритмасидан ҳар 8 соатда қон томир орқали юбориш яхши наф беради. Юқорида кўрсатилганлардан ташқари, беморни жарроҳликдан сўнг парвариш қилиш катта аҳамиятга эга.

МИЯ ВА МИЯЧА ҲЎППОЗИ (АБСЦЕСС)

Хасталик катталарга нисбатан ёш болаларда кам учрайди. Йирингли отитнинг сурункали тури (холестеатомали эптитимпанит)да кўп кузатилади.

Мияча абсцесси кўпинча «S»-симон синус касаллигида ва ички қулоқнинг йирингли яллиғланишидан кейин ривожланади.

Аломатлари. Мия ва мияча абсцесси белгиларининг ривожланиши, унинг ҳажми ва жойлашишига боғлиқ. Хасталик ривожланиши ва кечишини 4 даврга бўлиш мумкин: бошланғич, яширин, рўйи рост ёки яққол ва охириги даври — ҳаёт билан ўлим ўртасидаги ҳолат (терминал ҳолат).

Бошланғич давр 1—2 ҳафта давом этиб, бунда бош оғриғи, дармонсизлик, кўп ухлаш, кўнгили айниши, қайт қилиш ва гавда ҳароратининг кўтарилиши (37,5—38°) кузатилади.

Яширин давр — гавда ҳарорати ўзгармаган ёки бир оз кўтарилган бўлиши мумкин. Бу давр 3 ва ундан ортиқ ҳафта давом этиб, беморларда касалликка тегишли белгилар аниқланмайди.

Рўйи рост даврда абсцессга тегишли барча белгилар (қаттиқ бош оғриғи, ҳолсизлик, иштаҳа йўқолиши, кўнгили айниши) ривожланган бўлади. Кўпинча кўз туби қон томирларида ўзгариш, қон томир уришининг пасайгани (брадикардия), бош мия босими ошиши натижасида адашган нервнинг сиқилиб қолиши кабилар кузатилиши мумкин.

Агар абсцесс мия бўшлиғининг чап томонида жойлашган бўлса, амнестик, сенсор ва мотор афазия (ихтиёрий нутқнинг тўла ёки қисман бузилиши)ни кўриш мумкин. Амнестик афазияда бемор ҳар бир кўрсатилган нарсанинг нима учун ишлатилишини билса-да, лекин унинг номини айта олмайди. Бемор берилган саволларга дарҳол жавоб қайтармайди ёки қайтара олмайди. Сенсор афазияда бемор оғзаки нутқ ёки ўқиган асарини тушунмайди. Мотор афазияда эса бемор сўзларни бўғинларга ажратиб айтади ёки дудуқланади. Шу билан бирга беморда гемианопсия (кўриш майдонида кўр доғларнинг пайдо бўлиши), тананинг ўнг ёки чап томонида марказий парез ёки фалажлар пайдо бўлганини кўриш мумкин. Агар абсцесс мия бўшлиғининг ўнг томонида бўлса, бунда касалликка хос белгилар бўлмайди. Мияча абсцессида мувозанат бузилиши (касал қулоқ томонда) ва юришда ўзгариш кузатилади. Бунга миячадан бўладиган **атаксия** сабаб бўлади. Мияча абсцессида координатор синамалар бузилиши (адиодохикинез) аниқланиб, кўз соққасининг тебраниши (нистагм) пайдо бўлади, у касал томон йўналган бўлади.

Охириги давр бирданига, шиддатли бошланади. Бемор беҳуш ҳолатда бўлиб, совуқ қотиш, қалтираш, гавда ҳароратининг бирдан кўтарилиши (40—41°), нафас олиш ва юрак фаолиятининг чуқур бузилиши, кўз қорачиғи сезувчанлигининг йўқолиши кузатилади ва бу ҳолат бир неча дақиқадан сўнг ўлим билан тугайди.

Даволаш. Бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун шиолинч равишда операция қилиш (ўрта қулоқда) лозим. Абсцессни топиш учун мия

пардаси орқали игна санчиб кўрилади (3–4 см ичкарига). Йиринг олинган тақдирда, мия қаттиқ пардаси кесилади, сўнгра учи тўмтоқ асбоб ёрдамида кенгайтириб, йирингни кўп миқдорда чиқаришга ҳаракат қилинади. Шундан сўнг абсцесс бўшлиғига ингичка, ясси резина кўйилади (дренажлаш усули). Агар абсцесс қулоқдан бирмунча узоқда жойлашган бўлса, унда нейрохирурглар ёрдамида абсцесс олиб ташланади (абсцессэктомия). Беморга кучли таъсирга эга антибиотиклар, сульфаниламидлар ва витаминлар берилади. Бундан ташқари бош мияда босимни камайтирувчи турли дориларни бериш мақсадга мувофиқдир.

ЙИРИНГЛИ ОТИТДА БОШ ВА ОРҚА МИЯ ТЎРСИМОН ПАРДАСИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (АРАХНОИДИТ)

Қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланишида миянинг юмшоқ ва ўргимчак тўрсимон пардасининг сурункали серозли яллиғланиши ривожланади. Сурункали арахноидитда, кўпинча мия суюқлиғининг айланиб туриши бузилади ва натижада гидроцефалия (бош мия истисқоси – мия қоринчаларида орқа мия суюқлиғининг кўпайиши) рўй беради. Касаллик кўпинча миянинг турли асоратлари билан бирга кечади ва ривожланади.

Хасталик турли инфекцион-заҳарли аллергик моддаларнинг ўрта қулоқдан қон ва нерв томирлари орқали (ёки ички қулоқ йўлидан) мия пардасига ўтиши натижасида келиб чиқади. Бемор мияда оғирлик сезиб, баъзан кўнгил айнаши ва қусишдан шикоят қилади. Бундан ташқари, у тез чарчаб, мадорсизланади, иш қобилияти пасаяди. Касаллик баъзан енгил, баъзан оғир кечади.

Арахноидитни тўғри ва ўз вақтида аниқлаш жуда қийин, чунки унинг ўзига хос белгилари кам ёки умуман йўқ. Бундан аниқлашда турли текшириш усуллари (пневмоэнцефалография, электроэнцефалография, КТ, МРТ, мия суюқлиғини текшириш ва б.) дан кенг фойдаланилади.

Даволаш ўрта қулоқда жарроҳлик усулини қўллашдан иборат. Кейин яллиғланишга, мия шишига қарши ва қон томирларини кенгайтирувчи дориларни бериб туриш лозим.

ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ СУРУНКАЛИ КАТАРИ (ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ЧАНДИҚЛИ ОТИТИ)

Касаллик ўрта қулоқнинг ўтқир катарини ўз вақтида тўғри даволамаслик натижасида келиб чиқади.

Ўрта қулоқнинг ўтқир катарини билан қайта-қайта касалланиш ногора бўшлиғи шиллиқ пардасининг қалинлашишига, парда ва ногора бўшлиғидаги суякчалар оралиғида чандиқлар пайдо бўлишига, улар

ҳаракатининг чекланиб қолишига олиб келади. Эшитув найининг узоқ вақт бекилиб қолиши ва ноғора бўшлиғидаги ҳаво босимининг камайиши натижасида қулоқ пардаси анча ичкарига тортилади, чунки ташқи ҳаво босимининг таъсири баъзан қулоқ пардаси ноғора бўшлиғидаги тўқима билан ёпишиб қолади (чандиқлар ҳисобига). Бу *сурункали катар* ёки ўрта қулоқнинг *чандиқли отити* деб аталади.

Беморнинг шикоятги. Бемор асосан эшитиш қобилиятининг бузилиши ва шовқиндан (шанғиллаш ёки ғувиллаш) шикоят қилади. Унинг қулоғи текширилганда бу касалликка хос ўзгаришларни кўриш мумкин.

Бунда ноғора парда хира тортиб, ичкарига қараб қаттиқ ботган бўлади. Болғачанинг калта ўсиқчаси бўртиб чиқиб, унинг дастаси қисқарган ҳолатда кўринади, учбурчакли нур қисқарган ёки бутунлай бўлмайди. Баъзан ноғора пардада юқорида кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар бўлмай, у бир оз юпқалашган бўлиб, унда оқ доғлар кўриниши мумкин. Улар *петрификат* деб аталади (шиллик моддалар гузларининг ўтириб қолиши натижасида). Агар Зигл воронкаси билан отоскопия қилинса (ҳаво юбориб босимни оширилса ёки камайтирилса), қулоқ пардасининг тебраниши пасайган ёки мутлақо бўлмайди. Бурун бўшлиғи орқали эшитув найига ҳаво юбориб кўрганда (Политцер усули билан), най орқали ҳаво ўтмаслиги аниқланади. Бундай пайтда эшитув найига махсус темир най (катетер) орқали ҳаво юборилганда (шифокор резина найининг бир учини беморнинг ташқи қулоғи йўлига қўйиб, бир учини ўз қулоғига қўяди) ҳаво ўтса, шифокор ўз қулоғида ҳуштакка ўхшаш шовқин эшитади, ҳаво ўтиши бузилган бўлса, у ҳеч нарсани сезмайди.

Беморнинг эшитиш қобилияти текширилганда товуш ўтказувчи бўлимда ўзгариш борлиги қайд этилади.

Касалликни аниқлашда беморнинг шикоятги, отоскопия ва эшитув найи ўтказувчанлигини ҳисобга олиш катта аҳамиятга эга.

Даволаш. Биринчи навбатда, эшитув найи ўтказувчанлигини тиклаш, яъни бурун, унинг ёндош бўшлиқларидаги касалликларни бартараф этиш лозим. Кўпинча, шу тadbирлар ёрдамида эшитув найини очиб юборишга ва эшитишнинг бирмунча яхшиланишига эришиш мумкин.

Агар бурун ва ҳалқумдаги касалликларни бартараф этиш натижасида эшитиш қобилияти яхшиланмаса, бу ҳолда эшитув найи орқали ҳаво юбориш, вибромассаж қилишга тўғри келади. Қулоққа ҳавони оливали резина баллон ёки қулоқ катетери орқали юбориш мумкин. Олива орқали ҳаво юборилганда сувни ютиш пайтида ёки баъзи сўзларни (параход, бир, икки, уч) талаффуз қилганда юмшоқ танглай кўтарилади ва оғиздан бурун-ҳалқумга ўтиш йўлини бутунлай бекитади. Агар шу пайтда баллон қисилса, бурун бўшлиғидаги ҳаво иккала эшитув найи томон йўналади.

Юқорида айтилган тадбир орқали ҳаво ўтмаса, унда катетер орқали ҳаво юборилади. Шу катетер орқали ноғора бўшлиғига турли дориларни юбориш мумкин. Бундан ташқари, ноғора бўшлиғидаги чандиқларни юмшатиш мақсадида қулоқ пардасига игна орқали санчиб, лидаза эритмаси юборилади. Лидазани электрофорез ва диатермия йўли билан ҳам юбориш мумкин.

Юқорида кўрсатилган даволаш усуллари ёрдам бермаса, жарроҳлик усули қўлланади. Ноғора пардани кўтариб, ноғора бўшлиғидаги бутун чандиқлар олиб ташланади (тимпанотомия).

ЭШИТУВ НЕРВИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (НЕВРИТ)

Эшитув нервининг яллиғланиши турли хил юқумли касалликлар, заҳарланишлар, жароҳатланишлар натижасида келиб чиқади. Бундай ҳолат эшитув нервининг марказий ва сиртқи (четки) бўлақларида қайд этилиши мумкин.

Баъзан эшитув нервининг ҳамма қисми, яъни эшитув нерви хужайраларидан бошлаб (чиғаноқдаги) то мия пўстлоғи марказигача яллиғланиши мумкин. Айрим ҳолларда чиғаноқ баъзи қисмларининг шикастланиши кузатилади. Эшитув нерви ички ва ташқи муҳит таъсирига тез берилувчан бўлади, яллиғланиш нерв толаларига тезда тарқалиб, унинг нобуд бўлишига олиб келади, натижада нерв тўқимаси қўшимча бириктирувчи тўқималар билан алмашади.

Бундан ташқари, яллиғланиш мия қон томирлари ва моддалар алмашинувининг издан чиқиши ва ўзгариши (бузилиши) натижасида ҳам кузатилади.

Инфекцияли невритлар қизилча, қизамиқ, бўғма, терлама, грипп, қулоқ олди беши тепкиси, менингококкли менингит, тошмали ва қайталама терлама ҳамда бошқа касалликлардан сўнг келиб чиқади.

Невритлар ички аъзолар хасталикларида (хафақон, жигар ва буйрак касалликлари, қандли диабет, моддалар алмашинуви бузилишларида) ҳам ривожланади.

Ички қулоққа жуда кучли товушларнинг мунтазам узоқ муддатли таъсиридан, чайқалишлардан ҳам неврит ривожланиши мумкин.

Неврит захм касаллигидан ҳам бўлиши мумкин. Бу касалликда бактериялар ва уларнинг заҳарли моддалари ички қулоққа ўтиб, чиғаноқ ва эшитув нерви йўналишида ўзига хос ўзгаришларни вужудга келтиради.

Бемор асосан қулоқдаги шовқиндан, эшитиш қобилиятининг пасайганидан, сўзларнинг маъносини тушуна олмаётганидан шикоят қилади.

Неврит ўткир ва сурункали кечади.

Даволаш. Касалликнинг бошланиш даврида керакли даволаш усулларини қўллаш яхши натижа бериши мумкин. Агар эшитув нервида барқарор ўзгариш юз берса, даволаш кўпинча кутилган ижобий натижани бермайди.

Токсик невритлар. Турли дори-дармонлар (антибиотиклар, салицилат, хинин, турли кимёвий моддалар)нинг эшитув нервига таъсири натижасида у нобуд бўлиши мумкин.

Ёш болаларда, кўпроқ дори-дармонлар таъсирида ички қулоқ (айниқса эшитув аъзоси)нинг бузилиши кузатилади (мономицин, стрептомицин, гентамицин, неомицин, канамицин ва б.). Чунки уларда турли касалликларни даволашда юқорида қайд этилган дорилар кенг қўлланади. Шунини унутмаслик керакки, ёш болалар организми бу антибиотикларга жуда сезгир бўлади. Улар эшитувнинг кескин пасайиши ёки ҳатто бутунлай қар бўлишга олиб келади.

Юқорида айтиб ўтилган дорилар ва кимёвий моддалар ички қулоқда ва буйракда тўпланиб, ушланиб қолиши натижасида ички қулоқда улар миқдори бошқа аъзолардагига нисбатан кўп бўлади.

Касалликнинг бошланиш даврида беморни қулоқдаги шовқин, шангиллаш ва эшитиш қобилиятининг пасайиши безовта қилади. Айрим ҳолларда бош айланиши, кўнгил айланиши ҳам мумкин. Шунингдек, икки томонлама нистагм кузатилиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда зудлик билан антибиотиклар юборишни тўхтатиш керак.

Даволаш. Инфекцияли ва токсик невритларни даволаш жуда мушкул. Касалликнинг бошланиш, яъни ўткир даврида даволаниш яхши натижа беради. Лекин, афсуски кўпчилик ота-оналар шифокорга кеч мурожаат қиладилар.

Беморга қон айланишини яхшиловчи (реополиглюкин, трентал), нейротроп (пирацетам, ноотропил), томир кенгайтирувчи (папаверин, кавинтон, цинаризин), синапсларда нерв импульси ўтишини яхшиловчи (прозерин, галантамин), витаминлар (А, В гуруҳ витаминлари), кокарбоксилаза, апилак, унитиол, АТФ ва бошқалар тавсия этилади. Булар билан бир қаторда, нина ва кислород билан даволаш (ГБО) ҳам яхши наф беради.

ОТОСКЛЕРОЗ

Отосклероз ички қулоқ суяк қобиғининг ўзига хос касаллиги бўлиб, ёшларда ҳам кўп учрайди ва эшитиш қобилиятининг тобора пасайиб бориши билан ажралиб туради. Касаллик икки томонлама бўлади. Унинг келиб чиқиши тўғрисида турли фикрлар бор, лекин тўлиқ маълумот йўқ. Касаллик ёш аёллар орасида кўпроқ учраб, бу ҳомиладорлик ва

туғиш даврида эшитиш қобилиятининг кескин пасайишига сабаб бўлиши мумкин.

Касалликнинг бошланишида ички қулоқнинг суяк қисмида ўзгариш кузатилади, яъни қаттиқ суякнинг баъзи жойлари қалин спонгиоз тўқимага айланади. Бундай ҳолат кўпроқ ясси дарча соҳасида, сўнгра чиганоқ учида ва ички эшитув йўли атрофида кузатилади. Ясси дарча атрофида пайдо бўладиган спонгиоз ўзгариш узангига ўтади ва охирида узанги ясси дарчага ёпишиб, унинг ҳаракатини издан чиқаради.

Бемор эшитиши борган сари пасайиб бораётганидан ва қулоғи шанғиллашидан шикоят қилади. Қулоқни текширганда ташқи эшитув йўли кенг, унда айтарли қулоқ кири бўлмайди ва ноғора парда ўзгармаган бўлади. Эшитиш қобилиятини текшириб кўрганда, дастлаб товуш ўтказувчи бўлимнинг бузилганини кўриш мумкин, кейинчалик касаллик ривожланиб, чиганоқда ҳам ўзгариш юз беради, бунда товуш қабул қилувчи бўлим ҳам бузилади.

Касалликнинг 3 хил: тимпанал, аралаш ва кохлеар шакли тафовут қилинади.

Камертонлар билан текширганда камертоннинг жарангли садоси ёмон эшитувчи қулоқ томон йўналтирилади. Ринне ва Желле тажрибаси салбий бўлади.

Касалликни аниқлаш қулоқни кўздан кечириш, эшитиш қобилиятини камертонлар ва аудиометрия билан текшириш орқали олиб борилади.

Даволаш. Дори-дармонлар билан даволаш яхши натижа бермайди. Жарроҳлик йўли билан эшитиш қобилиятини 80–90% тиклаш мумкин.

МЕНЬЕР КАСАЛИГИ

Бу касаллик ички қулоқнинг йирингсиз хасталиги бўлиб, болалар орасида деярли учрамайди. Ушбу хасталикнинг симптомлари йиғиндиси биринчи бўлиб француз олими Проспер Меньер томонидан таърифланган бўлиб, ҳозиргача унинг сабаблари охиригача ўрганилмаган. Бироқ, бу касалликнинг келиб чиқиши ва ривожланишига оид турли хил фикр ва мулоҳазаларни адабиётларда ўқиш мумкин.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу касаллик ички қулоқда (эндолимфада) босимнинг ошиб кетиши, баъзилар эса ички қулоқ қон томирларининг кенгайиши ёки торайиши натижасида содир бўлади деб изоҳлайдилар. Баъзилар, бу хасталикка турли жароҳатлар ёки яллиғланишлар, токсик моддаларнинг таъсири, организмда витаминлар (В, РР- витаминлари) етишмаслиги, бўйин умуртқаларида бўладиган ўзгаришлар (тузлар йиғилиши, суяк ўсиши) ҳам сабаб бўлиши мумкин, деб тахмин қиладилар.

Касаллик қулоқнинг шанғиллаши, бош айланиши, кўнгил айнаши ва мувозанат бузилиши каби белгилар билан тўсатдан бошланади. Дастлаб шовқин ва эшитишнинг пастлиги бир томонлама бўлади.

Касаллик хуруж ва сўниш (ремиссия) босқичлари билан кечади. Хуруж даврида юқоридаги барча симптомлар билан бир қаторда нистагм ҳам кузатилади. Хуруж бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Меньер касаллигининг енгил, ўрта оғир ва оғир кечадиган турлари тафовут қилинади.

Даволаш. Дастлаб консерватив даво тадбирлари қўлланади. Хуруж белгиларини бартараф этиш мақсадида бемор тинч хонага ётқизилиб, 0,1% ли атропин сульфат 1 мл, 0,5%ли новокаин — 10 мл, 20–40 %ли глюкоза эритмаси венага юборилади, мушакка диуретиклар (верошпирон, лазикс, фуросемид) қилинади. Натрий бикарбонатнинг 5% ли эритмасини ҳар куни 50–200 мл миқдорда венага томчилаб юбориш яхши натижа беради. Бундан ташқари, пастки бурун чиғаноғига 1–2 % ли новокаин билан блокада қилса бўлади. Беморга тузи кам, яъни кўп суюқлик талаб қилмайдиган овқатларни истеъмол қилиш буюрилади.

Консерватив чоралар ёрдам бермаган тақдирда жарроҳлик усуллари (вестибуляр нервини қирқиш, бўйиндаги симпатик тугунларни олиб ташлаш, лабиринтэктомия, эндолимфатик қопчани шунтлаш ёки дренажлаш) фойдаланилади.

ҚУЛОҚ ОҒИРЛИГИ ВА КАРЛИК

Қулоқ оғирлигида эшитиш қобилияти икки томонлама шунчалик пасайиб борадики, бунда оддий гап ҳам эшитилмай, фақат бақариб гапиргандагина эшитилади. Қулоқ оғирлигида товуш ўтказувчи қисм бузилиб, бунга сурункали катар, сурункали йирингли ўрта отит, отосклероз ва бошқа касалликлар ҳам сабаб бўлади.

Карлик туғма бўлиши ёки бола туғилгандан сўнг ривожланиши мумкин. Бунда эшитиш қобилияти бутунлай бузилади. Туғма карликка ички қулоқ ривожланишидаги нуқсонлар, ҳомиладорлик даврида онанинг турли касалликларга чалиниши ёки бирор сабаб билан турли антибиотикларни қабул қилиши, боланинг асфиксия ҳолатида туғилиши ёки унинг бошига қисқич қўйиб туғдириш ва ҳоказолар.

Бола соғлом бўлиб туғилгандан сўнг келиб чиқадиган карлик, туғма карликка нисбатан кўпроқ учрайди ва аксарият ҳолларда турли юқумли касалликлардан сўнг, турли антибиотикларни қабул қилиш, жароҳатлар натижасида кузатилади.

Калла суяги жароҳатланганда ҳам одам кар бўлиб қолади. Туғма карликда, кўпинча қулоқ мувозанатни сақлаш қисмининг фаолияти бузилмайди.

КАР-СОҚОВЛИК

Кар-соқов бўлган бола товуш чиқариш қобилиятини йўқотмайди. аммо у сўзлашув нутқини ўрганиб олишга қийналади. Кар-соқовларнинг нутқи бир хил оҳангда бўлади. Гўдакларда кар-соқовликни аниқлаш жуда қийин. Бола кар бўлиб туғилса ёки гўдакларда карлик юзага келса, бола соқов бўлиб қолади, чунки у эшитмаслиги сабабли гапира олмайди. Боланинг эшитиш ёки эшитмаслигини билиш учун унинг ота-онасидан боланинг товушларга жавоб бериш ёки бермаслиги сўралади. Шунингдек, ҳуштак чалиб кўриш ва бошқа текшириш усуллари қўлланади.

Бундан ташқари, болада шартсиз рефлекслар (аурунальпепбрал ва аурупупуляр рефлекслар)дан фойдаланилади. Боланинг орқасидан тўсатдан бирор шовқин берилса, эшитадиган боланинг қовоқ-киприклари пирпираб учади ва кўз қорачиғи кенгайди.

Кар-соқовларни даволаш шу вақтгача кам натижа бермоқда. Уларни биринчи галда оғзаки нутққа ўргатиш йўли билан даволанилади. Бундай болалар махсус боғча ва мактабларда (интернат) ўқитилади. Ўқитишни бошлашдан олдин боланинг ёши, қанчалик эшитиш қобилиятига эгалиги, шунингдек, унинг ўзига хос бошқа хусусиятлари ҳисобга олинади. Кўпчилик кар-соқовлар, фақат оғзаки нутқни ўрганган ҳолда, фан асосларини эгаллайдилар, олий ўқув юртларини ҳам тамомлайдилар. Еш болалар учун махсус боғчалар бўлиб, уларни махсус мактаб давригача оғзаки нутққа ўргатилади (гапириш даврида лабларнинг қимирлаши орқали). Сўнгги йилларда радиоэлектроника ривожланиши сабабли эшитиш қобилиятини яхшилаш мақсадида қулоқ протези, яъни жуда ихчам эшитиш аппаратлари ишлаб чиқилмоқда. Болаларда бундай аппаратларни қўллашдан мақсад, нафақат эшитиш қобилиятини яхшилаш, балки сўзлашни тўғри шакллантириш (ривожлантириш) ва сўзлашдаги нуқсонларни йўқотишдан иборат. Бундай аппаратларни болага ёшлигидан бошлаб қўллаш керак. Агар бемор болада эшитувнинг ўтказувчанлик қисми бузилган бўлса, эшитиш аппаратининг суяк орқали кучайтирувчи турини қўллаш мумкин. Болалар учун эшитиш аппаратини танлашда сурдологопед хонасида махсус лаборатория хизмат қилади.

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТИДА ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИНИ ТИҚЛОВЧИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ (ТИМПАНОПЛАСТИКА)

Эшитув анализаторининг товуш ўтказувчи қисми, одатда, сурункали йирингли отитда, ногора парда тешилганда ёки ногора бўшлиғида ва унинг суякчалари орасида чандиқлар бўлганда бузилади. Эшитиш

қобилиятини тиклаш мақсадида қилинадиган жарроҳлик *тимпаноластика* деб аталади. Бундай операция махсус микроскоп ёрдамида олиб борилади. Операциядан мақсад, ўрта қулоқда йиринг оқишини тўхтатиш, ноғора парда бутунлигини тиклаш ва товуш ўтказиш қобилиятини яхшилашдан иборат. Бунда, албатта эшитув найи ўтказувчанлиги яхши бўлиши ва ички қулоқ дарчаларида ўзгариш бўлмаслиги шарт.

Ноғора парда тешиги қуруқ бўлса, унда у тешикни бекитиш ҳам мумкин. Бу *миринголастика* деб аталади. Агар, эшитув суякчаларининг бир-бири билан боғланиши бузилган бўлса, бунда ноғора бўшлиғида ясама ноғора парда ҳосил қилинади, бунинг учун юпқа тери, суяк уст пардаси, вена қон томири девори ёки мушак уст пардаси ишлатилади.

Ноғора бўшлиғида, суякчалар оралиғида ёки ички қулоқ дарчаларида, чандиқлар бўлса, уларни тозалаш, қирқиб олиш керак, шундагина товуш ўтказувчанлик фаолияти яхшиланади.

Тимпаноластика операцияси Вульштейн усулида олиб борилади. Бу усулнинг 5 та тури бор.

1. I тур тимпаноластика ноғора пардада тешик бўлиб, эшитув суякчалари шикастланмаган, ноғора парда тешигини юпқа пахтани ёнга шимдириб беркитганимизда эшитиш қобилияти яхши бўлса, қилинади.

2. II тур тимпаноластика қўйидаги шароитларда қўлланади. Агар болғачанинг бирор қисми чириган, товуш ўтказувчанлик бузилган бўлса, янги парда парчаси ноғора бўшлиғини беркитиши шарт (худди мирингопластинкага ўхшаб), лекин тери парчасининг марказий қисми ичкарироқ қўйилади, яъни у болғачанинг қолган доирасига, сандон ва узангига тегиб туриши керак.

3. III тур тимпаноластика ноғора парда ўрнига қўйиладиган ёки унинг тешилган жойини тўлдирувчи парда парчаси узангининг бошини қоплаб турадиган қилиб қўйилиши керак.

4. IV тур тимпаноластика бутун суякчалар фаолияти бузилганда қўлланади. Бунда у товуш ўтказувчанлигини яхшилаш учун эмас, балки товушдан сақлаш учун қўйилади, яъни чиғаноқ дарчасига қўйилган парча тўсиқдек хизмат қилади.

5. V тур тимпаноластика ички қулоқ даҳлизидида янги дарча очишдан иборат. Бу фенестрация деб аталади. Фенестрация ётиқ (горизонтал) ярим доирада қилинади. Жарроҳликдан сўнг, албатта асталик билан эшитув найи орқали ҳаво юбориш керак (қўйилган парда ёпишиб қолмаслиги учун), у ҳаракатда бўлиши лозим.

ҚУЛОҚДАГИ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАР

Хавфсиз ўсмалардан қулоқда асосан ангиома, киста, фиброма, келоид, остеома ва бошқалар учраб туради.

Фиброма. Кўпроқ қулоқ супрасининг юмшоқ тоғайсиз қисмида учрайди. У думалоқ шаклда, турли катталиқда, пайпаслаб кўрилганда қаттиқроқ бўлади.

Фақат жарроҳлик йўли билан даволанади.

Атерома ёғ ишлаб чиқарувчи безлар чиқарув йўлининг бекилиши натижасида ривожланади, уни киста деб ҳам аталади. Атеромани жарроҳлик йўли, бутун ўраб турган қопа билан олиб ташлаш керак.

Ангиома лимфа ва қон томирларидан тараққий қилиб, кўпинча ноғора бўшлиғида, сўрғичсимон ўсиқчада бўлади. Тез катталашиб, қулоққа оғриқ, шовқин беради, ёрилганда кўп қон кетиши мумкин. Ўсмани кичиклаштириш учун спирт юбориб, азот (киро) электролиз коагуляция йўли билан даволаш мумкин.

Остеома, асосан сўрғичсимон ўсиқчада бўлиб, рентген орқали аниқланади. Хасталик беморни безовта қилган тақдирда жарроҳлик усули қўлланади.

Келоид жарроҳлик натижасида тўқима ва терида ҳосил бўладиган ўсма. Кўпинча қизларда, асосан, зирак тақиш учун қулоқ супраси тешилгандан сўнг унинг юмшоқ қисмида ривожланади. Жарроҳлик йўли билан даволанади.

ҚУЛОҚДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

Карцинома болаларда жуда кам учрайди, уларда кўпинча саркома қайд этилади. Ўрта қулоқ саркомаси бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Иккиламчи саркома қулоққа кўпинча бўйиндаги лимфа тугунларидан, қулоқ олди безидан ва танглай муртақларидан тарқалиши мумкин. Саркома тез ўсиб, ўрта ва ташқи қулоқнинг чириши, емирилишига олиб келади. Юз нерви жароҳатланиб, ўсма мияга ўтиши натижасида бемор ўлади.

Хасталик, асосан, рентген нури, турли кимёвий дорилар билан даволанади.

Рак. Ўрта қулоқда бирламчи рак кам учрайди. Кўпинча сурункали йирингли отит билан оғриган беморларда кузатилади. Ўрта қулоқ ракини йирингли отитнинг грануляция ёки полип билан кечадиган туридан фарқ қилиш керак. Уни фақат гистологик усулда текшириш орқали аниқлаш мумкин.

Даволаш. Рентген нури ва турли кимёвий дорилар билан даволанилади.

БУРУН ВА УНИНГ ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Бурун — юқори нафас йўллариининг бошланғич қисми. У ташқи бурун, бурун бўшлиғи ва унинг ёндош бўшлиқларига бўлинади. Ташқи бурун суяк, тоғай ва юмшоқ қисмлардан иборат бўлиб, нотўғри шаклдаги уч қиррали пирамидага ўхшайди. Пешонадан бошланган буруннинг юқори тор учи *бурун илдизи* дейилади. Ундан пастга ва олдинга қараб чўзилган қисми бурун қирраси бўлиб, у буруннинг учи билан

туғайди. Ён томонлардаги ва ҳаракатчан кериладиган юзаси *бурун қанотлари* ёки парраги дейилади, пастки бўш чеккалари бурун катаги ёки бурун тешикларини ҳосил қилади (45-расм).

Ёш болаларда ташқи бурун қисқа, бирмунча ясси, бир оз юқорига кўтарилган, бурун катакларининг суяк қисмлари тоғай қисмига нисбатан яхши ривожланган бўлади. Кейинчалик бола ўсган сари буруннинг тоғай қисми суяк қисмига нисбатан тез ривожланади. Ёш катталашган сари ташқи буруннинг ўзгаришини кўрамиз, яъни қисқа бурун узунлашиб, унинг юқорига кўтарилиши йўқолиб боради.

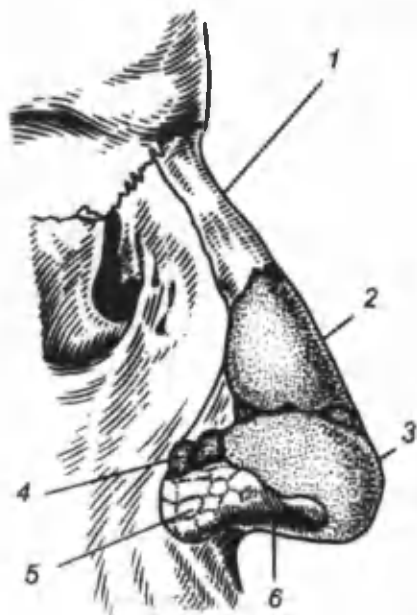
Бурун устини қоплаган тери, айниқса бурун илдизи атрофида жуда юпқа бўлади. Бурун қирраси ва учи атрофида тери қалин бўлиб, бу ерда ёғ безлари кўп жойлашган.

Тери ости тўқимасидан артерия, вена томирлари ва нервлар ўтади.

Бурун катаклари (тешиклари) атрофидаги тери тоғай қисмига ўтиб, бу ер айниқса катталарда кўп миқдорда туклар билан қопланган.

Буруннинг ташқи қисмида мимика (маъноли ҳаракатланувчи ёки имо-ишоралар берувчи) мушаклари (*m. nasalis*, *m. depressor nasi*) бўлиб, улар бурун катакларини кенгайтириб, торайтириб туради.

Ташқи бурун кўз қон томирларининг охириги тармоқлари (*a. dorsalis nasi*) ва юз артерияси тармоғи (*a. angularis*) билан таъминланган.



45-расм. Ташқи бурун. 1— бурун суяги; 2— учбурчакли ёнбош тоғай; 3— бурун қирраси тоғайи; 4— кичик қанот тоғайи; 5— катта қанот тоғай; 6— бурун катаги.

Вена қон томирлари ташқи бурундан юз венасининг бошланиш қисмига қўйилади (*v. angularis*). Одатда, юз венаси қони бўйинтуруқ венасига оқиб тушади. Шуни айтиб ўтиш керакки, юзнинг вена томирлари қўз вена томирлари билан бирлашган бўлиб, бу томирларнинг бир қисми тўғридан-тўғри қаттиқ мия пардасининг тик синусига қўшилиб кетади.

Ёш болаларда (катталарга нисбатан) юза ва чуқур жойлашган юз вена томирлари бир-бири билан бирлашиб, мия ичи вена синусларига қўшилади. Турли хил йирингли яллиғланиш ва ташқи бурун касалликларида инфекция юқорида айтиб ўтилган вена томирлари орқали ўтиб, қўз ва мияга асорат бериши мумкин.

Ташқи бурун сезувчан — уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи шохи орқали таъминланади (*n. etmoidalis anterioris, n. infratrochlearis, n. inferoorbitalis* дан).

БУРУН БЎШЛИГИ

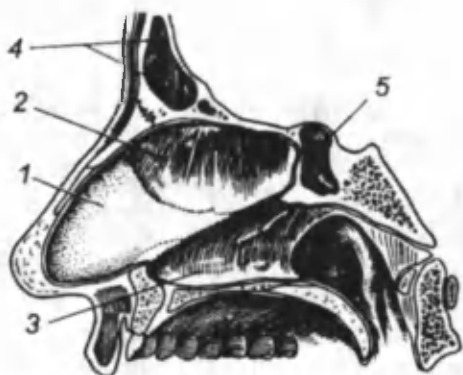
Бурун бўшлиғи юқоридан калла суяги бўшлиғи, ён томонлардан қўз косаси ва пастдан оғиз бўшлиғи билан чегараланади. Бурун тўсиғи бурун бўшлиғини иккига бўлади. Бурун бўшлиғи орқа томондан ҳалқумнинг юқори бўлими билан хоана деб аталадиган ясси, бир-бирига яқин жойлашган буруннинг иккита орқа тепиғига туташади.

Ёш болаларда бурун бўшлиғи катталарга нисбатан қисқа ва пастроқда бўлади. Уларда шиллиқ қават остидаги қон томирлари яхши ривожланганлиги туфайли бурун бўшлиғи тор бўлади.

Калла суяги, жағ тишлари, юқори жағ ривожланиши натижасида бурун бўшлиғининг ҳажми катталаниб боради. Бурун тўсиғи орқадан суяк қисми — димоғ ва галвирсимон суякнинг тик пластинкаси ҳамда тўрт бурчакли тоғайдан ташкил топган (46-расм).

Чақалоқларда бурун тўсиғи бирмунча пастроқ жойлашган ва қалин бўлиб, бурун тўсиғининг туғма ўзгариши бўлиши мумкин (суяк ёки тоғай қисмининг қийшайиши).

Бурун бўшлиғининг ташқи ёки ён девори, энг муҳим ва мурракаб қисм ҳисобланади. Унинг тузилишида ташқи бурундан бошлаб қуйидаги суяк-



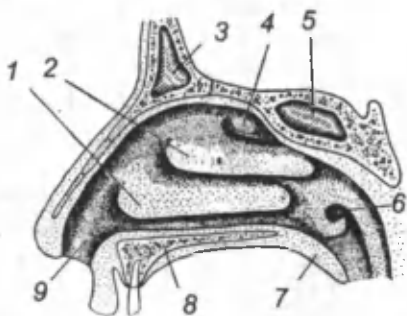
46-расм. Бурун тўсиғи. 1— тўртбурчаксимон тоғай; 2— галвирсимон суякнинг тик пластинкаси; 3— суяк қисм — димоғ суяги; 4— пешона бўшлиғи; 5— асосий суяк бўшлиғи.

лар қатнашади: бурун суяги, юқори жағ суяги танасининг бурунга қараган томони ва унинг пешона ўсиғи, кўз ёши суякчаси, ғалвирсимон лабиринт, танглай суяги ва асосий суякнинг қанотсимон ўсиқчалари.

Бурун бўшлиғининг ташқи деворида учта чиғаноқ бўлиб, улар юқори, ўрта ва пастки бурун йўлларини ҳосил қилади. Пастки чиғаноқ мустақил суякдан, ўрта ва юқори чиғаноқлар ғалвирсимон лабиринтнинг суяк қўшимчаларидан ташкил топган.

Пастки чиғаноқ остида, яъни пастки бурун йўлига бурун-кўз ёши йўлининг тешиги очилади. Ўрта бурун йўлининг ёнбош деворида ярим ойсимон тирқиш (*hiatus semilunaris*) бўлиб, шу тирқишнинг олд томонида пешона суяги танасида жойлашган пешона бўшлиғининг йўли, орқароқда юқори жағ ёндош бўшлиқлари, ундан юқорироқда ғалвирсимон суяк бўшлиғининг олдинги ва ўрта қатлаги тешиги очилади. Юқори бурун йўлига ғалвирсимон суяк бўшлиғининг орқа қатлаги ва асосий суяк бўшлиғи очилади.

Бурун бўшлиғининг юқори қисми ёки томини ғалвирсимон суякнинг тўрсимон (элак тешикларига ўхшаш) қисми (*lamina cribrosa*) ташкил этади (47-расм).



47-расм. Бурун бўшлиғининг ташқи девори. 1— пастки чиғаноқ; 2— ўрта чиғаноқ; 3— пешона бўшлиғи; 4— юқори чиғаноқ; 5— асосий суяк бўшлиғи; 6— эшитув найининг ютқинга очилиш жойи; 7— юмшоқ танглай; 8— қаттиқ танглай; 9— бурун бўшлиғига кириш қисми.

Бурун бўшлиғи туби олдинги бўлимда юқори жағ суягининг танглай ўсиқларидан, орқадаги қисми эса танглай суякчаларининг ётиқ пластинкаларидан ташкил топган. Бурун бўшлиғи кўп қаватли ҳилпилловчи цилиндрсимон киприкли эпителийдан иборат шиллиқ парда билан қопланган. Киприкли эпителийлар олинган ҳаво таркибидаги чангни ушлаб қолади ва уни бурун тешиклари орқали ташқарига чиқариб ташлайди. Бурунда шиллиқ безлар (*glandulae nasales*) бўлиб, уларда ишланиб чиққан шиллиқ суюқликлар ҳаво билан кирган чангни қамраб олади.

Шиллиқ қават остида қон томирлар (айниқса, вена чигаллари)га бой шиллиқ ости қавати бўлиб, пастки ва ўрта чиғаноқнинг олдинги ярмида яхши ривожланган.

Чиғаноқларнинг ғорсимон тўқимасидаги томирлар деворида силлиқ мушак ва эгилувчан (чўзилувчан) толалар жуда кўп.

Бурун бўшлиғи юқори қисмининг шиллиқ қаватида ҳид сезиш анализаторининг бошланғич қисми жойлашган бўлиб, бу ер ҳидлаш

(regio olfaktorica) соҳаси дейилади. Бурундан кирган ҳаво юқори бурун йўлидан ўтар экан, ана шу ерда ҳидлов нерви охирларига урилади, натижада ҳид сезилади.

БУРУН БЎШЛИГИНИНГ ТОМИРЛАРИ

Асос — танглай артерияси бош артерия ҳисобланади. У юқори жағнинг ички артериясидан бошланади. A. sphenopalatina дан a. nasalis posterior, lateralis ва a. septi nasi лар ажралиб, бурун тўсиғи ва бурун бўшлиғининг ён деворини таъминлаб туради. Бундан ташқари a. sphenopalatina дан a. nasopalatina чиқиб, бурун тўсиғининг пастки қисми, қаттиқ танглай ва юқори жағнинг альвеоляр пуфаклар ўсиқчаларини қон билан таъминлайди.

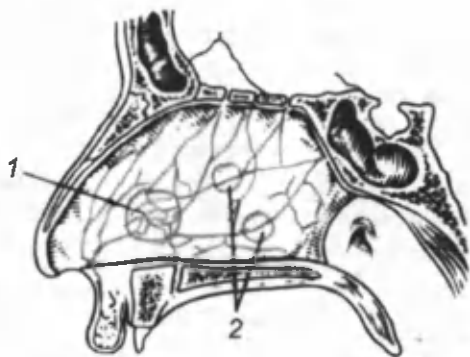
Бурун ён деворининг юқори қисми кўз косаси артерияси (a. ophthalmica) тармоқлари бўлган олд ва орқа ғалвирсимон артериялардан (aa. ethmoidales anterior et posterior) қон олади.

Бурун тўсиғининг олдинги пастки қисми (тоғай) жуда кўп қон томирлари билан таъминланган бўлиб, кўпинча қон шу ердан кетади. Шунинг учун ҳам бу жой қонаш доираси (locus Kiesselbachii), деб аталади (48-расм).

Бир қанча майда томирлар йиғилиб, йирик вена томирини ҳосил қилади. Улар юзнинг олдинги ва кўз косаси веналаридир.

Буруннинг юқори бўлимидаги ва юқорида жойлашган бурун ёндош бўшлиқлари вена томирларининг бир қисми қонни тўғридан-тўғри мия қаттиқ пардаси синуси (говаксимон синус)га қуяди.

Бурун бўшлиғининг орқа қисмидан, ютқиндаги эшитув найи олдида лимфалар йиғилиб, бўйиннинг энг юқори ва чуқур жойлашган лимфатик тугунларига (бўйинтуруқ венаси билан ёнма-ён), ташқи бурун ва бурун бўшлиғининг олдинги бўлимидан жағ ости лимфатик тугунига қуйилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати субдурал ва субарахноидал бўшлиқлари (cavum subarachnoidale) билан туташадиган зич лимфа томир тармоқларига ҳам жуда бой. Бу кўпинча бурун бўшлиғидаги турли инфекцияларнинг калла бўшлиғига тарқалиши ва оғир асоратлар бериши учун қулай шароит туғдиради.



48-расм. Бурун тўсиғи тоғай қисмининг қон билан таъминланиши. 1— Киссельбах доираси; 2— юқори ва пастки ички асосий танглай артерияси.

Бурун бўшлиғининг сезувчи нервлари уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи тармоқларидан чиқади. *N.ethmoidalis anterior* сезувчи толаларнинг бурунга кириш қисмига, ташқи деворига ва бурун тўсиғининг олдинги қисмига тармоқ беради. Бурун шиллиқ қаватининг кўп қисми *ganglion pterygopalatinum* толалари билан таъминланади. У симпатик ва парасимпатик нерв тармоқларини ҳам таъминлаб туради.

Ҳид сезиш анализатори тармоқлари бурун бўшлиғидан ипсимон ҳолатда (*filia olfactoria*) ғалвирсимон суякнинг тўрсимон пластинкаси тешиклари (коваклари) орқали миёга ўтиб, ҳид сезиш марказида тугайди.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ

Бурун бўшлиғи атрофида жойлашган пешона, юқори жағ, ғалвирсимон ва асосий суяклар ичида бўшлиқлар бўлиб, улар бурун бўшлиғига очилади. Суяк коваклари ёки буруннинг ёрдамчи бўшлиғи деб шуларга айтилади. Бурун атрофида жойлашган суяк коваклари ўша суяк номи билан аталади.

1. *Sinus maxillaris* — гаймор ёки юқори жағ бўшлиғи;
2. *Sinus frontalis* — пешона суяк бўшлиғи;
3. *Sinus ethmoidalis* — ғалвирсимон суяк бўшлиғи;
4. *Sinus sphenoidalis* — понасимон суяк бўшлиғи.

Чақалоқларда юқорида кўрсатилган барча бурун ёндош бўшлиқлари бўлади (пешона суяк бўшлиғидан ташқари). Пешона суяк бўшлиғи бу даврда бошланғич ҳолатда бўлади. Энг яхши ривожланган бўшлиқлар ғалвирсимон суяк ва юқори жағ бўшлиқлари ҳисобланади.

ЮҚОРИ (ГАЙМОР) ЖАҒ БЎШЛИҒИ

Бу бўшлиқ бурун бўшлиғининг ташқи девори орқасида жойлашган думалоқ чуқурликдир. Унинг баландлиги 5–10 мм, кенглиги 3–5 мм, узунлиги 7–14 мм.

Чақалоқларнинг кўпчилигида (50 %) бўшлиқнинг юқори-ички бурчаги катталашган бўлади. Бу юқори жағ бўшлиғини ғалвирсимон олди бўшлиғи, кўз ёши канали ва халтачасига яқинлаштиради, шу сабабли турли асоратлар келиб чиқади.

Юқори жағ бўшлиғининг шиллиқ қавати бошқа ёндош бўшлиқларникига қараганда қалинроқ бўлади, улғайган сари худди бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ўхшаб юпқаллашиб боради.

Юқори жағ бўшлиғи қуйидаги деворлардан ташкил топган:

1) **юқори девор** – кўз девори. Бу девор жуда юпқа бўлиб, ёш болаларда тоғайдан тузилган кўз косасининг туб деворидир, бу ерда канал бўлиб (*canalis infraorbitalis*), ундан шу номли нерв ва қон томирлари ўтади;

2) **ички девор** – бурун бўшлиғи билан чегараланиб, жуда юпқа. Бу деворга бурун чиганоқлари маҳкам туташган. Ички деворнинг юқори қисми – *lamina parrugasea* бўлиб, у кўз ёши халтачаси билан чегарадош. Деворда синуснинг чиқарув тешиги бор;

3) **пастки девор** юқори жағ тиш илдизларига тўғри келади;

4) **олдинги деворнинг** юқори қисмида *regio infraorbitalis*, пастроқда чуқурча бўлиб, *fossa canina* деб аталади. Ушбу девор орқали бўшлиқда жарроҳлик ўтказилади;

5) **орқа девор** қанот танглай чуқурчасига тўғри келади.

Турли ёшдагиларда юқори жағ бўшлиғининг туби ўзгача бўлади. Масалан, 2 яшар болаларда бўшлиқнинг туби бурун бўшлиғидаги ўрта чиганоқдан юқорироқда бўлиб, 7–8 ёшдагиларда ўрта чиганоқ сатҳида, 9–10 ёшларда бурун бўшлиғи ости билан баробарлашади ва 14–15 ёшларда ундан пастроқда бўлади. Буни болаларда юқори жағ бўшлиғини махсус игна билан тешганда ҳисобга олиш лозим.

ҒАЛВИРСИМОН БЎШЛИҚ

Бу бўшлиқ ғалвирсимон суяк ичида, ғалвирсимон суяк эса бурун бўшлиғи тепаси ва ёнида жойлашган бўлиб, бир кичик бўлаги билан мия тубини ҳосил қилади. Бундан ташқари, бу суяк кўз косасининг ички деворини ҳосил қилишда ҳам қатнашади. Ғалвир суяк пластинкалари «Т» шаклида жойлашган 3 қисмдан иборат, унинг пастга йўналган перпендикуляр ёки вертикал пластинкаси *lamina perpendicularis* ва горизонтал жойлашган ғалвирсимон пластинкаси *lamina cribrosa* деб аталади. Ғалвирсимон пластинкадан пастга қараб тик турган ва икки ёнида жойлашган лабиринт (ғовак)лар *labyrinthi ethmoidales* дир. *Lamina cribrosa* тўғри бурчакли пластинка бўлиб, пешона суягидан *incisura ethmoidalis* да жойлашган. Бу пластинканинг жуда кўп ғалвирсимон тешикчалари бўлиб, улар орқали ҳид сезиш нервининг толалари ўтади. Ғалвирсимон пластинка номи ҳам шундан келиб чиққан. Пластинканинг қоқ ўртасида хўроз тожига ўхшаш ўсиқча *crista galli* кўриниб туради. Бош мия қаттиқ пардаси шу тожга тегиб туради. *Labyrinthi ethmoidales* бир жуфт бўлиб, унинг катта-кичик ва турли хил шаклдаги ғалвирсимон катакчалари *cellulae ethmoidales* бор. Катакчалар 7 ёшгача кичик, тор бўлиб, бурун бўшлиғи тепасида сиқиқ ҳолда жойлашади. Уларнинг ривожланиши 12–14 ёшгача давом этади. Ғоваклар ташқи томондан қовоқ ёки кўз косасидан бошлаб юпқа суяк билан ўралган бўлиб, кўз

косасининг ички деворини ҳосил қилади. Шу пластинка (lamina orbitalis) тепа томонда пешона суягининг кўз қисми билан, олдинги томонда кўз ёши суяги билан, орқа томонда понасимон суяк ва танглай суягининг кўз ўсиқчаси, пастки томонда тепа жағ билан бирлашади. Ғалвирсимон катакчалар ана шу суяклар орасида яшириниб туради. Ғалвирсимон суякнинг олдинги ва ўрта катакчалари пешона, орқа томондаги катакчалари эса асосий ёки понасимон суяк бўшлиғи билан туташган.

Ғалвирсимон катакчалар ичида ҳаво бўлиб, улар шиллиқ парда билан ўралган. Ёш болаларда олдинги ва ўрта катакчалар ривожланган бўлиб, орқадаги катакчалар кейинроқ ривожланади. Баъзан ғалвирсимон катакчалар тузилишида туғма нуқсон бўлиши мумкин, шу сабабли улар тўғридан-тўғри кўз косаси, пешона ва понасимон суяк бўшлиқлари, олдинги ҳамда ўрта мия билан туташган бўлади. Бу ҳолатда ғалвирсимон бўшлиқ йирингли яллиғланганида йиринг юқорида кўрсатилган аъзоларга тез ўтиб, оғир асоратлар бериши мумкин. Шунини ҳам айтиб ўтиш керакки, ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари кўз нерви йўли билан ёнма-ён жойлашган бўлади, шунинг учун ҳам бу бўшлиқ яллиғланганида кўз нервига таъсир қилиши натижасида кўриш қобилияти пасайиб, кўз аста-секин бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Бундай ҳолат фақат яллиғланган томонда бўлмай, балки соғ томонда ҳам кузатилиши мумкин. Кўз нервдан ташқари, ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари баъзан кўзни ҳаракатлантирувчи, ғалтаксимон, уч шоҳли ва узоқлантирувчи нервлар билан ҳам ёнма-ён жойлашган бўлади. Юқорида таърифланган ғалвирсимон бўшлиқнинг анатомик тузилишини шу бўшлиққа игна санчганда ёки уни операция қилганда ҳисобга олиш зарур.

АСОСИЙ ЁКИ ПОНАСИМОН СУЯК БЎШЛИҒИ

Бу бўшлиқ чақалоқларда куртак шаклида бўлиб, кейинчалик организм ўсиши билан ривожлана боради. 12–14 ёшга бориб, катта ёшдаги одамлардагидек шаклни эгаллайди. У жуфт бўлиб, понасимон суяк ичида жойлашган. Бу бўшлиқнинг юқори девори ўрта мия билан, олдинги девори кўз нерви чорраҳаси билан, орқа қисми гипофиз (мия остидаги без, яъни ўсишга таъсир кўрсатувчи ички секреция бези) билан чегараланади. Унинг ён девори понасимон суяк ён девори билан чегараланган, бир оз орқароқда ғалвирсимон синус (sinus cavernosus) жойлашиб, у ердан ички уйқу артерияси III, IV, VI жуфт бош мия нервлари ва n. ophthalmicus ўтади.

Асосий ёки понасимон суяк бўшлиғи йирингли яллиғланганида ёки бурун-ютқинда ривожланадиган хавфли ўсмаларнинг юқорида айтиб

ўтилган бўшлиқ атрофидаги аъзолар ва нервларга таъсири туфайли турли хил асоратлар келиб чиқиши мумкин. Понасимон суяк бўшлигининг пастки девори бир томондан бурун-ютқиннинг юқори девори, яъни хоананинг юқори девори ҳисобланади. Чиқарув тешиги юқори бурун йўлига очилади.

ПЕШОНА СУЯГИ БЎШЛИГИ

Ёш болаларда ривожланмаган. 5–6 ёшга борганда нўхатдек бўлиб етилади. Баъзан бу бўшлиқ катталарда ҳам бутунлай ривожланмаслиги мумкин. У олд (юз), орқа, пастки ва ички (бўшлиқни иккига бўлиб турувчи тўсиқ) девордан ташкил топган.

Олдинги девор бирмунча қалин, пастки девор эса юпқа бўлади. Орқа деворнинг суяк қисми бўшлиқни миянинг пешона қисмидан ажратиб туради. Бу бўшлиқнинг ҳажми ва шакли ҳар хил бўлиши мумкин. Чиқариш канали ёки йўли ўрта бурун йўлининг олдинги қисмига очилади.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ҚОН БИЛАН ТАЪМИНЛАНИШИ

Юқори жағ бўшлиғи — юқори жағ, пешона бўшлиғи — орқа бурун ва кўз, ғалвирсимон бўшлиқ — ғалвирсимон, асосий бўшлиқ — орқа бурун ва қаттиқ мия пардасини таъминловчи артериядан қон билан таъминланади. Вена қон томирлари бурун ҳамда юз, кўз, калла бўшлиғи вена томирлари билан боғланган.

БУРУН ФИЗИОЛОГИЯСИ

Бурун — нафас олиш, ҳид сезиш, резонанс (жаранглатиб бериш), муҳофаза ва чирой вазифаларини бажаради.

Бурун бўшлиғидан ҳавонинг эркин равишда ўта олиши нормал нафас учун расмий ҳолатдир. Нафас олганда, асосан, ўрта чиганоқнинг юқори қисмидан ва ўрта бурун йўлидан 500 см³ ҳажмга яқин ҳаво ўтади.

Бурун йўллари тор ва эгри-бугри бўлгани учун нафас олинаётганда ҳаво оқими шиллиқ парданинг нам юзасига ўтиши натижасида ҳаво намланади, исийди ва бурун деворларида унинг чанг заррачалари ушланиб қолади. Бурундан нафас олганда, оғиздан нафас олишга қараганда кўкрак қафаси кўпроқ кенгаяди, бу ҳолат ўпкада ҳаво алмашинувини яхшилайти.

Муҳофаза вазифаси. Бурундан нафас олганда ҳаво бир оз тозаланади, исийди, намланади ва микроблардан холи бўлади.

Бурундан ҳаво ўтаётганда чанг заррачалари, майда ёт жисмлар бурунга кираверишдаги даҳлизда тукчалар ёрдамида механик равишда тутиб қолинади. Тукчалар филтер вазифасини бажаради. Чанг заррачалари ҳилпилловчи эпителийнинг ҳалқум томонига йўналган туклари ҳаракати таъсирида бурун шилимшиғи билан ювилади ва ҳалқумга тушади. Бу ердан балғам билан ташқарига чиқарилади ёки ютиб юборилади. Шундай қилиб, ҳаво ўпкага чангдан анчагина тозаланган ҳолда ўтади. Одам ва ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар нафас олганда кирадиган чангнинг 50 % дан ортиғи бурунда ушланиб қолишини тасдиқлаган. Оғиз орқали нафас олганда эса, барча чанг тўғридан-тўғри томоққа ва ундан ҳам ичкарироққа ўтиб, нафас йўлларига тушади ва у ерда бир қанча касалликлар ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳавонинг иситилиши. Бурун йўлларида ўтаётган совуқ ҳаво оқими исийди. Совуқ ҳаво бурундан ўтиш пайтида бурун шиллиқ пардасида жойлашган уч шохли нервнинг охири сезувчи шохчаларини қитиқлаб, олинган ахборотлар узунчоқ миядаги марказларга узатилади, шундан сўнг бурун шиллиқ қаватидаги қон томирлар рефлектор тарзда кенгайиб, қон келиши ва иссиқлик кўпаяди, натижада совуқ ҳаво исийди.

Ҳавонинг намланиши. Ўтаётган ҳаво бурун бўшлиғини қопланган шиллиқ парда ишлаб чиқарадиган шира (секрет) билан намланади. Шиллиқ пардадаги безлар, лимфа системаси шира ишлаб чиқаради (рефлекс йўл билан). Бундан ташқари, бурунга тушадиган кўз ёши суюқлиги ҳам ҳавони намлашда катта аҳамиятга эга.

Ёш болалар (4 ва 10 кг оғирликда) бир соат ичида 1,3 см³ (ҳар бир кг оғирлик ҳажмига нисбатан), 10 кг дан 40 кг оғирликдагилари 300—600 см³ суюқлик ишлаб чиқаради. Катталар 500 дан 1000 см³ гача суюқлик ажратади. Бурун суюқлиги ишқорсимон бўлиб, водород ионлари (заррачалари рН) 7,0 га яқин бўлади.

Зарарсизлантириш вазифаси. Бурундан нафас олганда ҳаво билан турли хил микроблар (бактериялар) тушиб, улар зарарсизлантирилади. Маълумки, шиллиқ пардадаги безлар ишлаб чиқарадиган суюқлик (секретлар)да микробларни парчаловчи, яъни нобуд қилувчи моддалар (муцин, лизоцим) бўлиб, улар муҳим вазифани бажаради.

Демак, ҳаво бурун бўшлиғидан ютқинга ҳар хил микроблардан тозаланиб ўтади. Бурун бўшлиғи тутун ва ҳар хил кимёвий зарарли моддалар таъсирини ҳам бирмунча бетараф қилади.

Ҳид сезиш хусусияти. Ҳид сезиш фақат нафас йўлларида ҳаво билан кирадиган моддалар сифатини назоратга олиш учунгина эмас, балки шу билан бир қаторда, овқат ҳазм қилиш йўлларида тушадиган овқат ва суюқликлар мазаси ва сифатини аниқлаш учун ҳам керак. Буни бурун бўшлиғидаги ҳид сезувчи нерв толалари амалга оширади, уларни қитиқлашда ҳидли молекулалар асосий ўринни эгаллайди.

Ҳидни тўғри аниқлашда — ҳаво ҳарорати, намлиги ва марказий нерв системаси фаолияти катта ўрин тутди.

Ҳидли нарсаларнинг молекулалари ҳид сезиш жойига, бурун билан нафас олганда бурун ёки оғиз бўшлиғидан ўтган ҳаво эса бурун-ютқин бўшлиғи орқали хоанага ўтиб боради. Болаларда ҳид сезиш хусусияти катталарга нисбатан кам ривожланган.

Буруннинг ҳид сезиш хусусиятини тушунтирувчи қуйидаги назариялар мавжуд:

1) кимёвий назария (Цваардемакер назарияси). Ҳидли моддалар молекулалари ҳид сезувчи нерв тўқималарини қоплаб турувчи бурун суюқликларига сингиб (шимилиб), шу нерв толалари билан ўзаро алоқада бўлиб, ёғга ўхшаш модда (липоид)да эрийди. Ниҳоят нерв толаларини қўзғатиб, ҳид сезиш анализаторининг мия қобиғи — мағзига ўтиб, ҳид сезиш вазифасини бажаради.

2) физик назария (Гейнинкс назарияси). Атом молекулалари билан бутунлай тўйинмаган эритмалар одоривекторлар деб аталади.

Одоривекторлар тебранишни тарқатиб, кучли тўлқин тезлигида ҳид сезиш рецепторларига узатилади ва уларни қўзғатиш натижасида ҳид сезилади.

3) физик-кимёвий назария (Мюллер назарияси). Бу назарияга асосан, ҳид сезиш рецепторлари ҳидли моддаларнинг электрокимёвий таъсирида қўзғалади.

Одамларга нисбатан ҳайвонлар ҳидни яхши сезади. Масалан, кучукларда ҳид сезиш қобилияти 10 000 барабар кўп, чунки уларда ҳид сезиш катта аҳамиятга эга.

Ҳид сезишнинг пасайиши *гипосмия*, бутунлай йўқ бўлиши *аносмия*, йўқ нарсалар ҳидини сезиш *паросмия* деб аталади.

Резанаторлик вазифаси. Бурун ҳамда бурун-ҳалқум бўшлиқлари товуш резанаторлари вазифасини бажаради. Уларда ҳавонинг тебраниши товушни кучайтиради. Ҳар бир одамнинг ўзига хос товуш оҳанги ва тембри бор. Бурун битиб қолганда товуш ўз оҳанги ва тембрини йўқотади, бунда манқаланган товуш чиқади, бундай ҳолат *ёпиқ манқалик* дейилади. Агар танглай чодири кўтарила олмай фалажланса, товуш талаффузи вақтида ҳалқум очик қолади, бунда нутқ товушлари бурундан чиқиб кетаётгандек бошқачароқ оҳангда бўлади, бунини *очик манқалик* дейилади.

Чирой вазифаси. Бурун инсонга чирой бағишлайди. Турли хил жароҳатлар ёки туғма нуқсонларда бурун шаклини тиклаш учун жарроҳлик усули қўлланади.

Бурун орқали нафас ололмаслик ёки бундай нафас олишнинг издан чиқиши ҳид сезиш фаолиятига ҳам таъсир этади, натижада бу бир қатор касб эгалари, айниқса кимё ва озиқ-овқат саноатида

ишлайдиганларнинг иш фаолиятига таъсир қилиши мумкин. Бурун орқали нафас олиш бузилса ёки нафас олиш мумкин бўлмаса, нафас йўллارининг қуйи қисмларида қатор касалликлар келиб чиқади. Оғиз орқали нафас олганда болаларнинг жисмоний ривожланишида бир қанча ўзгаришлар, чунончи: кўкрак қафаси ва юз суяк қисмининг нотўғри ривожланиши, тишларнинг қинғир-қийшиқ ўсиши ва ҳоказолар қайд этилади. Бурундан нафас олиш бузилиши натижасида бурун ёндош бўшлиқларида, ўрта қулоқда ҳамда ўпқада ҳаво алмашинувининг бузилиши, қон таркибида физик-кимёвий ўзгаришлар кузатилади. Юрак фаолиятининг пасайиши миёда қон айланишининг бузилишига олиб келади.

БУРУННИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Беморни текшириш учун аввало унинг шикоятини тинглаш, шундан сўнг бурун ва унинг бўшлиғини ташқи томондан кўздан кечириш зарур.

Бемор хасталиги тўғрисидаги маълумот (ёш болаларда — ота-онасидан олинади) касалликни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Касаллик қандай шароитда, нима сабабдан бошланган ва қандай кечган — шулар тўғрисида аниқ маълумотлар олинади. Бундан ташқари, айниқса болаларнинг ўсиши, ривожланиши ва эпидемиологик шароит ҳақидаги кўрсатмалар ҳам ҳисобга олинади.

Бола қандай шароитда туғилганлиги, оилада ирсий ва аллергияга оид касалликлар ҳақидаги маълумот ҳам катта ўрин тутаяди.

Ниҳоят, диққат билан тўғри йиғилган маълумотлар касалликни аниқлашда ва келажакда қандай даволаш йўлларини танлашда катта ёрдам беради.

Беморни текширганда унинг ҳароратини ўлчаш, бурун ва ёндош бўшлиқлари атрофидаги тери ҳолати, кўз соққаси ва унинг атрофидаги тўқималарда ўзгариш бор-йўқлигини кузатиш зарур. Беморни ташқи томондан кўздан кечирганда бурун даҳлизига катта эътибор бериш керак. Бунинг учун бурун учи бир оз юқорига кўтарилади ва шу вақтнинг ўзида бемор бошини ўнг ва чапга қайириб кўрилади.

Ташқи текширишдан асосий мақсад, бурунда жароҳатланиш аломатлари бор ёки йўқлиги, буруннинг юмшоқ қисмидан ташқари, унинг суяқлари ҳам шикастланганлиги ҳақида маълумот олишдир.

Бурун бўшлиғи бурун кенгайтиргичлар ёрдамида унинг олдинги тешиклари орқали текширилади. Бу олдинги *риноскопия* дейилади (49, 50, 51-а, б расмлар), баъзан ёш болаларда қулоқни кўрадиган воронкадан фойдаланилади.



49-расм. Бурунни кенгайтирувчи асбоб.



50-расм. Олдинги риноскопия.

Бунда сунъий ёруғлик манбаи ва ботиқ рефлектор — нур қайтаргич (ёруғликни тўплаб қайтарадиган асбоб) қўлланади. Ёруғлик манбаи беморнинг ўнг томонига ўрнатилиши лозим (қулоқ супрасига яқин). Кенгайтиргич учини очмаган ҳолда уни чап қўлда тутиб, бурун тешиқларига суқилади, аста-секин бурун бўшлигини кўриб бўладиган даражада кенгайтирилади ва рефлектордан тушаётган ёруғлик билан



51-расм. Олдинги риноскопияда бемор калласининг ҳолати. *а*— бурун бўшлиғининг ластки йўли ва чиганоқни кўриш; *б*— бурун бўшлиғининг ўрта йўли ва чиганоқни кўриш.



52-расм. Бурун бўшлиғининг орқа қисмини кўриш — орқа риноскопия.

бурун бўшлиғи ёритилиб, у ердаги ўзгариш кузатилади.

Бу усулда бурун бўшлигининг олдинги қисми текширилади. Бурун тўсиғининг пастки қисмлари, пастки чиғаноқ ва унинг йўли, шунингдек бурун тўсиғининг юқори қисмлари, ўрта йўллари ва чиғаноқлари ҳам кўздан кечирилади. Бунинг учун бемор бошини бир оз орқа ва тегишли томонга бурилади.

Охирги йилларда бурун бўшлиғини микрориноскопия

(микроскоп остида текшириш) ва толали оптика (риноскоплар ёки эндоскоплар) ёрдамида текшириш амалиётда кенг қўлланилмоқда.

Бурун бўшлиғининг орқа қисмларини ҳамма вақт ҳам юқориди кўрсатилган усулда текшириб бўлмайди. Бундай ҳолларда буруннинг орқа қисмларини ҳалқум орқали кўздан кечириш лозим, яъни орқа риноскопия қўлланади (52-расм). Бунинг учун тилни шпатель (тилни босиб туриш учун ишлатиладиган қошиқча) билан пастга босиб, иситилган кичкина ойначани оғиз орқали юмшоқ танглайнинг орқа томонига киритилади, унга рефлектордан нур туширилиб, бурун бўшлиғининг орқадаги бўлимлари ва ҳалқумнинг юқори қисми текширилади.

Ойнача орқали хоана ва уни иккига бўлиб турувчи димоғ суяги кўздан кечирилади. Хоанада пастки, ўрта ва баъзан юқори чиғаноқларнинг орқа учларини кўриш мумкин. Булардан ташқари, юмшоқ танглайнинг орқадаги сатҳи, ҳалқум гумбази, эшитув найининг ҳалқумга очилган тешикларини ҳам кўздан кечирилади. Ёш болалар ва ўсмирларда бурун-ҳалқумнинг орқа деворида жойлашган лимфоид тўқиманинг муртак ҳолатини ҳам аниқлаш мумкин (53-расм).

Агар ёш болаларда ойнача орқали бурун бўшлиғининг орқа бўлимини кўриш мумкин бўлмаса, унда кўрсаткич бармоқ билан текшириб кўрилади (54-расм).



53-расм. Орқа риноскопиянинг кўриниши. 1— тилча; 2— пастки чиғаноқ; 3— ўрта чиғаноқ; 4— учинчи муртак; 5— димоғ; 6— эшитув найи атрофидаги лимфоид тўқималар.



54-расм. Бурун-ҳалқумни бармоқ билан текшириш.

Бола текширувчининг бармоғини тишлаб олмаслиги учун чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи боланинг лунжи устидан, унинг жағлари орасига ботириб турилади, шундан сўнг ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан текширишга киришилади.

Баъзан бурун бўшлиғини текширишда у ерда йиғилиб қолган шилимшиқ моддалар, йиринглар ва қатқалоқлар халақит бериши мумкин, бу ҳолда бурун бўшлиғини тозалаб, кейин кўриш мумкин.

Юқорида айтиб ўтилган текшириш усулларида олинган маълумотлардан сўнг, бурун бўшлиғини текшириш учун пахта ўралган зонд (найча) билан шиллиқ парданинг заифлик ва зичлик даражаси, яллиғланиш натижасида бурун бўшлиғидаги тўқималарда ёки ўсмаларда қандай ўзгаришлар борлиги ҳамда улар қайси ҳолатда эканлиги аниқланади.

Бурун бўшлиғининг ҳаво ўтказувчанлик хусусиятини аниқлаш. Бунинг учун бемор бурнининг ҳар бир тешиги орқали алоҳида-алоҳида чуқур нафас олиб, нафас чиқаришга мажбур этилади. Агар буруннинг ҳаво ўтказувчанлиги яхши бўлса, унинг ҳар қайси тешигига яқинлаштирилган юмшоқ пахта толалари сезиларли даражада тебранади.

Буруннинг ҳаво ўтказувчанлик фаолиятини аниқ текшириш усули — бу *ринопневмометрия*дир. Бурун бўшлиғидаги ҳаво қаршилиги сувли монометр билан ўлчанади. Текшириш усули 3–4 марта ҳаво юбориш ва сўриб олиш орқали олиб борилади. Соғлом болаларда иккала бурун бўшлиғидаги кўрсаткич 6–8 мм сув босимига тўғри келади. Сўнгги йилларда амалиётга ринопневмометрларнинг компьютерли хиллари кириб келмоқда, улар дастлабки босқичларда бурундан нафас олиш бузилишларини билиш имкониятини беради.

Буруннинг ҳид сезиш хусусиятини аниқлаш учун турли усуллар қўлланади. Ёш болаларга кўпинча уларга маълум бўлган хушбўй нарсалар ҳидлатилади.

Ўсмирлар ва катта ёшдагиларнинг ҳид сезиш хусусиятини текшириш учун 0,5 % ли сирка кислота, вино спирти, камфора ёғи, новшадил спирти ва бошқалардан фойдаланилади.

Беморнинг ҳид сезиш қобилиятини текширишда, буруннинг бир тешиги бармоқ билан беркитиб турилади, очиқ бурун тешиги орқали турли эритмаларга намланган пахта ёки фильтр (сузгич) қоғози ҳидлатилади. Синаш учун дастлаб кучсиз ҳидга эга бўлган эритмалар қўлланади.

Буруннинг ҳид сезиш қобилияти махсус аппарат — ольфактометр ёрдамида ҳам текширилади. Бурун шиллиқ пардасининг барча ўткир ва

сурункали яллиғланиш касалликлари ва бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи барча анатомик нуқсонларда ҳид сезиш даражаси бузилади, бундай ҳолат умрбод сақланиб қолади ёки вақтинча давом этади. Нафас олганда ҳаво ўтишига тўсқинлик қиладиган бурундаги катта анатомик ўзгаришлар, ҳаводаги ҳидли моддаларнинг ҳид сезув жойига бориб ета олмаслиги туфайли бемор ҳид сеза олмаслиги мумкин. Баъзан мия жароҳатланганида ва турли мия касалликларида ҳам бемор бутунлай ҳид сезмайди.

Бурун бўшлиғидаги ҳилпилловчи эпителиал тўқима ҳаракатчанлигини аниқлаш учун, албатта бурун бўшлиғи (шиллик парда)га индикатор моддаси (кимёвий) суртилади ва унинг ютқинга ўтган вақти ҳисобланади. Кимёвий модда ютқин шиллик пардасига 20 минутдан 30 минут орасида ўтса биринчи даражали, 30–60 минутда ўтса — иккинчи даражали ва 60 минутдан кўпроқ вақт давомида ўтса — учинчи даражали ҳаракатланиш деб ҳисобланади.

Бурун ва ёндош бўшлиқларидаги турли патологик ҳолатларни ўрганишда, шиллик ажралма таркибидаги водород иони миқдори (рН) аниқланади. Бунда калориметрия усули қўлланади. Индикаторли қоғоз бўлаги пастки бурун йўлига қўйилиб, 10 секунддан сўнг олинади ва унинг ранги ўзгарганлиги марказий индикатордаги рангли чизиқлар билан таққосланади ҳамда рН нинг қанчага ўзгарганлиги топилади.

Соғлом болаларда бурун шиллик ажралмаси бир оз ишқорий бўлиб, рН 7,0 га яқин бўлади. Лекин бурун ва ёндош бўшлиқларининг турли касалликларида рН нормадан юқори бўлади.

Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг суюқлик ишлаб чиқариш хусусиятини текшириш учун бурун катакларига қуруқ пахта қўйиб (ҳар икки томонга), бир минутдан сўнг пахтанинг намлиги текширилади. Агар пахтанинг усти озгина нам бўлса, бурун бўшлиғи шиллик пардасининг суюқлик ишлаб чиқариши меъёрий ҳисобланади, пахта қуруқ бўлса, бу хусусият пасайгани ёки пахтанинг ҳаммаси нам бўлса, кучайганини кўрсатади. Кўз ёшининг бурун бўшлиғига ўтиш хусусиятини аниқлаш учун кўз ёши йўлини ва бурун бўшлиғини текшириш зарур. Бизга маълумки, кўз ёши йўли бурун бўшлиғининг пастки йўлига очилади. Шу ер ёки пастки чиғаноқдаги ўзгаришлар ҳам кўз ёшининг бурун бўшлиғига ўтишига халақит беради ёки уни бутунлай ўтказмай қўяди.

Кўз ёши йўлининг ўтказувчанлик хусусиятини текшириш учун кўзга 1–2 % ли проторгол эритмасидан бир неча томчи томизилади ва беморга

бир неча бор кўзини тез-тез очиб юмиши буюрилади. Агар кўзга томизилган эритма 30 секунд орасида кўз жиягидан йўқолса, кўз ёши йўлининг ўтказувчанлиги яхши ҳисобланади. 30 секунддан кечроқ йўқолса, унинг секинлашганлиги ёки ўтказиш хусусияти бутунлай йўқлигини кўриш мумкин.

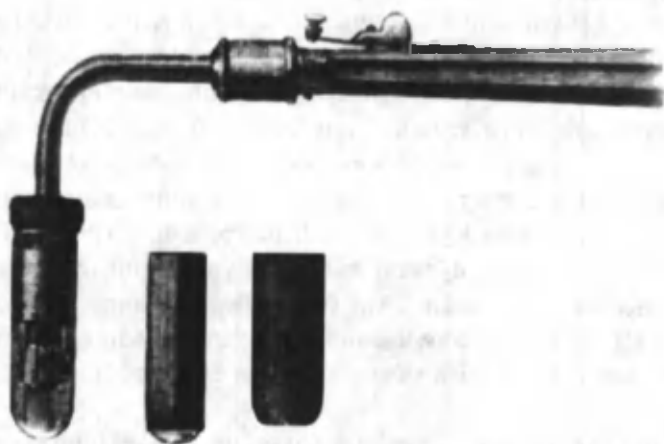
Кўзга томизилган эритма бурун бўшлиғида 5 минут ичида пайдо бўлса, ижобий, бу вақтдан кеч пайдо бўлса, секинлашган, бурун бўшлиғида эритма пайдо бўлмаса, салбий ҳисобланади.

Бурун бўшлиғи рентген орқали текширилганда бурун суяклари сингани, дарз кетгани ёки унда ёт жисмлар борлигини аниқлаш мумкин.

БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

Ташқи текширишда албатта кўз косаси атрофи ва юқори жағ тишлари (чириган тишни аниқлаш)га эътибор бериш зарур.

Шундан сўнг бурун ёндош бўшлиқлари махсус электр лампочкаси (диафаноскопия) ёрдамида ёритиб кўрилади (55-расм). Бунинг учун хона қоп-қоронғи бўлиши шарт. Ёритувчи лампочка бемор оғзига киргизилади, шундан сўнг бемор лабларини юмганда оғиз ичидаги лампочка юзнинг иккала ярмини қизил қилиб кўрсатади. Агар оғиз ичидаги нур юзнинг иккала томонидан бир хилда ўтмаса, қоронғироқ кўринса (бир ёки иккала томондан), юқори жағ ёки ғалвирсимон бўшлиқларнинг касалланганини кўрсатади. Пешона бўшлиқларини текшириш учун лампочкани кўз косасининг ички бурчагига — пешона



55-расм. Диафаноскоп.

бўшлигининг остки деворига босиб туриб, шу бўшлиқларнинг ёруғ ёки хиралашгани аниқланади.

Бурун ёндош бўшлиқларини рентгенда кўриш энг муҳим текшириш усулларидан ҳисобланади. Ҳар бир бўшлиқдаги ўзгаришни аниқлаш учун турли хил ҳолатда рентгенга туширилади.

Бундан ташқари, бурун ёндош бўшлиқларини компьютер томография йўли билан ҳам текшириб кўрилади. Бу усулда бўшлиқдаги яллиғланиш ва ўзгаришлар аниқ кўринади.

Томография ҳар бир қатламнинг оралиғи 1 см бўлган узоқликда қилинади.

Кейинги пайтда фиброэпифарингоскопия (жарроҳликда ишлатиладиган микроскоп) орқали текширишлар ўтказилмоқда. Бундан ташқари, термография, эхография ҳам қўлланади.

Юқорида кўрсатилган текшириш усуллари орқали бурун ёндош бўшлиқларида бирор ўзгариш аниқланса, кейинчалик шу бўшлиқларни (кўпинча юқори жағ бўшлиқларини) махсус игна ёрдамида тешиб кўрилади. Бу йўл билан бўшлиқда йиринг ёки бошқа ўзгаришлар борлиги аниқланади.

Баъзан юқори жағ бўшлиғига контраст дори (йодолипол) эритмасини юбориб текширилади. Болаларда махсус игна ёрдамида галвирсимон бўшлиқни санчиб тешиб кўриш мумкин. Пешона бўшлиғини махсус полиэтилен катетер орқали зондлаб текширса бўлади.

БУРУННИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Ҳозир тиббиёт фани жадал ривожланишига қарамай, бурун туғма нуқсонларининг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш оғир масалалардан бўлиб қолмоқда. Кўпчилик олимлар буруннинг туғма нуқсонларига эмбрионал даврда ҳомила ривожланишининг бузилиши сабаб бўлади, деб ҳисоблайдилар. Туғма нуқсонлар келиб чиқишида ташқи ва ички муҳитнинг таъсири катта ўрин тутади. Ички муҳит таъсирида, асосан, ирсиятнинг аҳамияти катта. Бунда авлоддан-авлодга ўтувчи ирсий ўзгариш ва хромосомалар ўзгариши кузатилади. Ҳар қандай ирсий ўзгариш турли физик ва кимёвий таъсирлар остида ривожланади.

Буруннинг туғма нуқсонлари кам учраса ҳам, уларга буруннинг бутунлай ёки тўлиқ бўлмаслиги, иккита бурун бўлиши, буруннинг иккига ажралиши, буруннинг бир ёки икки томонлама бўлмаслиги, оқма яра, киста (бўшлиқ) ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин (56-расм).



56-расм. Ўнг бурунга кириш қисмининг нуқсони: чап томондаги иккита бурун тешиги.

БУРУН БЎШЛИҒИДАГИ ТУҒМА НУҚСОНЛАР

Бурун чиғаноқларининг ҳаддан ташқари катта ва чегараланган бўлиши (суяк қисми), галвирсимон бўшлиқнинг пуфаксимон (буллезли) ўзгариши, бурун чиғаноқларининг иккига бўлинган ҳолда бўлиши, бурун тўсиғининг туғма нуқсонлари (суяк ва тоғай қисмида), чақалоқларда хоананинг бутунлай ривожланмай қолиши (атрезия) киради. Баъзан хоананинг бундай ҳолати бурун бўшлиғи ривожланмаслиги билан бирга учраши мумкин. Маълумотларга кўра хоана кўпроқ қиз болаларда бутунлай ривожланмаган бўлиб, баъзан бир ёки икки томонлама рўй беради. Хоананинг суяк, тоғай ёки иккала қисми ҳам ривожланмаган бўлиши мумкин. Хоана икки томонлама ривожланмаганда боланинг товуши ўзгарган (манқаланган) бўлади, бу

нуқсон бола туғилиши билан кўзга ташланади. Болада нафас олиш бузилиб, унинг лаблари, тирноқлари кўкариб, бурнидан қуюқ шиллиқ модда ажралиб туради. Шиллиқ моддадан тозалангандан сўнг ҳам бола бурнидан нафас ололмайди. Агар бу ҳолат ўз вақтида аниқланмаса, боланинг ўпкасига эмган сути кетиб қолиб, зотилжамдан ўлим юз бериши мумкин.

Хоананинг туғма нуқсонини аниқлаш учун бурунга резина ёки темир найча киргизилади, шунда найча бурун-ютқин ва оғизга ўтмайди. Бурун бўшлиғига рангли суюқлик эритмаси томизилганда, у бурун бўшлиғидан бурун-ютқинга оқиб тушмайди. Бундан тапқари, хоаналарни бармоқ билан ҳам текшириш мумкин.

Касаллик, яъни туғма нуқсонни аниқлагандан сўнг, жарроҳлик йўли билан дарҳол хоанани очиш ва унинг ҳаво ўтказувчанлигини тиклаш зарур. Кўпинча бурунда учрайдиган туғма нуқсонлар боланинг бошқа аъзоларидаги туғма нуқсонлар билан бирга кузатилади (масалан, юмшоқ ва қаттиқ танглай нуқсони билан юқори лаб нуқсони ва б.).

Юқорида айтиб ўтилган туғма нуқсонлар фақат жарроҳлик йўли билан тикланади. Оғир бўлмаган, оддий ва кенг қўлландиган жарроҳлик усулида буруннинг оқма яраси ва дермоидли (тери касаллиги) кисталар даволанади. Бу хасталиқлар эмбрионал ўсишда эпителий тўқимаси ривожланишидаги бузилишлар оқибатида юзага келади. Киста (суюқлик билан тўлган бўшлиқ), одатда бурун суяклари тоғайлари билан бириккан қисмининг тери остида ривожланади. Кўпинча киста оқма яра ҳолатида кузатилади ва аксарият ундан соч ўсиб чиқиши мумкин. Киста атрофидаги суякларни эзиши натижасида улар юққалашиб, кейинчалик бурун шаклини ўзгартириб юбориши мумкин. Болаларда жарроҳлик усулини кичик ёшда ўтказиш лозим чунки бу ёшда яхши косметик натижаларга эришилади, яъни юз суягининг нотўғри ривожланиши ва бошқа нуқсонларнинг олди олинади.

ТАШҚИ БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

БУРУН ЧИПҚОНИ

Кўпинча умумий чипқон билан бирга кечадиган бу хасталик, бурун даҳлизидagi ёғ безлари йўллари ҳамда тук халтачаларига тирнаб киритилган инфекция оқибатидир.

Бурун чипқонига айрим умумий хасталиқлар — қандли диабет, моддалар алмашинувининг бузилиши, гиповитаминоз ва бошқалар сабаб бўлади. Баъзан бурун чипқони қанд касаллигининг биринчи белгиларидан бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда нафақат бурун, балки инсон гавдасининг бошқа соҳаларига ҳам чипқон чиқиши мумкин. Бурун чипқонида тукчалар тугунчасини ўраб турувчи тўқималар яллиғланиши натижасида майда вена қон томирларида қон ивиш (тромбоз) ҳолати

кузатилади. Бунинг оқибатида оғир мия асоратлари ривожланиши ва қон заҳарланиши (сепсис) мумкин. Агар 2–3 чипқон бир-бирига қўшилса, чипқон бийи (карбункул) ҳосил бўлади, унда маҳаллий ва умумий яллиғланиш жараёни кучаяди ва оғир кечади.

Касаллик аломатлари. Бурун учи ёки бурун қанотлари қаттиқ қизаради, таранглашади, қўл теккизилса оғрийди. Юз ва унинг атрофи қизариб шишади. Бурунни кўздан кечирганда, конуссимон бўртиш ва чегараланган қизаришни кўриш мумкин. Бир неча кундан сўнг бўртма учида оқ-сарик йирингли қопча пайдо бўлади ва шу жойда йиринг йиғилади. Бемор оғирлашиб, уни қаттиқ бош оғриғи ва гавда ҳароратининг юқори даражага кўтарилиши безовта қилади.

Касаллик маҳаллий кўрсаткичлар ва унинг ривожланишига қараб аниқланади.

Даволаш. Бурун чипқони енгил кечса ва беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлса, даволаниш одатдагидай консерватив усулда олиб борилади. Беморга турли антибиотиклар, сульфаниламидлар берилиб, чипқон атрофини борат спирти билан артиб, турли малҳамли дорилар суртилади. Агар чипқон атрофидаги бўртма – шиш катталашиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашса, даволаш усули анча ўзгартирилади. Бунда антибиотикларни катта миқдорда тайинлаб, қон томирга гемодез, метрогил, уротропин дорилари юборилади.

Бурун чипқони ва абсцессини даволаш самарадорлигини ошириш учун тиббиёт зулукларидан кенг фойдаланилмоқда (гирудотерапия). Ушбу усул билан даволанганда касалликнинг клиник кечиш даври қисқариб, оғир асоратларнинг олди олинади.

Чипқонни сиқиш мутлақо ман этилади. Агар йиринг йиғилган бўлса, унинг ўзи ёрилишини кутмасдан туриб, ярани ёриш керак.

Хасталик чўзилса, у аутогемотерапия қилинади (беморнинг қон томиридан олинган қонни ўзига юбориш). Бундан ташқари, УВЧ, кварц лампаси, лазер нурларини қўллаш мумкин.

БУРУН САРАМАСИ

Сарамас кенг тарқалган, юқумли хасталик бўлиб, терининг яллиғланишидир, бурунда бирламчи касаллик сифатида кам учрайди, лекин кўпинча иккиламчи касаллик тариқасида юз терисида яллиғланиш кузатилиши мумкин.

Сарамас гавда ҳароратининг кўтарилиши (38–40°), совуқ қотиш, бош оғриши, умумий ҳолатнинг ёмонлашуви билан бошланади. Тананинг айрим қисмидаги лимфа тугунлари катталашади, тери қизарган бўлиб, соғлом теридан кескин ажралиб туради. Баъзан терида пуфакчаларни кўриш мумкин. Яллиғланиш бурун даҳлизи терисидан бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватига ҳам ўтади.

Касалликни аниқлаш унчалик қийин эмас.

Даволаш. Турли антибиотиклар, сульфаниламид дорилар кенг қўлланади. Яллиғланган жойни кварц билан нурлатиш, турли тоза ёғли боғламлар боғлаш мумкин.

БУРУН ДАҲЛИЗИ ЭКЗЕМАСИ (ЧИЛЛА ЯРА)

Бу хасталик кўпинча сурункали тумов, бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши ва ҳалқум касалликлари билан бирга кечади. Тез-тез бурун қоқиш ва артиш, шунингдек, бурунни бармоқ билан ковлаш касалликнинг узоқ чўзилишига сабаб бўлади. Касаллик ўткир кечганда бурун даҳлизининг қизарганлиги, терисининг бир оз шишганлиги ва пўст ташлаганлиги, баъзан майда-майда пуфакча, қатқалоқлар пайдо бўлганлиги кузатилади. Бурун даҳлизи бурчакларида кучли оғриққа сабаб бўладиган ва атрофи яллиғланган ёриқлар пайдо бўлади ва кучли қичима билан кечади.

Айниқса экссудатли диатезда, яъни бола организмнинг касалликларга мойиллик ҳолати пайтида бурундан тўхтовсиз оқадиган суюқлик таъсирида юқори лаб ва оғиз бурчаклари чилла яра билан тезроқ зарарланади. Юқори лаб бир оз шишган, тангача шаклидаги қатқалоқлар билан қопланган, баъзан майда пуфакчалар пайдо бўлиб, булар тезда ёрилади ва яра пайдо бўлади.

Касаллик сурункали кечганда, яллиғланиш аломатлари бурмунча камроқ кўзга ташланади. Бурун даҳлизи зич жойлашиб олган қатқалоқлар билан бутунлай қопланади.

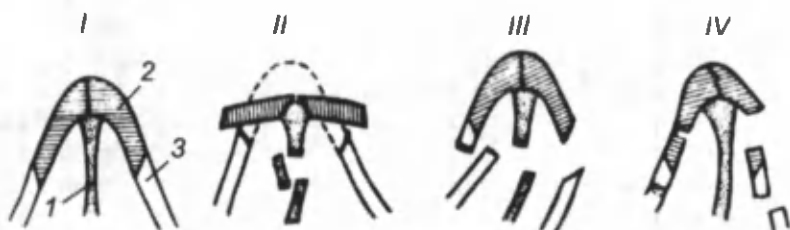
Бурун даҳлизида узоқ вақт давом этган бу хасталик, шу жойда инфекция ривожланиши натижасида чипқон, сарамас касалликларининг иккиламчи бўлиб ривожланишига олиб келади.

Даволаш. Йирингли ажралма билан кечадиган бурун, унинг ёндош бўшлиқлари касалликларини йўқотиш лозим. Болаларда учрайдиган аденоидларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш тadbирлари касалликни йўқотиш ва боланинг тузалиб кетишида катта ёрдам беради. Баъзан беморга таркибида темир бўлган дорилар, турли витаминлар, балиқ мойи бериш мақсадга мувофиқдир. Маҳаллий даво, бурундаги қатқалоқларни чиқариш (кўчириш) ва бурун терисини тозалашга қаратилиши зарур. Бунинг учун бурунга бирор ўсимлик мойи ёки салицил малҳами ишлатилади. Шундан сўнг зарарланган жойга борат, цинк, оқ ёки сариқ симоб малҳами суртилади.

БУРУН ЖАРОҲАТИ

Эндигина юра бошлаган, шунингдек, спорт билан шуғулланувчи болаларда жароҳатланиш кўп қайд этилади. Бунда буруннинг суяк ва тоғай қисми, бурун тўсиғи ҳам шикастланади. Юқоридаги ҳолатларнинг

келиб чиқиши — жароҳатлантирувчи кучнинг ҳолати ва унинг йўналишига боғлиқ. Қаттиқ жисм билан буруннинг олдинги томонидан тикка урилса, бунда бурун суяклари ажралиб кетади ва натижада бурун чўкиши мумкин. Зарб буруннинг ён томонидан тушса, бурун суяклари пешона тўсиғидан ажралиб, ташқи бурун бир томонлама қийшайиб қолади (57-расм).



57-расм. Бурун суяklarининг синиши. 1— бурун тўсиғи; 2— бурун суяклари; 3— пешона суяк ўсиқчаси.

Зарб кўпроқ бурун тўсиғига тушса, унда унинг тоғай ва суяк қисми қийшайиши мумкин. Катта ёшдаги болаларда кўпинча бурун суяklarининг тўлиқ синиши ёки силжиши кузатилади. Шикастланиш натижасида бурун тўсиғида гематома (қон йиғилиши) ёки абсцесс асорати ривожланиши мумкин.

Шикастланиш белгилари: лат еган соҳада қаттиқ оғриқ, бурундан қон кетиши, нафас олишнинг бир ёки икки томонлама бузилиши. Қон бир оз вақтдан сўнг ўз-ўзидан тўхташи мумкин. Бурунни қаттиқ қоққанда тери остида шишнинг пайдо бўлиши, яъни ҳаво йиғилиши (эмфизема) бурун шиллиқ қавати ва галвирсимон лабиринт жароҳатланганидан дарак беради. Бурунни пайпаслаб кўрганда оғриқ зўрайиб, суяклар синганлиги (қисирлаши) аниқланади.

Олдинги риноскопия қилиб кўрилганда, бурун бўшлиғида қандай жароҳатланиш борлиги аниқланади, алоҳида бурун тўсиғининг ҳолатига эътибор берилади. Албатта рентген текширувларини ўтказиш (икки ҳолатда) шарт.

Бемор хушсиз (шок ҳолатида) бўлса, қон оқиши давом этса ёки бурундан рангсиз суюқлик оқиб турса, унда бош суягининг ўзаги синган бўлади.

Даволаш. Бурун суяклари синиб, жойидан силжиган бўлса, бемор бурун орқали яхши нафас ололмаса, синган суяклар (бурун суяги, юқори жағ суягининг пешона ўсиғи)ни ўз ўрнига қўйиб, баъзан олдинги тампонада қилишга тўғри келади. Агар бурун тўсиғи қийшайган бўлса, уни ўз ҳолига келтириб, сўнгра икки томонлама олдинги тампонада қилинади. Тампонлар фақат қонни тўхтатиш учун эмас, балки

синиқларни қўйилган жойидан силжитмай тутиб туриш учун ҳам қўйилади.

Буруннинг суяк ўзаги махсус асбоб ёки қўл ёрдамида тўғриланади. Агар бурун ичкарига кирган (ботган) бўлса, у ҳолда ажраткич (распатор) ёки Микулич қисқичига дока ёки пахта ўраб, бурун бўшлиғига киритилади ва суяк бўлакчалари кўтарилади. Буруннинг суяк ўзаги қаттиқ жароҳатланган ва у бир томонга қараб силжиган бўлса, қўл ёрдамида тўғриланади. Бунинг учун иккала қўлнинг бош бармоқлари ёрдамида ташқи томонга силжиган суяк суриб тўғриланади (58-расм).

Бурунни қоллаб турувчи тери тўқималари жароҳатланган бўлса, дастлаб қоқшол касаллигига қарши зардоб юборилади. Ярани тозалаб, тикилади.



58-расм. Бурун суягининг ўзаги бир томонга қараб қийшайганда уни қўл бармоқлари билан тўғрилаш.

БУРУН ТЎСИҒИ ГЕМАТОМАСИ ВА АБСЦЕССИ

Бурун ташқи томондан жароҳатланганда, кўпинча бурун тўсиғининг тоғай уст пардаси остига қон қуйилиб, гематома пайдо бўлади. Бир неча кундан сўнг бемор бурнидан яхши нафас ололмай, бурун тўсиғининг тоғай қисмида шиш пайдо бўлади, пайпаслаганда лиқиллайди, игна санчиб кўрилганда қорамтир қон чиқади.

Даволаш. Агар қон камроқ қуйилса, игна санчиб, қон сўриб олинади ва у ерга антибиотик эритма юборилади, сўнгра бурун тўсиғини пахта ёки дока қўйиб сиқиб қўйилади. Юқорида кўрсатилган тadbирлар ёрдам бермаса ёки ҳаддан ташқари катта ҳажмда гематома бўлса, кўпинча уни ёришга тўғри келади. Ярага турли антибиотик эритмалар қўйилади. Агар гематомага бирор микроб тушиб қолса, у ерда йирингли яллиғланиш ривожланиб, кейинчалик фасод ёки абсцесс пайдо бўлади. Бунда беморнинг гавда ҳарорати кўтарилиб, бош оғриғи, титраш ва бурундан нафас олишнинг бузилиши кузатилади. Яллиғланиш аломатлари бурун даҳлизи, юз ва кўз атрофига тарқалиши мумкин. Баъзан яллиғланиш қон ва лимфа томирлари орқали мия ичи асоратлари (менингит, синусда қон ивиши, мия абсцесси ва б.)ни бериши мумкин.

Бурунни текширганда бурун бўшлиғига туртиб чиққан халтасимон, тўқ қизил рангли шишни кўриш мумкин, унга тўмтоқ темир сим билан тегиб кўрилса, унинг учи ботиб кетади. Игна санчиб кўрилганда йиринг чиқади.

Даволаш. Абсцессни зудлик билан ёриш шарт, баъзан икки томонлама кесиш мумкин, уни бир-бирининг тўғрисида эмас, балки бир-биридан қочиброқ кесилади. Сўнгра у ерга турли дори эритмаларига шимдирилган (бинтдан қилинган) пилик ҳамда бурун бўшлиғининг олдинги қисмига икки томонлама тампон қўйилади. Бундан ташқари антибиотиклар, сульфаниламид дорилар берилади. Баъзан касаллик ўз вақтида аниқланмаслиги ёки бемор мутахассисларга кеч мурожаат қилиши натижасида йиринг бурун тўсигининг тоғай қисмини чиритиб, емиради, бунда ташқи бурун кейинчалик эгарсимон ҳолатда бўлиб қолади.

БУРУН БЎШЛИҒИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Болалар бурун бўшлиғида ёт жисмлар кўп учрайди. Чунки улар бурунга ҳар хил майда нарсалар (туғмачалар, золдирлар, қоғоз, пластилин, мева данаклари, писта ва б.)ни тикадилар. Айрим ҳолларда, ёт жисмлар қусганда хоана орқали тушиши мумкин. Жарроҳлик вақтида ёт жисмлардан дока, пахта бурун бўшлиғида қолиб кетиши мумкин. Баъзан бурунга тушган ёт жисм узоқ муддат бурунда бўлганда, унинг атрофига тузлар чўкиб, уни ўраб олади, натижада худди тошга ўхшаш қаттиқ ҳосила — *ринолит* ҳосил бўлади. Улар турли хил кўриниш ва катталиқда бўлади. Ёт жисмлар, аксарият буруннинг пастки йўлида жойлашади.

Ринолит ва текис ёт жисмлар ҳеч қандай оғриқ бермайди. Қиррали ёт жисмлар шиллиқ пардани жароҳатлантиради ва оқибатда сурункали йирингли яллиғланиш келиб чиқиб, бурундан қўланса ҳидли ажралма чиқа бошлайди. Айрим ҳолларда, шиллиқ қават шикастланиши натижасида ёт жисм атрофида янги тўқима — грануляциялар ўсиши мумкин. Бундай ҳолларда бурун тез-тез қонаб туради.

Касалликни аниқлашда беморнинг шикоят, риноскопия, баъзан рентген қилиш кагта аҳамиятга эга. Бола бир томонлама йирингли тумов билан оғриганда буруннинг шу томонидан сассиқ йиринг оқса, ёт жисм йўқмикан, деган шубҳа туғилади. Баъзан ёт жисм атрофида грануляциялар бўлса, ёт жисмни аниқлаш бирмунча қийинлашади.

Даволаш. Кўпинча ёт жисмни бурун қоқиш йўли билан чиқариш мумкин. Думалоқ, силлиқ ёт жисмлар турли илмоқли асбоблар ёрдамида олинади, қисқич ишлатиш бутунлай ман этилади. Ясси нарсаларни илмоқ ёки пинцент ёрдамида олиш мумкин. Ёт жисмни олишдан олдин шиллиқ парда сезувчанлигини пасайтириш ёки вақтинчалик йўқ қилиш зарур.

Бунинг учун шиллиқ қаватга 2 % ли лидокаин, дикаин ёки кокаин эритмаси суртилади. Ёт жисми олишда беморни қимирлатмай ушлаб туриш лозим. Агар ринолит катта бўлса ва бола муолажадан қўрқса, умумий оғриқсизлантирилади.

БУРУНДАН ҚОН КЕТИШИ

Бурундан қон кетиши маҳаллий ва умумий хасталиклар белгиси ҳисобланади. Қон кетишига баъзан умумий ва бурун бўшлиғидаги маҳаллий касалликлар сабаб бўлиши мумкин, буни аниқлаш қонни тўхтатишда катта аҳамиятга эга.

Умумий сабаблар: қон, юрак, буйрак, жигар касалликлари, қон босими кўтарилиши ва бошқалар киради. Бундан ташқари баъзи бир дори воситалари (гепарин, аспирин, дикумарин ва б.) қўлланилганда ҳам қон ивишининг бузилиши оқибатида бурундан қон кетади.

Ёш болаларда турли юқумли касалликлар (грипп, ич терлама, қайталама терлама, қизамиқ, қизилча)да ва организм қизиб кетганда ҳам бурун тез-тез қонаб туради. Бундан ташқари авитаминоз ёки гиповитаминоз ҳолатларида, атмосфера босими кескин ўзгарганда, офтобда кўп юрганда (ультрабинафша нурлар таъсирида) бурун қонаши мумкин.

Маҳаллий сабаблар: бурун шикастланиши, бурунни бармоқ билан қовлаш, қотиб қолган қатқалоқларни кўчириш натижасида шиллиқ парданинг зарарланиши, бурундаги қонайдиган ўсма, шиш, атрофик тумов, озена ва бошқалар киради. Баъзан бурун ва унинг ёндош бўшлиқларида қилинган жарроҳликдан сўнг ҳам бурун қонаши мумкин.

Айрим ҳолларда, юзнинг суяк қисми билан бирга бутун калла суяги жароҳатида ҳам бурундан қон оқиши кузатилади. Бунда фақат жароҳатланган вақтда эмас, балки бир неча кун ва ҳафта ўтгач қон кетиши мумкин. Бунга бурун бўшлиғини таъминловчи қон шохобчалари, понасимон танглай ва галвирсимон артериялар жароҳатланиши сабаб бўлади.

Буруннинг энг кўп қонайдиган жойи — бурун тўсигининг бурун даҳлизидан тахминан 1 см ичкаридаги олдинги (Киссельбах) қисми ҳисобланади. Бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардаси ёки буруннинг бошқа қисмлари кам қонайди.

Қон, одатда тўсатдан оқа бошлайди ва нима сабабдан эканини боланинг ўзи ҳам билмай қолади. Кўпинча, у ўзи-ўзидан тўхтайдди. Бироқ, баъзан узоқ вақт давом этади. Айрим ҳолларда, қон кетишидан олдин бош оғриғи, қулоқда шанғиллаш, бош айланиши кузатилади ва бурунни қичиш билан қон оқа бошлайди.

Бурунга қон юқори нафас йўллариининг бошқа қисмларидан, ҳалқум, ҳиқилдоқ, кекирдак ҳамда ўпкадан келиши мумкин. Бурундан қон

кетганда қон тоза бўлиб, ҳалқумнинг орқа деворидан оқади. Қон пастки нафас йўлларида келаётган бўлса, кўпик аралаш бўлади. Бурундан қон оз, кўп миқдорда ва меъёрида кетиши мумкин. Одатда, қон оз миқдорда бурун тўсиғидан кетиб, қисқа муддат ичида ўз-ўзидан тўхтайтиди. Тез-тез қайталаниб турадиган қон кетиш ҳолати, айниқса ёш болаларга салбий таъсир этади ва қонни тўхтатишда тезкорликни талаб қилади. Меъёрида қон кетиш катта ёшдагиларда кузатилиб, 200 мл дан кўп қон кетмайди. Қонни тез ва тўла тўхтатиш лозим.

Болаларда қон кетиши аниқланмаганда, қон ҳалқумдан қизилўнғач ва меъдага тушади, бола қуса бошлайди, натижада кўп қон йўқотилиши сабабли бемор аҳволи оғирлашади, баъзан унинг ҳаёти хавф остида қолади. Жароҳатланиш натижасида кузатиладиган кучли қон кетиши, ташқи ва ички артериялар шохобчалари бўлган танглай ёки кўз артериялари шикастланиши оқибатида қайд этилади ва тез-тез такрорланиб туради. Шу сабабли бош миянинг гипоксия (кислород билан таъминланишнинг камайиши) ҳолати кузатилади. Бундай шароитда, беморга зудлик билан қон қўйиш ва қон оқишини тўхтатиш зарур.

Қон оқишини даволаш усуллари. Даволаш тadbирлари қанча миқдорда қон оққанлигига ва унинг сабабига қараб олиб борилади. Энг оддий усуллардан: бурунга 3% ли водород пероксид, адреналин ёки нафтизин эритмасига шимдирилган пахта қўйилади. Баъзан қонаётган ер гальванокаутер билан куйдирилади ёки криоаппликатор билан музлатилади.

Юқорида кўрсатилган тadbирлардан ташқари, жароҳатта қон плазмаси (қоннинг суюқ қисми)га шимдирилган докали пилик ёки қон плазмасидан тайёрланган гемостатик булутча (губкалар), фибринли қопламаларни қўйиш, қон кетаётган жойнинг шиллиқ қавати остига 1–2 мл 1% ли новокаин эритмасидан юбориш мақсадга мувофиқдир.

Бундан ташқари, беморларга қоннинг ивиш даражасини ошириш мақсадида, турли дориларни бериш (10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат, 12,5% ли дицинон ёки этамзилат, 5% ли аминокaproн кислота, 5% ли аскорбинат кислота, 1% ли викасол), қон қўйиш фойдалидир. Агар бурундан қон кетишига умумий касалликлар сабаб бўлса, қон тўхтатилгандан сўнг, уларни тегишли мутахассислар даволаши керак.

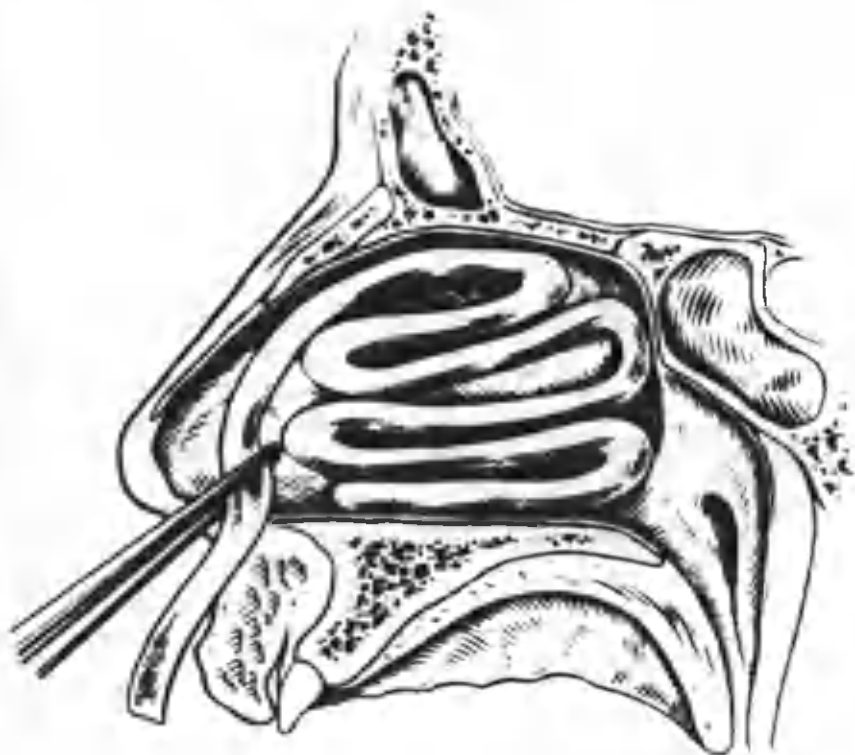
Юқорида кўрсатилган ва қилинган тadbирлар ёрдам бермаса, бурун бўшлиғининг олдинги тампонадаси қилинади (узун энсиз дока тампон билан).

Бунинг учун тирсакли пинцет ёрдамида бурун бўшлиғининг орқа қисмлари, пастки, ўрта йўллари ҳамда бурун даҳлизи зич қилиб тўлдирилади (59, 60-расмлар).

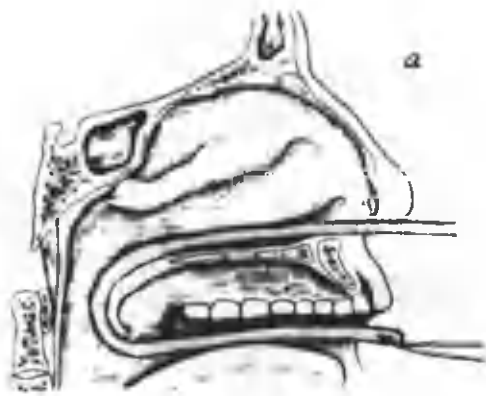
Агар олдинги тампонададан сўнг ҳам қон кетса, бурун бўшлиғининг орқа тампонадасини қилишга тўғри келади. Бурун-ютқинга мос келадиган доқа тампон олдиндан тайёрлаб қўйилади. Доқа тампон кўндаланг қилиб, қаттиқ икки қават ипак ип билан туғиб боғланади. Бунда ипнинг 3 та узун учи қолиши керак.



59-расм. Бурун корицанги.



60-расм. Бурун бўшлиғининг олдинги тампонадаси.



61-расм. Буруннинг орқа тампонадаси. *а* – биринчи босқич; *б* – иккинчи босқич; *в* – учинчи босқич.

Юқоридаги тадбирлар ёрдам бермаса, энг охирги қон тўхтатиш усулларидан — катта қон томирлари (ташқи ва ички уйқу, ички юқори жағ ёки ғалвирсимон артериялар)ни боғлаш усули қўлланади.

Буруннинг пастки йўли орқали ҳалқумга ингичка резина катетер юборилади, унинг учи юмшоқ танглай орқасига тушгандан сўнг, уни корнцанг ёрдамида оғиз бўшлиғига, сўнгра ташқарига чиқарилади. Унга тампоннинг иккита ипи боғланади ва катетерни бурун орқали тортиб чиқарилади. Бурундан чиққан ипни маҳкам тортиб, оғиз бўшлиғи орқали иккита ипга боғланган тампон бармоқлар ёрдамида бурун-ҳалқумга юборилади ва бурун-ҳалқум томига яхшилаб босиб қўйилади. Бурундан чиқиб турган ипни тортиб туриб олдинги тампонада қилинади, сўнгра иплар зич докали ўрамларга боғлаб қўйилади. Оғиз бўшлиғидан чиқиб турган ипни лунж ёки қулоқ супрасининг орқасига ёпиштириб қўйилади (61-расм).

Тампон 48 соатдан 72 соатгача туриши мумкин. Бурун-ютқинда орқа тампон бир неча кун туриши сабабли, айрим ҳолларда инфекция эшитиш найи орқали ноғора бўшлиғига ўтиши ва ўткир йирингли отит ривожланиши мумкин.

БУРУН ТҶСИФИНИНГ ҚИЙШАЙИШИ

Бурун тўсиғи туғма ёки шикастланишдан сўнг ёки рахит касаллиги бор болаларда қийшайиши мумкин. У турлича бўлиб, тўсиқнинг олдинги қисмида кўпроқ, орқа қисмида эса камроқ қайд этилади, бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Оддий қийшайишлардан ташқари, бурун тўсиғининг кўпинча учи найза ёки қиррали (тожсимон) бўртиб чиққан қисмларини ҳам учратиш мумкин. Аксари ҳолларда, бу ўзгаришлар қийшайиш билан бирга аниқланиб, тўсиқнинг дўнг қисмида, асосан, тоғайнинг суяк қисми билан туташган қисмида кузатилади.

Белгилари. Асосий белгиси — буруннинг бир ёки иккала томонидан нафас олишнинг қийинлашишидир. Бундан ташқари, қийшайган тарафдаги бурун ён бўшлиғида ҳаво алмашинуви ва ажралмалар чиқишининг бузилиши натижасида бўшлиқда яллиғланиш содир бўлиши мумкин. Бурундан кўп суюқлик келиб, баъзан бу ажралмалар ҳалқумда ҳам йиғилади. Баъзи беморларда ҳид билиш қобилияти издан чиқади. Бурун тўсиғидаги учи найза ёки қиррали ўзгаришлар бурун бўшлиғидаги нерв толаларини қитиқлаши натижасида (рефлекторли) вазомотор тумов, бронхиал астма ва бошқа хуружлар рўй беради. Тўсиқнинг қийшайган томонида эшитув найининг ҳаво ўтказувчанлиги пасайиб, ноғора бўшлиғида ҳаво алмашинувини бузади ва натижада эшитиш қобилияти пасаяди. Хасталикни аниқлашда олдинги ва орқа риноскопия кўрсаткичларига асосланилади. Баъзан бурун тўсиғини мукаммал кўриш учун бурун шиллиқ қаватига 0,1% ли адреналин ёки 0,05—0,1% ли нафтизин эритмаси суртилади (62-расм).

Даволаш. Фақат жарроҳлик йўли қўлланилади. Буруннинг бир ёки иккала томонидан нафас олишнинг қийинлашиши, ҳид билишнинг бузилиши ёки ўрта қулоқда, бурун ёндош бушлиқларида бирор касаллик ривожланиши жарроҳлик усули учун асос бўла олади. Жарроҳликда маҳаллий ва умумий оғриқ қолдирувчи дорилар қўллагандан (мушак орасига промедол ва шу гуруҳдаги дорилар юборилгандан) сўнг, бурун шиллиқ қаватига 2% ли лидокаин эритмасини суртиб, шиллиқ қават остига 0,5—1% ли новокаин эритмаси юборилади. Сўнгра шиллиқ парда ва тоғай уст пардаси дўнг томондан тоғайгача кесилади ва қийшайган жойни қоплаб турган қисми тоғайдан ажратилади. Шундан сўнг, шиллиқ парданинг илгари кесилган жойидан тоғай кесилади, бунда қарама-қарши томондаги шиллиқ парда зарарланмаслиги керак. Тоғай кесилган жойдан қарама-қарши томонга ўтиб, шиллиқ пардани тоғай уст пардаси билан бирга тоғайдан ажратилади ва тоғайнинг қийшайган қисми кесиб олинади. Бунда тоғайнинг устки томони (қаншар)да 0,5—1 см

катталикдаги тоғай пластинкаси қолдирилади. Баъзан қийшайган тоғайни Беланжер пичоғи, суяк қисмини ўткир понасимон асбоб билан синдириб олинади. Кейин шиллиқ парда ва тоғай уст пардасининг иккала қатламини бир-бирига қайтадан ёпиштирилади ва шу ҳолатда бир кунга буруннинг ҳар икки томонига қўйилган тампон билан тутиб турилади. Иккала шиллиқ парда қатламлари бир неча кун ичида бир-бирига ёпишиб, қўшилиб кетади. Бу усулда жарроҳлик ўтказилганда бурун тўсиғининг суяк ва тоғай негизи кесиб ташланмай, балки кичик бўлакчаси доира шаклида кесиб олинади ёки тоғай қисми бир неча бўлакка кесилади, бу ҳолда тоғай эгилувчан бўлади, сўнгра бурун тўсиғига керакли ҳолат берилиб, у икки томондан тампонланади.

БУРУН БЎШЛИҒИ СИНЕХИЯСИ ВА АТРЕЗИЯСИ (БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ БИТИБ КЕТИШИ)

Бурун бўшлиғининг туғма ёки кейинчалик битиши болаларда ҳам учраб туради. Унга синехия ва атрезия киради. Синехияда бурун бўшлиғи деворининг айрим қисмлари ўртасида юпқа бириктирувчи тўқималар ҳосил бўлади. Атрезияда эса бурун бўшлиғи озми-кўпми ёпилиб қолади. Булар тоғайли, суякли ёки бириктирувчи тўқимали бўлиши мумкин. Хасталик кўпинча қорачечак, бўғма ва бошқа юқумли касалликлар ҳамда бурунда пайдо бўлган яралардан сўнг кузатилиши мумкин. Бурун бўшлиғи ва унинг тешиклари шаклининг ўзгариши, тери сили, захм, риносклерома, баъзи шикастланишлар, шунингдек, бурунни даволаш мақсадида ишлатилган ўювчи, кимёвий моддалар ёки гальванокаутер билан куйдиргандан сўнг ҳам кузатилиши мумкин. Шунини айтиб ўтиш керакки, синехиялар баъзан бурун бўшлиғида қилинган жарроҳликдан кейин ҳам ривожланиши мумкин.

Касаллик олдинги ва орқа риноскопия, шунингдек, бурун бўшлиғини зондлаш ёрдамида осонликча аниқланади.

Даволаш. Фақат жарроҳлик усули қўлланади, бунда скальпель ёки гальванокаутер ёрдамида битишмаларни кесиб, чандиқлар олиб ташланади, яра сатҳи бир-бирига қайтадан ёпишиб қолмаслиги учун у битгунча орасига резина, зар қоғоз ёки целлулоидлар қўйилади.

БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ ЎТКИР ТУМОВ

Ўткир тумов болаларда жуда оғир кечиб, катталарга нисбатан кўпроқ учрайди. Айниқса ёш болаларда яллиғланиш фақат бурун шиллиқ қаватида эмас, балки бурун-ютқиннинг шиллиқ қаватида ҳам ривожланади. Шунинг учун бу яллиғланиш *бурун-ҳалқум тумови (ринофарингит)* деб юритилади.

Катта ёшдаги болалардаги ўткир тумов. Касаллик келиб чиқишига кўпинча турли инфекциялар сабаб бўлади. Хасталик мустақил равишда ёки юқумли касалликнинг бошланиши сифатида учрайди. Шамоллаш натижасида организмга турли патоген микроблар таъсир кўрсатади. Ўткир тумов билан бирга кечадиган ўткир юқумли касалликларга биринчи навбатда грипп киради. Бунда юқори нафас йўллари (бурун бўшлиғи), аксарият касалликнинг асосий ёки бирламчи манбаи бўлади. Гриппдан ташқари қизамиқ, қизилча, бўғма касалликлари ҳам ўткир тумов ривожланишида катта ўрин тутаяди. Бурун-ҳалқумдаги муртак, бурун бўшлиғидаги чиганоқларнинг катталаниши, яширин кечадиган бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишлари ҳам хасталик келиб чиқишига туртки бўлади.

Белгилари. Хасталик бурун қуриши ва қизиши, аксириш, гавда ҳароратининг $37,2-37,5^{\circ}$ ва ундан юқорироқ кўтарилиши билан бошланади. Бемор тез-тез аксириб, бурни қичишади. Бир неча кундан сўнг бурундан кўп миқдорда суюқлик ажралади, ҳид билиш хусусияти пасайиб, манқаланиб гапиради, йўталади ва ухлаганда хуррак отади, лоҳас бўлиб, иштаҳаси бузилади, боши оғрийди. Олдинги риноскопия қилиб кўрилганда, бурун шиллиқ пардаси қизарган ва шишган бўлиб, бурун бўшлиғида кўп миқдорда сувдек тиниқ суюқлик аниқланади. Кейинчалик бурундан ажралаётган шиллиқ модда йирингли бўлади.

Агар яллиғланиш жараёни бурун ёндош бўшлиқларига тарқалса, унда ўша бўшлиқ атрофида ва қўз косасида оғриқ пайдо бўлади. Бурун битиши туфайли товуш ўзгаради. Бурун-ҳалқум шиллиқ пардаси яллиғланиши натижасида, эшитув найининг шиллиқ қавати ҳам шишади ва беркилиб қолиб, ноғора бўшлиғига ҳаво ўтмайди, лекин инфекция ўтиши мумкин. Оқибатда эшитиш пасайиб, ўрта қулоқнинг ўткир катари ёки йирингли отити ривожланиши мумкин. Бурундан оқаётган суюқлик бурун даҳлизи терисини шилади, у қизариб шишади ва ёриқлар пайдо бўлиб, оғриқ беради.

Даволаш. Ўткир тумов энди бошланиб келаётган даврда терлатадиган воситалар, иссиқ чой ва иситмани пасайтирадиган, бош оғригини қолдирадиган дорилар бериш лозим.

Бурунга нафас олишни яхшилайдиган адреналин ва нафтизин эритмалари томизилади ёки эритмада намланган пахта ёки дока қўйилади. Бундан ташқари називин, галазолин эритмасини томизиш ҳам яхши фойда беради. Сўнгра 2% ли протаргол ёки колларгол томизилади. Бурун даҳлизи терисини шилинишдан сақлаш учун ёки у шилинган бўлса, оксикорт ва бошқа мойли, малҳамли дорилар суртилади. Бундан ташқари, турли сульфаниламидлар кукуни аралашмасини бурун бўшлиғига 2–3 марта пуркаш ҳам мақсадга мувофиқдир.

ЭМАДИГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР ТУМОВ

Касалликни кўпинча аденовирус инфекцияси қўзғатади. Эмадиган боланинг ўткир тумов билан касалланиши ўта жиддий хавф туғдириши мумкин. Бола ҳаётининг дастлабки йилларида бурун бўшлиғи тор бўлади ва шу сабабли шиллиқ парданинг озгина бўлса ҳам шишиши буруннинг битиб қолишига сабаб бўлади. Хасталик безовталаниш, инжиқлик, яхши ухламаслик ва бошқа аломатлар билан кечиб, боланинг ориқлаб кетишига сабаб бўлади, чунки у яхши эма олмайди. Бундан ташқари, эмадиган болалар бурун-ҳалқумда йиғилган инфекция аралаш суюқликни ютиб юборадилар. Бу эса ўз навбатида меъда-ичак фаолиятининг бузилишига олиб келади. Баъзан яллиғланиш бурун шиллиқ пардасидан ҳалқум ва эшитув найи шиллиқ пардасига ўтади. Бунда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши кузатилади. Бундай ҳолат нафас йўллариининг пастки қисмларига (ҳиқилдоқ, кекирдак, бронх ва ўпкага) тарқалиб, ўпка яллиғланишини келтириб чиқариши мумкин.

Даволаш. Бурун даҳлизида ҳосил бўладиган қатқалоқлар мой ёки ишқор эритмаси билан юмшатилади, шундан сўнг бурун нам пахта ёки докча билан аста-секин шиллиқ ва қатқалоқлардан тозаланади.

Бола бемалол эмиши учун ҳар сафар эмизишдан олдин унинг бурнига адреналин ёки протаргол эритмаси томизилади, баъзан бурун бўшлиғини шиллиқ моддалардан тозалаш учун улар кичкина резина баллон билан сўриб олинади. Агар бу ёрдам бермаса, болага чой қошиқда овқат бериш лозим. 3–5 ёшгача бўлган болаларга кокаин ва ментол бериш мумкин эмас. Бурун бўшлиғи кириш қисмининг териси ва юқори лабга тоза вазелин, малҳамли дорилар суртилади.

Агар ўткир тумов одатдагидек кечса, антибиотиклар берилмайди, асоратлар белгиси аниқланган тақдирда антибиотикларни қўллаш зарур. Бундан ташқари, беморга терлатувчи ва чалғитувчи талбирлар қўлланади, болдирга горчичник қўйилади, оёқ тагини ультрабинафша нурлар билан нурлантирилади.

Тумовнинг олдини олиш. Юқори нафас йўллариининг ўткир яллиғланиш касалликларининг олдини олиш учун биринчи навбатда организмни чиниқтириш лозим. Бу ташқи муҳитнинг ўзгарувчан шароитларига организмнинг тезда мошлаша олиш хусусиятини яратиш демакдир. Ҳаво ёки қуёш ванналари қабул қилиш, ёзда ва қишда спортнинг хилма-хил турлари билан шугўлланиш, терини мунтазам равишда чиниқтириш зарур. Юқори нафас йўлларидаги хасталиклар (аденоидлар, бурун пастки чиганоқларининг катталаниши, бурун тўсиғининг қийшайиши ва ҳоказолар)ни йўқотиш лозим.

Эмизикли болаларни тўғри парвариш қилиш, яъни уларни организмни тез қизитмайдиган ва терлатмайдиган ҳолда кийинтириш керак.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ЎТКИР ТУМОВНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

БУРУН БЎҒМАСИ

Касаллик фақат бурун бўшлиғига эмас, балки бурун-ҳалқум, оғиз-ҳалқум, ҳиқилдоқ-ҳалқумга ва ҳиқилдоққа тарқалган бўлиши мумкин. Чақалоқларда кўпроқ тарқалмаган, чегараланган ҳолда учрайди. Гавда ҳарорати унчалик кўтарилмаган бўлиб, бурундан зардобга ўхшаш сероз, баъзан қонли йирингли ажралма оқиб туради (кўпинча бир томонлама бўлади) ва буруннинг кириш қисмида, юқори лаб терисида яллиғланиш, терининг ёрилиши кузатилади. Шу сабабли қаттиқ оғриқ бўлади, боланинг ранги оқаради, нафас олиши оғирлаша боради, иштаҳаси йўқолади.

Жағ ости ва бўйиндаги лимфа тугунлари катталашади. Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғида қатқалоқлар бўлиб, уларни кўчирганда тез қонаб кетадиган ярачалар кўринади. Баъзан буруннинг олдинги бўлимларида шиллиқ пардага қаттиқ ёпишган, аниқ билинадиган, кулранг пардани кўриш мумкин. Бу парда жуда қийинчилик билан кўчади, бунда қон кетиши ҳам мумкин.

Касалликни бурун бўшлиғи ёт жисмлари, захм, юқори жағ ва бурун суяклари чириши натижасида ривожланадиган оқма ярадан фарқлаш керак. Зардобга ўхшаш ажралманинг оқиши, бурунга кириш қисмида қатқалоқлар пайдо бўлиши, лабдаги ўзгаришлар ва бактериологик текширув натижалари бўғма касаллигини тасдиқлайди.

Даволаш. Бурун бўшлиғи бўғмаси аниқланса ёки унга шубҳа туғилса, беморга бўғмага қарши зардоб юборилади. Бурунга протаргол, колларгол каби дорилар томизилади, турли малҳам дорилар қўйилади.

Касалликнинг олдини олиш. Асосан бўғмага қарши эмланади. Беморни алоҳида хонага ётқизиш, унинг идиш-товоқларини, турар жойини тез-тез дезинфекция қилиб, туриш зарур. Уч марта олинган текширувдан сўнг бўғма таёқчалари топилмаган тақдирда, беморга боғча ёки мактабга бориш учун рухсат берилади.

ҚИЗАМИҚ

Гавдада тошмалар пайдо бўлишидан 2–3 кун олдин бурунда яллиғланиш белгилари кузатилиб, аксириш, гавда ҳароратининг кўтарилиши қайд этилади. Унинг гриппдан фарқи шундаки, бунда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар аста-секин ривожланади. Кўздан ёш оқиши, ёруғликдан кўрқиш, кўз шиллиқ пардасининг яллиғланиши (конъюнктивит), кўз қовоқларининг шишиб кетиши аниқланади. Айрим

ҳолларда бурундан қон кетиб, қулоқда оғриқ ва йўтал ҳам бўлиши мумкин. Танада тошма пайдо бўлгунга қадар, майда оқ доғчалар кўриниб, улар қизил рангли гардиш билан ўралган бўлади. Оғиз шиллиқ пардаси, иккинчи моляр тишлар қаршиси, шунингдек, юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллиқ қаватидаги тошмалар қизамиқни тасдиқлайди. Тошмалар оқарган сари бурундаги яллиғланиш белгилари йўқола боради.

Даволаш. Ўткир тумовни даволашдек олиб борилади.

ҚИЗИЛЧА

Хасталикда бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум яллиғланади. Бурундан йирингли ва шиллиқ қон аралаш ажралма келиб, нафас олиш бузилади, бурунга кириш қисми ҳам яллиғланган бўлади. Хасталик фақат шиллиқ қаватни эмас, балки бурун чиғаноқларининг суяк асосини ҳам қамраб олади. Кейинчалик шиллиқ қават атрофияга учраб, чандиқланади. Баъзан яллиғланиш юқори жағ бўшлиғига ҳам ўтиши мумкин. Турли антибиотикларни қўллаш туфайли қизилча касаллигининг оғир тури кам учрайди ва бурун бўшлиғидаги яллиғланишлар ҳам унчалик оғир кечмайди.

Беморни бир ҳафта давомида кучли антибиотиклар билан даволаш натижасида касалликни кўзгатувчи гемолитик стрептококклар йўқолиб боради. Бурунга протаргол, адреналин ёки антибиотик эритмалар томизиб турилади.

ГРИПП

Ўткир тумов грипп касаллигининг дастлабки белгиси бўлиб, тез бошланади, гавда ҳарорати 40° дан ошиб кетиб, бурундан кўп миқдорда ажралма оқиб туради. Олдинги риноскопияда шиллиқ қават шишганлиги кузатилади, айрим ҳолларда бурундан қон кетади. Агар яллиғланиш ҳалқум, ҳиқилдоқ, кекирдакка тез тарқалса, кўкйўталга ўхшаш йўтал пайдо бўлиб, беморнинг аҳволи оғирлашади, қаттиқ бош оғриғи, айрим ҳолларда менингит аломатлари аниқланади. Барча турдаги гриппларда галвирсимон бўшлиқ, юқори жағ ва пешона бўшлиқлари ҳамда ўрта қулоқда яллиғланиш бошланиши мумкин. Кўпинча ёш болаларда ҳиқилдоқ-кекирдак ва бронхлар яллиғланиши кузатилиб, нафас олиш бузилади. Агар бемор ўз вақтида даволанмаса, ўлим юз бериши мумкин.

Даволаш. Гриппдан ривожланадиган асоратларнинг олдини олиш учун антибиотиклар бериш лозим. Аввало бемор бошқа оила аъзоларидан ажратилган ҳолда, алоҳида хонада қимирламай ётиши шарт. Юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар, витаминларга бой овқатлар, витаминлар (В гуруҳ, аскорутин) берилади. Бурун бўшлиғидаги шиллиқлар резина баллон ёрдамида сўриб олинади, оксалин малҳами суртилиб, интерферон томизилади.

СУРУНКАЛИ ТУМОВ

Сурункали тумов кўпинча бурун шиллиқ пардасининг тез-тез ўткир яллиғланиши ёки шиллиқ пардага ҳар хил зарарли омилларнинг узоқ вақт таъсир этиши натижасида ривожланади. Бундай омилларга об-ҳавонинг тез-тез ўзгариши, узоқ вақт давомида турли заҳарли, чанг аралаш ҳаво билан нафас олиш (чанг, тутун, газлар, кимёвий моддалар) киради. Сурункали тумов ривожланишига бурун бўшлиғида маҳаллий қон айланишининг узоқ вақт ёки қайта-қайта бузилишига олиб келадиган барча омиллар сабаб бўлиши мумкин. Қон айланишининг бундай бузилиши натижасида шиллиқ пардада қизариш ва унда қон димланиб қолиши каби аломатлар қайд этилиши мумкин.

Сурункали тумов оддий, гипертрофик, атрофик ҳамда аллергик бўлади.

СУРУНКАЛИ ОДДИЙ (КАТАРАЛ) ТУМОВ

Бу хасталикда бемор асосан бурун орқали ёмон нафас олишидан, айрим ҳолларда бурнининг гоҳ бир, гоҳ иккинчи томони битиб қолишидан шикоят қилади. Бурун бўшлиғини текширганда, унинг шиллиқ қавати ҳамда бурун чиғаноқлари, айниқса пастки чиғаноқ қизаргани ва шишгани кўринади. Баъзан пастки бурун чиғаноғи бир оз катталашган, бурундан оқаётган ажралма суюқроқ бўлади, ҳид сезиш хусусияти бузилади ёки бутунлай йўқолиши мумкин. Пастки бурун чиғаноғи, айниқса унинг орқа қисмининг шишиб кетиши эшитув найини бутунлай ёпиб қўйиши ёки унда қон димланиши мумкин, бундай ҳолларда ўрта қулоқнинг сурункали катарни ривожланиб, эшитиш қобилияти ёмонлашади. Сурункали катарал тумов қиш фаслида кучаяди, ёзда эса камаяди.

Даволаш. Даставвал хасталикни пайдо қилган ёки унинг кечишига ёрдам бераётган сабаблар (аденоид, бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши)ни йўқотиш керак. Сурункали катарал тумовни даволаш учун кўпинча буруштирувчи ёки куйдирувчи воситалар (1–2% ли протаргол, 2% ли эфедрин) қўлланади.

Узоқ муддат томирни торайтирувчи дориларни қўллаш мумкин эмас. Чунки тез-тез томир кенгайиши ва торайиши натижасида пастки бурун чиғаноқларининг шиллиқ қавати катталашиб ўзгаради.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК ТУМОВ

Сурункали гипертрофик тумовда бурун чиғаноқлари (айниқса пасткиси) катталашади. Бунда бириктирувчи тўқима ўсиб кетади, тўқима қисмлари одатда бир текисда бутун шиллиқ парда бўйлаб ўсмай,

балки асосан ғовакли тўқима тўпланган жойларда, яъни пастки чиганоқнинг олдинги ёки орқасидаги ёки ўрта чиганоқнинг олдинги учида ўсади.

Бемор бурундан нафас олишга қийналади, айрим ҳолларда бутунлай нафас ололмайди. Бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, бурундан қуюқ ажралмалар чиқиши, баъзан бу ажралмаларнинг бурун-ҳалқумга оқиб тушиши, ҳид билишнинг бузилиши кузатилади. Пастки чиганоқ олдинги қисмининг катталашиви сабабли кўз ёши йўлини беркитиб қўйиши натижасида кўз ёшланиши мумкин.

Олдинги риноскопияда пастки чиганоқларнинг бутунлай катталашиб, бурун тўсиғига ёпишиб турганлиги кўринади. Бурун бўшлиғида кўп миқдорда қуюқ шиллиқ моддалар бўлиб, шиллиқ қават оч қизил, кулранг қизил, тўқ қизил ёки кўкимтир қизил бўлиб кўринади. Чиганоқ гипертрофиялашган қисмларининг юзи ғадир-будур, бўлак-бўлак ёки дона-дона кўринишда қалинлашган бўлади. Чиганоқнинг гипертрофиялашган орқа учи, баъзан бурун-ҳалқум (хоана) орқали ўсма сингари кўриниб туради. Бунда эшитиш қобилияти ҳам бузилиши мумкин (63—64- расм).

Сурункали гипертрофик тумов узоқ вақтгача турғун ҳолатда кечади. Шунинг учун унга томирни торайтирувчи дорилар суртилганда ҳам шиллиқ қават озгина ёки бутунлай кичраймайди (қисқармайди).

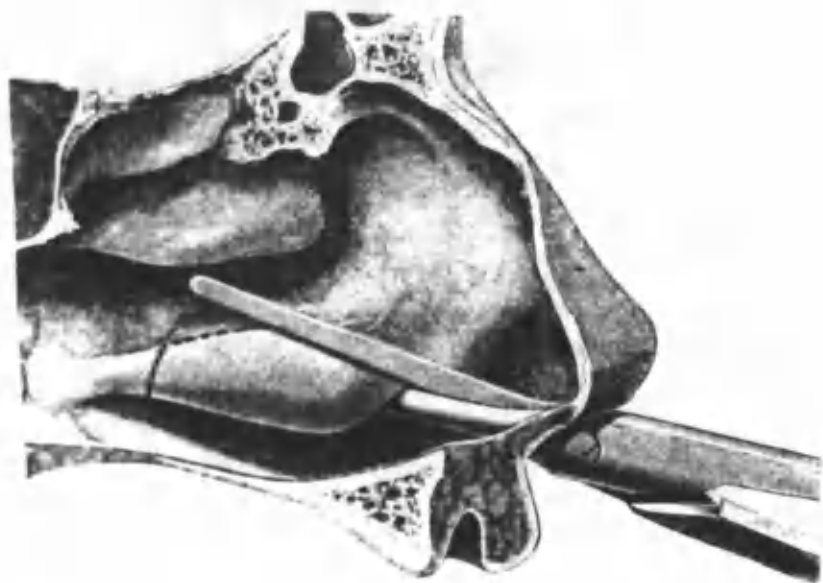
Даволаш. Биринчи галда сурункали гипертрофик тумовга сабаб бўлган омиллар (аденоидин, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари)ни йўқотиш, сўнгра маҳаллий даволашни бошлаш лозим. Маҳаллий даволаш консерватив ҳамда жарроҳлик усулида олиб борилади. Айрим ҳолларда, пастки бурун чиганоқларининг шиллиқ қаватини учлор сирка кислота ёки кумуш нитрат (ляпис) ёки хромли кислоталар билан куйдириш мумкин.

Бундан ташқари, пастки чиганоқнинг катталашган қисми гальванкаутер асбоби ёрдамида куйдирилади.

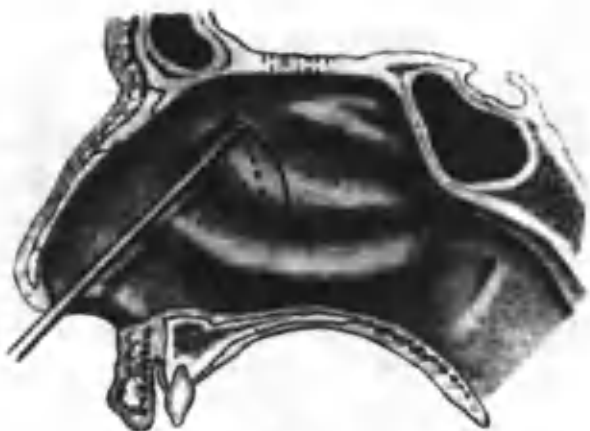
Юқорида айтиб ўтилган даво усули бурун шиллиқ қавати бутунлигини бузади, натижада нозик ҳилпилловчи эпителий тўқимаси дағал чандиқ тўқимага айланади. Шунинг учун кўпинча шиллиқ ости гальванокаустикаси кўп қўлланади. Даволашнинг бу тури айниқса чегараланган гипертрофияда яхши натижалар беради. Бунинг учун бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига 2 % ли лидокаин ва 0,1% ли адреналин эритмаси аралашмаси суртилади, сўнгра 5 мл 0,25—0,5% ли новокаин

эритмаси шиллиқ парда остига юборилади ва (шиллиқ парда тагидан) гальванокаутер ёрдамида қуйдирилади.

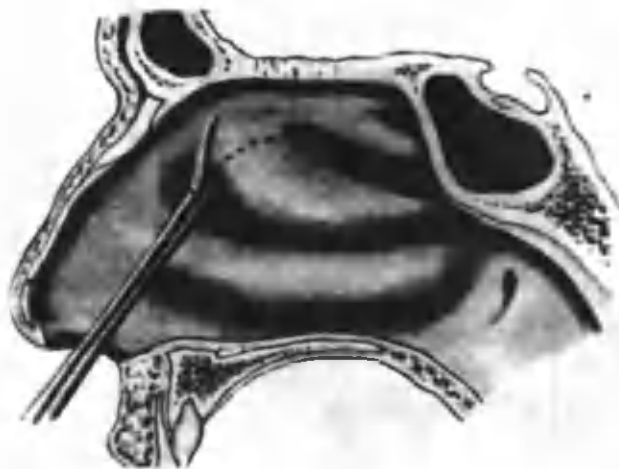
Кейинги йилларда гальванокаустика ўрнига музлатиш (-196° суюқ азот), яъни крио усулида даволаш яхши натижалар бермоқда. Бу усул ўзининг оддийлиги ва оғриқсизлиги билан гальванокаустикадан фарқ қилади. Шунингдек, бунда дағал чандиқлар пайдо бўлмайди. Гипертрофияга учраган бурун чиғаноғи махсус қайчи ёрдамида кесиб олиб ташланади. Бу *конхотомия деб* юритилади. Агар бурун чиғаноғининг орқа қисми катталашган бўлса, уни симли ҳалқа асбоб ёрдамида кесиб олиб ташланади. Пастки бурун чиғаноғининг шиллиқ қаватини сақлаб қолиш учун юқорида кўрсатилиб ўтилган конхотомия шиллиқ парда остидан қилинади. Бунинг учун бурунга 2 % ли лидокаин эритмаси суртилиб, сўнгра 0,5% ли новокаин эритмаси юборилади ва скальпель ёрдамида шиллиқ парда ёй шаклида суягигача кесилади. Шиллиқ парда ва суяк ости қатлами юқори ва пастга қаратиб суяк қисмидан ажратилади, сўнгра суяк қисми олиб ташланади. Шундан сўнг суяк усти қавати, шиллиқ парда қайтадан ўз ўрнига қўйилади ва олдинги тампонада қилинади (65, 66, 67-а,б расмлар).



65-расм. Катталашган бурун чиғаноғини махсус қайчи билан кесиб олиш.



66-расм. Ўрта чиғаноқнинг конхотом асбоби билан олдинги қисмини ажратиш.



67-расм. Чиғаноқнинг олдинги қисмини симли ҳалқасимон асбоб билан олиш.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ТУМОВ

Бу хил тумовда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати қуриб, унинг ниҳоятда юпқалашиши, шиллиқ безлар миқдорининг камайиши ёки йўқолиши кузатилади. Бошқача сўз билан айтганда, бурун шиллиқ қаватида дистрофик ўзгаришлар (тўқима ва аъзоларда моддалар алмашинувининг бузилиши ёки йўқолиши) юз беради. Сурункали атрофик тумов ташқи муҳитнинг баъзи омиллари (чанг, кимёвий моддалар, тамаки ва б.) таъсирида ривожланиши мумкин. Хасталик, кўпинча иқлими иссиқ ва қуруқ бўлган мамлакатларда яшовчи одамларда кўп учраб туради. Баъзан

касаллик ривожланишида организмда турли витаминлар етишмаслиги ҳам катта ўрин тутади.

Баъзи тадқиқотчилар, атрофик ринит билан оғриган беморларда бурун шиллигида, сўлак ҳамда қон зардобиди йод, темир моддаси ва лизоцим камайиб кетишини аниқлаганлар. Улар йод ва темир микроэлементлари алмашинувининг бузилиши атрофик ринит ривожланишида муҳим ўрин тутади, деб таъкидлайдилар.

Касаллик белгилари. Бемор бурнининг қуриши, қатқалоқлар пайдо бўлиши, бош оғриғи (пешона қисмида), ҳид сезишнинг пасайиши ёки бутунлай йўқолиши, баъзан бурнидан қон кетишидан шикоят қилади. Бурун тўсиғи тоғай устки қисмининг жароҳатланиши ва яра пайдо бўлиши натижасида тешилиши мумкин. Бурун бўшлиғида кўп миқдорда қатқалоқлар бўлганлиги сабабли нафас олиш қийинлашади. Атрофик тумов бурун бўшлиғидан бурун-ютқинга ҳам ўтиши мумкин.

Касалликни аниқлаш. Бунда бемор шикояти ва риноскопик текширишга асосланилади. Касаллик оқибатининг нима билан тугагини олдиндан айтиш қийин, лекин даволаш йўли билан унинг аломатларини йўқотиш ёки камайтириш мумкин. Аммо шиллиқ парда фаолиятини, шунингдек, ҳид сезиш қобилиятини тўла тиклаш қийин масалалардан биридир.

Даволаш. Кичик ёшдаги болаларга бурунни қовлаш зарарлигини ва қон кетиши мумкинлигини тушунтириш керак. Бурун шиллиқ қаватини юмшатадиган ёғлар: сариеғ, ёғ, зайтун ёғи, вазелин ва бошқалар қўлланади. Бундан ташқари, балиқ мойига шимдирилган пахта қўйиш, бурун бўшлиғига 1% ли йод-глицерин эритмасини суртиш мумкин (бу эритма шиллиқ қаватдаги безларнинг суюқлик ишлаб чиқариш хусусиятини кучайтиради). Шунингдек ёғли-иншорли буғлатиш (ингаляция), ишқорли эритмалар билан ғар-ғара қилиш лозим. Шўр, нордон, аччиқ нарсаларни истеъмол қилмаслик, кўпроқ витаминларга бой сутли ва мойли овқатларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқдир.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК САССИҚ ТУМОВ (ОЗЕНА)

Болаларда катталарга нисбатан кам учрайди. Бурундаги қатқалоқлар чирий бошлаши натижасида, бурундан бадбўй сассиқ ҳид келади. Хасталикда нафақат шиллиқ қават, балки буруннинг суяк қисми ҳам жароҳатланади. Бу касаллик кўпинча қиз болаларда кўп кузатилади. Хасталикнинг келиб чиқиши (этиологияси) ва ривожланиши (патогенези) тўғрисида ҳалигача аниқ маълумотлар йўқ. Лекин турли фикрлар, назариялар бор, улар ҳам тўлиқ эмас. Баъзи олимлар бу касалликнинг юқумли эмаслигини уқтириб, касаллик ривожланишида турли ташқи ва ички омилларнинг таъсири кучли эканлигига тўхталиб ўтадилар. Бу бурун шиллиқ қавати ва суягини атрофияга учратиб, уни

қуритади ва уларга турли инфекциялар тушиши натижасида яллиғланиш кузатилади. Генетик ёки ирсий назарияларнинг ҳам ушбу касалликни ривожланишидаги роли кўрсатилган.

Баъзи олимлар ушбу хасталик билан оғриган беморлардан клебсиелла (микроб)ни ажратиб олганлар ва хасталик ривожланишида у асосий ўринни эгаллайди, деб фикр юритадилар. Бундан ташқари, аҳолининг яшаш шароити, турмуш тарзи, турар жойидаги иқлим ҳам катта ўрин тутаяди.

Беморнинг шикоят, худди сурункали атрофик тумовга ўхшаш бўлади, лекин бемор бурнидан сассиқ, қўланса ҳид келишини сезмайди, чунки унинг ҳид билиш қобилияти бутунлай йўқолган бўлади (ҳидлаш рецепторларининг дегенератив ўзгариши сабабли). Бурундан келадиган қўланса ҳидни фақат бемор атрофидаги одамлар сезади, шунинг учун соғлом кишилар беморга яқинлаша олмайдилар.

Беморларда бурун бўшлиғи ҳаддан ташқари кенг бўлиб (атрофия ҳисобига), ўтаётган ҳаво тартибсиз ҳолда йўналади ва бундан ташқари, бурун бўшлиғини тўлдириб турган қатқалоқлар ҳам ҳаво ўтишига тўсқинлик қилади. Шу сабабли улар бурундан нафас олишга қийналадилар. Хасталикда буруннинг қурашувчанлик, ҳид сезиш, шиллик моддаларни ишлаб чиқариш ва резонаторлик фаолияти бузилади. Бемор руҳан тушкунликка тушиб, атрофдаги одамлардан узоқроқда бўлишга ҳаракат қилади.

Касалликни аниқлашда бемор шикояти, риноскопиядан олинган маълумотлар, бурундан келадиган қўланса ҳид катта ўрин эгаллайди (68-расм).

Даволаш йўллари жуда кўп бўлиб, шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда олиб борилади. Беморга аутогемотерапия (мушакка), протеинлар, вакциналар, алоэ, кокарбоксилаза ва бошқалар буюрилади.

К л е б с и е л л а микробига қарши маҳаллий турли антибиотиклар (стрептомицин, гентамицин) малҳам ҳолда бериледи, уларни бурунга пуркаш ҳам мумкин. Бундан ташқари, стрептомицинни маҳаллий ва умумий қўлласа бўлади. Юқорида қўлланилган талбирлар яхши натижа бериб, бурундан ҳид келиши камаяди, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади, бурун бўшлиғида қатқалоқлар камроқ йиғилади.

Бурундаги қатқалоқларни юмшатиш, уларни кўчириш ва шиллик қават безларининг ишлаш қобилиятини тиклаш, маҳаллий даволашни ўтказиш шарт. Бурунга тоза ўсимлик мойи томизилади ёки пахтага шимдириб бурун бўшлиғига қўйилади, 1% ли йод-глицерин эритмасини суртиб, ишқорли эритмалар томизилади. Шундан сўнг, бурун бўшлиғига турли мойли қоришмалар қўйилиб, ишқор ёки мойли (ёғли) ингаляция (буғлаш), диатермия, ионофарез қилиш ҳам мақсадга мувофиқдир.

Озена хасталигида жарроҳлик усули ҳам қўлланади (10 ёшдан ошган болаларда). Бундан мақсад, кенгайган бурун бўшлиғи ён деворини суяқдан

ажратиб, унинг оралиғига трансплантатлар (тоғай ва бошқа нарсалар) қўйишдир. Буларни бурун тўсиғининг шиллиқ қаватини икки томондан ажратиб, уларнинг оралиғига ҳам қўйиш мумкин. Натижада бурун бўшлиғи торайиб, ҳаво ўтиши яхшиланади, бундан ташқари, бурун бўшлиғида қон айланиши қисман яхшиланади.

ВАЗОМОТОР ТУМОВ

Вазомотор тумов баъзан *невроген тумов* деб юритилади. Қон томирлар деворидаги силлиқ мушакларнинг мотор (ҳаракатланиши) иннервациясини юзага чиқарувчи вегетатив нерв системаси толалари *вазомотор* деб аталади. Бу тур тумов катта ёшдаги болаларда кўп учрайди. У организм таъсирчанлиги ўзгарганлиги туфайли келиб чиқиши мумкин. Бунга ташқи ва ички омиллар (ҳаво ҳаракати, босимнинг ўзгариши, кимёвий моддаларнинг таъсири, қўрқиш, ҳаяжонланиш ва б.) сабаб бўлади. Бундан ташқари, вазомотор тумов кўпинча нерв системаси ортиқ даражада сезувчан ва таъсирга берилувчан кишиларда (асаби бузилган) ҳам кўп кузатилади. Бемор ҳатто озгина совуқ қотса, шунингдек унинг марказий ёки периферик нерв аппарати бирор сабаб туфайли таъсирланса, унда тўсатдан ўткир тумов хуружи боиланиши мумкин. Баъзан бу тумов қандай тез бошланган бўлса, шундай тез ўтиб кетади.

Демак, юқорида айтиб ўтилган белгилар бўйича вазомотор тумов аллергия ва нейровегетатив турда кечиши мумкин. Бу икки тур тумовнинг келиб чиқиши, ривожланиши турлича бўлади. Болаларда вазомотор тумовнинг аллергия тури кўпроқ учрайди.

АЛЛЕРГИК ТУМОВ

Болаларда юқори нафас йўлининг аллергия касалликлари кўпроқ учрайди. Бурундаги ўзгаришлар, унинг ёндош бўшлиқларининг аллергия ҳолати ҳам тумовнинг ривожланишига сабаб бўлади. Бу тумов кўпинча баҳорда авж олади, чунки бу пайтда турли ўсимлик ва дарахтларнинг уйғониш ва гуллаш даври бошланади. Агар инсон шулар билан бевосита тўқнашса, тумов ривожланади. Бундан ташқари, у турли аллергиялар (чанг, жун, уй буюмлари, уй ҳайвонлари, турли овқат турлари, дорилар ва б.) билан ишласа ёки уларнинг таъсири остида бўлса ҳам аллергия тумов келиб чиқади.

Бурун бўшлиғидаги баъзи касалликлар буруннинг нерв толчаларини қитиқлаши натижасида нейро-вегетатив тумов ривожланиши мумкин.

Аломатлари. Кўпинча хасталик худди гипертрофик тумовга ўхшаб кечади. Бурундан кўп миқдорда сувга ўхшаш ажралма келиб, бурун бекилади, нафас олиш қийинланади ва бемор бир неча бор аксиради.

Олдинги риноскопия қилиб қўрилганда пастки бурун чиғаноқлари катталаниб шишиб, кўкимтир ёки оқиш рангда бўлади. Бурун бўшлиғи

сувга ўхшаш суюқлик билан тўлиб туради. Бу хил тумов йил давомида дам авж олиб, дам пасайиб туради. Беморларда кейинчалик бош оғриғи, бурун қичиши, вақт-вақти билан бурун битиши кузатилади.

Хасталикнинг бирданига бошланиши, аксириш, бурун битиши, бурундан сувга ўхшаш суюқлик келиши — хасталик хуружи даврида беморнинг кўзи, юз териси қизариб, кўзидан ёш оқиши мумкин.

Баъзан сурункали аллергия тумовли беморларда бурун бўшлиғида ўсмалар (полиплар)ни аниқлаш мумкин, улар ёндош бўшлиқлардан ўсиб чиқади. Бурундан ажралиб чиққан шиллиқ моддани текширганда унинг таркибида кўпинча эозинофиллар аниқланади. Нафас олиш бузилиши натижасида беморларда кислород етишмай, уларнинг аҳволи ёмонлашиши мумкин.

Юқори ва пастки нафас йўллари шиллиқ қаватлари, уларнинг қон ва нерв билан таъминланиши ўзаро анатомо-физиологик жиҳатдан узвий боғлиқлиги сабабли, аллергия ринитдаги патологик жараён секин-аста пастки нафас йўлларига ўтиб, нафас қисилиши (астма) га олиб келиши мумкин.

Касалликни аниқлаш. Бунда беморнинг касаллик тарихи катта аҳамиятга эга. Аллергия ҳолатта тааллуқли ижобий далиллар (қонда ва бурун шиллиқ ажралмасида эозинофиллар бўлиши, турли аллергияларни юбориш натижалари ва б.) ҳам катта аҳамият касб этади.

Айниқса аксириш, буруннинг битиши ва кўп миқдорда сувга ўхшаш суюқлик оқиб туриши касалликни аниқлашда катта ўрин тутди. Бунда олдинги риноскопиядан олинган маълумотлар, рентген натижалари ҳам ҳисобга олинади. Вазомотор тумовни оддий ўткир ва сурункали тумовдан ажрата билиш керак. Сурункали гипертрофик тумовда бурун шиллиқ қаватининг шишган ерига адреналин ёки нафтизин эритмасини суртганда у қисқармайди, вазомотор тумовда эса тез қисқаради.

Даволаш. Аллергияларга қарши дорилар (димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин, кетотифен ва б.) тавсия этилади. Сўнгги йилларда қўйидаги дорилар: кларитин, зиртек (цетиризаи), гисманол, аналерген яхши самара бермоқда. Гистаминга қарши дориларни азрозол ҳолда қўллаш касаллик симптомларини тезда бартараф этишда ёрдам бермоқда.

Бурундан нафас олишни яхшилаш учун томир торайтирувчи дориларни (нафтизин, санорин, отривин, тизин, називин ва б.) ни 2—3 ҳафтагача қўллаш мумкин.

Беморда бирорта инфекция ўчоғи (аденоидлар, сурункали тонзиллит, кариесли тишлар, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, бурун тўсиғининг қийшайиши ва ҳоказолар) бўлса, албатта уни бартараф этиш лозим.

Марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштириш, организмни чиниқтириш зарур.

Бурун шиллиқ қаватига 2–3% ли лидокаин эритмасидан суртилади ёки томизилади. 0,2 – 0,5 мл спленинин ёки дицинонни бурун пастки чиғаноғининг олдинги қисмига, шиллиқ қаватга юборилади (ҳаммаси бўлиб 6–7 марта, ҳар 2–3 кунда). Натижада бурундан суюқлик оқиши камаяди, нафас олиш яхшиланади. Бундан ташқари, бу дори бурун бўшлиғидаги қон томир деворини мустаҳкамлайди (зичлаштиради), яъни деворнинг ўтказувчанлик хусусиятини йўқотади ёки камайтиради. Уни мушак орасига ҳам юборса бўлади. Спленин малҳамини фонофорез усулида қўллаш мумкин.

Гормонли дориларни эҳтиётлик билан ишлатиш керак, қўпинча гидрокортизон фонофорез йўли билан ишлатилади. Бундан ташқари, гидрокортизон ацетат (суспензияси)ни бурун пастки чиғаноғининг олдинги қисми шиллиқ қаватига юборилади (0,5 мл, ҳаммаси бўлиб 10 марта 2–3 кун оралиғида). Шулар билан бир қаторда димедрол (0,05 г), гидрокортизон аралашмаси аэрозол йўли билан бурун бўшлиғига юборилади.

Бурунни ультрабинафша, лазер билан нурлатиш ҳам яхши натижалар беради. Бурун шиллиқ қавати остига гистаглобулин юбориш ҳам мақсадга мувофиқдир.

Бурун бўшлиғидаги қон томирлар ўтказувчанлигини камайтириш учун аминоксапрон кислотани қўллаш ижобий натижа беради (1 ош қошиқдан кунига 3 марта, 20 кун давомида). Бундан ташқари гистаминга қарши турли дорилар (димедрол, диазолин, супрастин, дипразин, кетотифен) бериш ҳам мумкин. Бу дорилар бемор қонидаги гистамин таркибини камайтиради.

Нейровегетатив вазомотор тумовда 0,1% ли атропин эритмаси 8 томчидан 2 марта ичирилади (10–15 кун давомида). Бурун шиллиқ қаватига 2% ли 1 мл новокаин, 5% ли 1 мл тиамин бромид, 0,5 мл гидрокортизон аралашмасини юбориш мумкин. Юқоридаги барча тадбирларни қўллаганда ҳам баъзи беморларда кутилган ижобий натижалар кузатилмаслиги мумкин. Баъзан бундай беморларга игна санчиш яхши натижа беради. Кейинги йилларда асалари (опизатрон) ёки илон заҳари ҳам яхши ёрдам бермоқда. Консерватив даволаш усуллари ёрдам бермаса, жарроҳлик усулини қўллаш мумкин (катталашган пастки чиғаноқларни қирқиш – конхотомия, куйдириш – гальванокаустика).

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ (СИНУИТЛАР)

Кичик ёшдаги болаларда синуитларнинг ўзига хос томонлари бор. Бу ёшда бўшлиқларнинг тўла ривожланмаганлиги сабабли болаларда касалликка қарши курашиш қobiliяти ўзгачадир. Синуитлар белгиларсиз

кечиши ҳам мумкин. Жуда ёш болаларда, кўпинча жағ бўшлиғи остеомиелити (суяклар шикастланиши, чириши) ва галвирсимон бўшлиқ олдинги катакларининг яллиғланиши кузатилади. Ўткир синуситларда, кўпинча икки томонлама яллиғланиш қайд этилади.

Бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишида ўткир юқумли касалликлар (қизамиқ, қизилча, грипп ва б.) катта ўрин эгаллайди. Бундан ташқари, юқори нафас йўллари касалликлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бурун-ҳалқумдаги III муртакнинг катталаниши (аденоид) бурун бўшлиғида турғунлик ҳолатига олиб келади ва ўсимталар ривожланишига имкон туғдиради. Юқори жағ бўшлиғи юқори жағнинг касалланган тишлари сабабли ҳам ўткир яллиғланиши мумкин.

Кўпинча бу жараёнга юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқ шиллик қаватининг алергик ҳолати таъсир этади. Кўпчилик болаларда бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланганда гавда ҳарорати кўтарилиб, дармонсизланиш, бўшашиш, иштаҳа ёмонлашиши, уйқу бузилиши қайд этилади. Кейинчалик бурундан нафас олиш қийинлашади ва йиринг оқади. Баъзан бурун шиллик қаватининг шиши зўрайиши натижасида бурундан йиринг оқмаслиги ҳам мумкин. Бундай ҳолларда кўз қовоқлари атрофидаги юмшоқ тўқималар шишади. Олдинги риноскопия қилинганда бурун шиллик қавати қизаргани, шишгани ва унда шиллик, шиллиқли-йирингли ажралмани кўриш мумкин. Бурундан нафас олиш қийинлашади. Рентген қилиб кўрилганда, яллиғланган бурун ёндош бўшлиқлари тиниқлигининг пасайгани аниқланади. 2—3 яшар болаларда кўпинча сурункали синусит юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқда бирга кузатилиши ҳам мумкин. Болалар сурункали тумовдан шикоят қиладилар. Узоқ муддатга чўзилган алергик ринит ҳам йирингли ёки полипли синуситлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Олдинги риноскопияда, баъзиларда бурун бўшлиғида шиллик йиринг, бошқаларда қатқалоқ, баъзиларда шиллик парда шишганлиги ёки бурун чиғаноқлари катталашганлиги аниқланади. Синусит, асосан, консерватив усулда даволанади. Турли антибиотиклар, сульфаниламидлар буюрилади, бурунга 0,05% ли нафтизин ва 0,1% ли адреналин аралашмалари томизилади. Бурундаги шиллик ва йирингли ажралмалар жойини ўзгартириш усулида чиқарилади.

Жойини ўзгартириш усули. Дастлаб 0,05% ли нафтизин ва 0,1% адреналин аралашмаси билан бурун бўшлиғи намланади, сўнгра бола бошини орқага қилиб ётқизилади (90° да). Шу тарзда битта бурун тешиги найсимон резина кийгизилган олива билан беркитилади, резинанинг бир учи электр сўриб олувчи асбоб (электроатсос)га уланган бўлади. Шприц ёрдамида бошқа бурун тешигидан бурун бўшлиғига илиқ фурациллин 1: 5000 нисбатда юборилади, шунда электр сўриб олувчи асбоб ишлатилади. Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари аста салбий босим остида ювилади.

Ҳар бир бурун бўшлиғига 40–60 мл дан эритма қўйилади. Кейинчалик бола бошини 45° га айлантириб (касал томонга қаратиб), шу томонга 3–5 мл эритма қўйилади. Бармоқ билан битта бурун йўлини беркитиб, бошқасига оливани қўйган ҳолда электр сўриб олувчи асбоб ишлатилади. Бола йиғлаганда ва бир томонлама бурунни беркитганда бурун ёндош бўшлиқларида салбий босим бўлади. Оливани тез тортиб олганда ва иккинчи бурун йўлини очгандаёқ бурун ёндош бўшлиқларидаги босим тенглашади ва у ерга дорилар тушиши енгиллашади. Бундай усулда ҳар куни 6–10 мартагача даволаш мумкин. Даволашдан сўнг бемор 1–1,5 соатгача бурнини қоқиши мумкин эмас.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши кўпинча ўткир тумов, грипп, қизамиқ, қизилча ва бошқа юқумли касалликлар пайтида ҳамда бу бўшлиқ шикастланиши натижасида келиб чиқади. Хасталик енгил кечганда бемор шу бўшлиқ атрофида бир оз оғриқ борлиги, тери ва юмшоқ тўқималар таранглашганлиги, бурун бир томонлама битиб қолишидан шикоят қилади.

Хасталик оғир кечганда пешона ва ёноқ суяги ҳамда улар атрофида оғриқ зўрайиб, бунга тиш оғриғи ҳам қўшилади. Касал томондаги лунж шишиб кетиб, қаттиқ оғрийди, гавда ҳарорати кўтарилади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади.

Олдинги риноскопияда бурун ўрта йўли шиллиқ пардаси қизарганлиги, бир оз шишганлиги, шиллиқ суюқлик кўпайганлиги ва баъзан ўрта чиганоқ остидан йиринг оқиши кузатилади. Юқорида кўрсатилган ўзгаришлар фақат юқори жағ ва пешона бўшлиқлари зарарланишига эмас, балки ғалвирсимон лабиринт (бўшлиқ) катакчаларининг касаллигига ҳам хос бўлиши мумкин. Шу сабабли қайси бўшлиқ зарарланганини аниқ билиш учун уни рентгенга тушириш керак.

Касалланган бўшлиқда хираланиш аниқланади, сўнгра игна санчиб кўрилади.

Даволаш. Бемор оғир аҳволда бўлса, ўринда қимирламай ётиши ёки ЛОР бўлимига ётқизиши керак. Гавда ҳароратини туширадиган дори-дармонлар бериш, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шисини камайтириш, бўшлиқдан келадиган суюқлик чиқишини осонлаштириш учун бурунга 0,05–1% ли нафтизин, 0,1% ли адреналин эритмаси аралашмасини пахта ёки докага шимдириб қўйиш лозим.

Физиотерапевтик омиллардан: кўк лампа билан иситиш, соллюкс лампасида ёритиш, ультрабинафша, лазер нурлари билан нурлантириш яхши натижалар беради. Бундан ташқари, юқори жағ бўшлиғини игна

билан тешиб турли дорилар эритмаси билан ювиш, сўнгра у ерга антибиотик эритма юбориш мақсадга мувофиқдир.

Юқори жағ бўшлиғининг ўткир йирингли яллиғланишида «ЯМИК» синус катетери орқали бурун бўшлиғида манфий босимни ҳосил қилиш, бўшлиқдан ажралмаларни сўриб олиш ва турли дориларни юбориш беморларни даволашда муҳим ўрин тутмоқда.

Юқоридагилар билан бир қаторда, боланинг иммун қувватини кўтариш мақсадида иммуномодулин, бронхомунал ҳамда тималин дори воситалари тавсия этилади.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши, одатда, тўла тuzалмаган ўткир яллиғланишдан сўнг кузатилади. Бироқ, сурункали яллиғланиш ҳамма вақт ўткир яллиғланишнинг давоми бўлавермайди. У бурун бўшлиғи ёки кўпинча галвирсимон лабиринт сингари бошқа ёндош бўшлиқларнинг сурункали яллиғланиши сабабли ҳам ривожланади. Шунингдек, юқори жағ тиш илдизининг яллиғланиши, чириши ҳам сурункали яллиғланиш ривожланишига сабаб бўлади.

Аломатлари. Бемор бурнининг бир томони битиб қолиши, йиринг аралаш суюқлик оқиши, бон оғриғи ва ақлий меҳнат қилганда тез чарчашидан шикоят қилади. Аксари ҳолларда ҳид сезиш қобилияти пасаяди. Баъзан бемор бурнидан сассиқ ҳид келаётганидан ҳам шикоят қилади.

Олдинги риноскопияда, буруннинг ўрта йўлида шиллиқ парда шишиб, яллиғлангани аниқланади, баъзан полиплар (ўсимта), йиринг бўлади. Бурундаги йиринг тозалангандан сўнг, ўша жойда яна йиринг йиғилиб қолади (69-расм).

Касалликни аниқлашда бемор шикояти, пайпаслаб кўриш, риноскопия, рентген натижалари катта аҳамиятга эга. Юқори жағ бўшлиғини игна санчиб кўриш ва ювиш каби қўшимча текшириш усуллари қўлланади.

Сурункали йирингли гайморит ривожланишида ёки унинг турли асоратларида патоген микроблардан анаэроблар ёки анаэроб-аэроб симбиозлари бўлиши муҳим ўрин тутди. Бундан ташқари, кўпчилик беморларда иккиламчи иммун заифлиги ҳам қайд қилинади.

Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши қуйидаги хилларга бўлинади:

1. Сурункали катарал гайморит;
2. Сурункали йирингли гайморит;
3. Сурункали аллергик гайморит;
4. Сурункали йирингли-полипли гайморит;

5. Сурункали полипли гайморит;
6. Сурункали кистали гайморит;
7. Сурункали холестеатомали гайморит;
8. Сурункали одонтоген (юқори жағдаги кариесли тишлардан ривожланадиган) гайморит.

Даволаш. Консерватив ва жарроҳлик усулида олиб борилади. Консерватив усулдан бири юқори жағ бўшлиғи Куликовск игнасини санчиб (пастки бурун йўлидан) токи суюқлик тиниқ бўлмагунча турли эритмалар билан ювилади, кейин у ерга турли антибиотик эритмалари юборилади. Ёш болаларда юқори жағ бўшлиғи бирмунча юқорида бўлади, шунини доимо эсда тутиш керак. Баъзан игна санчганда турли асоратлар келиб чиқиши мумкин [игна кўз соққасини шикастлантириши, бемор ҳушдан кетиб қолиш, кўп қон кетиши, юқори жағ бўшлиғининг олдинги деворида ҳаво йиғилиши (эмфизема), қон томирига ҳаво тушиши (эмболия) ва б.].

Кўпинча сурункали йирингли гайморит жарроҳлик йўли билан даволанади. Бундан мақсад, бўшлиқдаги ўсмалар (полиплар, грануляциялар)ни олиб ташлаш ва бўшлиқ билан бурунни бир-бирига туташтиришдир. Жарроҳликдан олдин беморларга седуксен ва бошиқа асабни тинчлантирувчи дорилар буюрилади. Жарроҳлик маҳаллий оғриқни қолдирувчи дориларни қўллашдан кейин бошланади (0,5–1% ли новокаин эритмаси билан). Шундан сўнг юқори лабнинг ич томонидан лунж шиллиқ пардаси кесилади, кейин юмшоқ тўқималар суяқдан ажратилиб, юқорига суриб қўйилади ва юқори жағ бўшлиғи олд деворининг суяк қисми очилади, сўнгра искана ёрдамида олдинги девор тешилади. Бўшлиқ юқори жағнинг ёноқ ўсиғи бошланадиган жойидан очилади. Чунки шу ердан ўйилса, бўшлиқ қанчалик кичик бўлса ҳам уни адашмасдан топиш мумкин. Ҳосил қилинган тешик орқали бўшлиқ бутун патологик ўзгаришлардан тозаланади (70, 71- расмлар).

Зарарланмаган шиллиқ пардага тегилмайди. Бурун бўшлиғига йўл очиш учун буруннинг пастки йўлига қараб турган суяк юқори жағ бўшлиғи томонидан озгина ўйиб олинади, шиллиқ қават олиб ташланади ёки озгина қирқиб, Гаймор бўшлиғининг пастки қисмига ётқизиб қўйилади. Жарроҳликдан сўнг юқори лабдаги яра тикилади. Сўнгра лунждаги шишни камайтириш мақсадида унга музли резина халта (грелка) қўйилади. Бемор 3–4 кун давомида бурнини қаттиқ қоқиши мумкин эмас, чунки лунж шишиб кетиши мумкин. Унга юмшоқ, суюқ, илиқ овқат истеъмол қилиш буюрилади.

Юқори жағ бўшлиғини бурун бўшлиғи томонидан очиш. Бунинг учун болаларга умумий ёки маҳаллий оғриқни қолдирувчи дорилар қилинади.

Юқори жағ бўшлиғи пастки ёки ўрта бурун йўлидан, кўпроқ пастки йўлдан очилади. Агар буруннинг пастки чиғаноғи халақит берса, у қисман

қирқиб олиб ташланади ёки уни бир оз синдириб юқорига кўтариб қўйилади.

Юқори жағ бўшлиғини очиш учун турли асбоблар ишлатилади. Сўнгра тешилган тешик теvaraги кенгайтирилади ва эгилувчан юмшоқ темир қошиқча билан бўшлиқ патологик ўзгаришлардан тозаланади, бўшлиқ ва бурун ўртасидаги тешик битиб қолмаслиги учун кичик



70-расм. Юқори лабнинг ички томонидаги лунж шиллик пардасидан кесиладиган жой.



71-расм. 1 — юқори жағ ёноқ ўсиғи Гаймор бўшлиғининг олд деворини очиб ҳосил қилинган тешик; 2 — юқори жағ бўшлиғи билан бурун бўшлиғига очилган йўл (соустье).

тампон қўйилади. Баъзан ёш болаларда юқори жағ бўшлиғини Куликовск игнаси билан тешиб, кейин махсус асбоб ёрдамида бўшлиққа аллопластик найча киритилади ва бир неча кун мобайнида бу найча орқали даво тадбирлари олиб борилади.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИ КИСТАСИ

Катта ёшдаги болаларда юқори жағ бўшлиғи кистаси кўп учраб туради. Хасталик тишларнинг ногўри ривожланиши натижасида эмбрион тўқималаридан келиб чиқиши мумкин. Юқори жағ бўшлиғида ривожланган сариқ сув олган шиш (киста) ичида ўсишдан тўхтаб қолган тиш бўлиши мумкин. Бундан ташқари, юқори жағ бўшлиғида киста ривожланиши мумкин. Бундай ҳол шиллиқ қаватнинг ҳаддан ташқари шишиши, бириктирувчи тўқималарнинг ривожланиши натижасида кузатилади. Сариқ сув олган шиш катталашиб, юқори жағ бўшлиғининг суяк деворларини (кўпроқ юқори, олдинги деворларини) юққалаштиради. Киста, кўпинча юқори жағ бўшлиғининг пастки деворида жойлашган бўлади.

Касаллик белгилари. Дастлаб кистанинг катталанимаган даврида ҳеч қандай шикоят бўлмаслиги мумкин. Киста катталашиб, юқори жағ бўшлиғи деворларини эзиши натижасида беморда қаттиқ бош оғриғи ва бўшлиқ атрофи, чакка, пешонада оғирлик сезилади.

Касалликни аниқлашда шикоятлардан ташқари, рентген ва юқори жағ бўшлиғини игна санчиб кўриш ва олинган маълумотлар катта ўрин тутди.

Даволаш. Фақат жарроҳлик йўли билан кистани бутунлай олиб ташлаш мумкин. Юқори жағ бўшлиғида жарроҳлик усули, худди сурункали йирингли гайморитда бўлгандек олиб борилади.

ҒАЛВИРСИМОН ЛАБИРИНТ КАТАКЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Ўткир этмоидит жуда кичик ёшдаги болаларда кузатилиши мумкин, чунки бу бўшлиқ катта ёшдагиларга нисбатан яхши ривожланган (шаклланган) бўлади.

Ўткир этмоидит келиб чиқишига грипп, аллергияк шамоллаш, совуқ қотиш кабилар сабаб бўлиши мумкин. Бунда ғалвирсимон бўшлиқнинг чиқадиган тешиклари ҳамда ўрта бурун йўли торайиши катта ўрин тутди. Хасталик ривожланишида иккиламчи микробларнинг аҳамияти катта.

Касаллик белгилари. Ғалвирсимон катакчалар чегараларидаги суяк қисми юққа ва кўпроқ кўз косаси билан чегарадош бўлгани учун, касалликнинг дастлабки белгилари кўз атрофида қизариш, шиш билан бошланади ва ўткир этмоидитни ўз вақтида аниқлашда бирмунча

қийинчиликлар туғдириши мумкин. Беморнинг гавда ҳарорати кўтарилиб, иштаҳа йўқолади, инжиқ бўлиб қолади. Бурнидан кўп суюқлик ажралиб, нафас олиш қийинлашади. Кўз косасининг ички девори томонида шиш, юмшоқ тўқималар керкканлиги (салқиганлиги) ва қизарганини кўриш мумкин. Шиш юқори кўз қовоғи томон тарқалади ва натижада кўз косасида яллиғланиш ва қон димланиши туфайли кўз бириктирувчи пардаси (конъюнктиваси) нинг қалин тортгани (хемоз), кўз соққасининг кўз косасидан ирғиб чиққанлиги ва кўз соққаси ҳаракатининг чегараланиб қолганлигини кўриш мумкин. Кейинчалик кўз косаси атрофида абсцесс ривожланади.

Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати кучли шишган ва қизарганлиги аниқланади, нафас олиш бузилади, кўп миқдорда шиллиқ-йирингли ажралма чиқиб туради. Рентгенда галвирсимон бўшлиқнинг хиралашганлиги кўринади.

Касалликни аниқлаш. Ёш болаларда кечадиган ўткир этмоидитни, юқори жағ суягининг яллиғланиши (чириши — остеомиелит) дан ажрата билиш керак. Хасталик оғир кечиб, боланинг ҳарорати юқори бўлади, бурундан нафас олиш бузилиб, кўп йирингли ажралма ажралади. Ўткир этмоидит, кўпинча ёш болаларда учрайди.

Юқори жағ суяги остеомиелитида касалликнинг биринчи кунндаёқ лунж шишгани, тери қизаргани ва оғриқни аниқлаш мумкин.

Бундан ташқари, бурун-лаб бурмаси текисланиб, оғиз бурчаги паст томонга осилган ҳолатда ва юқори лабнинг ҳаракати чекланган бўлади.

Даволаш. Дастлаб бурун шиллиқ қавати шишини камайтириб, нафас олишни тиклаш, бурундан келаётган ажралмани тўхтатиш лозим. Бунинг учун бурун бўшлиғининг ўрта йўлига 5—10 минут давомида 0,05—0,1% ли нафтизин ёки 0,1% ли адреналин эритмаси шимдирилган пахта ёки дока парчаси қўйилади, сўнгра 1% ли протаргол эритмаси томизилади. Ҳар куни бурун Проец усулида турли дорилар билан ювилади. Албатта, бунда умумий даволашни бирга олиб бориш керак (антибиотиклар, сульфаниламидлар ва б.). Ўткир йирингли этмоидитнинг кўз косасига берган асорати оғир бўлса, унда жарроҳлик усулини қўллашга, яъни галвирсимон бўшлиқни очишга тўғри келади.

ГАЛВИРСИМОН БЎШЛИҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Сурункали яллиғланиш кўпинча бурун ёндош бўшлиқлари, айниқса, юқори жағ бўшлиғининг яллиғланиши билан бирга кечади. Яллиғланиш бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Сурункали этмоидит кўпинча йирингли ёки шиллиқ қаватнинг полипоз ўзгариши билан бирга кузатилади.

Клиник аломатлари. Аксарият сурункали этмоидитда клиник аломатлар яққол ривожланмаган бўлади.

Олдинги риноскопияда оз миқдорда шиллик, шиллик-йирингли ажралмани кўриш мумкин. Агар галвирсимон бўшлиқнинг олд ва ўрта катакчалари яллиғланган бўлса, йиринг кўпроқ буруннинг ўрта ва пастки йўлида аниқланади, орқа катакчалар яллиғланганда йиринг бурун-ҳалқум томонга оқиб тушади. Ўрта чиғаноқлар ҳажми катталашиб, бурун тўсигига ёпишиб туради. Шиллик қават ўзгариши натижасида полипларни аниқлаш ёки ўрта чиғаноқларни пуфакча (буллёз) ҳолатидалигини кўриш мумкин.

Даволаш. Консерватив усулда даволаш яхши натижа бермайди. Даволаш, асосан, галвирсимон бўшлиққа игна санчиб, унинг катакларини ювишдан иборат. Бунинг учун икки хил махсус игналар ишлатилади. Биринчи хил игнани галвирсимон катакларга санчиб, у ерда йиринг бор ёки йўқлиги аниқланади. Иккинчи хил игналар биринчи хилидан ажралиб туради, уларда бир неча тешиklar бўлади. Бу хил игнани галвирсимон бўшлиқнинг катакларига санчиб, улар турли дори эритмалари билан ювилади. Суюқлик игна учигади тешик орқали ташқарига чиқади. Албатта игна санчишдан олдин 2–10 % ли лидокаин билан оғриқсизлантириш лозим.

Жарроҳлик усули. Дастлаб бурун бўшлиғига 10% ли лидокаин сепилиб, 0,5% ли новокаин шиллик ости қаватига юборилади. Махсус асбоблар ёрдамида эҳтиёткорлик билан галвирсимон бўшлиқнинг ўзгарган катаклари очилади ва ҳамма полиплар олиб ташланади. Бунда жарроҳлик микроскопи ёки оптикали эндоскоплардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

ПЕШОНА БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Асосан, 5 ёшдан кейин учрайди. Касаллик ривожланишига бурун бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар (бурун бўшлиғи йўллариининг торайиши, чиғаноқларнинг катталашиб кетиши, бурун тўсигидаги ўзгаришлар, бурун бўшлиғидаги полиплар, пешона бўшлиғи ўрта бурун бўшлиғига очилиш қисмининг бекилиши ва ҳоказолар) сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, ўткир тумов, грипп касалликларининг ўрни ҳам катта.

Аломатлари. Бемор бош оғриғидан (айниқса пешона атрофида), бурун битишидан, ҳид сезишнинг пасайганлигидан ёки бутунлай бузилганлигидан шикоят қилади. Бош оғриғи турли дориларни қабул қилса ҳам босилмайди.

Пешона атрофини пайпаслаганда оғриқ зўраяди. Баъзан пешона атрофида шиш, терининг бир оз қизарганини кўриш мумкин. Олдинги риноскопияда бурун шиллик қавати қизарган ва шишган бўлиб, йирингли ажралма кўзга ташланади. Гавда ҳарорати баъзан 39⁰ га кўтарилади.

Даволаш. Бурунга 0,05–0,1% ли нафтизин эритмаси томизилади ёки пахтага шимдирилган ҳолда қўйилади (кун бўйи 6–8 марта). Бурундаги ажралмани резина баллон билан сўриб олиш ҳам мумкин. Албатта турли антибиотиклар, сульфаниламидлар берилиши шарт. Бундан ташқари, бурун-пешона йўлини темир ёки полиэтилендан ясалган махсус катетерлар билан зондлаш ва пешона бўшлиғини ювиш яхши натижа беради.

Пешона бўшлиғини табиий канали орқали ювиш мумкин бўлмаганда махсус асбоб ёрдамида бўшлиқ олдинги деворини тешиб, темир канюла (най) қўйилади, у орқали бўшлиқ ювилади ва турли антибиотиклар юборилади.

ПЕШОНА БЎШЛИҒИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Касаллик аломатлари. У ўткир яллиғланишдек яққол ифодаланган бўлмайди. Бўшлиқ ичидаги суюқлик бурун бўшлиғига оқиб тушмаса, бўшлиқ ичида босим ошиб кетиб, бош қаттиқ оғрийди. Пешона бўшлиғи остки деворини пайпаслаганда оғриқ сезилади.

Касалликни аниқлашда бемор шикоят, олдинги риноскопия, рентген, КТ ва МРТ, пешона-бурун йўлини зондлаш ёки пешона бўшлиғини олд деворидан тешиш катта ёрдам беради.

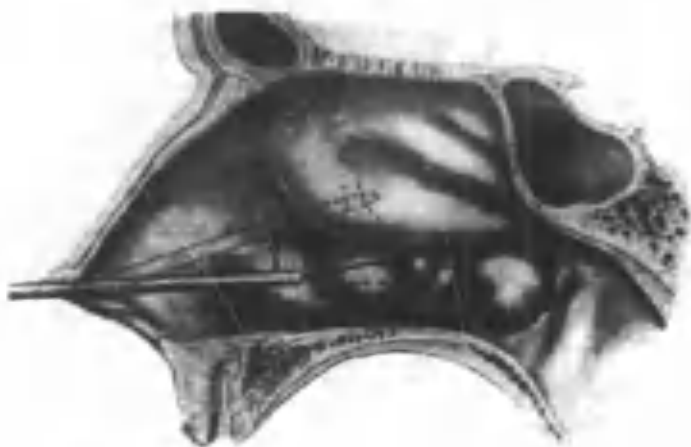
Даволаш. Пешона бўшлиғи зонд ёрдамида ювилади ва беморга турли антибиотиклар берилади. Бурунга тез-тез томир торайтирувчи дорилар томизиб турилади.

Махсус асбоб орқали пешона бўшлиғи тешилади (трепанопункция) ва унга темир найча қўйиб, у орқали бўшлиқ ювилади ва турли доридармонлар юборилади.

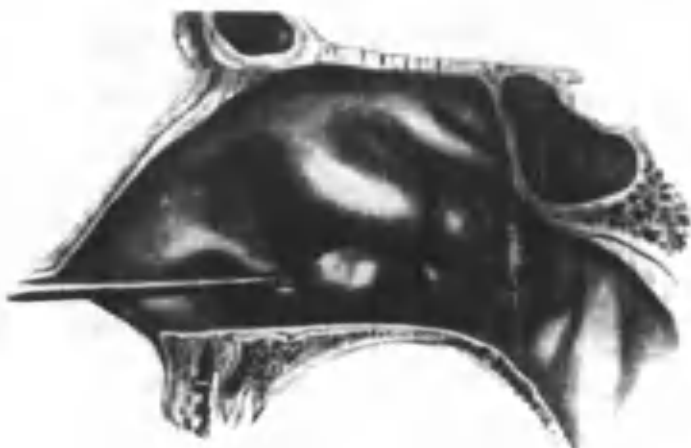
Юқоридаги даволаш усуллари ёрдам бермаса, жарроҳлик усули қўлланади. Жарроҳлик, одатда, маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан олиб борилади. Тери ва суяк уст пардаси қош бўйлаб кесилади ва кўзнинг ички бурчагига етганда бурун суяги бўйлаб пастга қараб кесилади, уни кўз косасининг пастки чеккасига тўғри келган жойда тўхтатилади. Юмшоқ тўқималарни суякдан ажратиб, юқори ва пастга тортиб қўйилади, сўнгра пешона бўшлиғининг олд ва остки деворлари очилади. Шу деворларни ўйиб, бўшлиққа кирилади. Бутун патологик ўзгарган шиллиқ парда, у ердаги йиринглар, грануляциялар, полиплар олиб ташланади. Шундан сўнг, пешона бўшлиғи билан бурун бўшлиғи бири-бирига туташтирилади, бу йўлга резина найча қўйилади. Найчанинг бир учи бурун, иккинчи учи пешона бўшлиғида бўлади. Кесилган тери яхшилаб тикилади. Кейинчалик резина найча орқали турли антибиотик ва бошқа дорилар томизиб турилади, шу билан бирга, найча орқали бўшлиқдаги ажратмани сўриб олиб туриш ҳам мумкин (72, 73, 74, 75-расмлар).



73- расм. Хоанадан олинган полип.



74-расм. Полипларни юлиб олувчи ҳалқа сим асбобни полипга кийдириш.



75-расм. Бурун бўшлиғидаги полипни юлиб олиш.

АСОСИЙ БЎШЛИҚНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Асосий бўшлиқнинг яллиғланиши, аксари ҳолларда (айниқса орқа катакчалар яллиғланишида) ғалвирсимон бўшлиқ касалликлари билан бирга кузатилади. Шунинг учун бу касаллик аломати ва кечиши худди ғалвирсимон бўшлиқ хуружларига ўхшаб кетади.

Беморни, асосан, бош ва кўз соққасидаги оғриқ безовта қилади. Бош оғриғи бошнинг турли қисмида (пешона, орқа, энса ёки бош тепасида) қайд этилади. Риноскопияда буруннинг юқори йўлида йиринг кўришиб, кўпинча у бурун-ҳалқум томон оқиб тушади.

Касалликни аниқлашда бемор шикоят, касаллик тарихи, рентген ва компьютер томография муҳим ўрин тутади.

Даволаш. Касалликнинг барча белгилари мавжуд бўлганда асосий бўшлиқ махсус найсимон асбоб билан текширилади (катетер ёки зондлаш) ёки махсус игна билан пункция қилиб, бўшлиқда ажралма борлиғи аниқланади. Йиринг бўлса, шу усулда ювиб ташланади ва турли хил дорилар киритилади. Кўпинча консерватив усул қўлланади. Лекин сфеноидитнинг кўз косаси ва бош мияга берган асоратларида жарроҳлик усули қўлланади.

БУРУН ВА УНИНГ ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ХАСТАЛИКЛАРИНИНГ КЎЗ КОСАСИ ВА КАЛЛА СУЯГИ ИЧИГА БЕРАДИГАН АСОРАТЛАРИ

Бундай асоратлар инфекциянинг кўз косаси ва калла суяги ичига ўтиши натижасида кузатилади. Бу бевосита яллиғланган жойдан, қон ёки лимфа йўллари орқали ўтади, чунки бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари бевосита кўз косаси ва калла суяги билан чегарадош ва қон томирлари бу аъзолар билан ўзаро боғлиқдир.

КЎЗ КОСАСИГА БЕРИЛАДИГАН АСОРАТЛАР

Кўпинча ёш болаларда ғалвирсимон бўшлиқнинг йирингли яллиғланиши ва юқори жағ суягининг чириши (остеомиелит) кўз косасига асорат беради. Умуман бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши кўз косасига асорат бериши мумкин (айниқса, ўткир синуситларда). Бунга бу бўшлиқларни кўз косасидан ажратиб турувчи суяк деворларининг юпқалиғи ва вена қон томирларининг бу аъзолар билан ўзаро боғлиқлиги сабаб бўлади.

Кўз косасида қуйидаги асоратлар бўлиши мумкин: суяк ва суяк уст пардаси яллиғланиши (остеопериостит), субпериостал абсцесс, кўз косасининг тарқоқ йирингли яллиғланиши (флегмона), кўз косаси тўқимасидаги вена қон томирлари тромбози (қон ивиши) ва бошқалар.

Остеопериостит — иккиламчи яллиғланиш бўлиб, кўз косаси суяк деворларининг яллиғланиши ҳисобига келиб чиқади, лекин бунда суяк жароҳатланмайди (суяк асосан сурункали синуситларда чириydi).

Бемор гавда ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, ҳолсизлик, кўз косаси ҳаракатланганда оғриқ зўрайишидан шикоят қилади.

Беморни текшириб кўрганда кўз қовоқлари шишган, кўз соққаси кўз косасидан бўртиб чиқиб, ғайритабиий кўринишда бўлади ва унинг ҳаракати чегараланади. Агар яллиғланиш кўзнинг ичкари қисмларига тарқалган бўлса, кўз тубидаги ўзгаришлар ва кўриш хусусиятининг пасайганлигини аниқлаш мумкин.

Остеопериостит ғалвирсимон бўшлиқнинг йирингли яллиғланишидан кейин ривожланган бўлса, бунда, асосан, шиш ва қизариш кўз косасининг ички (медиал) девори атрофида кузатилади.

Субпериостал абсцесс. Бу, асосан, остеопериоститни ўз вақтида даволамаслик ёки нотўғри даволаш, вена қон томирларидаги ивиган қон (тромб)нинг микроблар таъсирида парчаланиши (емирилиши) натижасида ривожланади.

Бунда беморнинг ҳарорати 38–40° С гача кўтарилиб, боши қаттиқ оғрийди. Касаллик аломатлари худди остеопериоститга ўхшаб кетади. Юқори қовоқ териси қизариб, шишган ва бўртган, кўп ҳолларда кўз косаси ҳам бўртган, ҳаракати чекланган бўлади ва кўриш қобилияти пасайиб боради. Йирингли жараён кўз соққасининг ичкаридаги қисмида авж олса, узоқлаштирувчи ва кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар фалажи кузатилиши мумкин.

Кўз қовоқлари абсцесси. Субпериостал абсцессда йиринг кўз қовоғи тўқималарининг олдинги қисмига тарқала борса, кўз қовоғи абсцесси ёки флегмонаси ривожланади. Кўпинча бу асорат вена қон томирлари орқали тарқалиб, асосан, кўзнинг юқори қовоғида кузатилади. Кўз косаси ёпилиб қолиб, бемор аҳволи оғирлашиб, гавда ҳарорати юқори бўлади.

Кўз косасининг тарқоқ ёки чегараланмаган яллиғланиши (флегмона). Кўз косаси флегмонаси кўз барча тўқималарининг йирингли яллиғланиши билан кечади.

Беморнинг умумий аҳволи оғир ва ҳарорати баланд бўлади. Бу асорат ўткир йирингли синуситлар ёки сурункали йирингли синуситлар хуружи даврида кузатилади. Инфекция кўп ҳолларда вена қон томирлари орқали тарқалади. Бурун ёндош бўшлиқларидаги микробларга тўла вена қони кўз косаси қон томирларига тарқалиб, у ерда тромбофлебит (қоннинг ивиб қолиши) ёки перифлебитни кўзғатади. Натижада кўз косаси тўқималарида қўплаб майда-майда абсцесслар ривожланади, кейинчалик улар ўзаро бирлашиб, катта ҳажмдаги абсцессга айланади.

Бундан ташқари, кўз косаси флегмонаси бурун ёндош бўшлиқларининг суяк деворлари емирилиши (чириши)нинг кўз тўқималарига

бевосита ўтиши оқибатида ҳам ривожланиши мумкин. Кейинчалик бу яллиғланиш олдинги мия чуқурчасидаги говаксимон (каверноз) синусга ўтиб, унда тромб ҳосил бўлишига олиб келади.

Бемор кўз соққаси кўз косасидан олдинга бўртиб чиққан, (экзофтальм), ҳаракатсиз бўлади. Кўз қовоқлари териси қизарган, шишган бўлиб, беморнинг кўриш қобилияти йўқолади. Унда кучли бош оғриғи, кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилиши мумкин (76,77-расмлар).

Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошган бўлади.

Даволаш. Биринчи вазифа – бирламчи инфекция ўчоғини йўқотишдир. Синуситларнинг кўз косасига берган асоратлари бошланғич даврда консерватив усулда бартараф этилади. Дастлаб, бурун ёндош бўшлиқларини пункция қилиш ёки у ерга зонд орқали дори киритиш, бурун йўлларига шишни қайтарувчи дориларни тез-тез қўйиб туриш, таъсир доираси кенг антибиотикларни қўллаш лозим.

Консерватив даво усуллари ёрдам бермаганда, бурун ёндош бўшлиқлари ва кўз косасида жарроҳлик усулини қўллаш шарт.



76-расм. Ғалвирсимон бўшлиқ ўткир йирингли яллиғланишининг асорати.



77-расм. Бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши оқибатида ривожланган кўз косасининг тарқоқ йирингли яллиғланиши (флегмона).

БУРУННИНГ ҲИД СЕЗИШ ХУСУСИЯТИНИНГ БУЗИЛИШИ

Бурун ҳид сезиш хусусиятининг бузилиши 4 хил бўлади.

Ҳид сезишнинг пасайиши — *гипосмия*, кучайиши — *гиперосмия*, бутунлай бузилиши — *аносмия* ва ҳид сезишни нотўғри талқин қилиш — *паросмия* ёки *какосмия*.

Ҳид сезишнинг пасайиши ёки бутунлай йўқолишига бурун бўшлиғидаги касалликлар сабаб бўлиши мумкин (полиплар, бурун тўсиғи қийшайиши ва б.), чунки бундай ҳолларда ҳидли нарсаларнинг заррачалари, молекулалари ҳид сезиш рецепторларига бутунлай ёки қисман бормади. Ҳидни сезиш кўпинча нерв толаларининг зарарланиши (эссенциал тур) натижасида бузилади (грипп, озена, атрофик тумов ва б.да). Бундан ташқари, бурун жароҳатланганда ёки бурун бўшлиғида қўлланилган жарроҳликдан кейин ҳид сезиш умрбод ёки вақтинча бузилиши мумкин.

Ҳид сезишнинг бутунлай бузилиши — респиратор аносмиянинг оқибати яхши натижа билан тугайди, чунки нафас олишга тўсқинлик қилаётган механик тўсиқни жарроҳлик усулида йўқотиш орқали беморнинг ҳид сезиш қобилиятини тиклаш мумкин. Эссенциал аносмияда ҳид сезиш хусусиятини тиклаш мумкин эмас, чунки бунда зарарланган нерв толаларини тиклаб бўлмайди.

БУРУННИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ

Бурун ва унинг ёндош бўшлиқларида учрайдиган хавфсиз ўсмаларга: полип, папиллома, фиброма, ангиома ва остеома киради.

Полип болаларда кам учрайди. Полип кўпинча галвирсимон ёки юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши, яъни улар шиллиқ

пардасининг ўзгариш маҳсулидир. Шунинг учун полипни ўсмалар қаторига киритиш унчалик тўғри келмайди, лекин унинг ташқи кўриниши ўсмаларга ўхшайди. Полип битта (яхлит) ёки бир неча бўлиши мумкин. Улар ингичка оёғи билан шиллиқ пардага ёпишиб туради ва кўпинча буруннинг ўрта йўлидан ўсиб чиқади. Полиплар кулранг, баъзан сарғиш-қизил, усти силлиқ ва юмшоқ, ҳажми ҳамда миқдори ҳар хил бўлади.

Баъзан, бурун бўшлиғи майда полиплар билан тўлиб туради. Бироқ, кўпинча катта ҳажмдаги битта полип бурун бўшлиғини тўла эгаллабгина қолмай, ҳатто бурун тешигидан ҳам ташқарига чиқиб туради. Айрим ҳолларда полип орқага, хоаналар томонига қараб ўсиб, ҳалқумга осилиб тушади ва бу *хоанал полип*, деб аталади (69, 72-расмлар).

Бурун полипларини гистологик текшириб кўрилганда ингичка толали, кенг катакли, бириктирувчи тўқимадан тузилган ўзак, кўп миқдорда юмалоқ плазматик ҳужайралар ва сероз суюқлик билан тўлган бўшлиқлар аниқланади.

Даволаш. Фақат жарроҳлик усули қўлланади. Бунда маҳаллий оғриқ қолдирувчи дорилар қўллаб, сўнгра полиплар махсус ингичка симли, илмоқли (ҳалқасимон) асбоб билан олиб ташланади.

Папиллома бурун бўшлиғига кириш қисмида қопловчи эпителийдан ўсади. У сўргичсимон шаклда бўлиб, қайталаниш хусусиятига эга. Папиллома ҳам полип каби жарроҳлик йўли билан даволанади.

Фиброма бириктирувчи тўқималардан ташкил топган ўсма; думалоқ юзи силлиқ, турли ҳажмда бўлади. Бу ўсма ҳам махсус ингичка симли, илмоқли ҳалқасимон асбоб ёрдамида кесиб олинади.

Ангиома. Қон ёки лимфа томирларидан ривожланадиган ўсма бўлиб, кўпроқ қиз болаларда учрайди. Асосан, бурун тўсиғининг олдинги қисмида, камроқ пастки ўрта бурун чиганоқларининг олдинги қисмида ривожланади. Ўсма думалоқ, юмшоқ, тўқ қизил, баъзан кўкимтир тусда бўлиши мумкин. Беморни кўпинча бурундан қон оқиши безовта қилади. Ўсма, асосан, жарроҳлик усулида даволанади.

Остеома. Катта ёшдаги болаларда кўп кузатилади, асосан бурун ёндош бўшлиқларида ўсади. У янги ҳосил бўлган суяк тўқимасидан ташкил топган хавфсиз ўсма бўлиб, секин ўсади (катталашади), шунинг учун узоқ муддат беморни безовта қилмайди. Ўсма катталаниши билан беморда бош оғриғи қайд этилиб, бурундан нафас олиш, ҳид сезиш бузилади. Ўсмани рентген ёки КТ орқали яхши кўриш мумкин.

Даволаш. Беморни безовта қилган даврда, жарроҳлик усулида олиб ташланади.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

Бурун бўшлиғининг хавфли ўсмаларига рак ва саркома киради.

Рак (саратон касаллиги) — ясси ёки без эпителийсидан ривожланадиган хавфли ўсма бўлиб, у тез ўсиши, емирувчанлик хусусияти, ярага айланишга мойиллиги, атрофдаги аъзоларга тез тарқалиши ва қайталаниши билан ажралиб туради.

Саркома бириктирувчи тўқимадан ўсадиган хавфли ўсма бўлиб, кўпинча суяк ёки тоғай уст қисмдан ривожланади. Беморда бурундан нафас олиш, ҳид сезиш бузилиб ундан тез-тез қон оқиб туради. Бурун ёндош бўшлиқларида ривожланадиган бу ўсма юз суяк қисмининг шаклини ўзгартириб юборади. Бурундан қон аралаш сассиқ ажралма оқиб, қаттиқ танглайда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Натижада ажралма қўнини аъзоларга (айниқса кўз косасига) тарқалиб, беморнинг аҳволи оғирлашади.

Даволаш. Рентган нури, турли кимёвий дорилар ва жарроҳлик усули қўлланади.

ҲАЛҚУМНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Ҳалқум ёки ютқин — рharynx овқат ҳазм қилиш йўлининг оғиз бўшлиғи билан қизилўнғач ўртасида жойлашган қисми. Ҳалқум бурун бўшлиғини ҳиқилдоқ билан туташтириб турганлиги учун нафас йўлининг ҳам бир қисми ҳисобланади. Ҳалқум бурун ва оғиз бўшлиғининг бевосита давоми бўлиб, унинг шакли орқа юзасига қараб яссиланиб борувчи воронкага ўхшайди.

Ҳалқумнинг юқори қисми хоана ёрдамида бурун бўшлиғи билан туташган бўлиб, *бурун-ҳалқум* деб юритилади. Ҳалқум ёш болаларда калла асосидан (энса суяги асосидан) то IV—V, катталарда эса VI—VII бўйин умуртқаси поғонасигача давом этади.

Ҳалқум атрофини ўраб турадиган мушаклар, суяклар, томирлар *ҳалқум деворлари* деб аталади. Ҳалқум бешта: юқори, орқа, олд ва икки ён деворлардан ташкил топган.

Ҳалқум энса суягининг асосий қисмида бўлиб, қисман пона суягининг гавдасига қадар кўтарилгани ва суякларга бириккани учун, бу жой *ҳалқумнинг юқори девори* ҳисобланади. Икки ён томонда *ҳалқум* яқинидан йирик қон томирлари ва нервлар ўтади. Улар ён деворларни ташкил қилади (ички ва ташқи уйқу артерияси, ички бўйинтуруқ венаси, адашган, қўшимча, тил-ютқин, тил ости ва симпатик нервлар).

Орқа девор бошқа деворлардан қаттиқлиги билан фарқ қилади. Олд томондан ҳиқилдоққа ҳалқумнинг фақат пастки қисми тегиб туради. Унинг устки қисми деворсиз бўлиб, бурун бўшлиқлари билан хоана орқали туташган.

Ўрта қисми юмшоқ танглай чодир ва тилча билан чегараланиб, томоқ тешиги (*isthmus faucium*) орқали оғиз бўшлиғи билан бирлашади.

Юмшоқ танглай қаттиқ танглайнинг давоми ҳисобланиб, шиллиқ қаватнинг икки қават тахланиши (дупликатураси) орқали ҳосил бўлади. Улар оралиғида мушаклар жойлашган (юмшоқ танглайни тарангловчи (*m. tensor veli palatini*) ва юмшоқ танглайни кўтарувчи (*m. levator veli palatini*)).

Ҳалқумнинг узунлиги (юқоридан пастга) катталарда 12–15 см, ёш болаларда эса бирмунча қисқа.

Ҳалқум орқали овқат луқмаси ва суюқлик қизилўнғачга, ҳаво эса бурун бўшлиғи орқали ҳалқумга, ҳиқилдоққа, кекирдакка, бронхларга, сўнг ўпкага ўтади.

Юқориди айтилганидек, ҳалқум уч қисмга бўлинади: 1) бурун қисми — *pars nasalis*; 2) оғиз қисми — *pars oralis*; 3) ҳиқилдоқ қисми — *pars laryngea*.

Ҳалқум бурун қисмининг олдинги девори йўқ, у хоана орқали бурун бўшлиғи билан туташган. Бу бўлимнинг ён деворида ўрта қулоққа олиб борувчи эшитув найи бошланади. Унинг атрофида лимфа тўқимасидан тузилган муртақлар — *tonsilla tubarica* жойлашган.

Бурун-ҳалқум гумбазида кўп миқдорда лимфоид тўқима бўлиб, у *tonsilla pharyngea* ёки III муртақ деб юритилади. Бу муртақ ёш болаларда яхши ривожланган бўлиб, 10–12 ёшдан бошлаб кичиклашиб боради (78-расм). Болаларда бу лимфоид тўқиманинг катталашиб кетиши сабабли хоана тешиги қисман ёки бутунлай беркилиб қолиши мумкин, натижада бурундан нафас олиш қийинлашади ёки бутунлай олиб бўлмайди. Натижада ёш болаларда турли касалликлар келиб чиқади.

Шиллиқ парда ҳилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган бўлиб, бурун-ҳалқумнинг орқа девори I–II бўйин умуртқаларига тўғри келади.

Ҳалқумнинг оғиз қисмида учта (орқа ва икки ён) девор бор. У олд томондан бўғиз (томоқ) тешиги орқали оғиз бўшлиғи билан туташиб кетади.

Ҳалқумнинг бу қисми ҳам ҳаво, ҳам овқат ўтадиган умумий йўл ҳисобланиб, бу вазифани юмшоқ танглай тартибга солиб туради. Овқат луқмасини ютганда юмшоқ танглай таранглашиб, юқорига кўтарилади ва ҳаво йўлини бутунлай тўсиб қўяди. Ёш болаларда оғиз бўшлиғи тил билан тўлган бўлади. У юқоридан юмшоқ танглай, пастдан тил ўзаги, ён томондан олдинги ва орқа танглай равоқлари билан чегараланган



78-расм. Учинчи муртак (ҳалқум муртаги) нинг жойлашиши.

бўлиб, улар орасида танглай муртаклари (I ва II) жойлашган. Тил ўзагида ҳам лимфоид тўқима тўплами бўлиб, у *IV муртак* деб аталади.

Биз юқорида кўрсатиб ўтган олти муртак (битта тил муртаги, иккита най, иккита танглай, битта ҳалқум муртаги) худди ҳалқа шаклида жойлашган бўлиб, *Вальдейер – Пирогов* ҳалқаси деб юритилади.

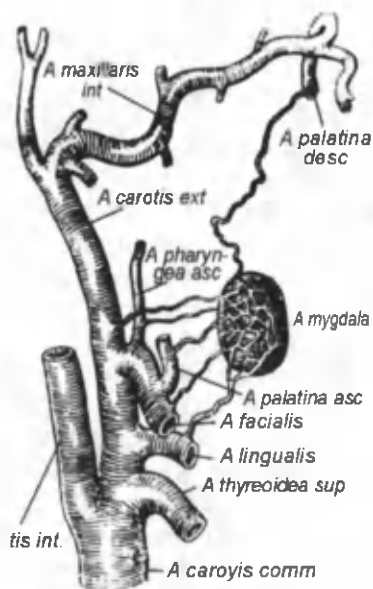
Кўрсатиб ўтилган лимфоид тўқималар орасида, энг каттаси ва муҳим аҳамиятга эга бўлгани – танглай муртаги (биринчи ва иккинчи) ёки бодомча безлари ҳисобланади, улар (шакли) бодом данагига ўхшайди.

Танглай муртаги – *tonsilla palatina* бир жуфт бўлиб, танглай-тил, танглай-ютқин бурмалари орасидаги муртак чуқурчаси (*fossa tonsillaris*) да жойлашган. Танглай муртаклари бир оз бўйига чўзилган бодом шаклида бўлиб, узунлиги 13–28 мм, эни 14–22 мм. Уларнинг ташқи юзи муртак чуқурчасига ёпишиб турса, ички (бир-бирига қараган) юзи эса ютқинга кириб борувчи томоқ тешигининг ён чегараларини ташкил қилади. Муртакнинг ташқи юзасини ўраб олган бириктирувчи тўқима (муртак капсуласи) без бағрига кириб, уни бўлақларга бўлиб юборади, унинг ички (ютқинга қараган) юзаси эса кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, унда 5 тадан то 20 тагача муртак чуқурчалари (*лакунa ёки крипта*) мавжуд. Муртак бағрида юмалоқ шаклли лимфоид тўқималар ёки тугунчалар (*фолликулалар*) жойлашган. Бу тугунчалар, айниқса болаларда ва ўсмирларда кўп учрайди. Ёш болаларда танглай муртаклари анча катталашган бўлиб, ёш улғайган сари кичрайиб боради.

Танглай муртаklarининг юқори қисмида олд ва орқа равоқларнинг қўшилиш жойидан пастроқда уч бурчакли чўнтак бўлиб, у муртак усти чуқури (*fossa supratoronsillaris*) деб юритилади. Шу чуқурчага танглай муртаklarининг бир қисми жойлашган бўлиши мумкин (*resessus palatinis*). Бундай беморларда қўпинча муртак олди абсцесси ривожланади. Шунинг учун, танглай муртаklarида жарроҳлик ўтқазилганда (тонзиллэктомия), буни инобатга олиш лозим.

Муртакнинг орқа томони эса мушак қисмидан ажралган, муртак юмшоқ тўқималари билан тўлган бўлади. Бу тўқима орқали қон томир ва нервлар (ички уйқу артерияси IX, X, XI, XII бош мия нервлари ва ички бўйинтуруқ венаси) ўтади.

Бу қон томирлар ва бош мия нервлари муртаklarга нисбатан турлича ораликда жойлашган бўлиб, жарроҳлик усулини қўллашда буни ҳисобга олиш лозимдир.



79-расм. Танглай муртаklarининг қон томирлар билан таъминланиши.

Ички уйқу артерияси танглай муртаklarининг юқори қисмидан таҳминан 2,8 см, ташқи уйқу артерияси эса 4,1 см, муртакнинг пастки қисмидан ички уйқу артерияси 1,1–1,7 см, ташқи уйқу артерияси эса 2,3–3,3 см масофада жойлашган. Баъзан катта қон томирлари анамал жойлашиб, муртакка жуда яқин бўлиши мумкин, жарроҳлик муолажаларини бажаришда буни инобатга олиш зарур.

Танглай муртаklarи жуда кўп қон томирлари билан таъминланган:

а) *a. palatina ascendens* (юз артерияси тармоғи);

б) *a. pharyngea ascendens* (ташқи уйқу артерияси тармоғи);

в) *a. palatina descendens* (ташқи уйқу артериясининг охири тармоғи) ва бошқалар (79- расм).

Ҳалқумнинг оғиз қисми кўп қаватли ясси эпителийдан ташкил топган бўлиб, шиллиқ парда билан қопланган.

Тил муртаги — *tonsilla lingualis* тил илдизи соҳасида, унинг шиллиқ қаватини қоплаб турувчи кўп қаватли ясси эпителий остида жойлашган. Тил илдизи, тил муртагининг жойлашган соҳаси ғадир-будур бўлиб кўринади, унинг чуқурчаларида тил шиллиқ безлари очиладиган тешиклар бор.

Тил муртаги болалик даврида тез ривожланиб, баъзан ҳаддан ташқари катталашиб кетиши мумкин. Бу муртакни тил артериясидан чиқувчи тармоқлар қон билан таъминлайди. Тил- ютқин, адашган ва симпатик нервлар билан таъминланади.

Ҳалқумнинг пастки (ҳиқилдоқ) қисми бирмунча калта бўлиб, ҳиқилдоқнинг орқа томонида жойлашган. Бу қисм ҳиқилдоққа кириш жойидан, то узуксимон тоғайнинг пастки қиррасига қадар давом этиб, сўнгра қизилўнгачгача етади. Бу қисмнинг олд ва орқа деворлари бири-биридан фақат овқат ёки суюқликни ютиш пайтидагина узоклашади, бошқа вақтда бир-бирига тегиб туради. Ҳиқилдоқ қисмининг олдинги деворида ҳиқилдоққа кириш тешиги бор. Бу тешикни ҳиқилдоқ қопқоғи — ҳиқилдоқ усти тоғайи — *cartilago epiglotticae* ва унинг ён томонларидаги жуфт бурмалар (ҳиқилдоқ усти тоғайи билан чўмичсимон тоғай ўртасида тортилган) *plcae aryepiglotticae* чегаралаб туради. Бу икки бурманинг ён томонларидаги жуфт ноксимон чуқурчалар — *recessus piriformis* деб аталади.

Ҳалқумнинг пастки қисми кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган.

Ҳалқум девори ташқи бириктирувчи тўқимадан тузилган парда (*tunica adventita*), ўрта мушак қавати (*tunica muscullaris*) ва ички шиллиқ парда (*tunica mucosa*) дан ташкил топган. Ҳалқумда шиллиқ ости қавати йўқ, унинг ўрнида фиброз парда — *tunica fibrossa* мавжуд. Бу қават ҳалқумнинг юқори қисмларида яхши ривожланган.

Ҳалқумнинг мушаклари бажарадиган вазифаларига қараб икки гуруҳга бўлинади:

1) қисувчи мушаклар — *m.m. constrictor paryngis superior, medius et inferior*.

2) кўтарувчи (кенгайтирувчи ҳам) мушаклар:

а) бигизсимон ўсиқ билан ҳалқум орасидаги мушак — *m. stylopharyngeus*;

б) ҳалқум-танглай мушаги — *m. palatopharyngeus*;

в) найча ҳалқум мушаги — *m. salpingopharyngeus*.

Овқат ютилганда мушаклар навбат билан, яъни юқоридан пастга қараб қисқаради ва овқат луқмасини ҳалқумдан қизилўнгачга ўтказиб юборади.

Ҳалқум асосан ташқи уйқу қон томирларидан таъминланади. Ташқи жағ қон томиридан (*a. maxillaris externa*) чиққан тармоқ — *a. palatina ascendens* бўлиб, ички жағ қон томиридан ажралиб чиққан қон томир — *a. palatina descendens* қон томири ҳисобланади.

Ҳалқум вена қон томирлари иккита бир-бири билан бирлашган тугунча ҳосил қилади (ҳалқум ва танглай), улар ички бўйинтуруқ

венасига қўйилиб, юз, қалқонсимон ҳамда тил веналари билан қўшилиши мумкин.

Ҳалқумнинг нерв системаси сезувчи ва ҳаракатлантирувчи қисмдан ташкил топган. Сезувчи нерв уч шохли нервнинг иккинчи тармоғи ва тил-ютқин нервидир. Ҳалқумнинг пастки қисми адашган нерв билан таъминланади.

Ҳалқумнинг ўрта ва пастки қисмини тил-ютқин, қўшимча ва адашган нервлар таъминлаб туради. Юқорида айтиб ўтилган нервлар бўйин симпатик нерви билан қўшилиб ютқин тугунчасини (plexus pharyngeus) ҳосил қилади.

Ҳалқум орқа бўшлиғи ҳалқумнинг орқа деворидаги (уччала қисмида) бўшлиқ бўлиб (умуртқа поғонасининг олдинги қисми), ёш болаларда бу бўшлиқ юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган, бу ерда лимфа тугунчалари бўлади. Бўшлиқ юқоридан калла асоси билан, ён томондан томир-нerv тутами билан, олдиндан ҳалқумнинг орқа девори билан, орқадан умуртқа олди фасцияси билан чегараланган. Пастдан эса кўкс бўшлиғига давом этади. Ёш болаларда шу бўшлиқдаги лимфа тугунларининг яллиғланиши оғир касалликни келтириб чиқариши мумкин (ютқин орқа бўшлиғи абсцесси).

ҲАЛҚУМ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ҳалқум ҳаво ва овқат ўтиши учун хизмат қилади, бундан ташқари, товушнинг жарангли чиқишида, нутқда ва ҳимояда ҳам катта аҳамиятга эга.

Ҳалқумнинг овқат ва ҳаво ўтадиган ягона йўл бўлиб, овқат ва ҳавонинг навбат билан ўтишини рефлектор равишда таъминлаб (тартибга солиб) туради.

Одам тинч турганда ҳалқум оғиз бўшлиғи томон очилади. Ҳалқумнинг баъзи бир унли ва ундош товушларни талаффуз қилиш пайтида юмшоқ танглай кўтарилиб, ютқиннинг орқа деворига бориб, зич тақалади ва ютқин-бурун бўшлиғини ажратиб қўяди, натижада овқат ва суюқлик бурун бўшлиғига ўтмайди.

Баъзан овқат ва суюқликнинг бурун бўшлиғига ўтиб кетишига юмшоқ танглай фалажи сабаб бўлади, кўпинча у бўғма касаллигидан сўнг ривожланади.

Ҳалқумнинг овқат ёки суюқлик қизилўнғачга қараб йўналаётганда ҳиқилдоқ сатҳи бекилади, у бирмунча кўтарилиб, тил ўзаги остига яқинлашади ва тил ўзаги уни босади. Ҳиқилдоқ усти тоғайи унинг устини ёпади, шундан сўнг овқат луқмаси пастга — қизилўнғачга қараб силжиб тушади.

Юмшоқ танглай ва тил ўзаги таъм билиш нервларининг охириги толалари билан таъминланганлиги сабабли, таъм билиш ва муҳофаза вазифасини бажаради (ширин, шўр, аччиқ ва нордон нарсаларга) .

Таъм сезгиси ноғора тори (chorda tympani — n. facialis), тил-ютқин (n. glossopharyngeus) ва адашган (n. vagus) нервларга берилади.

Муҳофаза вазифаси қуйидагича бўлади, яъни ютқинга иссиқ ёки кимёвий моддалар таъсир этганда ёки ёт жисмлар тушганда ютқин мушаклари беихтиёр (рефлектор) қисқаради.

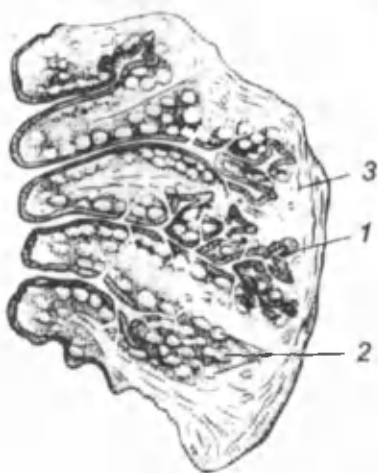
Ютқиндан ҳаво ўтаётганда у ҳар хил чанглардан тозаланади, намланади ва зарарсизлантирилади.

Ёш болаларда эмиш пайтида суюқлик секин-аста оғиз бўшлиғига йиғила бошлайди (у ерда босим бўлмаслиги сабабли), бу даврда юмшоқ танглай пастга осилиб тушиб, ҳалқумни беркитиб қўяди, бунда нафас олиш қийин бўлмайди. Сўнгра ютиш ҳаракати бошланиб, бу вақтда бола бир муддат эммай ва нафас олмай туради.

Кўпчилик олимлар муртақлар ва ютқиннинг бошқа лимфоид тўқималарини ташқаридан тушадиган инфекцияга қарши курашувчи муҳофаза аъзолари, деб ҳисоблайдилар («муҳофаза назарияси»). Бошқаларнинг фикрича, организм касалланганда, унинг курашувчанлик қобилияти пасайганда, муртақлар ўзининг крипта ва лакуналарида доимо мавжуд бўлган микроблари билан инфекция учун дарвоза вазифасини бажаради. Муртақларнинг яллиғланиш касаллиги билан организмнинг умумий касалланиши ўртасидаги узвий алоқанинг шубҳасиз мавжудлиги — шу тариқада тушунтирилади.

Танглай муртақларидаги лакуналар сони, уларнинг чуқурлиги ва йўналиши бир хил бўлмайди.

Айниқса, ёш болаларда ва ўсмирларда танглай муртақларида лимфоцитлар ишланиб, улар оғиз бўшлиғига ва ютқинга ажралиб чиқиб туради. Бундан ташқари, муртақларда антителолар (иммун оқсиллари) пайдо бўлиб, улар лимфоцитлар ўраб турган эпителийдан кўчиб туради. Антителолар оғиз бўшлиғи ва ютқинга тушиб, микроб ва вирусларга қарши курашинга ёрдам беради (80-расм).



80-расм. Танглай муртагининг гистологик тузилиши. 1— крипта; 2— фолликулалар; 3— бириктирувчи тўқимали парда (капсула).

ҚИЗИЛҮНГАЧНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Қизилўнгач ҳалқумнинг бевосита давоми ҳисобланиб, меъдагача давом этади. Қизилўнгач асосан овқат луқмаси ва суюқликни меъдага ўтказadi. У мушаклардан иборат найча бўлиб, катталарда унинг узунлиги 24–25 см, янги туғилган болаларда 8 см, 1–2 ёшдаги болаларда 15 см бўлади (81-расм).

81-расм. Турли ёшдаги болаларда қизилўнгачнинг узунлиги.



Қизилўнгачнинг юқори чегараси VI бўйин умуртқасига тўғри келиб, XI кўкрак умуртқаси рўпарасида меъданинг кириш қисмида тугайди. Қизилўнгач, асосан, кўкрак бўшлиғидаги кўкс оралиғининг орқа қисмида жойлашган бўлиб, у аортанинг пастга тушувчи қисмига ёндош,

олдинги томондан кекирданнинг парда қисмига тегиб турган ҳолда, чизикдан бир оз чапга ўтиб кетади.

Қизилўнгачнинг икки ён соҳасида адашган нерв жойлашган. Кўкрак бўшлиғида манфий босим бўлгани учун қизилўнгач шу бўлимда бирмунча очилган ҳолатда бўлиб, бошқа қисмларда эса пучайган ҳолда бўлади.

Қизилўнгач уч бўлимдан иборат: юқори бўлим — *pars cervicalis*, энг узун бўлим — *pars thoracica* ва пастки энг қисқа бўлим — *pars abdominalis*.

Қизилўнгач ҳажми ҳамма бўлимда ҳам бир хил бўлмай, унинг учта торайган жойи бор: биринчиси — ҳалқумнинг қизилўнгачга ўтиш жойида; иккинчиси — кекирданнинг бронхларга бўлиниш ерида; учинчиси — қизилўнгачнинг меъдага кириш қисмида. Булар физиологик торайишлар ҳисобланиб, овқат луқмасининг меъдага ўтишини енгиллаштиради. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бу торайишнинг салбий томони ҳам бор. Масалан, қизилўнгач шиллиқ қавати куйгандаги торайишларда овқат луқмаси тўхтаб ёки жисмлар шу ерда тикилиб қолади.

Қизилўнгачнинг мушак қисми (*tunica muscularis*) қизилўнгач асосини ташкил қилади ва икки қават (ташқи узунасига кетган ва ички айланма қават)дан иборат бўлади. Қизилўнгачнинг бошланғич қисмида кўндаланг тарғил мушаклар бўлиб, унинг пастки 2/3 қисми эса силлиқ мушакдан иборат. Демак, қизилўнгачнинг юқори қисмидаги мушак толаларининг вазифаси ҳалқум мушаклариникига ўхшаб, у одамнинг хоҳишига мувофиқ қисқаради, пастки қисмдаги мушаклар эса унинг хоҳишига итоат этмай, ўз вазифасини бажаради.

Қизилўнгачнинг ташқи қаватидаги мушаклар қисқариши натижасида, у кенгаяди, ички томондаги мушаклар қисқарганда эса қизилўнгач торайиб, луқма ёки суюқлик меъдага осон ўтади.

Мушак ва шиллиқ қават ўртасида шиллиқ ости қавати жойлашган. Бу қават бириктирувчи нозик тўқимадан иборат бўлиб, қизилўнгач шиллиқ қаватининг серҳаракат бўлишини таъминлайди.

Шиллиқ қаватда жуда кўп безлар бўлиб, улар қизилўнгач ичига очилади ва секретини шиллиқ қаватни намлаб туради, бу эса ўз навбатида овқат луқмаси (қуруқ луқма)нинг пастга қараб йўналишини осонлаштиради.

Қизилўнгач, асосан, пастки қалқонсимон қон томири, аортанинг кўкрак бўлими, меъданинг чап артерияси, шунингдек, адашган нерв тармоқлари ва симпатик нерв билан таъминланади.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Юқорида айтиб ўтилганидек, қизилўнғач овқат ва суюқликларни меъдага ўтказлади. Бу рефлекс йўли билан бажарилади. Овқат луқмасининг йўналиши фақат қизилўнғачнинг бошланғич қисмида сезилиб, бу хусусият унинг пастки қисмида йўқолиб боради.

Овқат луқмаси ва суюқлик оғиз бўшлиғидан ютқинга ўтиб, ҳиқилдоқ усти тоғайини босиб, ҳиқилдоқни бекитади, шу пайтда тил ости суяги ва ҳиқилдоқ гавдаси юқорига кўтарилади. Шу тарзда овқат қизилўнғачга ўтади. Овқат луқмаси қизилўнғач мушакларининг ҳаракати туфайли пастга қараб силжийди. Яъни қизилўнғачнинг овқат луқмасидан юқорида бўлган қисми қисилиб, пастки қисми бўшашади (очиблиб боради).

ҲАЛҚУМНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг ўрта қисмини сунъий ва кундузги ёруғликда ҳам текширса бўлади. Беморни кўздан кечириш вақтида ёруғлик манбаи худди бурунни текшириш усулидаги сингари жойлаштирилади, пешона рефлекторидан худди ўша усулдагидек фойдаланилади. Оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни текширишдан олдин, албатта, касалликнинг ривожланиши тўғрисида бемордан, ёш болаларда эса ота-онасидан сўраб аниқланади.

Бундан ташқари, беморнинг шикоятига қулоқ солиб, касалликнинг бошланиши ва кечиши тўғрисида аниқ маълумот олинади. Муртақларнинг бир йил ичида неча марталаб оғриши — ангина, унинг давом этиши, бадан ҳарорати, қўл ва оёқ бўғимларидаги оғриқ, юракда бўладиган ўзгаришлар ҳақида ҳам маълумот олинади.

Шундан сўнг, ташқи текшириш ўтказилиб, боланинг юз тузилиши, пастки жағининг ўсиши ёки улардаги ўзгариш аниқланади. Беморни ўтқазиб кўрилади, ёш болаларни бирор катта одам яхшилаб ушлаб туриши шарт. Беморни текширишда, албатта ютқин атрофини кўздан кечириб, пастки жағ ости, бўйиннинг юқори қисмини пайпаслаб кўриш керак. Бундан мақсад, лимфа тугунларининг ҳолати ёки оғриқ ва яллиғланиш аломатларини кузатишдир.

Ҳалқум уч қисмдан ташкил топган: бурун-ҳалқум (юқори қисм), оғиз-ҳалқум (ўрта қисм) ва ҳалқум-ҳиқилдоқ (пастки қисм). Шулардан иккинчи қисмни текшириш бирмунча осон бўлиб, бунда дастлаб оғиз бўшлиғи, сўнгра милқлар, оғиз бўшлиғининг олдинги қисмлари кўздан кечирилади.

Шпатель билан аста-секин устки ва пастки лабларни қайириб текширилади, бунда шиллиқ парда ранги, унда яра, шилиниш, жароҳатланиш бор ёки йўқлигига аҳамият берилади. Бундан ташқари, милқлар, тишлар тузилишига, тил, юмшоқ ва қаттиқ танглай ҳолатига

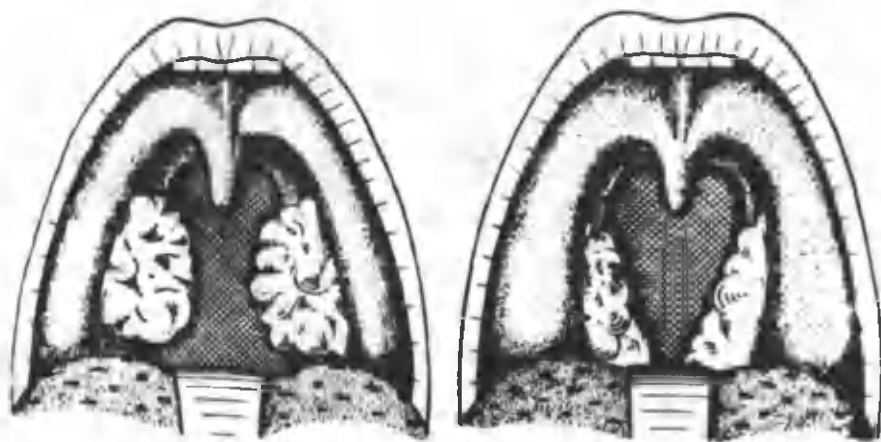
хам эътибор бериледи. Шпатель билан тил учини кўтариб, тил ости бўшлиғи кўздан кечирилади ва оғиздаги ҳид аниқланади.

Агар ёш бола оғзини очмаса, унинг бурнини маҳкам қисилади ва у оғиздан нафас олишга интилганда оғзига шпатель киритилади. Шпателни оғиз ичкарисига кўп тиқиб юбориш ярамайди, чунки болада ўқчиқ пайдо бўлади.

Шпатель оғиз бурчаги орқали орқадаги жағ тишдан тил ўзагига киритилади. Бунда бола ўқчий бошлайди ва оғзини очишга мажбур бўлади, шу пайтдан фойдаланиб, шпатель билан тилни тезликда босилади ва оғиз-ҳалқум кўздан кечирилади.

Оғиз-ҳалқумни текширганда юмшоқ танглай ва ундаги равоқлар, унинг ҳаракати, шунингдек унда оқма яра, чандиқ ёки тиртиқ бор-йўқлигига аҳамият бериледи. Танглай муртагини кўздан кечирганда, унинг шиллиқ пардаси ранги, муртак катта-кичиклиги, унинг танглай равоқларига ёпишган-ёпишмаганлиги ва муртак лакуналаридаги ажралмаларга аҳамият бериледи.

Муртакни танглай равоқлари бекитиб турганида унинг лакуналаридаги суюқлик ва уни кўздан кечириш учун шпатель ёки тўмтоқ илмоқ ёрдамида олдинги танглай равоғи астагина тортилади, муртак озгина кўзгатилади ва унга босиб, лакуналардаги ажралмалар ҳолати аниқланади (82-расм).



82-расм. Танглай муртақларининг турлича тузилиши.

Бундан ташқари, ҳалқум орқа девори, у ердаги шиллиқ қават тузилиши ёки ўзгаришларига эътибор бериледи.

Бурун-ҳалқум махсус ёритувчи ойнача ёрдамида текширилади. Бу тўғрида биз бурун бўшлиғини изоҳлаганда тўхтаб ўтганмиз.

Ҳалқум-ҳиқилдоқ қайрилган шпатель ёки катта ёритувчи ойнача ёрдамида кўрилади (билвосита ларингоскопия). Бунинг учун врач бемор тилининг учини тоза дока салфетка билан ушлаб (чап қўли билан), уни бирмунча олдинга тортади, сўнгра илитилган ёритувчи ойначани ҳалқумнинг пастки томонига қаратади ва рефлектордан ёруғлик нуруни шу ойначага тушириб, ҳалқумнинг пастки қисмини кўздан кечиради (83-расм).

Ёш болаларда бу усулни қўллаш анча қийин бўлганлиги сабабли улар махсус асбоблар ёрдамида текширилади (84, 85, 86- расмлар).

Ҳалқумни рентген орқали текшириш ёки томография усули ҳам кенг қўлланади.

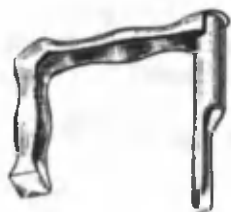


83-расм. Ҳалқумни пастки қисмини кўздан кечириш.

ҚИЗИЛЎНГАЧНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Беморнинг ютин фаолияти билан боғлиқ бўлган бутун имкониятлари тўлиқ аниқлангандан сўнг қизилўнғачни текширилади. Бемордан қизилўнғач куйганми ва унинг натижасида торайиш аломатлари бўлганми ёки йўқми шулар сўралади.

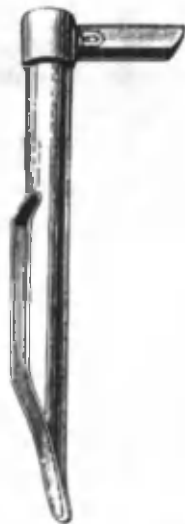
Қизилўнғач контраст (ранглари бир-биридан кескин фарқ қиладиган) модда ёрдамида рентгеноскопия ёки рентгенография



84-расм. Жексон шпатели.



85-расм. Тихомиров шпатели.



86-расм. Брюнингс шпатели.



қилинади. Бу усул билан ёт жисм ёки қизилўнғачдаги ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Ёш болаларни катталарга нисбатан рентген нури остида кўриш ёки уларга контраст моддаларни юттириш бирмунча қийин.

Қизилўнғачни текшириш, ундаги касалликларни аниқлаб даволаш, шунингдек, ундан ёт жисмларни чиқариб олиш учун эндоскопик усул қўлланади (эзофагоскопия). Эзофагоскопия ва трахеобронхоскопия ўртасида кўп умумийлик бор. Чунки бунда бир хил асбоблар (темир найлар, қисқич, ёруғлик манбаи ва б.) ишлатилади.

Эзофагоскопия бемор гавдасини бир оз олдинга энгаштириб ўтирган ҳолатда қилинади. Баъзан, эзофагоскопияни беморнинг ётган ҳолатида ҳам қилиш мумкин. Ёш болаларда бу усулни қўллашдан олдин қўл ва оёқларни яхшилаб маҳкам боғлаш зарур. Текшириш оч қоринга олиб борилади.

Қизилўнғачга эзофагоскоп найчасини аста-секин бураш йўли билан киргизилади. Бунда шиллиқ қаватни жароҳатламаслик учун ҳеч қандай куч ишлатилмайди.

Ҳозирги пайтда қизилўнғач юмшоқ фиброскоплар ёрдамида текширилади. Оғир юрак хасталигида, ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар торайганда (стеноз), қизилўнғачда ўткир йирингли яллиғланиш ва бошқаларда эзофагоскопия қилинмайди.

Эзофагоскопия, албатта маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантиришдан сўнг ўтказилади. Ёш болаларда бундай усул қўлланганда баъзи бир қийинчиликлар туғилиши мумкин. Эзофагоскопия найчасини киритиш

вақтида ҳиқилдоқ ва кекирдакни эзиб қўйиш натижасида тез муддат ичида болада нафас олиш қийинлашади (бузилади), бундай ҳолатда темир найчани зудлик билан суғуриб олиш лозим.

• ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳалқумдаги ёт жисмлар айниқса, ёш болаларда кўп учрайди. Чунки, улар турли майда ёт жисмларни оғизга солишга одатланиб қолганлар. Бундан ташқари, ёт жисмлар овқат билан биргаликда тушиши ҳам мумкин. Ҳалқумга ёт жисм фақатгина оғиз бўшлиғидан эмас, балки бурун бўшлиғидан ҳам тушиши мумкин. Ёт жисмлардан кўпроқ балиқ қилтаноғи, майда суяклар, игна, майда мих, шиша синиқлари тушади. Бундан ташқари, жонли ёт жисмлар (зулук, гижжа ва б.)ни ҳам учратиш мумкин.

Ҳалқумдаги ёт жисмлар бола учун унчалик хавф туғдирмайди. Ўткир учли ёт жисмлар кўпроқ муртакка, муртак олди ва орқа равоқларга, тил иллизига тақалиб (санчилиб) қолади. Шу сабабли беморлар санчиқли оғриқдан шикоят қиладилар. Бу оғриқ ютиниш пайтида зўраяди. Агар катта ҳажмдаги ёт жисмлар ҳалқум-ҳиқилдоқда бўлса, улар ҳаёт учун бирмунча хавфлидир. Чунки болаларда қўрқиш ҳисси пайдо бўлиб, улар нафас олишнинг бир оз бузилиши ёки қийинлашишидан безовталанадилар.

Агар бемор ҳалқумида жонли жисм, яъни зулук бўлса, у йўталдан, баъзан қон аралаш балғам келишидан шикоят қилади. Бу баъзан хавф туғдиради. Чунки зулук бир жойдан иккинчи жойга силжиши мумкин. У нафас йўлига ўтганда нафас олиш бузилади.

Ёт жисмлар бемор шикояти ва текшириш усулларига биноан аниқланади. Улар ҳалқумнинг юмшоқ қисмида чуқурроқ жойлашган бўлса, йиринг пайдо бўлади. Баъзан рентген яхши натижалар беради. Майда суяклар ёки балиқ қилтаноқларига гумон бўлса, унда баъзан бармоқ билан пайпаслаб кўриш лозим.

Даволаш. Кўзга кўринган ва юза жойлашган ёт жисмларни олиш қийин эмас. Лекин ёт жисмлар шиллиқ қаватдан чуқурроқ тўқималар оралиғида бўлиб, унинг атрофида йирингли яллиғланиш бўлса, бундай пайтда яллиғланишни камайтириш ва шундан сўнг ёт жисмларни олиш зарур. Ёт жисмлардан игна бўлса, унинг жойлашган ерини топиш ва уни олиш жуда қийин бўлади.

ҲАЛҚУМНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Ҳалқум ташқи ва ички томондан очиқ ҳамда ёпиқ ҳолда шикастланиши мумкин. Бунда тери ва юмшоқ тўқималар жароҳатланади.

Ҳалқум ташқи томондан кесилган, эзилган, санчилган ҳолатда шикастланади. Ички томондан шикастланиш — турли суяклар таъсирида, оғиз бўшлиғига, чўп ва бошқа нарсалар санчилиши ёки тиббиёт ходимлари томонидан ҳалқумни бирор асбоб билан шикастлантириш натижасида кузатилади. Юза шикастланиш кўпда хавфли бўлмайди, уни даволаш қийин эмас. Лекин ҳалқумда катта жароҳат аниқланганда анча қийинчиликлар туғилади. Бунда ҳалқумнинг йиртилган бўлагини тикиш, қон оқишини тўхтатиш лозим.

Баъзан ҳалқум ташқи ва ички томондан шикастланганда, унда ҳаво (эмфизема) йиғилиши мумкин. Бундан ташқари, ҳалқумнинг орқа девори (умуртқа олди томони) шикастланиши ва турли микроблар тушиши натижасида, баъзан у ерда абсцесс ривожланиши мумкин, бундай ҳолат кўкрак қафаси (кўкс бўшлиғи)да ҳам қайд этилиши мумкин.

Ҳалқумнинг пастки, яъни ҳалқум-ҳиқилдоқ қисми шикастланганда, нафас олиш йўллари торайиши натижасида нафас олиш бузилиб, бўғилиш кузатилади. Кўпинча беморларда ютиниш бузилади ёки қаттиқ оғриқ бўлади. Нервлар жароҳатланиши натижасида юмшоқ танглай фалажланади.

Даволаш. Биринчи навбатда қон оқишини тўхтатиш, нафас олиш бузилган бўлса (бўғилиш), унинг олдини олиш ва тегишли чоралар кўриш зарур. Баъзан трахеостомия қилишга тўғри келади. Шундан сўнг жароҳатланган тўқималарни тозалаб, тикиш лозим бўлса, тикилади ва беморни доимо назорат қилиб турилади.

ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Қизилўнғач ташқи ва ички томондан шикастланиши мумкин. Ташқи жароҳатланиш кам учраб, кўпинча кўкс бўшлиғидан фасоднинг ёрилиб кириши, турли ўсмалар билан эзилиши ёки ўсимталарнинг қизилўнғачга кириб ўсиши (тарқалиши)ни кўриш мумкин.

Ички жароҳатланишда қизилўнғачнинг шиллиқ, мушак қисмларида ўзгаришлар кузатилади (ёт жисмлар, ишқор ва кислота моддаларини ютиш натижасида). Баъзан тиббиёт ходимлари томонидан қизилўнғачни турли сабаблар билан текшириш жараёнида жароҳатлаш рўй беради.

Кўпинча қизилўнғач атрофидаги баъзи аъзолар шикастланиши натижасида ҳам жароҳатланади (йирик қон томирлар, нервлар, умуртқа поғонаси билан бирга). Қизилўнғачга ёт жисмлар тушиши натижасида, унинг тури, қирралилиги ва ҳажмига қараб, беморда турли шикоятлар бўлиши мумкин. Кўпинча ёт жисмлар қизилўнғачнинг кириш қисмида

илиниб, қадалиб ёки ушланиб қолади. Бемор овқат ўтмаслиги, оғриқ (айниқса учли, қиррали ёт жисмлар)дан шикоят қилади. Баъзан ўткир учли ёт жисмлар қизилўнгач деворини шикастлантириши натижасида қон кетиши мумкин, бунга алоҳида эътибор бериш лозим. Бунда кўкрак қафаси бўйлаб оғриқ бўлиб, у кўпроқ елка ва курак томонга берилади. Уни рентген орқали текшириш шарт.

Даволаш. Агар қизилўнгач деворининг шикастланишига гумон туғилса ёки у рентген ёрдамида аниқланса, беморга овқатланиш ва сўлакни ютиш ман этилади. Бундай ҳолларда қизилўнгачга резина найча қўйилиб, бемор найча орқали овқатлантирилади ёки қон томири орқали глюкоза, турли витаминлар, оқсил моддалар юборилади. Антибиотикларни катта миқдорда бериш шарт.

Қизилўнгач ташқи томондан жароҳатланганда даволаш бир оз қийинроқ, чунки жароҳатланган ерга тушган сўлак, овқат ва бошқалар қизилўнгач атрофидаги аъзолар (кўкс)га ҳам тушиши мумкин. Жароҳатланган ерга турли микроблар тушиши оқибатида у ерда йирингли яллиғланиш бошланади ва бу кўпинча бемор аҳволини оғирлаштириб, ўлимга олиб келади.

Аломатлари. Ташқи жароҳатланиш ҳажми ва чуқурлигига қараб ҳар хил белгилар бўлиши мумкин. Агар қизилўнгачнинг шиллиқ қавати жароҳатланмаган бўлса, бемор шикоят қилмайди. Бир неча кундан сўнг жароҳатланган тўқималар атрофида йирингли яллиғланиш авж олганда бемор ютинишнинг қийинлашгани ва қаттиқ оғриқдан шикоят қилади. Шу билан бирга, гавда ҳарорати кўтарилиб, ярадан сўлак, овқат қолдиқлари чиқади. Қизилўнгач девори шикастланганда юқорида айтиб ўтилган шикоятларни ҳисобга олиб, албатта уни рентген орқали текшириш шарт. Бунда қизилўнгачга йодолипол юбориб, унинг атрофидаги аъзолар ёки тўқималарга силжиб чиқиш ёки чиқмаслиги аниқланади.

Даволаш. Дастлаб ярани тозалаш, беркитиш лозим бўлса, уни тикиш зарур. Бемор бурун орқали қизилўнгачга қўйилган резина найча ёрдамида овқатлантирилади.

Яллиғланишни йўқотиш учун беморга кўп миқдорда турли кучли антибиотик ҳамда сульфаниламидлар берилади. Қон қуйиб туриш ҳам мақсадга мувофиқдир.



87- расм. Қизилўнгачдаги ёт жисм.

ҚИЗИЛҰНГАЧДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Ёт жисмлар (мас., балиқ, гўшт суяқлари, ойна синиғи, мих, игна, тугма, танга ва б.) овқат билан ўтиши мумкин. Қизилўнғачга ёт жисмлар кўпинча шошиб овқатланганда ёки тўла чайнамасдан ютганда тушади. Баъзан ёт жисмларни руҳий касалликка чалинган болалар ютиб юборади.

Ёт жисмлар қизилўнғач шиллиқ қаватини жароҳатласа (айниқса фақат шиллиқ қаватни эмас, мушакларни ҳам шикастлантирса), унинг атрофи яллиғланиб, бемор аҳволи ёмонлашади. Бунда қизилўнғач тешилиши ҳам мумкин. Ёш болаларда катта ҳажмдаги ёт жисмлар қизилўнғачнинг бўйин, кўкрак қисмида учрайди. Бундай ҳолатларда кўпчилик болаларда нафас олиш бузилади ёки қийинлашади (87- расм).

Ёт жисм қиррасиз, думалоқ ёки текис бўлса, қизилўнғачнинг пастки қисмларида тиқилиб қолиши мумкин.

Ёт жисмлар бемор шикоятдан ташқари, рентген ёки эзофагоскопия ёрдамида аниқланади.

Даволаш. Эзофагоскопия қилинади ва кўринган ёт жисм махсус қисқич билан олинади.

Болаларда эзофагоскопия умумий наркоз билан қилинади. Ёт жисм олиб ташлангандан сўнг беморга юмшоқ, суюқ овқатлар бериш лозим. Агар қизилўнғач девори шикастланган бўлса, бир неча кун антибиотиклар берилади.

ҲАЛҚУМ ВА ҚИЗИЛҰНГАЧНИНГ КУЙИШИ

Бундай жароҳат: кимёвий моддалар, иссиқ сув, овқат, электр ва турли нурлар таъсири остида кузатилади. Бемор кислота ва ишқорлар таъсирида куйганда касаллик оғир кечади.

Хасталик оғирлиги кимёвий моддалар тури, қуюқлиги ҳамда миқдорига боғлиқ. Кислоталар тўқимага таъсир этиб, оқсилдан намликни тортиб олади ва уларни ивителиб, қаттиқ караш ҳосил қилади. Ишқорлар эса тўқималарни ивителиб, натижада ҳалқум ва қизилўнғач қавати чуқур бузилади.

Куйиш уч хил даражали бўлиши мумкин:

I даражали куйиш — эритема бўлиши; II даражали куйиш — пуфакчалар пайдо бўлиши; III даражали куйиш — тўқималар нобуд бўлиши.

Биринчи даражали куйиш енгил кечиб, бемор тезда тузалиб кетади. Шиллиқ қават кўпроқ куйган бўлса, унда юза чандиқ (узунаси ёки айланасига) пайдо бўлади. Бундай ҳолларда қизилўнғачнинг овқат ўтказувчанлик лаёқати бузилади.

Агар куйганда мушак ҳам жароҳатланса, унда дағал, чуқур чандиқлар ҳосил бўлиб, қизилўнгачнинг овқат ўтказувчанлик лаёқати бузилади, чунки у чегараланган ҳолда кенгайиб тораёди. Бундай ҳолат, куйишдан сўнг 1–2 ой ичида содир бўлади.

Куйиш белгилари. Куйишдан кейин ҳалқум ва қизилўнгачда оғриқ бўлиб, у ютиниш даврида зўраёди. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллиқ қаватлари караш билан қопланган бўлади (оқиш, сарғиш ёки қорамтир тусда). Агар куйиш ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватига ўтган бўлса, бунда қаттиқ йўтал, нафас олишнинг бузилиши кузатилади. Қизилўнгач куйганда у тешилиб, оқма яра пайдо бўлиши, зотилжам касаллиги ривожланиши, бундан ташқари, буйрак фаолияти бузилиши ҳам мумкин.

Ёш болаларда ҳиқилдоқ шиллиқ қавати шишиши натижасида бўғилиш юз беради.

Даволаш. Куйгандан сўнг даволашни тезроқ бошлаш яхши натижа беради. Бемор кислотадан куйган бўлса, унга кучсиз ишқор, ишқордан куйганда кучсиз кислота эритмаси берилади.

Бунда албатта меъдани ювиш шарт. Агар бемор иссиқ сув ёки овқатдан куйган бўлса, унга нимранг калий перманганат эритмаси ичирилади. Беморни оғир аҳволдан чиқариш учун пантапон, морфин, венага 5 % ли глюкоза, гемодез эритмалари юборилади. Қон ва плазма юбориш ҳам мақсадга мувофиқдир. Бундан ташқари, турли антибиотиклар бериш лозим. Бемор юта олса, суюқ овқат бериш ва турли ўсимлик ёғларини ичириш ҳам яхши натижа беради.

Нафас олиш бузилишининг олдини олиш мақсадида шишни қайтарувчи, гавдадан суюқликни ҳайдовчи турли дорилар (лазикс, пипольфен, кальций хлор, гидрокортисон, димедрол ва б.) берилади.

Қизилўнгачда чандиқлар пайдо бўлмаслиги учун уни вақтлироқ буж билан кенгайтириш керак.

ҲАЛҚУМ ЛИМФОИД ТЎҚИМАЛАРИНИНГ КАТТАЛАШИШИ

Ўзининг фаолиятига кўра, лимфоид тўқималар ўз ҳажмини ўзгартириб туради. Баъзан, улар турғун катталашиб, ҳаво ўтиш йўлларини беркитиб, нафас олишни қийинлаштиради. Натижада эшитув найи ўтказувчанлиги бузилиб, эшитиш қобилияти пасаяди. Кўпинча лимфоид тўқималар бола балоғатга етгунча катталашиши мумкин.

Бурун-ҳалқум муртагининг катталашиши (Hypertrophia III tonsillae). Аденоидлар асосан 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди. Бурун-ҳалқумда жойлашган муртак катталашиши натижасида бурундан нафас олиш турли даражада бузилади. Эшитув найи кириш қисмининг

бекилиши натижасида эшитиш қобилияти ҳам пасаяди.

Болаларда тез-тез бўлиб турадиган ўткир тумов ва улардаги юқумли касалликлар (қизамиқ, қизилча, грипп, бўғма ва б.), баъзан аденоидлар ривожланишини тезлаштириб юборади.

Касалликнинг белгилари жуда яхши ифодаланган бўлади. Беморнинг асосий шикоятлари — буруннинг битиб қолиши, тинмай шиллиқ моддалар ажралиб чиқиши, эшитиш қобилиятининг бузилишидан иборат. Бурундан нафас олиш қийин бўлганлиги сабабли бола оғзини юммасдан ухлайди, яъни оғзидан нафас олади

(88-расм). Бунинг натижасида ҳалқум шиллиқ қаватининг турли яллиғланишлари кузатилади. Боланинг уйқуси бузилиб, хуррак отади ва тунда беҳосдан чўчиб уйғонади. Доим оғзидан нафас олгани учун қаттиқ танглай махсус бир шаклга кириб қолади, яъни танглай гүмбази

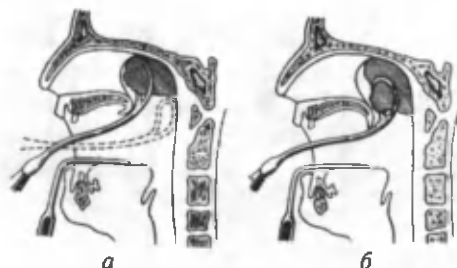
баланд ва тор бўлади, кўкрак қафаси, пастки жағ шакли ўзгаради. Бола жисмоний ва ақлий жиҳатдан ўсмай қолади. У ҳеч нарсага қизиқмайдиган бўлади. Болада руҳий фаолият бузилиши туфайли кечаси сийиб қўйиш каби ҳолатларни кузатиш мумкин. Кўпинча бола бош оғриғидан ва фикрларини ақлий меҳнатга жалб эта ололмастидан шикоят қилади. Узоқ муддат бурундан нафас олишнинг бузилиши натижасида мияда қон алмашиниши ўзгаради. Оғзидан нафас олинганда нафас унчалик чуқур бўлмаслиги сабабли ўпкада ҳаво алмашинуви бузилади, буни тўғри изга солишнинг имконияти бўлмайди. Натижада қоннинг тоза ҳаво (оксиген) билан таъминланиши бузилади.



88-расм. Аденоидли боланинг ўзига хос ҳолда оғзидан нафас олиши.



89-расм. Катталашган аденоидни аниқлаш учун бурун-ҳалқумни бармоқ билан текшириш.



90-расм. а) катталашган ҳалқум муртагини олиш учун аденотом билан бурун-ҳалқумга кириш; б) муртакни аденотом билан қирқиб олиш.

Ютқин муртаги катталашувини 4 та даражада ифодалаш мумкин. Аденоид тўқимаси димоғ суягининг бир қисмини тўсади, бу — I даражали ҳисобланади. Агар димоғ суягининг иккидан бир қисмини эгалласа (тўсиб олса) — II даражали, учдан икки қисмини тўсиб олса — III даражали ва димоғ суягини бутунлай эгаллаб олса — IV даражали, деб юритилади.

Касалликни аниқлашда юқорида айтиб ўтилган шикоятлар, болада содир бўладиган ўзгаришлардан ташқари, бурунни кўздан кечириш, олдинги ва орқа риноскопия қилиш зарур. Орқа риноскопияда озмиқўпми хоанани бекитган, гумбаздан осилиб тушган аденоид ўсимтаси билан тўлган ҳалқумни кўриш мумкин. Кўпинча болаларда орқа риноскопия қилиш қийин, бундай вақтда ҳалқум кўрсаткич бармоқ билан текширилади. Бу усул ёрдамида фақат аденоидлар мавжудлигини эмас, балки уларнинг юмшоқ ёки қаттиқлиги ҳажми аниқланади (89, 90- а, б расмлар).

Баъзан аденоидларни аниқлаш учун бурун-ҳалқум рентгенда кўрилади (бурундан йодолипол эритмаси томизилади) ёки КТ қилинади. Аденоидни қуйидаги касалликлар: пастки бурун чиғаноғи орқа қисмининг катталашishi, бурун тўсиғининг қийшайishi, хоанадан осилиб тушувчи хавфсиз полип, турли хавфли ўсимталар ва бошқалардан фарқлаш керак.

Даволаш. Кўпинча жарроҳлик усули қўлланади. Жарроҳликни ўтказишдан олдин юқорида айтиб ўтилган, болаларда кузатиладиган ўзгаришлар аниқланади. Бу ўзгаришларга аденоид сабаб эканлигига ишонч туғилгандан сўнг жарроҳлик усули қўлланади.

Жарроҳлик махсус аденоидларни кесиб олувчи асбоб ёрдамида олиб борилади, у аденотом деб юритилади, улар катта-кичиклигига қараб беш турда бўлади. Албатта, жарроҳликдан олдин бемор қони, тромбоцитлар сони, қоннинг ивиш вақти ва сийдик текширилади, бундан ташқари, бола соғлом, яъни шамолламаган бўлиши керак.

Узоқ муддат бурундан нафас олишнинг қийинлиги оқибатида бурун-ҳалқумда қон айланиши бузилади. Бу эса ўз навбатида бурун шиллиқ қаватининг сурункали шиши ва яллиғланишига олиб келиб, пастки бурун чиғаноқлари орқа қисмининг катталашиб кетиши ва сурункали тумов ривожланишига сабаб бўлади.

Ёрдам берадиган шахс болани тиззаси орасида сиқиб, бир қўли билан боланинг бошини, иккинчи қўли билан унинг кўкрак ва қўлларини ушлаб туради. Жарроҳлик вақтида боланинг қимир-ламаслигига (айниқса бошининг) эътибор бериш зарур. Тилни шпатель билан босиб аденоидни олиб ташловчи асбобни юмшоқ танглай орқасига ўтказилади, ўрта чизикдан оғиштирмай, ҳалқум гумбазига ва бирмунча олдинга тақалади. Кейин олдиндан орқа томон гумбаз ва ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб тез ҳаракат билан аденоид тўқималари кесилади. Бурундан қон кўп кетмай тезда тўхтайтиди. Ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб қон оқаверса, бу аденоид тўқимасининг қолдиғи борлигидан дарак беради, бундай пайтда қайтадан аденоид тўқимаси қолдиғи олиб ташланади (90-расм).

Ёш ва қўрқадиган болаларда ушбу муолажа умумий оғриқсизлантириш ёрдамида бажарилади.

Жарроҳликдан сўнг бола 2—3 кун врач назорати остида бўлиши лозим, овқат жуда ҳам иссиқ ва дағал бўлмаслиги зарур.

Қон касаллиги, грипп эпидемияси, ҳалқумдаги ўткир яллиғланиш ва бошқа ҳолларда жарроҳлик ўтказилиши ман этилади.



91-расм. Катталашган танглай муртаклари.

ТАНГЛАЙ МУРТАКЛАРИНИНГ КАТТАЛАШИШИ

Кўпинча ёш болаларда танглай муртакларининг бурун-ҳалқум муртагига ўхшаб ҳаддан ташқари катталашиши кузатилади. Бундай ҳолларда танглай муртаклари жуда катталашиб, танглай равоқларидан бўртиб чиқади ва ўрта чизикқа келиб, бир-бирига ёпишиб, ютқинга кириш қисмини беркитиб қўяди. Бола улғайиб бориши билан муртаklar аста-секин кичрайиб боради. Кўпинча катталашган танглай муртаклари бола ётган пайтида бурундан нафас олиш бузилишига сабаб бўлади. Чунки бола ётган пайтида катталашган танглай муртаклари ўз оғирлиги ва ҳажми билан ҳалқумнинг орқа томонига осилиб тушиб, нафас олиш йўлини беркитиб қўяди ва натижада бола оғиз орқали нафас олишга мажбур бўлади.

Катталашган танглай муртаклари, баъзан овқат ютиш ва товуш бузилишига сабаб бўлиши мумкин. Беморда рефлектор йўтал кузатилиб, у кўпроқ кечаси кучаяди.

Танглай муртаклари катталашган даврда бир вақтнинг ўзида улар сурункали яллиғланиб (сурункали тонзиллит), у сурункали тонзиллитсиз бўлиши мумкин.

Танглай муртаклари катталашганда ташҳис фарингоскопияга асосланиб қўйилади. Муртаклар қатқалашишини шартли равишда 3 даражага бўлиш мумкин. Бунда муртаклар олдинги равоқларининг қирғоғи ва ўрта ҳалқум чизиғи (тилча) орасидаги масофа аниқловчи белги ҳисобланади. Катталашган муртаклар шу оралиқнинг учдан бир қисмини эгалласа — биринчи даражали, учдан икки қисмини эгалласа — иккинчи, тилчага борса — учинчи даражали ҳисобланади (91- расм).

Даволаш. Бола организмни мустаҳкамлаш, гигиенага риоя қилиш, сифатли овқатланишдан иборат. Агар катталашган танглай муртаклари нафас олишга, нутқга салбий таъсир этса, бундай ҳолларда жарроҳликни қўллашга тўғри келади, яъни махсус тонзиллотом асбоби билан танглай муртаклари қисман қирқиб олиб ташланади (тонзиллотомия). Бунда кўп қон кетмай, ўз-ўзидан тезда тўхтайтиди. Танглай муртаклари кўпинча ҳалқум муртаклари билан бирга катталашади. Бундай ҳолларда бола йўталиб, нафас олиши сезиларли бузилиб, кечалари ҳаво етишмаганидан чўчиб уйғонади, кучли хуррак отади, кечаси билан безовта бўлиб чиқади.

ҲАЛҚУМНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ

Ўткир аденоидит — бурун-ютқинда жойлашган III муртакнинг ўткир яллиғланиши бўлиб, болаларда кўп учрайди.

Касаллик ривожланишига ўткир тумов, грипп, қизамиқ, қизилча, кўкйўтал ва бошқалар сабаб бўлади.

Касаллик ўткир бошланиб, гавда ҳарорати кўтарилади, бурундан ажралма келади ва нафас олиш бутунлай бузилади. Фарингоскопияда ютқиннинг орқа девори бўйлаб юқоридан (бурун-ютқиндан) шиллиқ-йирингли ажралманинг оқиб тушиши, ютқин шиллиқ қавати ва орқа равоқлар қизарганлигини кўриш мумкин. Жағ ости ва бўйиндаги лимфа тугунлари катталашади.

Айрим ҳолларда ўткир аденоидит ўткир йирингли ўрта отит ва ҳалқум орти абсцесси ривожланиши ҳамда ларингит, бронхит, трахеит, зотилжам каби асоратларга олиб келиши мумкин.

Даволаш. Асосан, бурундан нафас олишни тиклашга қаратилади. Бемор бурнидаги ажралмалар сўриб олинади, томир торайтирувчи, антибиотик ва умумқувват берувчи дорилар тавсия этилади.

ҲАЛҚУМ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ – ЎТКИР ФАРИНГИТ

Ҳалқум шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши камдан-кам ҳолларда алоҳида учрайди. Кўпинча у бурун ва бурун-ҳалқумдан пастга томон йўналадиган ўткир катарнинг давоми бўлади (айниқса ёш болаларда). Ўткир фарингит турли юқумли касалликлардан сўнг ривожланиши мумкин. Касаллик авж олишида микроблар (стрептококк, стафилококк, диплококк ва б.) нинг таъсири алоҳида ўрин эгаллайди.

Аломатлари. Бемор томоқ қуриши, бир оз оғриқ ёки ачишиш, қичишиш, енгил йўтал кабилардан шикоят қилади. Гавда ҳарорати бир оз кўтарилиши мумкин.

Текширганда шиллиқ парда қизарганлиги, унда шилимшиқ йирингларни кўриш мумкин.

Ҳалқумнинг орқа деворидаги шиллиқ қават (парда)да қизил доначалар шаклида айрим лимфоид тўқималар катталашгани кўринади. Ҳалқумдаги оғриқ ютинганда бир оз кучайиши мумкин. Шиллиқ қават қизариши ва шиши тилгача ва муртакнинг орқа равоқларига тарқалиши мумкин (92-расм).

Ўткир фарингитда бурун-ҳалқум шиллиқ пардаси яллиғланади, яъни *ринофарингит* кузатилади, у ёш болаларда оғир кечади. Бурун-ҳалқумда нохуш сезги, ачишиш, қуришиш, шилимшиқ ажралманинг кўп миқдорда, баъзан қон аралаш бўлиши аниқланади. Ёш болаларда бурун-ҳалқумдаги ажралмалар қийинчилик билан кўчади, бурундан нафас олиш бузилади, гавда ҳарорати юқори бўлади. Яллиғланиш жараёни эшитув найининг шиллиқ қаватига тарқалиши туфайли най орқали ноғора бўшлиғига маълум миқдорда ҳаво ўтмайди, бу эшитиш қобилиятини пасайтиради. Бемор қулоғи битиб қолганлигидан шикоят қилади. Баъзан ёш болаларда бўйин, ҳалқум орти лимфа тугунчалари катталашган бўлиши ҳам мумкин.

Ҳалқум – ҳиқилдоқни кўздан кечирганда ҳиқилдоқни ёпувчи тоғай, чўмичсимон ва улар оралиғидаги бойламлар орасидаги шиллиқ қисмининг қизаргани ва бир оз шишганини кўриш мумкин.

Даволаш. Бемор бир-икки кун турмасдан ётиши, шиллиқ пардани қитиқламайдиган юмшоқ, суюқ ёки ярим суюқ овқатларни илиқ ҳолда

истеъмол қилиши, сульфаниламид дорилар қабул қилиши, бўйнига иситувчи компресс қўйиш ва оғизни турли эритмалар (фурациллин, риванол) билан чайиш лозим. Бундан ташқари, ишқор ёки турли антибиотик эритмалар билан ингалиция қилиш зарур. Бурунга 2% ли протаргол эритмаси ёки колларгол томизилади.

АНГИНА ЁКИ ЎТКИР ТОНЗИЛЛИТ

Хасталик юқумли бўлиб, танглай муртақларнинг ўткир яллиғланишидир. Бу муртақлар ҳалқумдаги бошқа муртақларга нисбатан кўп касалланади.

Ангина ривожланишида организмдаги микроблар (стафилококк, стрептококк, пневмококк ва б.) катта ўрин тутади. Бундан ташқари, хасталик ривожланишида бола организмнинг курашувчанлик хусусияти муҳим аҳамиятга эга.

Кейинги йилларда ўтказилган текширишлар ангина ривожланишида аденовируслар ҳам ўзига хос ўрин эгаллашини кўрсатди. Инфекция ташқи муҳитдан бола организмга касал бемордан (ангина билан оғриган беморлардан) ўтиши мумкин.

Ўткир тонзиллитни унинг клиник, морфологик, патофизиологик ўзгаришларига кўра: катарал, фолликуляр, лакунар турларга бўлиш мумкин (93, 94, 95-расмлар).

Катарал ангина. Хасталик шиддатли бошланиб, гавда ҳарорати 39—40° га кўтарилиши мумкин. Бемор дастлаб томоғи қуриши, қичишиши ва ачишишидан шикоят қилади. Ютиш пайтида бир оз оғриқ пайдо бўлиб, қайт қилиши мумкин. Бош оғриғи, қувватсизлик кузатилиб, бемор 3—4 кунда соғайиб кетади.

Касаллик оғир кечган ҳолларда шиллиқ пардада қон қуйилган нуқталар аниқланиб, тилча ва танглай равоқларида шиш пайдо бўлади. Пастки жағ ости лимфа бези тугунлари катталашади ва пайпаслаганда оғрийди.

Фолликуляр ангина. Ангинанинг бир тури бўлиб, мустақил равишда ёки лакулар ангина билан бирга учрайди.

Хасталик кўпинча тўсатдан эт увишиши, гавда ҳароратининг бирданига ва кескин кўтарилиши, томоқ, бош оғриғи, оёқ-қўл ва белда қақшаш, умумий беҳоллик билан бошланади.

Беморни текшириб кўрганда иккала муртақнинг қизаргани ва шишганини, шиллиқ пардасида кўпгина миқдорда тўғноғич бошчасидек келадиган юмалоқ, сарғиш, бўртиб турган сариқ нуқталар аниқланади, булар муртақларнинг йиринг бойлаган фолликулаларидир. Фолликуляр ангинода карашлар катталиги бир текисда ва тўғри шаклда бўлади ҳамда улар муртақдан четта тарқалмайди.

Хасталик аксари ҳолларда маҳаллий ва умумий асоратлар бериши мумкин.

Маҳаллий асоратларга — муртак атрофи абсцесси, ўрта қулоқ яллиғланиши, умумий асоратларга эса юрак, бўғим, буйрак касалликлари ва бошқалар киради.

Лакунар ангина. Бу касалликда умумий аломатлар ангинанинг юқоридаги хилларидан анчагина кучлироқ ва аниқ кўринади. Беморнинг умумий аҳволи фолликуляр ангинодагига ўхшаш бўлади.

Муртакларнинг шишган ва қизарган шиллиқ пардасида лакуналардан чиқиб турган оқ ёки сарғимтир карашлар бўлиб, улар эпителий тўқимасининг ўлик ҳужайралари, бактериялар ва лейкоцитлардан ташкил топган бўлади. Карашлар бутунлай муртак устини қоплайди, бироқ муртақдан ташқарига тарқалмайди.

Лакунар ангинани бўғма касаллигидан ажрата билиш керак. Лакунар ангинода муртак устидаги карашлар анча юзада бўлиб, улар осонликча кўчади ва атрофга тарқалмайди, бўғмада эса қалин бўлиб, қийинчилик билан кўчади ва тезда муртак атрофига тарқалади. Лакунар ангина ҳам умумий ва маҳаллий асоратлар бериши мумкин (96–97-расмлар).

Даволаш. Бемор ўринда қимирламай ётиши шарт, бу эса асоратлардан сақланишга имкон беради. Оғриқни қолдирувчи, гавда ҳароратини пасайтирувчи дори-дармонлар бериш ўринлидир. Томоқни турли эритмалар (фурацилин, риванол, грамицидин, йодиол, йокс ва б.) билан чайиш, бўйинга иситувчи компресс қўйиш лозим. Юрак ва буйрак фаолияти кузатиб борилади. Беморга турли антибиотик ва сульфаниламидлар бериб туриш мумкин.

Сўнгги йилларда ангинани даволашда пастки жағ бурчагига дориларни маҳаллий (лимфотроп) — тери остига киритилиши яхши самара бермоқда.

Касаллик пайдо бўлиши ва тарқалишининг олдини олиш, болалар соғлиги ва жисмоний ривожланишини муҳофаза қилиш учун қуйидагиларни бажариш лозим: 1) ангина билан оғриган болаларни соғлом болалардан ажратиш; 2) юқори нафас йўлидаги барча касалликларни даволаш; 3) бола организмни чиниқтириш, шахсий гигиенага риоя қилиш ва бошқалар.

МУРТАК АТРОФИДАГИ АБСЦЕСС

Сурункали тонзиллит хуружи ёки ангинадан сўнг муртак атрофида абсцесс пайдо бўлиши мумкин (асорат сифатида). Бунда инфекция (микроб) муртакнинг чуқур лакуналари орқали муртак атрофидаги тўқималарга ўтиб, у ерда йирингли яллиғланиш ривожланишига сабаб

бўлади. Кўпинча бундай асорат бола организмнинг курашувчанлик қобилияти пасайиб кетганда, муртакларда йиринг йиғилиши, яъни йирингдан муртак лакуналарининг холи бўла олмаслиги натижасида кузатилади.

Аломатлари. Муртак атрофи абсцесси, кўпинча бир томонлама бўлиб, кўп ҳолларда муртакнинг олдинги-юқори, камроқ ҳолларда эса орқа ва ён томонида кузатилади. Ангинанинг кечиш даври чўзилиши натижасида бемор томоғидаги оғриқнинг янада зўрайиб бораётганидан шикоят қила бошлайди. Оғриқ ютинганда зўраяди ва қулоққа ҳам тарқалади.

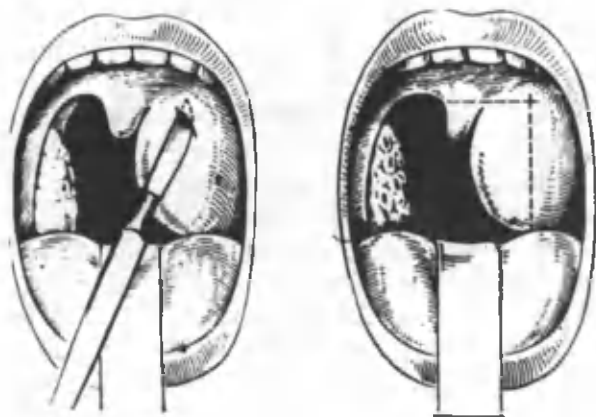
Бола овқатланишга қийналади, жағ ости безлари катталашиб, пайпаслаганда оғрийди. Гавда ҳарорати кўтарилади.

Фарингоскопияда танглайнинг бир томонида (агар бир томонлама абсцесс бўлса) қизариш ва шиш кузатилади, бу шиш аста-секин бутун муртак атрофини ўраб олади. Оғриқ ангинага нисбатан кучли бўлади. Бемор оғзини зўрға очади ва бошини касал томонга энгаштириб туради. Юмшоқ танглай деярли ҳаракатсиз бўлиб қолганлиги туфайли бемор товуши ўзгариб, манқаланиб қолади. Тилча шишган ва қизарган, шиш томонга сурилган бўлади.

Яллиғланиш уч босқичда кечади: бошланғич давр (1–2 кун), инфильтрация (1–2 кун) ва йиринглаш даври (1–2 кун).

Болаларда 3–4 кундан сўнг абсцесс ўз-ўзидан ёрилиб, йиринг ажрала бошлайди ва бемор аҳволи яхшиланиб боради.

Баъзан муртак атрофидаги абсцессга бошқа асоратлар (бўйин абсцесси, ҳиқилдоқ шиллиқ қавати шиши ва б.) ҳам қўшилиши мумкин.



98- расм. Муртак атрофи абсцессини кесиб ёриш.

Касалликни аниқлаш унчалик қийин эмас. Уни бемор шикояти ва фарингоскопиядан сўнг олинган маълумотларга асосланиб аниқлаш мумкин.

Даволаш яллиғланишнинг ривожланиш муддатига қараб олиб борилади. Асоратнинг бошланиш даврида турли антибиотик ҳамда сульфаниламид дорилар берилади.

Бўйинга иситувчи компресс қўйилади. Шундай йўл билан яллиғланишни орқага қайтариш мумкин. Агар хасталик кучайиб борса, 3–4 кун ичида абсцесс ўз-ўзидан ёрилмаса, бундай пайтда уни кесиб очишга тўғри келади. Баъзилар етилган абсцессни тўмтоқ асбоб билан муртак усти чуқурчаси

орқали ёришни тавсия этадилар. Кўпинча абсцесс муртак олди равоғи орқали кесиб ёрилади. Албатта абсцессни кесишдан олдин унга нина санчиб (пункция қилиб) кўриш лозим (98, 99-расмлар).

Муртак атрофи абсцессининг олдини олиш учун оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, сурункали тонзиллит, синуситлар ва кариес тишларни ўз вақтида даволаш зарур. Танглай муртаги атрофи абсцесси тез-тез қайталаниб турса, тонзиллэктомия ўтказилади. Баъзан бу жарроҳлик усули абсцесснинг ривожланган даврида ҳам қўлланади.

ҲАЛҚУМ ОРҚА БЎШЛИҒИ АБСЦЕССИ

Хасталик ёш болаларда учраб, умуртқа поғонасининг олд қисмида жойлашган лимфа тугунчаларининг яллиғланиши туфайли кузатилади. Боланинг ёши улғайган сари бу тугунчалар йўқ бўлиб, бириктирувчи тўқимага айланади. Лимфа тугунчалари бевосита бошқа кўшни тугунчалар (бурун-ҳалқум, эшитув найи олди ва ўрта қулоқ) билан боғланган бўлади. Шу сабабли микроблар бурун, оғиз бўшлиғи, муртаклар ва ўрта қулоқдаги яллиғланишларда ҳалқум орқа бўшлиғидаги лимфа тугунларига тарқалиши ва абсцесс ривожланишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, абсцесс ҳалқум орқа деворидаги шиллиқ қават шикастланиши натижасида бирорта инфекциянинг тушиши сабабли ҳам ривожланиши мумкин.

Аломатлари. Хасталик бошланишида гавда ҳарорати бир оз кўтарилиб, кейинчалик юқори даражагача ошади. Агар абсцесс ҳалқумнинг юқори қисмида (бурун-ҳалқумда) бўлса, бола бурнидан яхши нафас



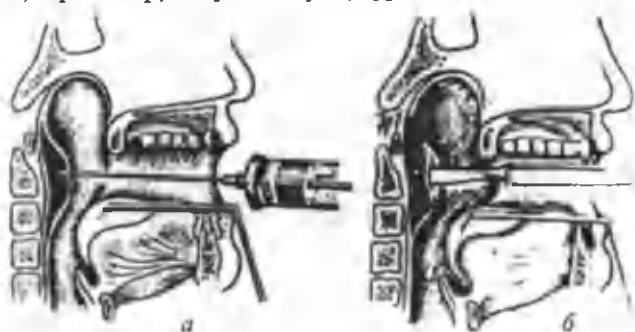
99-расм. Муртак атрофи абсцессини ёргандан сўнг мяхеус асбоб билан кенгайтириб, йирингни чиқариш.

ололмайди, ўрта ва пастки қисмидаги абсцессларда ютиниш ва ҳиқилдоқ орқали нафас олишга қийналади. Эмадиган бола она кўкрагини сўриш ва ютиш бузилиши оқибатида оч қолади. Ёки, бир неча марта сўргач, қичқириб йиғлаб, эмишни тўхтатади. Оғиздаги сутни ютиш пайтида сутнинг бир қисми оғиздан оқиб тушади ёки бурунга ўтиб кетади. Баъзан, сут пастки нафас йўлига тушиши натижасида, бола йўталиши ва қайт қилиши мумкин. Бемор манқаланиб гапиради, ухлаганда хуррак отади.

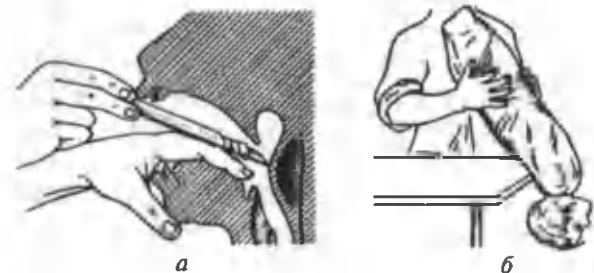
Беморни текширганда ҳалқумнинг орқа деворида думалоқ шаклдаги шишни кўриш мумкин (агар ўрта қисмида бўлса) унинг шиллик қавати қизарган, учи тўмтоқ бирор нарса ёки бармоқ билан аста пайпаслаб кўрилганда, билқиллаган ҳолда бўлади.

Абсцесс камдан-кам ҳолларда ўз-ўзидан ёрилади, кўпинча уни мутахассис ёради.

Даволаш. Абсцессни мумкин қадар эрта ёриш лозим. Юқорида айтиб ўтилганидек, абсцесс ўз-ўзидан ёрилса (айниқса бола ухлаб ётган пайтида), бу жуда хавфлидир, чунки йиринг нафас йўлига кетиб, бўғилиш юз бериши, яъни нафас олиш кескин бузилиши мумкин. Абсцесс кесилиб (дастлаб нина санчиб кўриш керак), тегишли асбоб билан кенгайтирилади ва йиринг ҳиқилдоққа тушмаслиги учун боланинг бошини тезлик билан пастга ва олдинга энгаштирилади (100- а,б; 101- а,б- расмлар). Шундан сўнг, турли антибиотиклар буюрилади. Кўпинча



100-расм. а—ҳалқум орқа деворидаги абсцессни нина билан санчиб кўриш; б—абсцессни ёриш.



101-расм. а—ҳалқум орқа деворидаги абсцессни ёриш; б—ёргандан сўнг боланинг бошини пастга энгаштириш.

1—2 кун давомида яранинг ёпишиб қолган четларини кенгайтириб, тўпланиб қолган йиринг чиқариб юборилади. Шундан сўнг бемор тезда соғайиб кетади.

ҲАЛҚУМНИНГ БАЪЗИ БИР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ЯЛЛИҒЛАНИШИ

ҲАЛҚУМ БЎҒМАСИ

Ҳалқумнинг бўғма касаллиги кўп учраб, уни бўғма таёқчаси қўзғатади ва у кўпинча ҳаво-томчи йўли орқали юқади (йўталганда, аксирганда, сўзлашганда).

Касалликнинг яширин даври 2—7 кун.

Бўғма касаллиги уч хил кўринишда кечиши мумкин.

1. Хасталикнинг маълум жой билан чегараланган (чекланган) тури.

Бу тур 70—80% беморларда учраб худди лакунар ангинага ўхшаб бошланиб, томоқда бир оз оғриқ сезилади ва гавда ҳарорати 37,5—38⁰ га кўтарилади. 2—3 кундан кейин муртак устидаги карашлар (қулранг) бир-бири билан бирлашиб, яхлит ҳолатда бўлади ва тезда атрофга (олд ва орқа равоқлар, тилча, тил ва унинг илдиз томони ҳамда юмшоқ танглайга) тарқалади. Жағ ости безлари катталашиб, пайпаслаганда оғриқли бўлади. Касаллик 4—5 кунда ўз-ўзидан йўқолиб кетади, лекин кейинчалик юмшоқ танглай фалажи туфайли бемор бўғма касаллигининг энгил турини ўтказганлиги ҳақида билса бўлади.

2. Бўғманинг тарқалган тури 3—5 % гача учрайди. Бўғма карашлари муртакдан муртак равоқлари, юмшоқ танглай ҳамда тилчага, бундан ташқари, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари, бурун-ҳалқум, ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхларга ҳам тарқалади. Бурун бўшлиғидан ҳар доим қон зардобига ўхшаш суюқлик ажралиб туради. Жағ ости безлари катталашиб, гавда ҳарорати кўтарилади (40⁰), ютинганда оғриқ бўлиб, иштаҳа ёмонлашади, сийдикда оқсил моддалари кўпайиб боради. Бемор териси оқарган, у тушкунликка тушган ҳолатда бўлиб, ҳолсизланиш, оғзидан қўланса ҳид келиши каби белгилар кузатилади. Бўйин атрофида шишасимон шиш пайдо бўлиб, баъзан у ўмров суюғига тарқалади.

3. Бўғманинг заҳарли тури. Ҳалқумда яллиғланиш белгилари ривожланган бўлиб, умумий заҳарланиш аломатларини кўриш мумкин. Тана ҳарорати 39—40⁰ га кўтарилиб, беморнинг ранги ўчган, у лоқайд (ҳеч нарсага қизиқмайдиган) бўлади. Оғзидан сассиқ ҳид келади, томир уриши бузилиб, юрак атрофида санчиқ бўлиши мумкин. Жағ ости безлари катталашиб, улар оралиғида шиш пайдо бўлади, у бўйинга ҳам тарқалиши мумкин. Сўлак оқиши, ютинганда оғриқ ва нафас олишнинг бузилиши

кузатилади. Кўз косаси атрофи бир оз шишган бўлиб, баъзан бемор қусади ва қорни оғрийди. Бундан ташқари, терида қонталаш ва шиллиқ парда қонаганини кўриш мумкин.

Беморни текширганда ҳалқумда (муртак усти ва унинг атрофида, равоқларда, юмшоқ танглайда, тилчада, тил усти ва унинг илдиз томонида) кулранг тусдаги қалин караш кўзга ташланади (102-расм).

Хасталикни албатта ангинанинг лакунар тури, муртак атрофи абсцесси, ҳалқум куйиши (қайнаган сув ва кимёвий моддалар таъсирида) ва бошқалардан фарқлаш керак. Касалликни аниқлашда, бўғмани кўзгатувчи Лёффлер таёқчасининг топилиши катта аҳамиятга эга.

Даволаш. Дастлаб бўғманинг турига қараб, зудлик билан унга қарши зардоб юборилади. Хасталикнинг оғир турида 30000—60000 АЕ миқдорда буюрилади. Бундан ташқари, турли витаминлар, қон, юрак фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар буюриш мақсадга мувофиқдир. Турли дори эритмалари билан оғизни чайиш лозим. Агар беморда нафас олиш бузилса (кекирдакда ўзгаришлар бўлиши натижасида), интубация ёки трахеотомия қилишга тўғри келади.

Скарлатина. Кейинги йилларда бу хасталик кам учрамоқда. Уни чақирувчи микроб (В-гемолитик стрептококк) юқори нафас йўли шиллиқ қаватидан ўтиб, бутун баданда тошма пайдо қилади. Шу давр ичида ҳалқумда худди ангинага ўхшаш ўзгаришлар юз беради. Тил қип-қизил тусда бўлиб, муртаклар катталашиб, караш билан қопланади (худди бўғма касаллигига ўхшаб). Лекин караш юпқа, сийрак бўлиб, уни осонлик билан кўчириш мумкин. Яллиғланиш муртакдан равоқлар, юмшоқ танглай, тил, бурун бўшлиғи ва ҳиқилдоққа тарқалиши мумкин.

Даволаш. Турли антибиотиклар бериш, оғизни турли эритмалар билан чайиш, юмшоқ ва сутли овқатлар истеъмол қилиш лозим.

Қизамиқ. Хасталикни махсус қизамиқ вируси кўзгатади. Хасталикнинг бошланиш даврида ўткир ринит аломатлари пайдо бўлиб, бемор йўталади. Бу даврда болаларда бурун битиб, кўз қизариб кетади. Гавда ҳарорати унчалик баланд бўлмайди. Фарингоскопия қилиб кўрилганда юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллиқ пардаси қизарган бўлиб, озгина бўртиб туради. Кейинчалик улар бир-бири билан қўшилиб, яхлит қизариш ва бўртиш вужудга келади (оғиз бўшлиғида ва ютқинда). Шу даврда танглай муртакларида ҳам худди лакунар ангинага ўхшаш ўзгаришларни кўрамыз. Муртаклар катталашиб, баъзан яралар ҳосил бўлиши мумкин.

Даволаш. Антибиотиклар буюрилади, бемор уй режимида бўлиши лозим бўлади. Оғиз турли эритмалар билан чайилади. Витаминларга бой овқат маҳсулотлари тавсия этилади.

ЯРАЛИ – ПАРДАЛИ АНГИНА

Катта болаларда нисбатан кўп учрайди. Биринчи бўлиб, бу касалликни Н.П.Симановский, Плаут ва Винцент каби олимлар аниқлаганлар.

Хасталикни: бурамасимон таёқча (*B. Fusiformis*) билан оғиз бўшлиғида кўп учраб турадиган спирохета (*Spirochaeta buccalis*) бирга қўзғатади. Бундай беморларда организмнинг курашувчанлик қобилияти пасайган бўлиб, уларда витаминлар етишмовчилиги (ички аъзоларнинг турли хил сурункали касалликлари асосида) ёки тиш чириши касаллиги кузатилади.

Беморни кўпинча бир томонда бўладиган кучсиз оғриқ (айниқса ютинганда) безовта қилади, гавда ҳарорати унча юқори бўлмайди.

Фарингоскопия қилиб кўрилганда кўкимтир кулранг, баъзан сарғимтир-оқиш караш кўринади. Касаллик ривожлана борса, унда чегараси яққол бўлмаган яра ҳосил бўлади ва оғиздан сассиқ ҳид келиб, кўп миқдорда сўлак оқа бошлайди. Жағ ости ва бўйин атрофидаги лимфа тугунлари катталашган бўлиб бир оз оғриқ сезилади.

Касалликни аниқлашда фарингоскопик ва бактериоскопик текширишлар катта ёрдам беради. Баъзан бу хасталикни бўғма касаллигидан ажрата билиш керак.

Даволаш. Новарсенолнинг глицериндаги қоришмаси (10 % ли), 10 % ли кумуш эритмаси ва 10 % ли йод, пенициллин буюрилади ҳамда турли дори эритмалари (калий перманганат, водород пероксид, фурациллин ёки риванол) билан оғиз чайилади. Улар билан бир қаторда, витаминлар ва иммун ҳолатни тикловчи дорилар фойдалидир.

БАЪЗИ БИР ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАЛҚУМНИНГ ЯЛЛИФЛАНИШИ

Оқ қон (лейкоз) касаллиги болаларда кам учрайди. Касалликда оғиз бўшлиғи ва муртақларда кўп ўзгаришлар юз бериши мумкин. Дастлаб муртақларнинг оддий гиперплазияси, кейинчалик эса септик ҳолат заминида ярали некротик ангина, милқлар касалланиши, оғиз бўшлиғида яралар пайдо бўлиши мумкин. Ютишда қийналиш (дисфагия) бўлади, жараён бурунга, ҳиқилдоққа тарқалади, регионар лимфа безлари катталашади. Бурун ва меъда-ичакдан қон кетади, лейкоцитлар миқдори, асосан, ёш ҳужайралар ҳисобига бир неча баравар кўпайиб кетади.

Даволаш учун тоза қон қуйиш ва гормонларни қўллашга тўғри келади. Оғиз бўшлиғи антисептик дорилар билан чайқаб турилади.

Ангина **юқумли мононуклеоз** касаллиги натижасида ривожланиши мумкин. Кўпинча мактаб ёшигача ва мактаб ёшидаги болаларда учрайди.

Касаллик кўпроқ баҳор фаслида кузатилиб, бевосита бемордан ёки ҳаво орқали ўтиши мумкин.

Касалликнинг яширин даври (1–2 ҳафта) дан кейин беморнинг ҳарорати кўтарилади (38–39°), у бош оғриги, ҳолсизланиш, томоқдаги оғриқдан шикоят қилади. Касаллик бошланишидаёқ бўйин атрофидаги лимфа тугунлари катталашиб, бўйинда бир оз шиш пайдо бўлади. Бир вақтнинг ўзида жигар, талоқ катталашиб кетади.

Бир неча кундан сўнг муртақлар катталашиб, усти караш билан қопланади. У узоқ муддатгача сақланиб, оғиздан қўланса ҳид келади. Ёш болаларда бурун-ютқиндаги лимфоид тўқима ҳам катталашishi мумкин, натижада бурундан нафас олиш бузилади.

Бемор қонини текшириб кўрилганда лейкоцитлар сони 20 000 – 30 000 гача кўтарилиб, асосан моноцитлар миқдори ошганлиги (60–80%) аниқланади.

Даволаш. Асосий хасталикни даволашдан ташқари, антибиотиклар бериш, турли эритмалар билан оғизни чайиш лозим.

АГРАНУЛОЦИТАР АНГИНА

Болаларда кам учрайди. Касаллик келиб чиқишида турли дорилар (бензол, амидопирин, пирамидон, сульфаниламидлар, люминал, стрептомицин ва б.) таъсири катта ўрин тутаети. Касаллик гавда ҳароратининг кескин кўтарилиши, баъзан эт увишиши ва томоқда оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Ҳалқумни кўздан кечирганда, унинг (жумладан, шиллиқ парданинг) жуда кучли яллиғланганини, баъзан ўлган тўқималарни кўриш мумкин. Уларнинг устини кулранг караш қоплаган бўлади. Яралар фақат муртақда бўлмасдан, ҳалқумнинг бошқа қисмларига ҳам тез тарқалади. Беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, гавда ҳарорати бир кунда бир неча бор кўтарилиб, тушиб туради (қоннинг заҳарланиш ҳолати – сепсис). Бундай беморлар қони текширилганда ҳамма вақт унда донали лейкоцитлар (гранулоцитлар) камайганлигини, баъзан эса унинг бутунлай йўқолганлигини кўрамити. Оқ қон гавдачалари сони 500 гача ва ундан ҳам пастга тушиб кетади (нормада 6000–7000 бўлади).

Даволаш. Беморга қон қуйилади, суяк кўмигини рентгенда нурлантирилади, лейкоцитларни оширувчи дорилар (тезан, пентоксил ва лейкоген) берилаети. Кўп миқдорда антибиотик бериб, турли эритмалар билан оғзи чайиб турилади.

АЛИМЕНТАР-ТОКСИК АЛЕЙКИЯДА МУРТАКНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Хасталик кўпинча қишлоқ аҳолиси орасида кўп учрайди. Қиш фаслида далада қолиб кетган, бошоқ-дон ўсимликларини (тариқ, бугдой, қора бугдой, арпа ва сули) овқатга ишлатиш натижасида пайдо бўлади.

Бундай донларни истеъмол қилганда бемор унинг аччиқ таъмидан ашқари, оғиз, томоқ, қизилўнғач ва меъдада ловуллаш пайдо бўлганини эсади, унинг тили сезмайдиган бўлиб қолгандек бўлади. Юқорида айтиб гилган аломатлар кўпинча кўнгил айниши, қусиш ва бош оғриги илан кечади. Бундай донларни давомли равишда истеъмол эта берилса, емор унинг аввалги берган ёқимсиз сезгиларини пайқамайдиган ва рганизм эса бунга ўрганиб қолгандай бўлади.

Бемор қонида лейкоцитлар, нейтрофил ва тромбоцитлар сони амайиб боради. Муртакларда оқ ёки сариқ-кўнғир тусли қараш пайдо ўлиб, тўқималар ўлади ва яра пайдо бўлади. У тез-тез қонаб туради. Гралар муртакдан ташқари, танглай, ютқин, қизилўнғач шиллиқ пардаси, баъзан оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасини ҳам зарарлайди.

Ангина ривожлангандан сўнг беморнинг аҳволи ёмонлашиб, ўлим илан тугаши мумкин.

Даволаш. Дастлаб захарловчи маҳсулотлардан тайёрланган овқатларни истеъмол қилишни тўхтатиш ва меъдани ювиш лозим. Шундан сўнг чакларни захарли моддалардан тозалаш мақсадида магний ёки натрий ульфат дорилари берилади. Бемор овқати оқсил ва витаминларга бой ўлиши шарт. Кўп миқдорда суюқлик берилади. Томоқни чайиш ва фрик қолдирадиган дорилар суртиш керак. Яралар устига ҳар куни 2 марта стрептоцид ёки сульфадимезин дориларининг кукуни сепилади. Тенициллин ва пентоксил, тезан, витамин К ни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Қон тўхтатиш учун қон қуйиш шарт.

ҲАЛҚУМНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ ҲАЛҚУМ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ

Ҳалқум шиллиқ пардаси касалликлари катарал, гипертрофик ва атрофик турларга бўлинади.

Касаллик умумий ва маҳаллий сабаблар таъсирида ривожланиши мумкин.

Маҳаллий сабабларга: сурункали тумов, бурун-ёndoш бўшлиқларининг йирингли касалликлари, бурун тўсиғи қийшайиши, аденоидлар, сурункали тонзиллит ва бошқалар киради.

Умумий сабабларга: моддалар алмашинувининг бузилиши, юрак, ўпка, жигар ва буйрак касалликлари киради. Турли иқлим шароитлари ва соҳаларда ишловчилар (цемент, чинни заводи, гамаки фабрикаларида, кўмир қонида хизмат қилувчилар) да бу касаллик кўпроқ учрайди.

Демак ҳавонинг қуруқлиги, кескин ўзгариб туриши, корхонадаги чанг-тўзон ва турли кимёвий моддалар таъсири катта ўрин тутати. Буларнинг ҳаммаси ҳалқум шиллиқ қаватига зарарли таъсир қилади. Болаларда хасталикнинг кўпроқ катарал ва гипертрофик турлари учрайди.

Касаллик белгилари. Шиллиқ қават қуриши натижасида томоқда кичишиш, қирилиш ва қуриш сезилади. Бемор ҳалқумида кўп миқдорда ёпишқоқ балғам йиғилиб, у тўхтовсиз йўталади ва балғамни чиқариб ташлашга ҳаракат қилади. Йўтал, айниқса ҳар кунни эрталаб зўраяди ва кўнгил айнаши, баъзан қайт қилишгача олиб келади.

Фарингоскопия қилиб кўрилганда, ҳалқум шиллиқ қавати қуриган ва оқ рангда бўлиб, кўпинча ютқиннинг орқа деворида ёпишқоқ, қийинчилик билан ажралиб чиқувчи балғамни кўриш мумкин.

Касалликнинг гипертрофик турида шиллиқ парда қизарган ва қалинлашган бўлиб, баъзан шиллиқ қаватда бўртиб чиққан юмшоқ, тез қоновчи қизил дончалар (грануляциялар), яъни янги ёш тўқималарни кўриш мумкин.

Баъзан ҳалқумнинг ён деворлари катталашиб йўғонлашган, қизарган бўлади (102-расм). Хасталикнинг атрофик турида ҳалқум орқа деворининг шиллиқ қавати қуриган, намлиги йўқ бўлиб, у ерда сарғиш, ёпишқоқ ажралма кўринади. Шиллиқ қават ялтироқ, оқиш рангда бўлади. Атрофик фарингит, кўпинча бурун бўшлиғи шиллиқ қавати атрофияси билан бирга ёки унинг давоми тарзида учрайди.

Даволаш. Касаллик келиб чиқишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилади. Шиллиқ парда ёпишқоқ шиллиқдан тозаланади. Бунинг учун томоқ ишқорли илиқ эритмалар билан тез-тез чайиб турилади, шиллиқ қаватга Люголь эритмасидан суртиш тавсия этилади.

Болаларда бурундан нафас олишни тиклаш зарур. Ҳалқум орқа ёки ён деворидаги нохуш сезгилар (ачишиш, қирилиш, йўталишлар)ни йўқотишда, 1–2% ли новокаиндан 1 мл дан шиллиқ парда остига юбориш яхши натижа беради.

Хасталикнинг гипертрофик турида ҳалқумнинг орқа деворидаги грануляция тўқималарини куйдириш керак (10–30 % ёки 40 % кумуш, учлор сирка эритмаси билан).

Ишқорли ёки ёғли ингаляция қилиш буюрилади. Кўпинча сутли ва ёғли овқатлар истеъмол қилиш, шўр, нордон, аччиқ овқатлардан ўзини тийиш тавсия этилади.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ

Хасталик, айниқса мактаб ёшидаги болалар ўртасида кўп учрайди. Муртақлар яллиғланишига асосий сабаблардан бири — уларнинг анатомик жиҳатдан мураккаб тузилишга эгалигидир. Бундан ташқари,

ёш болалар организми турли аллергия таъсирларга берилувчан бўлади (чунки улар айрим юқумли касалликларга қарши эмланади).

Бола организмнинг курашувчанлик қобилияти пасайиши натижасида микроблар таъсирчанлиги ошиб кетади, бу тонзиллит ривожланишига сабаб бўлади. Бизга маълумки, соғлом муртак тўқималари ўзидан антитело (заҳарсизлантирувчи модда) ва микробларга қарши курашувчи турли моддалар ишлаб чиқаради. Сурункали тонзиллитда муртакларнинг бу иш қобилияти йўқолиб бориб, касаллик ривожланиши ва турли асоратлар келиб чиқишига олиб келади. Сурункали тонзиллитга тез-тез ангина билан оғриш, аденоидлар, қуртлаган тишлар, бурун ва унинг ёндош бўшлиғи касалликлари ҳам сабаб бўлади. Бундан ташқари, хасталик ривожланишида организмнинг аутоиммун ҳолати ҳам муҳим аҳамиятга эга (стрептококк, стафилококк, пневмококк ва б.).

Инфекциянинг узоқ муддатли таъсири муртаклар паренхимасини жароҳатлайди ва уларда турли ўзгаришлар кузатилади, (айниқса, чандиқланиш, склероз ва б.). Кўпинча педиатрлар муртакларнинг катталашганини кўриб, уни сурункали тонзиллитга қиёс қиладилар, бу нотўғри тушунча, чунки ёш болаларда танглай муртаклари, катталарга нисбатан бир мунча катталашган бўлади. Лекин бу муртаклар кўпинча соғлом бўлиши, бунда ҳеч қандай сурункали тонзиллитга хос белгилар бўлмалиги мумкин.

Сурункали тонзиллит ривожланиши, кечиши ва унинг берган асоратларига қараб, уни И.Б.Солдатов **компенсацияланган** ҳамда **декомпенсацияланган** шаклларга ажратади. Биринчисида яллиғланиш ва ўзгариш фақат муртакларнинг ўзида бўлиб бошқа аъзоларда асоратлар кузатилмайди. Кўпинча муртакларнинг курашувчанлик қобилияти бузилмайди ёки сезиларсиз даражада бўлади.

Агар сурункали тонзиллитга хос аломатлар билан бир қаторда бошқа аъзоларда ҳам ўзгариш ёки касаллик аниқланса (тавда ҳарорати доимо 37,2—37,3⁰, юрак, буйрак, оёқ-қўл бўғимларида ўзгаришлар бўлганида), сурункали тонзиллитнинг иккинчи, яъни декомпенсацияланган шакли аниқланади.

Б.С.Преображенский сурункали тонзиллитни **оддий** ва **токсик-аллергик** хилларга ажратади, шунингдек, хасталикнинг токсик-аллергик хили **биринчи ва иккинчи даражали** бўлишини ҳам кўрсатиб ўтади. Бу таснифга кўра, сурункали тонзиллитнинг оддий ва токсико-аллергик шакллариининг барчасида йўлдош касалликлар бўлади. Фақатгина II даражали токсик-аллергик хилида шунга қўшимча равишда тонзиллит билан касалликнинг бевосита патогенетик боғланган (сопряженный) хасталиклар ҳам келиб чиқиши кўрсатилган.

Шундай беморлар ҳам борки, улар умр бўйи ангина билан оғримайдилар, лекин уларда сурункали тонзиллитга хос барча

Ўзгаришлар топилади ва бу эса **сурункали тонзиллитнинг ангиносиз хили**, деб аталади.

Касалликнинг аломатлари. Танглай муртаклари турли ҳажм ёки катталиқда бўлиши мумкин. Беморлар ҳар йили бир неча бор ангина билан оғриб, баъзан оғиздан сассиқ ҳид келиши, гавда ҳарорати $37,2-37,3^0$ бўлиши, дармонсизланиш, иштаҳанинг бузилиши, пастки жағ ости тугунчалари катталашганлигидан, бундан ташқари, бош, оёқ ва қўл бўғимлари, буйрак ва юрак сатҳида оғриқ, тез толиқиш, ҳарсиллаш ҳамда нафас олишнинг бузилишидан шикоят қиладилар.

Фарингоскопияда муртаklar илвиллаган, олд ва орқа равоқлари билан ёпишган ва чандиқланган бўлади. Муртак олди равоғининг олдинги қисми қизарган (Гизе белгиси) ёки қалинлашиб йўғонлашган (Зак белгиси), юқори қисми қизарган ёки бутунлай йўғонлашган (Преображенский белгиси) бўлиши мумкин. Муртак чуқурчалари (лакунаси)даги патологик ўзгаришлар (суюқ йиринг, қаттиқ гуручсимон тиқилмалар чиқиши), касалликни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Сурункали тонзиллитда лакуналарнинг ясси эпителийси кўчиб, бактерия ва лейкоцитлар билан бирга лакуналарда бадбўй йиринг йиғилади. Яллиғланишда муртак лакуналари торайиши сабабли, у ерда йиғилган йирингнинг лакуналардан ташқарига чиқиши бузилади, натижада турли ички аъзолар заҳарланиши ва асоратларнинг ривожланишига олиб келади.

Баъзан муртак лакуналарини аниқлаш қийин бўлади, чунки сурункали яллиғланиш натижасида муртак юзаси чандиқлашади.

Болаларда жағ ости беши тугунчаларининг катталашганини кўриш мумкин. Сурункали тонзиллитда юрак, буйрак, жигар, қўл-оёқ бўғимлари ва бошқа аъзолардаги ўзгаришлар борлиги ва бу сурункали тонзиллит билан боғлиқлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга, чунки даволаш усуллари олинган маълумотларга асосланиб белгиланади.

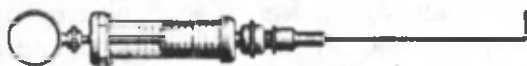
Сурункали тонзиллит ва унинг шаклларини аниқлашда бемор шикояти, касаллик тарихи, фарингоскопиядан олинган маълумотлар, юрак, буйрак ва бошқа ички аъзоларни текшириш натижалари муҳим аҳамият касб этади.

Даволаш — дастлаб консерватив усулда олиб борилади.

Бу йўл билан айниқса ёш болаларни даволаш бироз қийинроқ, чунки уларда биринчидан, муртак лакуналари тор ёки қийинчилик билан аниқланади (яллиғланиш туфайли), иккинчидан, ёш болалар даволаш пайтида тинч ўтирмайдилар. Болаларнинг соғлом ўсишида муртаklarнинг катта ўрин эгаллашини назарда тутиб, уларда кўпроқ консерватив даволаш усули қўлланади. Биринчи навбатда, сурункали тонзиллит келиб чиқишига сабаб бўлган асосий касалликларни даволашдан бошлаш керак

(аденоид, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари касалликларини). Консерватив даво усуллари хилма-хил бўлиб, кўпчилик мутахассислар муртақ лакуналарини турли дори-дармонлар билан ювиш (фурацилин, риванол, пенициллин, стрептомицин, тетраолен, полимиксин, грамицидин, окситетрациклин, 0,1% ли хлор-йод эритмаси, минерал, ишқорли сув, йодиол ва б.) ни тавсия этадилар (103-расм).

Бундан ташқари, сурункали тонзиллитда йирингда стафилококк микроблари борлиги ва бемор организмининг алергик ҳолатини на-



103-расм. Танглай муртақлари лакуналарини ювишда ишлатиладиган махсус шприц.

зарда тутиб, лакуналарни ювишда стафилококка қарши плазма — 0,25—1% ли хлорофиллиптнинг спиртдаги эритмасидан кенг фойдаланилмоқда. Бу дорини қўллашдан олдин уни новокаида суюлтирилади (1:5; 1:10 нисбатда), шундан сўнг ишлатилади. Ҳозирги вақтда лакуналарни ювишда 1% ли диоксидин, 0,1% ли хинозол, 1% ли йодиолнинг спиртдаги эритмаси, лизоцим, 0,05% ли хлоргексидин, метрогил кўп ишлатилмоқда ва ижобий натижалар олинмоқда.

Юқориди кўрсатилган даволаш усуллари йил давомида 3—4 марта олиб бориш керак.

Физиотерапевтик даво усуллари ҳам яхши натижалар бермоқда (микротўлқинлар, ультратовуш, тубус- кварц, ультрабинафша нурлар, УВЧ, лазер билан нурлантириш ва б.).

ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Муртақларни жарроҳлик усулида бутунлай олиб ташлашни тавсия қилишдан олдин, ярим жарроҳлик усуллари ҳам тўхтаб ўтишга тўғри келади. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бундай даволаш усули ҳозирда камдан-кам қўлланмоқда.

Консерватив даво яхши натижа бермаган ҳолларда касалланган муртақлар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади ва бу **тонзиллэктомия** деб аталади. Бунинг учун бутун ва аниқ кўрсатмалар бўлиши шарт (айниқса ёш болаларда).

Тонзиллэктомияга қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади:

а) сурункали тонзиллит оддий ва токсик-алергик шакли I даражаси, (консерватив даводан наф бўлмаса);

б) сурункали тонзиллит токсик-алергик шакли II даражаси;

в) сурункали тонзиллит паратонзилляр абсцесс ва сепсис билан асоратланса.

Жарроҳликдан олдин болаларни бир оз тайёрлаш, яъни улардаги қўрқув, чўчиш ҳиссиётларини камайтириш керак. Бунинг учун жарроҳликдан бир кун олдин беморга седуксен, триоксазин берилади. Жарроҳлик амалиётидан бир соат олдин седуксен, ярим соат олдин 1 % ли димедрол эритмаси мушакка юборилади. Муртақларни олиб ташлашдан олдин беморга 0,5 %ли новокаин эритмаси муртақ атрофига юборилади, сўнгра махсус асбоблар ёрдамида муртақларни юқоридан пастга қаратиб ажратиб, бутунлай олиб ташланади.

Жарроҳликдан кейин тезда юз бериши мумкин бўлган асоратлар — асосан қон кетишидир. Шунинг учун беморни жарроҳликдан сўнг синчиклаб кузатиш зарур.

Бундай асорат жарроҳлик пайтида муртақнинг бир қисми олинмасдан қолиши ёки муртақларни олишда қўполликка йўл қўйилиши натижасида муртақ атрофи тўқималарининг жарроҳатланиши ёки қон томирларнинг кесилиши сабабли кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда қон кетишига сабаб бўлган омилларни бартараф этиш лозим. Бундан ташқари, жарроҳлик қилинган ерга, яъни муртақлар ўрнига губкалар ёки пахтага шимдирилган турли дориларни қўйиш, қон кетаётган ерни куйдириш, томирга қон кетишини тўхтатувчи эритмаларни юбориш лозим (0,5 % ли новокаин — 5 мл; 5 %ли аминаокапрон кислота — 5 мл; 5 %ли аскорбинат кислота — 0,5 мл; 10 %ли глюконат кальций — 0,5 мл.). Баъзан муртақлар олиб ташлангандан сўнг узоқ муддат гавда ҳарорати кўтарилиб туради, томоқда бир томонлама оғриқ бўлиши мумкин. Кўпинча ютқин ён девори йирингли яллиғланади. Агар, игна билан санчилганда йиринг чиқса, уни ёриш лозим. Жарроҳликдан сўнг дастлабки кунларда беморга нимилиқ, суюқ овқат бериш шарт.

Кўйидаги касалликларда тонзиллэктомия тавсия этилмайди: қон касалликлари, ўпка сили, қандли диабет, юрак ва буйрак касалликларининг оғир турида. Бундан ташқари, ангина, грипп, ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, ҳайз вақтида ва бошқаларда тонзиллэктомия вақтинчалик қилинмайди.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ангина профилактикаси бир вақтнинг ўзида сурункали тонзиллитнинг ҳам профилактикаси ҳисобланади.

Бола организмни мустаҳкамлаш, чиниқтириш, унинг ташқи таъсирларга курашиш қобилиятини ошириш зарур. Боланинг жисмоний ривожланишини муҳофаза қилиш, атроф-муҳит тозалиги ва жисмоний тарбияга катта эътибор бериш керак. Кузда ва баҳорда ультрабинафша нурларидан баҳраманд бўлиш ҳам катта аҳамиятга эга.

ҲАЛҚУМДА УЧРАЙДИГАН ЎСМАЛАР

Болаларда ўсмалар кам учрайди. Хавфсиз ўсмаларга папиллома, фиброма ва лимфангиомалар киради.

Папиллома — тери эпителийсидан ривожланадиган ўсма. У қизғиш рангда, юзаси нотекис, танглай муртаклари, унинг олдинги ва орқа ёйчалари ҳамда тилчада учрайди.

Фиброма — етилган бириктирувчи ҳужайраларидан ривожланадиган ўсма. Кўпроқ танглай муртаклари, баъзан тил илдизи ва ҳалқумнинг орқа деворида ҳам кузатилиб, ҳажми ҳийла каттароқ бўлиши мумкин. Пайпаслаганда оғриқ сезилмайди. Баъзан бемор ютинганда қийналади, у димоғи билан гапиради.

Лимфангиома — лимфа томирларидан ривожланадиган ўсма, танглай муртакларида жойлашиб, баъзан ҳалқумнинг ён девори ва тил илдизида ҳам учрайди.

Юқорида кўрсатиб ўтилган хавфсиз ўсмалар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

БУРУН-ҲАЛҚУМДА УЧРАЙДИГАН ЎСМАЛАР

Ёш болаларда туғма сочли полиплар, катта ёшдаги болаларда эса хоанал полип кўп учрайди. Натижада нафас олиш бузилади. Ўсма кўпинча юмшоқ танглай орқа томони ёки ҳалқумнинг ён деворида кўпроқ юзага келади.

Даволаш — фақат жарроҳлик усули қўлланади.

Хоанал полип — бурун ва унинг ёндош бўшлиқларидан ўсиб (кўпинча галвирсимон лабиринтнинг орқа гуруҳ ҳужайралари ва юқори жағ бўшлиғидан), хоанадан ҳалқум томонга осилиб тушади. Бунда бурундан нафас олиш бузилади. Жарроҳлик йўли билан даволанади.

БУРУН ҲАЛҚУМ ФИБРОМАСИ (ЎСМИРЛАР ФИБРОМАСИ)

Бу ўсма ўспирин болаларда (12–15 ёш) учрайди. Ҳалқум юқори пойдеворининг мускул пардасидан ривожланади, эластик (чўзилувчан), ҳамда қон томирларга бой бўлиб, қағтиқ бириктирувчи тўқимадан тузилган. У ўзининг тузилиши жиҳатидан хавфсиз ҳисобланса ҳам, клиник кечиши жиҳатидан хавфли ўсмага хос. Чунки у тўхтовсиз ўсиб, атрофдаги тўқималарни емиради. Ўсма жарроҳлик йўли билан олиб ташлангандан сўнг ҳам яна қайталаниши мумкин.

Аломатлари. Буруннинг бир томони битиб қолиши, илк белгиларидан ҳисобланади. Бир неча ойлардан сўнг бурундан бутунлай нафас издан чиқади, тез-тез бурундан ёки оғиздан қон кетади (агарда ўсманинг

асосида томир тўқимаси бўлса). Ўсма тез ўсиши натижасида кўзга, мияга, юмшоқ ва қаттиқ танглайга тарқалиши мумкин. Кўз соққаси бўртиб чиқади, калла ичи босими ошиши, кучли бош оғриғи бўлиши, мия тўқималари эзилиши ва турли асоратлар оқибатида бу жараён ўлим билан тугаши мумкин.

Бурунни олдинги риноскопия қилинганда бурун бўшлиғида қип-қизил, юзаси силлиқ ўсмани кўриш мумкин, унга бирор нарса билан тегилса, тез қонайди. Бурун-ҳалқумни орқа риноскопия қилганда пушти рангли, уст томони силлиқ ўсмани кўрамаиз.

Ўсмани жойлашишини, унинг чегаралари ҳамда тарқалишини аниқлашда компьютерли ва магнит-резонансли томография муҳим ўрин тутади.

Даволаш. Фақат жарроҳлик усули билан олиб борилади. Бундан олдин ўсманинг ён-атрофдаги тўқималар билан зич ёпишган-ёпишмагани, кўшни аъзоларга ўсиб кирган-кирмаганини синчиклаб текшириш лозимдир.

Бундан ташқари, жарроҳлик даврида кўп миқдорда қон кетиши хавfli бўлиши, анча тайёргарчилик кўришга мажбур қилади. Агар ўсма ҳалқумнинг ўзида ва кичик ҳажмда бўлса, уни бурун ёки оғиз томондан олиш мумкин.

Ўсма катта ҳажмга эга бўлиб, ёндош аъзоларга ўсиб кирган бўлса, жарроҳлик анча қийин бўлади. Жарроҳликдан кейинги даврда беморларга антибиотикларни қўллаш зарур бўлади.

ҲАЛҚУМДАГИ ХАВFLИ ЎСМАЛАР

Болаларда асосан лимфосаркома ва лимфоретикулосаркома учрайди.

Ўсманинг бошланиш даврида бемор бурундан нафас олиш қийинлашганидан, шиллиқ модда ёки йиринг оқишидан шикоят қилади. Кейинчалик ўсма бурун, калла ичига тарқалиши мумкин.

Калла асосига ўсиб кирганда бош мия асаб томирларини эзиб, турли фалажлар ривожланишига сабаб бўлади. Бемор қулоқдаги шовқин, эшитиш қобилиятининг пасайганидан шикоят қилади. Баъзан ўрта қулоқнинг йирингли отити ривожланиши мумкин.

Рак ўсмаларида тез-тез қон кетиши, бурундан ноҳуш ҳидли йирингли ажралма келиши, уйқусизлик, ютинишнинг қийинлашиши кузатилади.

Даволаш рентген билан нурлантириш ва турли кимёвий дорилар ёрдамида олиб борилади.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Ҳиқилдоқ — лағуна нафас йўлининг бурун бўшлиғидан кейинги қисми бўлиб, овоз пайдо қилувчи аъзо ҳисобланади. Унинг тузилиши анча мураккаб бўлиб, у IV—VI бўйин умуртқалар соҳаси, бўйиннинг олдинги юзасида жойлашган бўлади. Болаларда эса ҳиқилдоқ бирмунча юқорироқда жойлашиб, III—IV бўйин умуртқа поғонаси соҳасига тўғри келади.

Аёлларда ҳиқилдоқ эркаклардагига қараганда бироз юқорироқда жойлашган бўлади.

Кекса одамларда ҳиқилдоқ пастроқда жойлашган. Уч ёшгача бўлган ўғил ва қиз болаларда ҳиқилдоқнинг узунлиги бир хилда, 3 ёшдан то 16 ёшгача ўғил болаларда қизларга нисбатан узунроқ бўлади.

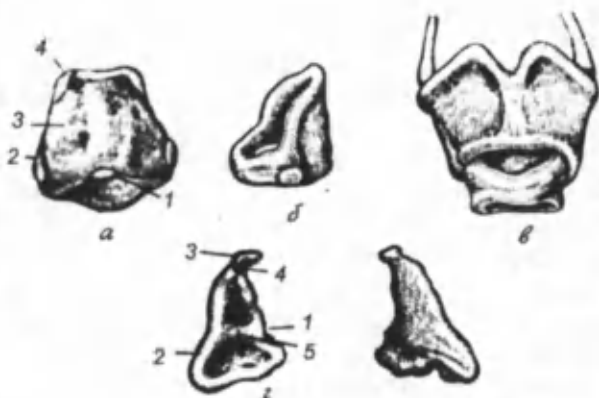
Ҳиқилдоқни орқа томондан ҳалқум, ён томондан эса бўйиндан ўтувчи қон томирлари ўраб туради.

Ҳиқилдоқ олд томондан тери, мушаклар ва уларни ўраб турадиган пардалардан ташкил топган.

Ҳиқилдоқ юқори томондан тил ости суягига боғланиб туради, пастдан эса бир оз торайиб, кекирдаккача давом этади. У жуфт ва тоқ тоғайлардан тузилиб, улар тоғай бойламлари ва мушаклар ёрдамида бир-бири билан бирикиб туради (104- расм).

Ҳиқилдоқ фонация даврида, ютинишда ва чуқур нафас олишда салмоқли ҳаракат қилади (юқори ва пастга силжийди).

104- расм. Ҳиқилдоқ тоғайлари. а— узуксимон тоғайнинг орқа кўриниши; 1— ён қисми; 2— қалқонсимон тоғай пастки шохлари бирикадиган бўғим юзаси; 3— узук кўзи — орқа қисми пластинкаси; 4— чўмичсимон тоғайлар келиб туташадиган бўғим чуқурчаси; б— узуксимон тоғайнинг ён томондан кўриниши; в— қалқонсимон ва узуксимон тоғайларнинг кўриниши; г— ўнг чўмичсимон тоғайнинг олд ва ён томондан кўриниши; 1— товуш ўсиқчаси; 2— мушак ўсиқчаси; 3— чуққи; 4— дўнглик (тепалик); 5— товуш-овоз мушагининг бирикадиган жойи; д— чўмичсимон тоғайнинг ташқи кўриниши.



ҲИҚИЛДОҚ ТОҒАЙЛАРИ

1. Узуксимон тоғай — *cartilago cricoidea* бўлиб, у асосий тоғай ҳисобланади ва худди узукка ўхшайди. Унинг тор — ингичка қисми олдинда, кенг қисми эса орқа томонда бўлади. Бу тоғай ҳиқилдоқ асосини ҳосил қилиб туради, бошқа тоғайлар унинг устида жойлашган бўлади.

Узуксимон тоғай орқа томонидаги кенг қисмининг устки қиррасига бир жуфт чўмичсимон тоғай туташган бўлади. Узуксимон тоғай пластинкасининг икки ён томонида узуксимон тоғайдан чўмичсимон тоғайга тортилган мушак чуқурчалари бор (*m. cricoarytaenoideus posterior*).

Узуксимон тоғай пластинка қисмининг ҳалқа қисмига ўтадиган ерида (ҳар икки томонда) қалқонсимон тоғайнинг пастки шохлари келиб бирикадиган бўғим юзалари бор. Узуксимон тоғай билан кекирдикнинг биринчи тоғайини бириктириб турувчи бойлам (*ligamentum cricothyrochaele*) бор.

2. Қалқонсимон тоғай — *cartilago thyreoidea* ҳиқилдоқ тоғайлари ичида энг йириги бўлиб, ҳиқилдоқнинг бошқа тоғайларини олди томондан (қалқонга ўхшаб) тўсиб туради. Қалқонсимон тоғай иккита яхлит пластинкадан иборат бўлиб, улар бўйиннинг ўрта чизигида бурчак ҳосил қилиб бирикади ва тери остидан бўртиб чиқиб туради. У эркаларда яхши ривожланган (аёлларга ва болаларга нисбатан) бўлиб, «Одамато олмаси» номи билан юритилади.

Қалқонсимон тоғай ён пластинкаларининг кенгайган орқа четлари юқори ва пастда ингичкалашиб, юқори шох — *cornua superioris* ва пастки шох — *cornua inferioris* гача давом этади. Пастки шох, юқори шохга нисбатан озгина қисқа бўлиб, учида узуксимон тоғай билан бирлашган бўғим юзаси бор.

Юқори шох тил ости суяги билан, яъни тил ости суяги мембранаси (парда) орқали (*membrana thyroidea*) бирлашади. Қалқонсимон тоғайнинг ички юзасида товуш бурмалари жойлашган.

3. Чўмичсимон тоғай — *cartilago arytenoidea* жуфт бўлиб, катта ҳажмда эмас. Бу тоғайнинг кенгроқ пастки асос қисми, узуксимон тоғай пластинка қисмининг устки томонига келиб туташган. Чўмичсимон тоғай овоз бойламларига бевосита алоқадордир, чунки бу тоғайнинг олдинги томонида жойлашган *processus vocalis* деб аталувчи ўсиғига овоз бойлами келиб туташади. Чўмичсимон тоғайнинг яна битта ўсиғи бўлиб, бу ўсиққа мушак келиб бирлашади, шунинг учун бу ўсиқни мушак ўсиғи деб юритилади (*processus muscularis*). Пастдан узуксимон тоғай билан бирлашган бўлиб, уни *ligamentum cricothyroideum seu conicum* деб юритилади. Беморга жуда тезлик билан нафас бериш зарур бўлганда ушбу бойлам кесилади (коникотомия).

4. Ҳиқилдоқ усти тоғайи — epiglottis гултожи барг шаклига ўхшаб, тилнинг орқа томонида, ҳиқилдоққа кириш тешиги устида жойлашган. Унинг юқори қисми кенгайган бўлиб, қалқонсимон тоғайнинг юқори ички юзасига бориб бирикади, пастки қисми ингичкалашган — барг бандига ўхшаш бўлади, овқат луқмаси ўтаётганда у ҳиқилдоқ тешигини беркитиб туради. Бу тоғайнинг тилга ва ҳиқилдоққа қараган иккита юзаси бор.

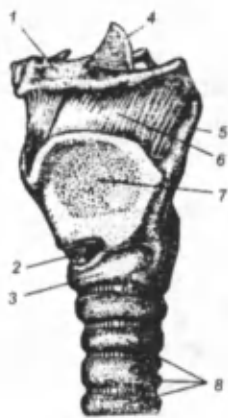
Ҳиқилдоқ усти тоғайи қалқонсимон тоғайнинг ички юзасидаги чуқурчасига махсус бойлам (ligamentum thyreoepiglotticum) билан, олдинги томондан тил ости суяги билан (ligamentum hyoepiglotticum) бирлашган.

Ҳиқилдоқ усти тоғайи ёш болаларда ингичка, тарновчага ўхшаш бўлиб, ҳиқилдоқнинг пастки қисмини кўришни қийинлаштириб қўяди.

5. Понасимон тоғай — cartilago cuneiformis узунчоқ шаклга эга бўлиб, унчалик катта бўлмай, чўмичсимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайи бурмасида жойлашган.

6. Шохсимон тоғай — cartilago corniculata унча катта бўлмай, бу чўмичсимон тоғайнинг устки учига жойлашган бўлиб ва шохга ўхшаб туради.

Ҳиқилдоқ тоғайларидан — қалқонсимон, узуксимон ва чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсиғи гиалин тоғайдан; шохсимон, понасимон, ҳиқилдоқ усти тоғайи ва чўмичсимон тоғайнинг овоз ўсиғи эластик (чўзилувчан) тоғайдан тузилган (105-расм).



105- расм. Ҳиқилдоқ.
1— тилости суяги;
2— қалқонсимон-узуксимон тоғайларнинг бойлами; 3— узуксимон тоғай; 4— ҳиқилдоқ усти тоғайи; 5— қалқонсимон тоғайнинг устки шохи; 6— тил ости суяги ва қалқонсимон тоғай ўртасидаги парда; 7— қалқонсимон тоғай; 8— кекирдак тоғайлари.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ БЎҒИМЛАРИ ВА БОЙЛАМЛАРИ

Ҳиқилдоқнинг тоқ ва жуфт тоғайлари бир-бири билан бўғим ҳосил қилиб бириккан ва бу бўғимлар орасида тортилган бойламлар ёрдамида мустаҳкамланган.

Ҳиқилдоқ тил ости суягига ҳиқилдоқ-қалқонсимон тоғай билан membrana thyrohyoidea ёрдамида осилиб туради. Бу парданинг қоқ ўртасида тил ости суягининг гавдасига бирикадиган тоқ бойлам — lig. thyrohyoideum medianum ва икки четида қалқонсимон тоғай юқори

шоҳлари билан тил ости суягининг катта шоҳлари орасида тортилган жуфт бойлам — *lig. thyreochoideum* бор.

Тил ости суяги билан ҳиқилдоқ усти тоғайи орасида — *lig. hyoepiglotticum* ва ҳиқилдоқ усти тоғайи билан қалқонсимон тоғай орасида — *lig. thyreoepiglotticum* тортилган бўлади.

Қалқонсимон тоғайнинг пастки четидан узуксимон тоғай ҳалқа қисмининг устки четига тортилган бойлам — *lig. cricothyreoideum* бўлиб, у анча пишиқ эластик (чўзилувчан) толалардан тузилган.

Қалқон-чўмичсимон бойламлар ёки овоз бойламлари — *lig. vocale IV—V* бўйин умуртқалари соҳасида жойлашган бўлиб, узунлиги эркакларда 20—24 мм, аёлларда 15—18 мм га тенг, ёш болаларда эса ундан ҳам қисқароқ бўлади. Ушбу чин овоз бойламларининг юқори соҳасида сохта овоз бойламлари ҳам бўлади.

Сохта ва чин овоз бўртмалари орасида ёриқ бўлиб, бу ёриқ бўшлиққа олиб келади ва ҳиқилдоқ қоринчаси (*ventriculus laryngis*) деб аталади.

Овознинг баланд-паст бўлиши — шу бойламларнинг узунлиги, қалинлиги ва ҳиқилдоқ қоринчасининг катта-кичиклигига боғлиқдир. Ҳиқилдоқни юқоридан пастга қирқилганда, унинг ички қисми худди қум соати шаклига ўхшайди ва уч қаватдан ташкил топади: юқори бўлим — ҳиқилдоқ даҳлизи (қоринчасидан юқори); ўрта бўлим (овоз бойламлари жойлашган жой) ва пастки — овоз бойламларининг остки бўлими.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ МУШАКЛАРИ

Ҳиқилдоқ мушаклари ташқи ва ички гуруҳга бўлинади.

Ташқи гуруҳ мушаклар ҳиқилдоқни бошқа қисмлари билан бирлаштириб туради. Бу мушаклар ёрдамида ҳиқилдоқ кўтарилади ва пастга тушади ҳамда маълум бир ҳолатни сақлаб туради.

Ички гуруҳ мушаклар ҳиқилдоқнинг ички ва ташқи юзасига ёпишган бўлиб, ундан четга чиқмайди. Бу мушаклар ҳиқилдоқнинг нафас олиш ва товуш ҳосил қилиш вазифаларини бажаради. Бу вазифалар товуш ёриқчаси кенгайганда ёки торайганда бажарилади. Шунинг учун ҳиқилдоқ мушаклари товуш ёриқчасини торайтирувчи ва кенгайтирувчи икки бўлимга бўлинади.

Ҳиқилдоқнинг энг муҳим вазифаси — нафас олишдир. Бу вазифанинг тўғри бажарилиши, товуш ёриқчасининг табиий кенгайишига боғлиқ. Товуш ёриқчасини кенгайтиришда узуксимон-чўмичсимон орқа (*m. cricoarytenoideus posterior seu posticus*) мушагининг хизмати каттадир. Бу мушак узуксимон тоғай қисмининг орқа юзасида жойлашган бўлиб, чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсиқчасига ёпишади.

Товуш ёриқчаларини торайтирувчи мушаклар:

1. *M. cricoarytenoideus lateralis* – узуксимон тоғайнинг ҳалқа қисмидан бошланиб, чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсиғига ёпишади.

2. *M. arythaenoideus obliquus* – жуфт мушак бўлиб, бир чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсиғи орқа юзасидан бошланиб, иккинчи чўмичсимон тоғайнинг чўққисига бирикади.

3. *M. arythaenoideus transversus* – тоқ мушак бўлиб, ўнг ва чап чўмичсимон тоғайнинг орқа томонидан қўндалангига тортилган ва чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсиқчасига ёпишади. Бу мушак қисқарган пайтда ўнг ва чап чўмичсимон тоғайни бир-бирига яқинлаштиради, бинобарин овоз ёриғининг орқа қисмини торайтиради.

Бу мушаклар ҳиқилдоққа кириш тешигини торайтиради ва ҳиқилдоқ усти тоғайини пастга тортади. Овоз бойламлари таранглигини ўзгартирувчи мушакларга қуйидагилар киради:

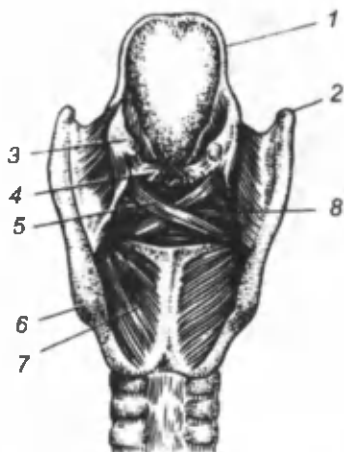
1. *M. thyreoepiglotticus* – қалқонсимон тоғай билан ҳиқилдоқ усти тоғайи ўртасидаги мушак бўлиб, қалқонсимон тоғай ички юзасидан бошланади, ҳиқилдоқ усти тоғайининг қирғоғига ёпишади. Бу мушак қисқариши натижасида ҳиқилдоққа кириш ёриғи кенгаяди, овоз бойламлари таранглашади.

106-расм. Ҳиқилдоқнинг ички гуруҳ мушаклари.

1– ҳиқилдоқ усти тоғайи; 2– қалқонсимон тоғайнинг устки шохи; 3– понасимон тоғай; 4– шохсимон тоғай; 5– чўмичсимон тоғайнинг қийшиқ мушаклари; 6– қалқонсимон тоғайнинг пастки шохи; 7– узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги орқа мушак; 8– қўндаланг мушак.

2. *M. vocalis* – овоз бурмаси – *plica vocalis* – бағрида ётади. У қалқонсимон тоғай бурчагининг ички юзасидан бошланиб, *processus vocalis* га ёпишади. Бу мушак қисқарганда *processus vocalis* ни олдинги томонга тортади, натижада овоз бойламлари бўшашади (106, 107, 108- расмлар).

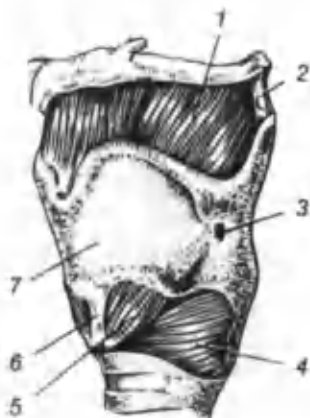
Ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси ҳалқумдаги шиллиқ парданинг давоми бўлиб, кейинчалик кекирдакка ўтади. Чўмичсимон тоғай ва улар оралиғидаги ноксимон бўшлиқда, товуш бойламлари ости оралиғида, ҳиқилдоқ қоринчасида, шиллиқ парда остида юмшоқ тўқима ва лимфоид тўқималар (ҳиқилдоқ миндали) йиғиндиси мавжуд.





107- расм. Ҳиқилдоқнинг ички гуруҳ мушаклари. 1— ҳиқилдоқ усти тоғайи; 2— қалқонсимон тоғай; 3— қалқонсимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайи мушаклари; 4— чўмичсимон ва қалқонсимон тоғайлар орасидаги мушак; 5— синуссимон пай; 6— узуксимон-кекирдак найи; 7— кекирдак; 8— узуксимон ва қалқонсимон тоғайларнинг бириккан жойи; 9— узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги орқа мушак; 10— мушак ўсиқчаси; 11— кўндаланг мушак; 12— чўмичсимон қийшиқ мушак; 13— шохсимон тоғай; 14— понасимон тоғай.

Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасида эластик толалар бор, парданинг усти ҳилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган. Ҳиқилдоқнинг чин товуш бойламлари, чўмичсимон тоғайлар ва улар ўртасидаги бўшлиқлар бундан мустасно бўлиб, бу жойлар кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган.



108-расм.Ҳиқилдоқнинг ички гуруҳ мушаклари. 1— тил ости суяги билан қалқонсимон тоғай ўртасидаги парда; 2— тил ости суяги билан қалқонсимон тоғай ўртасидаги ён пай; 3— қалқонсимон тоғайдаги тешик; 4, 5— узуксимон ва қалқонсимон мушак; 6— узук-қалқонсимон ўрта пай; 7— қалқонсимон тоғай.

Ҳиқилдоқни қуйидаги қон томирлари қон билан таъминлаб туради: юқори ва пастки қалқонсимон артерия (*a. thyreoideae superiores et inferiores*), вена қон томирлари юқоридаги артерия қон томирлари номи билан аталади. Вена қон томирлари ички бўйинтуруқ венасига қуйилади.

ЛИМФА СИСТЕМАСИ

Ҳиқилдоқ лимфа системаси, аниқса ҳиқилдоқ усти тоғайида, чин ва сохта овоз бойламлари оралиғида, чўмичсимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайни бирлаштирувчи бурмаларда кўпроқ ривожланган. Бу ердан лимфа томирлари бўйинда чуқур жойлашган лимфа томирларига қўшилиб, аксари бўйиннинг ён томонида ички бўйинтуруқ венаси билан ёнма-ён жойлашган.

Лимфа томирлари чин овоз бойламлари атрофида бойлам ости соҳасига нисбатан сийрақроқ бўлади.

ҲИҚИЛДОҚ НЕРВ СИСТЕМАСИ

Ҳиқилдоқ адашган нервнинг тармоғи (n. laryngeus superior) ва орқага қайтувчи ҳиқилдоқ нерви (n. laryngeus recurrens) билан таъминланган. Ҳиқилдоқнинг устки нерви (n. laryngeus superior) асосан сезувчан нерв бўлиб, унинг бутун шиллиқ пардасини сезувчанлигини таъминлаб туради. Бу нерв фақатгина узуксимон мушагига (n. cricothyreoideus) битта ҳаракатлантирувчи тармоқ беради.

Ҳиқилдоқнинг қолган барча мушакларига ҳаракатлантирувчи нерв бўлиб унинг пастки нерви (n. laryngeus inferior ёки recurrens) хизмат қилади.

Бу нерв ўнг томонда ўмров ости артериясини, чап томонда аорта равоғини ост ва орқа томондан айланиб ўтиб, юқорига кўтарилади, у қизилўнғач ва кекирдак оралигида жойлашиб, бу аъзоларга тармоқлар беради. Нервнинг давоми пастки ҳиқилдоқ нерви n. laryngeus inferior номини олади. Бу нерв жароҳатланиши ёки эзилиши натижасида овоз бойламларининг ҳаракатчанлиги бузилиши мумкин (юракнинг кўндалангига катталашиши, қизилўнғачдаги, кекирдаги хатарли ва хатарсиз ўсмалар, буқоқ операция қилинганда жароҳат бериш (strumectomy), аорта равоғининг кенгайиши, бронх олди безларининг катталашиши ва бошқ.), натижада беморда товуш ўзгариши ёки бутунлай йўқолиши ҳам мумкин.

ҲИҚИЛДОҚ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ҳиқилдоқ нафас олиш, товуш чиқариш (ҳосил қилиш) ва ҳимоя (муҳофаза) вазифасини бажарали.

НАФАС ОЛИШ ФАОЛИЯТИ

Ҳиқилдоқ орқали нафас олиш ва чиқариш вазифаси бажарилади. Нафас олишда овоз тирқиши ёки товуш чиқарувчи оралиқ очиқ бўлади. Нафас олганда ҳаво оқими шиллиқ пардадаги нерв тармоқларини қитиқлаб, керакли маълумотни адашган нерв орқали нафас олиш марказига етказиб беради. Кейинчалик нерв толачалари орқали нафас олиш марказидан кўзғатувчи (ҳаракатга солувчи) импульслар ҳиқилдоқ мушакларига етиб келади. Ҳиқилдоқ билан қовурғалараро мушаклар ва кўкраккурсоқ пардаси ўртасида шартсиз рефлекс бўлиб, айрим ҳолларда нафас олишда улар ҳам фаол қатнашади.

ҲИМОЯ ФАОЛИЯТИ

Агар нафас олганда ҳаво билан турли чанг ёки захарли моддалар тушса, товуш чиқарувчи оралиқ қисилиб (бекилиб), уларни ҳиқилдоқдан кекирдакка ўтказмасликка ҳаракат қилади.

Демак ҳиқилдоқнинг нафас олиш ва ҳимоя қилиш фаолияти бири-бири билан чамбарчас боғлиқ бўлади. Овқат ютиш жараёнида ҳиқилдоқ юқорига кўтарилади, тил ҳиқилдоқ усти тоғайини босади, сўнг пастга эгилиб, ҳиқилдоққа кириш йўлини бекитиб туради, шу билан бир қаторда товуш чиқарувчи оралиқ ҳам бекилиб туради. Агар нафас йўлига ёт жисм тушиб қолса, бунда ҳиқилдоқ яна ўз ҳимоя фаолиятини бажаради, яъни беморни йўтал тутиб, ёт жисм ташқарига чиқариб юборилади.

ТОВУШ ҲОСИЛ ҚИЛИШ ФАОЛИЯТИ

Товуш чиқариш фаолияти бола туғилиши билан бошланади. Сўзлаш (гапириш) ва унинг қобилияти доимо эшитув анализаторининг назорати остида ривожланиб боради. Ёш болаларда товуш рефлекторлари вужудга келиб, катта ёшдаги болаларда онгли равишда пайдо бўлади.

Ҳиқилдоқни ажойиб мусиқа асбоби десак бўлади. Нафас чиқариш вақтида ўпкадан қайтиб чиқаётган ҳаво ҳиқилдоқдаги тоғайлар орасида тортилган (мусиқа асбобининг торларига ўхшаш) овоз бойламларига урилиб, уларни ҳаракатга келтиради, товуш чиқаради ёки товуш пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Товушнинг баланд-пастлиги ёки йўғон-ингичкалиги ҳиқилдоқ бўшлиғининг катта-кичик бўлиши ва овоз бойламларининг таранглигига боғлиқ. Товуш кучи товуш бурмаларининг тебраниш амплитудаси, яъни нафас чиқаришдаги ҳаво кучига боғлиқ.

Ўсмирларда ҳиқилдоқнинг анатомик структурасида катта ўзгаришлар юз беради. Шу билан бир қаторда, товушда ҳам бирмунча ўзгаришлар кузатилади (расталлик). Қалқонсимон тоғайнинг ҳажми катталашиб (15–25 мм), пастлашиб боради. Бундай ўзгаришлар ўртача 2–3 йил давомида қайд этилади.

Товуш оҳангини ҳосил қилишда бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, ҳалқум, кекирдак, бронхлар ва ўпка муҳим ўрин тутади. Шу сабабли ҳар бир одамнинг товуши ўзига хос оҳангга эга бўлади.

КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАРНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Кекирдак — trachea ҳиқилдоқнинг бевосита давоми бўлиб, узунлиги 10–12 см, кенглиги 15–22 мм (эркакларда) келадиган найдан иборат. Аёлларда унинг кенглиги 13–18 мм.

Янги туғилган чақалоқларда ҳиқилдоқнинг узунлиги 4 см, кенглиги 0,5 см, 10 ёшдаги болаларда узунлиги 7 см, кенглиги 1 см бўлади.

Кекирдакнинг олдинги бўйин қисми қалқонсимон без, кўкрак тўши дастасининг орқаси – буқоқ бези билан ўралган.

Кекирдак VI бўйин умуртқаси пастки четидан V кўкрак умуртқасининг юқори четига келганда иккига: чап ва ўнг бронхларга бўлинади. Бўлинган ерни кекирдак айриси – *bifurcatio tracheae* дейилади.

Кекирдак девори 16–20 та ярим ҳалқа шаклидаги тоғайлардан (*cartilagine trachealis*) тузилган. Бу тоғайлар бир-бири билан фиброз бойлам – *lig. annularia* ёрдамида туташади. Бу тоғай ҳалқаларининг орқа очиқ ерлари парда билан қопланган бўлиб – *paries membranaceus* дейилади.

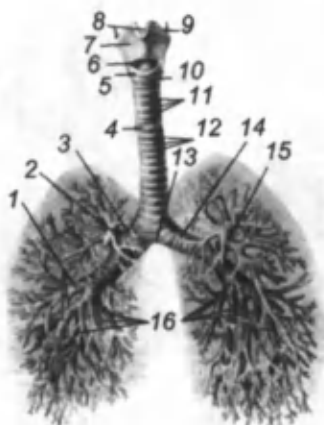
Унинг парда қисмида кўндаланг йўналган силлиқ мушак толалари бор. Бу мушаклар қисқарганда кекирдак тораяди. Кекирдакнинг ички юзаси шиллиқ парда билан қопланган, тузилиши жиҳатидан ҳиқилдоқ шиллиқ қаватига ўхшаш кўп қаторли киприкли эпителий билан қопланган, у шиллиқ безларга бой. Кекирдакнинг орқасида қизилўнғач жойлашган.

БРОНХЛАР

Ўнг бронх чап бронхга нисбатан кенгроқ ва калтароқ, чап бронх эса узунроқ (деярли икки баробар) ҳамда торроқ, ўнг бронхта 6–8 та, чап бронхта эса 9–12 та тоғай ҳалқаси бор. Ўнг бронх деярли тик йўналишга эга бўлиб, кекирдакнинг давоми ҳисобланади. Чап бронх кекирдакдан чапга бурчак ҳосил қилиб чиқиб, бироз ётиқ йўналишда бўлади. Бронхлар ўз навбатида шохланиб, катта-кичик бронхларга бўлиниб кетади. Бронхлар шиллиқ қавати кекирдак шиллиқ қаватига ўхшаш тузилган (109-расм).

Нафас олишда бронхлар бирмунча чўзилиб кенгаяди, нафас чиқариш пайтида эса унинг акси бўлади.

109-расм. Ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхларнинг олд томондан кўриниши. 1– бронхнинг вентрал қисми; 2,15– бронхнинг юқори улуши; 3– ўнг бош бронх; 4– кекирдак; 5– узуксимон тоғай; 6– узук-қалқонсимон ўрта пай; 7– қалқонсимон тоғай; 8– қалқонсимон тоғайнинг устки ўймаси; 9– қалқонсимон тоғайнинг юқори шохи; 10– узуксимон тоғайни кекирдак тоғайи билан бирлаштирувчи пай; 11– кекирдак тоғайлараро пайлар; 12– кекирдак тоғайлари; 13– кекирдак айриси; 14– чап бош бронх; 16– бронхнинг дорзал қисми.



Кекирдак қонни — *a. thyroidea inferior*, *a. thoracica interna* ва қўкрак аортасидан чиқувчи — *rami bronchiales* дан олади. Веналари кекирдак атрофидаги вена чигаллари ва қалқонсимон без веналарига қўшилади. Кекирдакка *n. sympaticus* ва *n. vagus* толалари келиб туташади.

КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАР ФАОЛИЯТИ

Бу аъзолар асосан ҳаво ўтказиш вазифасини бажаради. Тебранувчи киприкчалар ҳиқилдоқдан ҳаво билан бирга ўтган турли майда заррачалар, шиллиқ қаватдаги безлардан ажраладиган суюқликлар, яллиғланиш натижасида ҳосил бўладиган ва йиғилиб қоладиган йиринг (фасод)ни ташқарига чиқариб ташлашда муҳим аҳамиятга эга.

Кекирдак ва бронхлар шиллиқ қавати шимиш, сўриш хусусиятига эга бўлгани учун айрим касалликларни даволашда дорилар кекирдак орқали юборилади.

ҲИҚИЛДОҚНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Аввало бемор шикоятини тинглаб, уни нималар безовта қилиши сўралади (бир нарса тиқилиб қолиш каби сезги, йўтал, нафас олиш, нафас олишнинг бузилиши, балғам ажралиши, товуш ўзгариши ва б.).

Ҳиқилдоқ атрофи яхшилаб кўздан кечирилади. Ҳиқилдоқнинг ташқи кўриниши ва шаклига эътибор берилади (бемор сшени инобатга олган ҳолда), унинг тоғайлари пайпаслаб кўрилади.

Катта ёшдаги одамларда, ҳиқилдоқда учрайдиган хавфли ўсмаларда ҳиқилдоқ атрофидаги лимфа тугунлари катталашган бўлади, бу ҳам ҳисобга олинади.



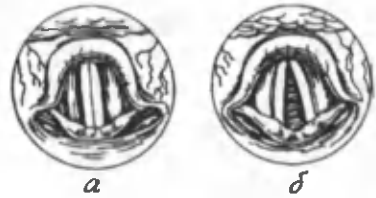
110- расм. Ойнача ёрдамида (билвосита) ҳиқилдоқни кўриш.

Ҳиқилдоқ бевосита ва билвосита ларингоскопия усуллари ёрдамида кўздан кечирилади. Билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ асбоблари дастасига ўрнатилган ҳиқилдоқ ойначаларидан фойдаланилади. Бунинг учун бемор гавдасининг юқори қисмини бироз олдинга энгаштирилади, кейин бемордан тилини чиқариш сўралди, уни дока билан ушлаб, ойнача билан ҳиқилдоқ кўздан кечирилади. Ойна терламаслиги учун уни қайноқ сувга ботириб олинади ёки спиртовка (спиртли лампа) да озгина иситилади.

Ҳиқилдоқ ойначасининг ойнали томонини пастга қаратиб, оғизга киритилади, унинг орқа томони билан эса тилча, юмшоқ танглайни орқа ва юқорига итариб турилади. Бемор қайт қилиб юбормаслиги учун ойначани мумкин қадар ҳалқумнинг орқа деворига теккизмасликка ҳаракат қилинади. Шу пайт бемордан текис нафас олиш ва «э» товушини чўзиб талаффуз этиш сўралди ва ойнача ёрдамида ҳиқилдоқ ичи текширилади (110, 111- а, б расмлар).

Ҳиқилдоқнинг ҳамма қисмлари бирма-бир кўздан кечирилади. Дастлаб, ҳиқилдоқ, унинг уст тоғайи, кейин товуш бойламлари, чўмичсимон тоғайлар ва улар орасидаги бўшлиқлар текширилади. Шундан сўнг тинч нафас олиш ва «а» ёки «э» товушларини чўзиб талаффуз этиш даврида товуш бойламларининг ҳаракатчанлиги, кейин, унинг пастки, яъни кекирдакнинг бошланиш қисми ҳам кўздан кечирилади (айниқса ёш болаларда). Ҳиқилдоқни ойнача ёрдамида текширганда унинг олд томонида жойлашган барча қисмлари ойначанинг юқорисиди, орқадаги қисмлари эса ойначанинг пастиди жойлашган бўлиб кўринади.

Ҳиқилдоқни яна бевосита усулда ҳам кўздан кечириш мумкин. Бунда врач маҳсус асбоблар (ларингоскоп)дан фойдаланади (112-расм). Ушбу усул бемор ётган ҳолатда, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш воситалари билан бажарилади. Кичик ёшдаги болалар ҳиқилдоғи бевосита ларингоскопия усулида текширилади.



111-расм. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг кўриниши. а- товуш чиқариш пайтида; б- нафас олиш пайтида.



112-расм. Брюнникс бронхоэзофагоскопи.

Овоз бойламлари ҳаракатини текшириш учун стробоскопия усули қўлланади. Бу усул ёрдамида овоз бойламларининг қай даражада бузилганлиги аниқланади. Бундан ташқари, микроларингоскопия (жарроҳлик микроскопияси) дан фойдаланилади. Кейинги вақтларда беморларни текширишда кўпроқ рентген ва компьютерли томография усуллари қўлланилмоқда.

КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Кекирдакни текширишдан олдин беморнинг шикоятлари ўрганилади. Ёш болалар ҳақида ота-оналардан яхшилаб сўралади (уларни врачга мурожаат этишга нима мажбур қилди, нималар безовта қилмоқда). Айниқса, кекирдак ёки бронхларда ёт жисмнинг борлигига шубҳа қилинса, уни сўраб билиш (анемнез) касалликни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Кекирдакнинг бошланиш қисмини оддий билвосита ларингоскопия йўли билан кўриш мумкин.

Бевосита кўриш, ташҳис қўйиш ва даволаш учун махсус асбоблар ишлатилади. Бунда бронхоэзофагоскоп ва турли қисқичлардан (113, 114, 115- расмлар) ҳам фойдаланилади.

Бронхоскоп асбоблари тўплами куйидагилардан иборат.

1. Ёритувчи қисм (даста қисмида жойлашган, ёруғлик берадиган чироқча — лампочка линза билан таъминланган бўлиб, ёруғлик нуруни тўплаб, ойнача орқали металл найча ичини ёритиб беради).

2. Ҳар хил йўғонликдаги металл найчалар.

3. Қон ва шиллиқни тозалаш учун турли хил зондлар.

4. Кекирдак ва бронхга тушган ёт жисмларни оладиган, бошқа мақсадда ишлатиладиган турли узунликдаги

қисқич ҳамда уларнинг учига ўрнатиладиган ҳар хил учлик (пойнак)лар.

Одатда юқори ва пастки трахеобронхоскопия усуллари тафовут қилинади.

Юқори трахеобронхоскопияда темир найча оғиз орқали, пасткисида эса кекирдакнинг ташқи тешилган (трахеотомиядан кейин) томонидан юборилади.



113- расм. Трахеобронхоскопия.

Кекирдак ва бронхлар кўпинча беморларнинг ўтирган ҳолатида (ёш болаларни кўпинча ётқизиб) текширилади.

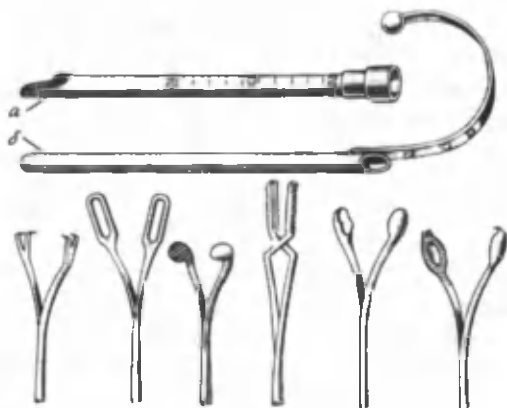
Трахеобронхоскопия қилганда (айниқса ёш болаларда) овоз ўзгариши, товуш бойламлари остки шиллиқ қаватнинг шишиши каби асоратлар кузатилиши мумкин. Энг оғир асоратларга: трахеобронхоскопия вақтида ёки ундан сўнг кўп қон кетиши, ўпка пардасида

ҳаво йиғилиши (пневмоторакс), бўйин ва кўкрак қисми тери остида ҳаво бўлиши (эмфизема) кабилар киради. Юқорида кўрсатиб ўтилган оғир асоратлар кекирдак ва бронхлар шиллиқ қавати жароҳатланиши натижасида келиб чиқади.

Трахеобронхоскопия қилишдан олдин беморнинг ёши ва кекирдак диаметри (кенглиги)га қараб найча танланади.

Трахеобронхоскопия асосан ёт жисмларни олиш ёки турли касалликларни аниқлаш, ўсмадан бир қисмини олиб текшириш, бундан ташқари, ўпканинг турли касалликлари — йирингли яллиғланишда ювиш ва турли дори-дармонларни юборишда ҳам қўлланади.

Кекирдак ва бронхлар рентген, томография қилиб ҳам текширилади.



114-расм. Қисқичлар.



115-расм. Қисқичлар.

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бу гуруҳ касалликларидан ҳиқилдоқдаги туғма нуқсонлар кўпроқ кузатилади. Туғма парда кўпроқ чин товуш бойламлари оралиғида, кулранг-оқишроқ тусда бўлади. Баъзан товуш бойламлари оралиғини бутунлай беркитиб қўяди.

Болаларда йўтал, нафас олиш ва овоз бузилиши қайд этилади. Агар парда кичикроқ бўлса, кўпинча болани безовта қилмайди. Бола югурганда ёки бирор оғир меҳнат қилганда ҳарсиллайди, нафаси қисилади.

Бола бақирганда, безовталанганда, қаттиқ йўталганда юқорида кўрсатилиб ўтилган аломатлар зўрайиши мумкин.

Товуш бойламларидаги пардани, болаларда учрайдиган стридор ва ҳиқилдоқнинг қисилиш касаллиги билан таққослаш керак. Стридорда товуш ўзгармайди. Ҳиқилдоқ чақалоқлардан бошлаб икки ёшгача бўлган болаларда кўп қисилади. Хасталик тўсатдан бошланиб, нафас олиш шовқинли, узоқ муддатли бўлади (10–30 секунд), кейин юза нафас олиш билан тугалланади. Бу даврда бола калласи орқага эгилган, бўйин мушаклари таранглашган ҳолда бўлади.

Даволаш. Агар бемор боланинг аҳволи оғир бўлмаса, бироз кутилади, чунки бола ўсиши (балогатга етиши) билан аҳволи яхшиланиши мумкин. Парда катта ҳажмда бўлиб, беморни кўпроқ безовталантирса, унда жарроҳлик йўли билан пардани қирқиб олишга тўғри келади.

Баъзан трахеотомия қилинади.

ТУҒМА СТРИДОР

Хасталик туғма бўлиб, асосан кўкрак ёшидаги болаларда учрайди, яъни бола туғилгандан сўнг ёки 2–3 ҳафта давомида аниқланади. Туғилган бола шовқин билан нафас олади. Бундай ҳолат бола безовталанганида кучайиб, ухлаганида камаяди. Боланинг овози тиниқ, ҳеч қандай кўкариш аломатлари сезилмайди. Бу касалликда асосан ҳиқилдоқ тоғайлари ёки мушакларида нуқсон бўлади (тоғайларнинг ҳаддан ташқари юмшоқ бўлиши сабабли). Тоғай ва мушаклардаги бундай ўзгаришлар бола улғайиши билан нормал ҳолга қайтади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ тоғайларини мустаҳкамлаш учун, болаларга кальций хлорни 1,0–1,25 г дан бир кунда витамин Д ни балиқ мойига кўшиб бериш, ультрабинафша нурлари билан уларни нурлатиш лозим.

Туғма стридор аломатлари, ҳиқилдоқдаги туғма сариқ суюқлик билан тўлган шиш (киста) натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин. Кўпинча киста ҳиқилдоқ усти тоғайи яқинида бўлса у аста-секин катталаниб, ҳиқилдоқни беркитиб қўйиши мумкин.

Даволаш. Ҳиқилдоқдаги кистани игна билан санчиб, унинг ичидаги суюқликни чиқариб, сўнгра жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

КЕКИРДАКНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Кекирдакдаги туғма нуқсонлар асосан мушак ва эластик толалар, тоғайлар, суюқлик ишлаб чиқарувчи безлар, қон ҳамда нерв томирларида бўлиши мумкин.

КЕКИРДАКНИНГ ТУҒМА ТОРАЙИШИ

Бунда нафас олиш бузилиб, у бироз шовқинли бўлади. Кекирдакни асбоб орқали текширганда, унинг айрим жойларида торайиш кузатилади. Шиллиқ қаватда яллиғланиш белгилари бўлмайди.

Кекирдак гипоплазиясида кекирдак ривожланмаган, ҳажми (кенглиги) торайган, ҳаракатчанлик хусусияти пасайган ёки йўқолган бўлади. Кекирдакнинг бронхларга бўлиниш қисми худди воронкага ўхшаб торайган бўлиши мумкин.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШЛАРИ

Ўткир яллиғланиш кўпроқ ёши каттароқ болаларда қайд этилади. Бу касаллик юқори нафас йўллариининг ўткир яллиғланишидан кейин ёки у билан бир вақтда ривожланади. Хасталик бутун гавда ёки унинг бирор аъзоси совуқ қотиши, ҳаводаги совуқ ёки иссиқ буғларнинг таъсири ва товуш бойламларининг ортиқча зўриқиши (узоқ вақт қаттиқ сўзлаш, бақириш) билан боғлиқ.

Касалликнинг аломатлари. Бемор боланинг товуши хириллаб ёки дўриллаб қолади, дастлаб қуруқ йўтал пайдо бўлади ва томоқ қуриydi. Йўтал борган сари зўрайиб, қуюқ ва зўрға кўчадиган балғам аста-секин кўпаяди, кейинчалик йирингли балғам ажрала бошлайди. Нафас олиш бузилмайди. Беморда умумий нохушлиқдан ташқари, бош оғриғи, ҳарорат кўтарилиши кузатилади.

Бемор ҳиқилдоғини текширганда шиллиқ парда қизаргани, чин товуш бўлимлари турли даражада шишганлиги, қизарганлиги ва ёпишқоқ шилимшиқ ажралмаларни кўриш мумкин. Баъзан товуш мушакларининг фалажи туфайли товуш бойламлари тўлиқ жуфтлашмайди (116-расм). Агар ҳиқилдоқ усти тоғайида шиш бўлса, бемор ютинганда нохушлик, томоқда ёт жисм бордек сезгидан шикоят қилади. Баъзан шишлар тарқалган ҳолда бўлиб, улар чўмичсимон тоғайлар оралиғида ҳам кузатилади.

Даволаш. Дастлаб касалликка сабаб бўлган омилларни йўқотиш зарур. Бемор болага кўп ва бақириб гапирмаслик лозим.

Кўпроқ илиқ суюқлик ичириш, каттароқ ёшдаги болаларга антибиотиклар, ишқорли ёки турли ёғлар билан ингаляция (заррачалари билан нафас олдириб даволаш) қилиш, бўйинга иситувчи компресслар қўйиш керак.

Боланинг ҳарорати кўтарилганда иситмани пасайтирадиган, йўтални қолдирадиган дори-дармонлар берилади. Ҳиқилдоққа мойли эритмалар қўйилади. Хона тез-тез шамоллатиб турилади. Шишларни қайтариш учун гистаминга қарши ва сийдик ҳайдовчи дорилар бериш мақсадга мувофиқдир.

ҲИҚИЛДОҚ ТОВУШ БОЙЛАМЛАРИ ОСТИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

СОХТА БЎҒМА

Хасталик асосан кўпроқ 3—8 ёшдаги болаларда кузатилади. Болалар ҳиқилдоғининг анатомик тузилиши катталарникидан фарқ қилади. Уларда ҳиқилдоққа кириш қисми тор бўлиб товуш бойламлари остки қисмининг шиллиқ қавати тубида шишга мойил, сийрак тўқима бўлади.

Сохта бўғма, одатда ўткир тумов ва гриппдан кейин ривожланади. Бундан ташқари, бу касаллик диатез, аллергия касалликларга берилувчан, бироз тўлароқ (паратрофик) болаларда кўпроқ кузатилади. Касаллик хуружи тўсатдан, аксарият кечаси, бола ухлаб ётганда бошланади. Бола кучли йўтал ва оғир нафас қисиши сабабли уйғониб кетади. Баъзан нафас олиш қийинлашганидан боланинг териси кўкаради, безовталади, баъзан тиришиб қолади. Нафас қисилиш хуружлари одатда бир неча минутдан тортиб, ярим соатгача чўзилади, камдан-кам ҳолларда 1—2 соат давом этади ва бир кечада бир неча марта такрорланиши мумкин.

Сохта бўғмада беморнинг овози ўзгармайди, чунки касаллик, яъни шиш фақат чин товуш бойламлари ости бўшлиғида бўлади. Касаллик ларингоскопия ёрдамида аниқланади, бунда товуш бойламлари ости шиллиқ пардаси шишган, нафас йўли турли даражада торайган бўлади (117-расм).

Сохта бўғмани ҳақиқий бўғмадан ажрата билиш керак. Ҳақиқий бўғмада нафас қисилиши аста-секин ривожланади, сўнгра товуш ўзгаради, товуш бойламлари кулранг-кўнғир тусдаги караш билан қопланади. Бунда умумий аҳвол борган сари оғирлашиб боради. Ҳақиқий бўғмада организм заҳарланиши туфайли жағ ости ва бўйин атрофидаги лимфатик тугунчалар катталашади, пайпаслаганда оғрийди.

Даволаш. Тез ёрдам кўрсатиш, яъни ҳиқилдоқдаги шишни қайтариш лозим. Бола ётган хона ҳавоси тоза бўлиши шарт. Боланинг оёғи иссиқ ваннага солинади ёки болдирига ханталлар қўйилади. Терлатадиган, шишни қайтарадиган дорилар берилади (кальций хлорид, глюконат кальций, димедрол, супрастин ва б.). Бундан ташқари, боланинг ёши ва вазнига қараб гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон буюрилади. Мушакка антибиотиклар юборилади.

Юқорида кўрсатилган воситалар фойда бермаса, камдан-кам ҳолларда интубация ёки трахеотомия қилинади.

ҲИҚИЛДОҚ, КЕКИРДАК, ҲАМДА БРОНХЛАРНИНГ ТОЛАЛИ, БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАЛИ ВА ПАРДАЛИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Хасталик ёш болаларда кўп учраб, асосан юқумли касалликни қўзғатувчи, микроорганизм (вируслар) таъсирида ривожланади (айниқса А₂ тури билан). Касалликка бошқа микроблар (стафилококк, стрептококк ва б.) ҳам сабаб бўлади. Касалликнинг бошланишиданоқ торайган нафас йўлидан кислороднинг ўпкага келиши қийинлашади, оксидланиш-тикланиш жараёнлари бузилади ва натижада бемор аҳволи оғирлашиб боради. Яллиғланиш катарал, шиш – инфилтрат (яллиғланиш маҳсулотининг тўпланиши-қотиши), толасимон-йирингли, тўқималар ўлиши, қон қуйилиши ва нафас йўллариининг торайиши каби кўринишларда кечади.

Хасталикнинг катарал тури енгил кечиб, бемор аҳволи унчалик оғир бўлмайди. Ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар шиллиқ қавати қизарган, унда бироз шиллиқ модда бўлиши мумкин, бемор овози ўзгаради ва у йўталади. Бунда нафас олиш йўли торайишининг I–II даражаси ривожланади.

Шиш – инфилтратли хилида бемор боланинг аҳволи оғир бўлиб, у «қув-қув» йўталади, овози ўзгаради, нафас олиши қийинлашади.

Ҳиқилдоқ, кекирдак, бронхлар шиллиқ қавати шишади.

Хасталикнинг учинчи толасимон-йирингли хилида, беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади, бунда толасимон-йирингли парчалар бўлиб, улар нафас йўлларига тикилади ва уни беркитиб қўяди. Натижада ҳаво ўтмай, ўпканинг бир қисмида ателектаз кузатилади. Гавда ҳарорати кўтарилади, организм кучли заҳарланади. Шу туфайли нафас йўли торайишининг III–IV даражаси ривожланади. Бемор боланинг териси, лаб шиллиқ қаватлари кўкаради. Яллиғланиш кекирдақдан бронхлар ва ўпкага ўтиб, зотилжам касаллигига олиб келади.

Хасталикнинг кейинги хилида, яъни тўқималар ўлганда бемор аҳволи жуда оғир бўлади.

Кекирдак, бронхларда йиринг, пайдо бўлган ўлик тўқималар йиғилиб қолишидан нафас олиш жуда ҳам қийинлашади. Тоғайлар чирийди (нобуд бўлади). Боланинг аҳволи оғирлашиб, териси оқаради, гавда ҳарорати 40⁰ га кўтарилади. Бундан ташқари, турли аъзолар заҳарланади (юрак, буйрак, жигар, марказий нерв системаси ва б.).

Нафас йўллариининг тикилиши хилида ҳиқилдоқ шилимшиқ моддалар ёки қон аралаш қатқалоқлар билан тўлган (тиқилган) бўлади. Бола қийналиб нафас олади, нафас олганда қовурғалар ораси ва ўмров суяги устидаги бўшлиқлар ичкарига қаттиқ тортилади. Кейинчалик бўғилиш аломатлари кўринади, бунда тери кўкариб, нафас олиш юза ва билинар-билимас бўлади, бемор ҳушидан кетади ва ўлим юз беради.

Даволаш. Тез ёрдам бериш, яъни бўғилиш аломатларини тезроқ йўқотиш зарур. Шунда бемор ҳаётини сақлаб қолиш мумкин. Бунинг учун яллиғланишга қарши, организм заҳарланишининг олдини олиш ёки камайтириш учун турли кенг қамровли таъсирга эга антибиотиклар ва бошқа дорилар берилади.

Беморнинг қон томирига 20 мл 20 %ли глюкоза, 20–50 мл қон зардоби, 10 фоизли кальций глюконат юборилади. Витаминлардан С, В₁, В₆, 2,5 %ли супрастин, кокарбоксилаза, гидрокортисон, натрий гидрокарбонат эритмалари қўлланилади. Бундан ташқари, буруннинг пастки чиганоғига новокаин эритмасини юбориш, ишқорий-мойли (ёғли) ингаляция қилиш, баданни иситиш зарур. Гриппга қарши иммуноглобулин юбориш мумкин. Охириги йилларда антибиотиклар, кортикостероид ва диуретикларни мунтазам равишда қалқонсимон ва узуксимон тоғайларнинг бирлашган соҳасидаги тери остига юбориш (лимфотроп) ижобий натижа бермоқда. Бунда касаллик асоратсиз кечади ва бемор тезда соғайиб кетади.

Бронхоскопия қилиб, кекирдак ва бронхларни патологик йиғилмалардан тозалаш зарур. Бемор болага ҳар доим намланган кислород бериш ва у кислороди мўл хонада ётиши шарт.

Юқорида кўрсатилган тадбирлар ёрдам бермаса, унда бурун бўшлиғи орқали кекирдакка резина найча қўйилади (интубация).

ҲИҚИЛДОҚ ВА КЕКИРДАКНИНГ ЎТКИР ТОРАЙИШИ

Ҳиқилдоқнинг ўткир торайиши бир неча дақиқа ёки соатлар давомида тез ривожланиб, нафас олиш издан чиқиши ва бола ҳаётининг хавф остида қолишига олиб келади. Беморнинг асосий шикоятлари нафас олишнинг бузилиши – бўғилишдир, бунда боланинг овози ўзгариб, у калласини орқа томонга эгган ҳолда, қийналиб нафас олади.

Шиллиқ қават яллиғланиши ва шишиши, ёт жисмлар тушиши, шиллиқ моддалар ва қатқалоқ билан бекилиши, шунингдек турли нарсалар билан шикастланиш ёки нерв томирлари ҳаракатчанлигининг бузилиши натижасида ҳиқилдоқ ва кекирдак бирдан тораяди.

Бўғилиш қанча тез юз берса, боланинг ҳаёти шунчалик кўпроқ хавф остида қолади. Организмда кислород етишмаслиги туфайли, унинг тўқималарида кислород алмашинуви бузилади. Натижада нафас олишни бошқарадиган марказ фаолияти издан чиқади, юрак фаолияти ҳам бузилиб, қон босими ошади ва томир уриши сусаяди. Ёт жисм тушганда, ўткир шишда, чин (ҳақиқий) бўғма (дифтерия) ва бошқа касалликларда кескин бўғилиш кузатилади.

Бўғилишни 4 даврга бўлиш мумкин:

Б и р и н ч и д а в р — компенсация — жисмоний зўриқишда, нафас олишда бутун мушаклар (нафас олишда иштирок этадиган) фаол қатнашади. Нафас олиш бироз чўзилиб, чиқариш қисқа бўлади. Нафас олиш ва чиқариш ўртасидаги вақт оралиғи қисқаради.

И к к и н ч и д а в р — субкомпенсация — бемор тинч ҳолатда бўлганида ҳам нафас олиши бузилади ва бунда бутун ёрдамчи мушаклар фаол қатнашади. Нафас олишда қовурғалар ораси ва ўмров суяги устидаги бўшлиқлар ичкарига қаттиқ тортилади, бемор безовта, териси оқарган бўлади.

У ч и н ч и д а в р — декомпенсация — нафас олиш юза ва тез, бемор ўтирган ҳолда нафас олади. Нафас олганда ҳиқилдоқ юқорига кўтарилади ва пастга тушади. Юз териси оқиш-кўкимтир рангда бўлиб, беморда кўрқув, терлаш, бурун учи, лаб, тирноқлари кўкариб кетиши кузатилади.

Т ў р т и н ч и д а в р — бўғилиш — бу даврда нафас олиш фаолияти кескин ўзгариб, қисқа вақт ичида нафас бутунлай йўқолиши ҳам мумкин. Юрак фаолияти издан чиқади, бемор хушсиз ҳолатда бўлади, физиологик чиқаришлар бузилиб, ўлим юз беради.

НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Ёт жисмлар оғиз бўшлиғидан ҳиқилдоққа, кекирдакка ва бронхларга тўсатдан нафас олиб юбориш, қичқариб гапириш, кулиш, овқатланиш, шунингдек, қусиш пайтларида тушади. Ёт жисмлар ниҳоятда хилма-хил (кунгабоқар уруғи, тугмача, игна, суяк, олча данаги ва б.) бўлиши мумкин. Улар кўпроқ болаларга хос бўлиб, турли асоратлар ва ҳаёт учун хавфли ҳолатларга сабаб бўлади. Умуман ёт жисмлар ҳиқилдоққа тушганда одатда ҳимоя рефлекси туфайли ёт жисмни товуш бойламларидан ўтказмай, йўтал орқали ташқарига чиқариб юборади. Аксари ёш болаларда бундай ҳимоя рефлекси яхши ривожланмаган бўлади.

Ҳиқилдоқ ва бронхларга ёт жисм тушганда бемор ўша заҳоти кетма-кет зўриқиб йўталади, нафаси чиқмай, кўкариб кетади, бу хуружлар дам-бадам қайталанани.

Товуш бойламларидан ўтиб кетган ёт жисм, кўпинча кекир-



118-расм. Ўнг бронхдаги ёт жисм.



119-расм. Ёт жисм — мих.

дақда тўхтаб қолмай, асосий бронхлардан бирига бориб тиқилади. Барча ёт жисмларнинг учдан икки қисми ўнг бронхда кузатилади. Чунки бу бронх йўғонроқ бўлиб, кекирдикнинг тик йўналишидан сал оған ва унинг давоми ҳисобланади. Баъзи енгил ва силлиқ ёт жисмлар ҳар сафар йўталганда ёки чуқур нафас олиб, ҳаво чиқарганда сурилиб, кекирдик бўйлаб юқори ва пастга силжиб юради. У товуш бойламларининг остки қисмига урилиб, ўзига хос товуш ҳосил қилади ва йўталга сабаб бўлади.

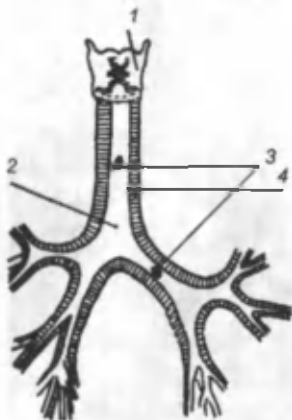
Баъзи ота-оналар боланинг касали тўғрисида аниқ маълумот бера олмаганликлари туфайли дастлаб ёт жисмнинг

тушганини аниқлаб олиш қийин бўлади. Одатда ёт жисм қизилўнғачга тушади, йўтал кузатилмайди, фақат беморни ёғриқ, қадалиш ва ютишнинг бузилиши безовта қилади. Катта ёки ўткир ёт жисмлар ҳиқилдоқда, аниқроғи товуш ёриғи орасида тиқилиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда беморнинг овози хириллаб бўғилиши, нафас олиши қийинлашиши ёки бутунлай нафас ололмаслиги мумкин.

Ёт жисмлар бош бронхлардан бирига тиқилиб қолса, баъзан узоқ вақтгача аниқланмай қолиши мумкин. Бундай пайтларда ёт жисм шиллиқ

қаватни яллиғлантиради ва натижада унинг атрофида кўшимча тўқималар (грануляциялар) ўсади. Ёт жисм бронхларни беркитиб қўйса, шу томонда ўпка пучайиб, ателектазга учрайди, натижада сурункали бронхит, ўпка абсцесси ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатни ўпка (кўкрак қафаси)ни бармоқлар билан уриб (перкуссияда) кўрганда, эшитганда (аускультацияда) ёки рентген орқали аниқлаш мумкин.

Агар ёт жисм бронхда бўлиб, ҳаво ўтиш йўлини жуда ҳам сиқиб (торайтириб) қўйган бўлса, нафас олишда бронх мушаклари бўшашиб, ҳаво ўтиш йўли билан бироз кенгаяди. Нафас чиқаришда эса бронхдаги мушаклар қисқариши сабабли, ҳаво ўтиш



120-расм. 1— ҳиқилдоқ; 2— кекирдик айриси; 3— кекирдик ва чап бронхдаги ёт жисм; 4— кекирдик.

йўли бирмунча тораяди ва ўпкадан бор ҳаво чиқа олмайди, натижада ҳаво йиғилиши — эмфизема кузатилади.

Юқори нафас йўлларидаги ёт жисмлар ота-оналар кўрсатмаси, бемор шикоят, текшириш натижасида олинган маълумотлар орқали аниқланади. Бундан ташқари, рентген, айниқса ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар махсус асбоб (бронхоскоп) ёрдамида текширилади. Ёт жисм борлиги аниқланса, унда махсус қисқич асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Агар беморда ўткир бўғилиш бўлиб, у ҳаёти учун хавф туғдирса, унда зудлик билан трахеотомия қилинади (118, 119, 120-расмлар).

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ТАРҚОҚ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Бу касаллик болаларда катталарга нисбатан кам учрайди.

Яллиғланиш ҳиқилдоқнинг парда ости қисмидаги мушакларга, ҳиқилдоқ бойламларига ва тоғай устки пардасига тарқалиши мумкин. Бунда инфекциянинг аҳамияти каттадир (стрептококк, стафилококк, пневмококк ва б.). Яллиғланиш асосан турли юқумли касалликлардан сўнг ривожланиши мумкин.

Аломатлари. Беморни ҳаддан ташқари кучли оғриқ безовта қилади, оғриқ ютинганда янада зўраяди (айниқса яллиғланиш ҳиқилдоқнинг тепа қисмида, чўмичсимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайларида бўлса). Нафас олиш қийинлашади, баъзан бўғилиш юз беради. Тана ҳарорати кўтарилади, пастки жағ ости ва бўйин атрофидаги безлар катталашиб, пайпаслаганда оғрийди.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қизарган ва шишган бўлиб, йирингли яллиғланиш бошланган қисми бироз катталашган, бўртиб туради ёки у ерда тўқиманинг чиригани аниқланади. Баъзан, чўмичсимон ёки ҳиқилдоқ усти тоғайларида чегараланган бўртма пайдо бўлади, бу абсцесс ривожланганидан далолат беради. Бунда ҳиқилдоқ айрим қисмларининг ҳаракатчанлиги бузилади.

Даволаш. Бундай беморларни зудлик билан тегишли бўлимга ётқизиш зарур. Беморнинг нафас олиши қийинлашиб, бўғилиш яққол сезилса, тезда трахеотомия қилиш, абсцесс бўлса, уни махсус ҳиқилдоқ пичоғи билан ёриш керак. Яллиғланиш бўйиннинг юмшоқ қисмига тарқалганида, фасодни ташқи томондан ёриш мақсадга мувофиқдир.

Беморга кўп миқдорда кучли антибиотиклар, сульфаниламидлар, қон томирига уратропин эритмаси, метрогил — 100 мл.дан ҳар 8 соатда ва бошқалар буюрилади.

ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ

Ҳиқилдоқ ангинаси — ҳиқилдоқда жойлашган лимфоид тўқималарининг ўткир яллиғланишидир. Яллиғланишга грипп, совуқ қотиш, терлаб туриб муздек нарсалар истеъмол қилиш шунингдек, турли ёт жисмлар билан ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг жароҳатланиши сабаб бўлади.

Аломатлари. Кўпроқ ҳалқум муртаклари ангинасига ўхшаш. Бемор ютинганда ва бўйнини қимирлатганида ҳам оғриқ кузатилади. Баъзан, товуш ўзгариб, нафас олиш ёмонлашади. Гавда ҳарорати одатда — 37,5 — 38° бўлади. Жағ ости ва бўйиндаги лимфа тугунлари катталашади ва пайпаслаганда оғриқ кучаяди.

Ҳиқилдоқни текширганда, шиллиқ қавати қизарганини ва шишганини, баъзан ҳиқилдоқнинг бир томони караш бойлаганини кўриш мумкин. Ҳиқилдоқ ангинаси узоқ давом этганда ҳиқилдоқда абсцесс ривожланиши мумкин (чўмичсимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайларини бириктирувчи боғлам ёки ҳиқилдоқ усти тоғайининг тил томонга қараган сатҳида бўлади (121, 122-расмлар).

Ҳиқилдоқ ангинасини чин бўғма билан таққослаш керак. Бунинг учун бўғма касаллигининг кечиши ва уни қўзғатувчи бўғма таёқчасини аниқлаш лозим. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ ангинасида яллиғланиш жараёни чегараланган бўлади.

Даволаш. Кўп миқдорда антибиотиклар, сульфаниламидлар берилади. Бўйинга компресс, оёққа горчичник ванналар қилинади. Нафас олиш оғирлашганда, баъзан трахеотомия ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЧИН БЎҒМА КАСАЛЛИГИ (ДИФТЕРИЯ)

Бу юқумли касаллик бўлиб, асосан бурун ёки ҳалқумдан бошланиб, кейин ҳиқилдоққа тарқалади. Баъзан, ҳиқилдоқнинг бирламчи бўғмаси ҳам учрайди. Касаллик ёш болаларда, ҳатто катта ёшдагиларда ҳам кузатилади. Бемор қанча ёш бўлса, чин бўғма унда шунчалик тез ривожланади.

Аломатлари. Беморнинг овози ўзгаради ва пичирлаб гапиради, йўталади, бўғилиш кузатилади.

Ларингоскопия қилиб кўрилганда оқ кул ранг, кир, қалин карашни кўриш мумкин. Ҳиқилдоқнинг караш билан қопламаган шиллиқ пардаси қизарган ва бироз шишган бўлади. Қисқа вақт ичида бўғилиш зўраяди, бемор қийналиб нафас олади, унинг тезлиги ва чуқурлиги бузилади. Ўз вақтида тегишли чоралар кўрилмаса, бўғилиш натижасида ўлим юз бериши мумкин (123-расм).

Даволаш. Чин бўлмага шубҳа туғилса, зудлик билан унга қарши зардоб юбориш, беморни юқумли касалликлар шифохонасига жойлаштириш керак. Бўлмага қарши антитоксин зардоби юборилади. Унинг ўртача миқдори 10 000 – 40 000 АЕ, бўлиб оғир турида эса 60 000 – 80 000 АЕ миқдорда буюрилади. Юрак-қон томирлар фаолиятига қараб керакли дорилар берилади. Кўпинча нафас олишни яхшилаш учун интубация, бўғилиш кучайганда эса трахеотомия қилишга тўғри келади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА КЕКИРДАК ТОРАЙИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Ҳиқилдоқ ёки кекирдак торайиши оқибатида нафас олишда қийналиш юз берганда, тезда ларингоскопия ёки бронхоскопия ўтказиш лозим.

Кекирдак, бронхларни кўриб кўздан кечиришдан мақсад, у ерда тиқилиб қолган шиллиқ моддалар, фиброзли юпқа пардалар, қатқалоқлар ва бошқа ёт жисмларни олиб ташлашдир.

Интубация. Охирги йилларда ўткир нафас сиқилишларида интубация кенг қўлланмоқда. Ҳиқилдоқнинг ҳақиқий овоз бойламлари оралигига махсус термопластик найчалар қўйилади.

Беморни тиббиёт ходимлари доимо назорат қилиб туришлари шарт.

Ҳиқилдоқ ёки кекирдакнинг юқори қисмида бемор ҳаёти учун хавфли торайиш кузатилиб нафас бузилганда, зудлик билан трахеотомия қилиш лозим.

Болаларда, айниқса гўдакларда трахеотомия бир қанча қийинчиликлар туғдириши мумкин. Буларга ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг анатомио-топографик тузилиши, болалар бўйин қисмининг калта бўлиб, тери остида кўп миқдорда ёғ қатламининг бўлиши, кекирдак, тоғай ҳалқаларнинг мўртлиги, қалқонсимон без туташадиган жой – бўйин бўғизининг кенг бўлиши киради.

Юқорида айтиб ўтилган қийинчиликлар ёш болаларда трахеотомия қилишда эпчиллик, тезкорлик ва юқори малака талаб этади. Лекин, баъзан жарроҳлик пайтида турли кутилмаган ва нохуш ҳолатлар кузатилиши ҳам мумкин.

Трахеотомиянинг турлари кўп. Жарроҳлик одатда маҳаллий ёки умумий (болаларда) оғриқни қолдириш йўли билан олиб борилади, баъзан боланинг ҳаёти хавф остида бўлса, усиз ҳам қилинаверади.

Юқориги трахеотомия – кўпроқ ёши каттароқ болаларда қўлланади. Бунда болани ётқизиб, елкаси остига бирор нарса қўйиб, бошини орқага энгаштирилади. Бўйиннинг ўрта чизигидан оғишмай қалқонсимон тоғайнинг пастки чеккасидан бошлаб, тери ва бўйиннинг юза юпқа

пардаси паст томонга тахминан 5—6 см гача узунликда кесилади. Кейин ўрта чизикдан оғишмаган ҳолда ўтмас — тифсиз асбоб билан узуксимон тоғайнинг олдинги сатҳи, бўғиз филофи кўндалангига кесилади, шундан сўнг қалқонсимон без бўғзини пастга сурганда кекирдак ҳалқалари очилади. Қон оқиши батамом тўхтатилгач, ўткир скальпель билан кекирдакнинг ҳалқасимон тоғайларидан 2—3 таси кесилади ва трахеотомик найча қўйилади. Бемор бироз йўталиб, кўп миқдорда қон аралаш балғам чиқаргандан сўнг, тинч нафас ола бошлайди.

Найча бўйинга боғич билан айлантриб боғланади, терининг ортиқча кесилган қисми эса 1—2 чок билан тикиб қўйилади.

Ҳиқилдоқ ва кекирдакдаги патологик ўзгаришлар йўқолганда ва бемор ўзи нафас ола бошлаганда найча умуман олиб ташланади.

Трахеотомия қилинган беморга ёрдам бериш ва уни парвариш қилиш катта аҳамиятга эга. Найча ичида қотиб қолган шиллиқ ва бошқа моддаларни олиб ташлаш учун вақти-вақти билан унинг ички қисмини олиб тозалаш керак, сўнгра найчани қуритиб, унга вазелин мойини суртиб, яна уни ташқи найнинг ичига жойлаштирилади.

Трахеотомия қилинган бемор ётадиган хона ҳавоси намлигини сақлаб туриш керак. Найчанинг остки қисмидаги терига вазелин суртиб туриш лозим, чунки найча атрофидан чиқадаган балғам ва шиллиқ моддалар терини шилиб юборади.

Ёш болаларда кўпинча пастки трахеотомия қўлланади.

Пастки трахеотомияда узуксимон тоғайнинг пастки қисмидан пастга қараб 3—5 см узунликда терини қирқиб, қалқонсимон без бўйни (бўғзи) юқорига кўтарилади ва кекирдак ҳалқалари очилади. Илмоқ билан кекирдакни маҳкам ушлаб, IV—V кекирдак ҳалқалари кесилади ва найча қўйилади.

ТРАХЕОТОМИЯ ҚИЛИШДА ЙЎЛ ҚЎЙИЛАДИГАН ХАТОЛИКЛАР ВА УНДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР

Трахеотомия қилиш вақтида, айниқса шошилич шароитда, баъзан хатоликларга йўл қўйиш мумкин. Буларга: терини кесишда ўрта чизикдан ён томонга оғиб кетиш, кекирдакка эмас, балки қизилўнгач ва умуртқа поғонаси томонга ўтиб кетиш киради. Шошиличда ёрдамчи шифокор мушакларни ён томонга тортганда кекирдакни ҳам қўшиб олиши мумкин ва жарроҳ вақтни кекирдакни топиш билан ўтказади. Баъзан томирларни кесиб юбориш мумкин. Айрим ҳолларда, трахеотомик найча кекирдак ичига эмас, тоғай билан шиллиқ парда ораллигига қўйилади ва натижада сохта йўл очилади.

Трахеотомиядан сўнг баъзан тери остига ҳаво йиғилиб (эмфизема), бўйин ва кўкрак атрофи катталашиб (шишиб) кетади. Бундай ҳолат

кекирдик катта қилиб кесилиб, ингичка найча қўйилиши натижасида кузатилади. Боланинг ёшига қараб, қуйидаги сонли найчаларни қўйиш мумкин: янги туғилган болаларга № 0000; бир ёшгача бўлган болаларга № 000; бир ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга № 0-1; 8 ёшдан 12 ёшгача № 2; 13 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларга № 3.

Ҳозирги пайтда кўпроқ тефлон, кумуш, пластмассадан ясалган найчалар ишлатилади. Агар трахеотомия беморнинг ҳаёт билан ўлим ўртасидаги чегара ҳолатида қилинган бўлса (терминал ҳолатда) массаж қилиш, юракка 0,1 фоизли адреналин эритмасини юбориш лозим.

Трахеостомиядан сўнг бемор бўй соҳасида бироз косметик нуқсон (чандик) бўлиб, сезиларли даражада нафас олиш физиологияси бузилади. Нафас олгандаги ҳаво тозаланмасдан, иситилмасдан туриб кекирдик ва бронхларга тушади. Бунинг оқибатида пастки нафас йўлларида кўп миқдорда шиллиқ ажралмалар чиқиб, қатқалоқлар ҳосил бўла бошлайди.

Бу билан бир қаторда, трахеотомик найчанинг узоқ муддат туриб қолиши натижасида, унинг атрофида кекирдик шиллиқ кавати ўсиб, грануляциялар ҳосил бўлади ва чандикланиш ёки торайиш келиб чиқиши мумкин.

Трахеотомия қилинган болалар парвариш қилинса, батамом соғайиб кетади. Нафас найча орқали олиниши сабабли, ҳаво доимо намланган бўлиши лозим.

Найча атрофидаги тўқималар яллиғланишининг олдини олиш мақсадида асептик боғлам қўйиш, турли хил малҳамларни маҳаллий суртиш керак. Вақти- вақти билан электр сўргич ёрдамида найчанинг ички юзаси ва кекирдикдаги ажралмаларни сўриб тозалаш зарур бўлади.

Трахеотомик найча табиий нафас олиш етарли бўлган тақдирдагина олинади (деканюляция).

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Ҳиқилдоқ иссиқ чой, сув, овқатдан, буғлар, кимёвий ва механик таъсирлар натижасида жароҳатланади.

Кўпинча ёш болалар иссиқлик ва кимёвий моддалардан куядилар.

Ҳиқилдоқнинг куйиши. Ҳиқилдоқ иссиқ овқат, чой, сув истеъмол қилиш натижасида куйиши мумкин. Бунда шиллиқ парда қизариб шишади. Кўпинча кислота ва ишқорий моддалар таъсирида кимёвий куйиш кузатилади. Айниқса ўювчи ишқор, сирка эссенцияси, олтингургурт кислоталаридан куйиш оғир кечади.

Ҳиқилдоқ куйганда дастлаб унинг устки тоғайи, сўнг чўмичсимон тоғайлар ва шу иккала тоғайларни бирлаштирувчи боғлам (бурма)лар жароҳатланади. Бунда ютинганда оғриқ бўлиб, нафас олиш қийинлашади. Шиллиқ пардада куйиш аломатлари турлича бўлади. Баъзи жойлар юза,

баъзи жойлар чуқурроқ куяди, шу билан бирга яралар пайдо бўлади. Яралар усти кул ранг караш билан қопланган бўлади, ундаги йиринг бутун гавдани заҳарлаши мумкин.

Даволаш. Бемор кислотадан куйган бўлса, ишқор билан, ишқордан куйган бўлса, кислота билан меъдаси ювилади. Бўғилиш юз бермаслиги учун ҳиқилдоқдаги шиш йўқотилади. Бунинг учун адреналин ёки эфедрин эритмалари, димедролнинг гидрокортизон билан аралашмасини ҳиқилдоққа сепиш (чанглаш) керак. Кўп антибиотиклар юбориш, юмшоқ, суюқ, илиқ овқатлар бериш (сут, қаймоқ, қатиқ, илитилган тухум, кисель ва б.) лозим. Оғир куйиш ва нафас сиқилишларида трахеостомия қилиш лозим.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ТУРМУШДА УЧРАЙДИГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Ёш болаларда ҳиқилдоқ тоғайларининг эгиливчанлик хусусияти туфайли шикастланишлари кам учрайди. Ёши катта болаларда йиқилиш натижасида, бирорта қаттиқ нарсага урилиш сабабли, ҳиқилдоқ атрофига зарб билан уришда ҳиқилдоқ жароҳатланади. Бундай ҳолларда тоғайлар синиши, дарз кетиши, кесилиши, эзилиши мумкин. Ўтмас нарса билан шикастланганда тери остига тарқалган ҳолда қон куйилиши, бундай ҳолат мушаклар ва шиллиқ пардаларда ҳам кузатилиши мумкин. Баъзан ҳиқилдоқ тоғайлари ўз ўрнидан қўзғалади.

Бемор беҳуш ҳолда бўлиб, йўтал, овоз ўзгариши, ютиниш қийинлашиши кузатилади. Айрим ҳолларда бемор қон туфлаши мумкин.

Даволаш. Агар нафас олиш бузилиб, ўткир бўғилиш юз берса, зудлик билан трахеотомия қилинади. Бундан ташқари, шиш ва яллиғланишни қайтарувчи турли дори-дармонлар берилади. Баъзан тиббиёт ходимлари бола ҳиқилдоғини кўрганда ёки кекирдакни махсус асбоб билан текширганда ҳиқилдоқни шикастлаб қўядилар. Бунга кекирдакни ҳалдан ташқари йўғон найча билан кўриш сабаб бўлади. (найчанинг учи овоз бойламларини жароҳатлаши мумкин). Кейинги йилларда умумий наркоз бергандан сўнг ҳам ҳиқилдоқнинг шикастланиши кўп учрамоқда.

Аломатлари. Ҳиқилдоқни текширганда шиллиқ пардага қон куйилганини, у қорамтир-қизғиш тусга кирганини кўриш мумкин. Баъзан жароҳатланган яра устини караш қоғлайди (124, 125- расмлар).

Даволаш. Ҳиқилдоқни сўриб олувчи аппарат ёрдамида шиллиқ ажралмалар ва карашлардан тозалаш лозим. Бунда турли антибиотиклар эритмаси ёки адреналин эритмаси қўлланади.

Жароҳатланган бемор ҳаёти учун хавфли бўлган қон кетишини тўхтатиш, очиқ-кесилган яраларни тозалаб тикиш зарур. Нафас олишни

тиклаш биринчи вазифа ҳисобланади. Жароҳатланган тоғайларни тўғрилаб жой-жойига қўйиш, тоғай усти пардасини тикиш лозим.

Оғрик ва йўтал қолдирувчи, сўлак ҳамда шилимшиқ ажралмаларни камайтирувчи дорилар бериш, бўғилишнинг оғир турида трахеотомия ўтказиш зарур.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТ

Ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари 4 ёшдан 10–12 ёшгача бўлган болаларда нисбатан кўпроқ учрайди.

Ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари ўткир яллиғланишларнинг кўп қайталаниши ёки уларни яхши даволамаслик туфайли келиб чиқади. Болалардаги турли юқумли касалликлар ҳиқилдоқнинг сурункали касалликларига олиб келади. Бундан ташқари, бурун-ҳалқум шиллиқ пардаси яллиғланиши, узоқ муддат давомида бурундан нафас олишнинг қийинлиги ёки нафас ололмаслик, оғиздан мунтазам равишда нафас олиш ҳалқум ва ҳиқилдоқни сурункали яллиғлантиради. Инсон яшайдиган ёки ишлайдиган муҳит, об-ҳаво ўзгаришлари, турли иқлим шароити ҳам бу борада муҳим ўрин эгаллайди. Товуш бойламларининг зўриқиб ишлаши, сурункали йўтал ва бошқа таъсирлар ҳам хасталик келиб чиқишига сабаб бўлади.

Ўсмирлар ва катта ёшдагиларда чекиш, баъзан касбнинг салбий таъсиридан ҳам сурункали касалликлар келиб чиқади.

Ҳиқилдоқ сурункали яллиғланишининг катарал, гипертрофик ва атрофик турлари бўлади.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Катарал ларингит — кўп учрайдиган касаллик бўлиб, енгил кечади. Кўпинча ўткир ларингитдан сўнг ривожланади.

Айрим касбларда (ўқитувчи, овоз чиқариб ўқийдиган кишиларда, артистларда) товуш бойламларининг зўриқиб ишлаши натижасида кузатилади. Бундан ташқари, баъзи бир организм учун зарарли бўлган корхоналарда ишловчи шахсларда (кўмир конида, тамаки ва тўқимачилик фабрикаларида, кимёвий заводларда ишловчиларда) кўп учрайди.

Аломатлари. Беморнинг доимий шикоятларидан бири — овозининг ўзгаришидир. Унинг айтишича, овози эрталаб тиниқ, яхши, бир неча соатдан сўнг ўзгариб, ҳиқилдоқда қуриш, бирор ёт жисм борлигини ҳис қилиш, йўтал кабилар бўлади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг умумий қизариши ёки бу овоз бойламларининг атрофидагина қизариши кузатилади. Шиллиқ қаватда ёпишқоқ шилимшиқлар бўлади.

Даволаш. Касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлган омилларни йўқотиш, товуш бойламларини ҳаддан ташқари зўриқтирмаслик, ҳиқилдоққа гидрокортизон ва антибиотиклар аралашмасини қуйиб туриш ёки ингаляция қилиш тавсия этилади (ишқорли аралашма ёки ёғ билан).

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ (ТЎҚИМА, АЪЗО ҲАЖМИНИНГ КАТТАЛАШУВИ)

Сурункали гиперпластик ларингитда ҳиқилдоқнинг айрим бўлимларида, кўпинча чин товуш бойламлари, айрим ҳолларда чўмичсимон тоғайлар оралиғида ва ҳиқилдоқ қоринчасида шиллиқ парданинг ҳаддан ташқари қалинлашганини кўриш мумкин. Бундай ўзгариш тарқоқ ёки чегараланган бўлиши мумкин. Бу бақироқ, кўп йиғлайдиган болаларда товуш зўриқиши оқибатида ҳам келиб чиқади.

Аломатлари. Энг асосий шикоятлари — товуш ўзгариши ва овоз бўғилишидир. Бу товуш бойламларида тугунчалар бўлиши сабабли кузатилади.

Ларингоскопияда чин товуш бойламлари шиллиқ қаватининг қалинлашганлиги ва чўмичсимон тоғайлар оралиғидаги ўзгаришни борлигини, шунингдек, чин ва сохта товуш бойламлари оралиғидаги қоринча шиллиқ қаватининг катталашганлиги ва бўртиб чиққанлигини кўриш мумкин. Бундай ўзгаришлар кўпроқ ўқитувчиларда, ашула айтувчиларда учрайди. Товуш бойламларидаги ҳосил бўлган тугунча шаклидаги ўзгаришлар «анулачилар тугунчаси» деб юритилади (126, 127-расмлар).

Гипертрофик ларингитни ҳиқилдоқнинг бошқа касалликларидан (хавфли ва хавфсиз ўсмалар, сил) фарқлашда компьютерли томография муҳим ўрин эгаллайди.

Даволаш. Баъзан катталашган шиллиқ қаватнинг тугунча бўлиб қолган қисмини ляпис (күмуш) эритмаси билан куйдирилади, антибиотик ва гормонлардан фойдаланилади. Кўпчилик мутахассислар криотерапия (совуқ азот) билан овоз бойламларининг гипертрофияланган жойларини музлатишни тавсия этадилар.

Агар юқорида кўрсатилган даволаш усуллари ёрдам бермаса, унда махсус жарроҳлик ўтказилади.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТ

Сурункали атрофик ларингит бурун бўшлиғи, ҳалқум шиллиқ қавати атрофик ўзгаришининг давоми ҳисобланади. Бу ўзгаришлар кўпинча турли зарарли, кимёвий моддаларнинг ҳиқилдоқ шиллиқ қаватини мунтазам шикастлаши оқибатида келиб чиқади. Бундан ташқари, касаллик келиб чиқишида бурундан яхши нафас ололмаслик, ички аъзолардаги хасталиклар, моддалар алмашинувининг бузилиши (айниқса қандли диабет), витаминлар етишмовчилиги, чекиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Касаллик катталарда болаларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Аломатлари. Беморлар томоқ қуриши, қичишиши ва борган сари товушининг ўзгариб кетганлигидан шикоят қиладилар. Беморда овози пасайиб, тезда чарчаш, кучли йўталдан сўнг шилимшиқ қатқалоқлар ажралиб чиқиши, шундан сўнг бироз овознинг яхшиланиши кузатилади.

Ҳиқилдоқни текширганда шиллиқ қават қуриган бўлиб, чин товуш бойламлари ингичкалашган, уларнинг устида юпқа қатқалоқлар кўзга ташланади. Фонацияда чин овоз бойламларида бироз оралиқ бўлиши мумкин (ички гуруҳ мушаклари атрофияси сабабли ожизлиги оқибатида).

Даволаш. Дастлаб касалликка сабаб бўлган омилларни йўқотиш керак. Беморларга шўр, аччиқ, нордон овқатларни истеъмол қилиш тақиқланади. Кўпроқ сут, қаймоқ, асалга аралаштирилган сариеғ истеъмол қилиш, ингалиция (турли ёғлар билан) тавсия этилади. Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватига Люголь эритмасини суртиш, махсус шприц билан ёғ қуйиш лозим. Шиллиқ қаватдаги шилимшиқ модда ишлаб чиқарувчи безлар фаолиятини тиклаш учун 30 %ли калий йод эритмасидан 8 томчидан ҳар куни 3 мартаба ичиш тайинланади.

Булар билан бир қаторда, атрофик ларингит ривожланишига сабаб бўлган омилларни бартараф қилиш, овоз режими (кўп гапирмаслик) тавсия қилинади. Мактаб ёшидаги болалар мусиқа дарсидан озод қилинади.

ҲИҚИЛДОҚ НЕРВИ ФАОЛИЯТИНИНГ БУЗИЛИШИ

Ҳиқилдоқ сиқилиши (қисилиши — ларингоспазм). Ҳиқилдоқ барча мушакларининг чангак бўлиши натижасида, товуш ёриғи қисилиши — ларингоспазм кузатилади. Хасталик кўпинча ёш болаларда (2 ёшгача) учрайди. Бунга сабаб, бола организмда кальций ва Д витаминнинг етишмаслигидир. Ҳиқилдоқ қисилиши кўпинча сунъий овқатланадиган, мечкай болаларда учрайди.

Аломатлари. Ҳиқилдоқ тўсатдан ёки қаттиқ йўталдан сўнг қисилади. Олдиниға шовқинли, бир текисда бўлмаган нафас олиш аниқланиб, бемор бошини орқага оғдиради, кўзини катта очади. Бўйин мушаклари тарангланган, тери қатлами оқарган ёки кўқарган ҳолда бўлади ва боланинг оғзидан кўпик келади. Оёқ-қўллар тиришиб, чамаси 15–30 секунддан сўнг нафас олиш тикланади. Баъзан нафас олишнинг бузилиши узоққа чўзилиши ва бола ҳаётига хавф туғдириши мумкин (юрак уришининг тўхташи ёки ўпкада содир бўладиган ўзгариш — ателектаз натижасида). Хуруж бир неча бор такрорланиши мумкин (айниқса қиш фаслида). Бундай болаларда даволаш ёки енгил жарроҳлик усуллари кўллаш қийин ва хавфли, чунки бирор асорат бериши мумкин.

Даволаш. Боланинг фикрини бирор нарса билан чалғитиш, яъни лунжига аста-секин уриб қўйиш ёки чимчилаш, бурунга кириш қисмини қитиқлаш, юзига совуқ сув сепиш лозим. Баъзан трахеотомия қилишга тўғри келади. Кальций ва Д витамини бериш, ультрабинафша нури билан нурлатиш ҳам мақсадга мувофиқдир.

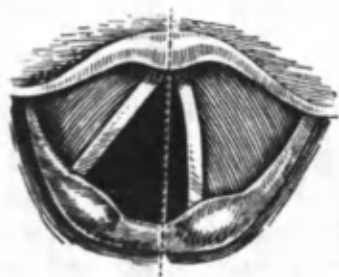
ҲИҚИЛДОҚ МУШАКЛАРИ ФАЛАЖИ

Ҳиқилдоқ мушаклари фалажи 2 хил, яъни бу мушаклар фаолиятининг кескин равишда ошиб кетиши ёки унинг заифлашиши ёки бутунлай тўхташи (фалажланиши) дан иборат бўлади. Ҳиқилдоқ нерв мушак аппарати кўзгалувчанлигининг ошиши аксарият ёш болаларда аниқланади ва ларингоспазм, мечкай, кўйкўтал каби умумий касалликлар аломати сифатида кўзга ташланади.

Ҳиқилдоқ мушаклари фаолиятининг заифлашиши (фалажланиши) мушаклар зарарланиши ва шунингдек, улар иннервациясининг бузилишидан келиб чиқиши мумкин.

Фалажланишнинг икки тури бор: биринчиси — кўпинча товуш ёриғини торайтирадиган мушаклар касалланиши билан боғлиқ бўлган функционал ва иккинчиси эса ҳиқилдоқ нервлари зарарланиши натижасида пайдо бўладиган органик фалажланишлардир. Бунда товуш ёриғини кенгайтирувчи мушаклар биринчи навбатда зарарланади (128, 129, 130 а, б, в- расмлар).

Ҳиқилдоқ фаолияти марказий ва периферик ҳолда бузилиши мумкин.



128-расм. Ҳиқилдоқнинг чап томонлама фалажи.



129-расм. Ҳиқилдоқ мушакларининг ним фалажи. а— ички мушаклар ним фалажи (овоз чиқариш даврида); б— кўндаланг мушакларнинг ним фалажи (овоз чиқариш даврида); в— узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар оралиғида орқа мушакнинг икки томонлама фалажи.



130-расм. Ҳиқилдоқ мушаклари фалажи. а— ички ва кўндаланг мушакларнинг нимфалажи; б— ички, орқа, кўндаланг мушакларнинг икки томонлама фалажи; в— узук-чўмичсимон мушакнинг чап томонлама фалажи (нафас олишдаги ҳолати).

Марказий фалажланишларга — сохта, руҳий касалликлар, мия қобиғи касаллиги, узунчоқ мия, баъзан мия ўзагининг бошқа бўлимларида жойлашган ўсмалар, қон қуйилишлар сабаб бўлиши мумкин. Баъзан бош мия шикастланиши натижасида қайтувчи нерв (n. recurrens) фалажланганда, у билан унинг яқинида жойлашган бош мия нервлари (IX — X — XI — XII) ҳам биргаликда зарарланиши мумкин.

Периферик фалажланишлар қайтувчи нерв зарарланиши натижасида кузатилади. Бу нерв анчагина узун бўлгани учун кўкс оралиғидаги ўсмалар, аортанинг кенгайиши (аневризм), буқоқ ва қизилўнғач ўсимталарининг нерв томирини эзиши ёки шикастлантириши, яллиғланиш натижасида пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча қайтувчи нерв буқоқни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш вақтида шикастланади.

Ҳиқилдоқни кўздан кечирганда фалажланган томондаги товуш бойламлари тинч нафас олганда ҳаракатсиз ҳолатда, товуш талаффуз этганда эса ўрта ҳолатда (бу — «мурда ҳолати» деб юритилади) бўлади. Қайтувчи нерв бир томонлама фалажланганда овоз деярли ўзгармай, фақат бироз хириллаб чиқиши мумкин, нафас олиш эса нормал бўлади.

Икки томонлама фалажланиш бемор учун жуда хавфли, чунки бунда нафас олиш бузилиб, ўткир бўғилиш юз беради ва зудлик билан трахеотомия қилишга тўғри келади.

Ҳиқилдоқнинг органик фалажланишларидан ташқари, кўпинча мушаклар фалажланиши (миопатик), яъни мушаклар фаолияти функционал бузилиши ҳам учрайди. Бу ҳиқилдоқдаги турли хил яллиғланишлар ёки ҳиқилдоқ мушакларининг ортиқча ишлашидан (нотиқларда, ашулачиларда, ўқитувчиларда ва б.) келиб чиқади. Бунда кўпроқ товуш мушаклари зарарланади. Иккала товуш мушаги фалажида фонация вақтида улар бир-бирига тўла яқинлашмайди, бундай ҳолларда товуш ёриғи турли шаклда (чўзинчоқ, ясси шаклда) бўлиши мумкин. Бунда товуш хириллаб, баъзида бутунлай чиқмай қолади.

Миопатик фалажланишларни невропатик фалажланишлардан ажратиш жуда қийин, чунки ларингоскопик кўриниш кўпинча бир хил бўлади.

Даволаш. Дастлаб касалликка олиб келган асосий сабабни йўқотиш керак.

Сурункали ларингитни даволаш учун беморга турли витаминларни бериш, баъзан физиотерапевтик даволаш ҳам яхши натижалар беради.

ҲИҚИЛДОҚ ВА КЕКИРДАКНИНГ СУРУНКАЛИ ТОРАЙИШИ (СУРУНКАЛИ БЎГИЛИШ)

Ҳиқилдоқ, кекирдак ва унинг атрофидаги аъзо ва тўқималарда турғун морфологик ўзгаришлар содир бўлиши натижасида сурункали торайиш кузатилади.

Сурункали торайишнинг сабаблари турличадир. Буларга қуйидагилар киради: кўпроқ ҳиқилдоқ тоғайларининг яллиғланиши, шикастланиши, турли юқумли касалликлар (қизамиқ, қизилча, сил, чин бўғма, захм ва б.) билан оғриш, рентген нурлари таъсири, қуйишлар ва бошқалар.

Булардан ташқари, узук-чўмичсимон тоғайлар бўлими ҳаракатчанлигининг бузилиши, қайтувчи нерв фаолиятининг бузилиши, хавфсиз ва хавфли ўсмалар, буқоқ касаллиги ҳам сурункали торайишга сабаб бўлади.

Сўнгги йилларда ҳиқилдоқ ва кекирдак торайишининг кўпайиб боришига — амалиётда интубацияли оғриқсизлантиришнинг кенг қўлланилиши сабаб бўлмоқда (интубация найчасининг ҳиқилдоқда узоқ вақт қолдирилиши).

Сурункали бўғилиш болалар учун оғир хасталик ҳисобланади. Организмнинг мунтазам равишда кислородга тўйинмаслиги натижасида

бола ақлий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиб, баъзан эса оғир асоратлар (сурункали сиқувчи бронхит, зотилжам) келиб чиқади.

Аломатлари. Беморлар кўпинча оғир меҳнат қилганда, югурганда нафас олишнинг қийинлашишидан шикоят қиладилар.

Кўпинча бемор организми нафас олишнинг бузилиши ҳамда қийинлашувига аста-секин мослашиб боради. Айрим ҳолларда товуш ўзгаришларини кузатиш мумкин.

Ларингоскопия ёки бронхоскопия ҳамда рентген ёрдамида торайишнинг қанча тарқалганлигини билса бўлади.

Даволаш. Сурункали торайиш комплекс даволанади. Турли жарроҳлик усуллари ёрдамида ва маҳаллий дори-дармонларни қўллабгина торайишларни кўп ҳолларда бартараф этиш мумкин. Бу масалани ҳал қилиш жуда қийин ва у узок муддат талаб этади.

Жарроҳлик бир неча босқичлардан иборат бўлади: дастлаб турғун трахеостома шакллантирилади, кейин эса торайган қисм кенгайтира борилади (дилатация). Ундан кейин эса ҳиқилдоқ ёки кекирдак гавдасини тиклаш масаласи ҳал қилинади. Бу мақсадда кўп олимлар турли хил трансплантатларни тавсия қилмоқдалар (тоғай, минералсизлантирилган суяк тўқимаси ва б.).

ҲИҚИЛДОҚ ЎСМАЛАРИ

ХАВФСИЗ ЎСМАЛАР

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома, ангиома ва кисталар киради.

Фиброма. Бу ўсма тўғноғич бошчасидек ёки нўхатдек бўлади, аксари ҳолларда чин товуш бойламларининг олд ва ўрта қисмида жойланади. Болаларда кам учрайди. Ўсма оч-пушти ёки қизил рангли, усти силлиқ бўлади. Бу ўсма кўпинча шиллиқ парданинг сурункали қитиқланиши натижасида пайдо бўлади.

Аломатлари. Товуш ўзгариши ва ўсманинг катталигига қараб, нафас олиш бузилиши мумкин (131-а, б, в; 132- расмлар).

Даволаш. Фақат жарроҳлик йўли билан олиб борилади.

Папиллома. Кўпинча кичик ёшдаги (2–5 ёш) ўғил болаларда учрайди. Папиллома эпителиал ўсимта бўлиб, айрим ҳолларда нафас йўлини беркитиб қўяди.

Папиллома келиб чиқишида, асосан ҳиқилдоқнинг сурункали қитиқланиши, юқумли касалликлар (грипп, қизамиқ, чин бўғма, қизилча), турли вируслар катта ўрин тутаяди. Бундан ташқари, баъзи олимлар болалар организмида гормонал фаолиятнинг бузилиши натижасида папиллома ривожланиши тўғрисида назариялари ҳам мавжуд.



131-расм. Ҳиқилдоқ товуш бойламидаги фиброма: а— нафас олишдаги ҳолат; б, в— товуш чиқаришдаги ҳолатлар.

Ўсма кул ранг, усти маймунжонга ўхшаш ғадир-будур, худди тут мевасига ўхшаб кетади.

У фақат чин товуш бойламларидангина эмас, балки бутун товуш ёриқчасидан ўсиб чиқади ва жуда тез ривожланади. Шу туфайли оз вақт ичида бутун товуш ёриғини тўлдиреди ҳамда кекирдаккача тарқалиши мумкин.

Касаллик бошланишида товуш ўзгаради. Ўсма катталашishi билан нафас олиш қийинлашади.

Ҳиқилдоқни текшириб кўрганда чин товуш бойламларида ўрнини лаҳзада ўзгартира оладиган ўсма кўзга ташланади. Нафас олишда у товуш бойламлари оралиғи ёки ости томонга силжиб тушиши, нафас чиқаришда эса товуш бойламлари устига силжиб чиқиши мумкин. Баъзан ўсма товуш бойламлари оралиғининг орқа қисмида бўлади (133-расм).

Даволаш. Жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Бунда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасини шикастлантиришдан эҳтиёт бўлиш керак. Ўсма олиб ташлангандан сўнг, унинг ўрнини спирт, учхлорсирка кислотаси билан куйдириш (суртиш) яхши натижа беради. Подофиллин, қончўп (чистотел) шарбати (суви), проспидин ва гентамицин ўсманинг қайта ўсишини камайтиради ёки тўхтатади.

Сўнгги йилларда ультратовуш, крио билан даволаш, айниқса лазер нури билан нурлантириш яхши самара бермоқда.

Полиплар. Полип фиброманинг бир тури бўлиб, унча қаттиқ бўлмайди. Таркибида кўпроқ суюқлик сақлайди, кўпинча оёқчали бўлиб, пастга ва юқорига осонлик билан силжийди. Кўпинча товуш бойламларининг олд қисмида жойлашади.

Бемор овози ўзгаради. Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан олиб борилади.

Ангиома. Кўкимтир-қизил тусдаги, усти ғадир-будур, юмшоқ бўлган кичикроқ ўсма.

Киста. Бу ўсма шиллиқ парда безлари чиқарув йўлининг беркилиб қолиши натижасида ривожланади ва бурун шиллиқ пардасида учрайдиган полипларга ўхшаб кетади. Кўпинча ҳиқилдоқ усти тоғайида учрайди.

Даволаш. Фақат жарроҳлик усули қўлланилади.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

Хавfli ўсмалар болаларда жуда кам учрайди. Ёш болаларда саркома, катта ёшдагиларда рак (саратон) учраши мумкин. Саркома жуда тез ўсади, уни даволаш жуда қийин. Рентген билан нурлантириши ҳам ёрдам бермайди.

Саратон ҳиқилдоқнинг ташқи қисмларида (ҳиқилдоқ усти тоғайида чўмичсимон тоғай атрофларида, узуксимон тоғайнинг орқа теварагида) баъзан ҳиқилдоқнинг ичкарироқ қисмида ҳам ўсиши мумкин (товуш бойламларидан, қоринча бурмаларидан, ҳиқилдоқ қоринчасидан, товуш бойламларининг остки қисмидан). Товуш бойламлари атрофидаги саратон ўсмаси аста-секин ривожланади. Бошда у билинар-билинемас даражада бўлади, чунки бу ерда лимфатик томирлар яхши ривожланмаган. Шунинг учун атроф тўқималарга узок муддатдан сўнг тарқалиши мумкин.

Аломатлари. Ўсманинг белгилари ҳиқилдоқнинг қаерида жойлашганига ва унинг катта-кичиклигига боғлиқ.

Касаллик бошланишида бемор товуши ўзгарганидан, бўйин атрофидаги лимфа тугунлари катталашганидан шикоят қилади. Пайпаслаганда қаттиқ бўлиб оғриқ сезилмайди. Хасталик кечиктириб юборилганда ҳиқилдоқнинг бир томонида қўзғалмайдиган қаттиқ шиш пайдо бўлганини кўрамиз. Бу даврда хириллаш кучаяди ёки товуш бутунлай чиқмай қолади.

Кейинчалик ўсманинг айрим қисмларида яра пайдо бўлиб, парчаланиш, тўқималар чириши кузатилади, натижада сассиқ ҳид пайдо бўлади. ютинишда қаттиқ йўтал ва оғриқ сезилади. Касалликни аниқлаш анча мушкул (айниқса касалликнинг бошланиш даврида), асосан шубҳа қилинган ҳолларда биопсия, страбоскопия, компьютерли томография қилиб текшириш катта аҳамиятга эга.

Даволаш. Касалликни даволаш учун мумкин қадар эртароқ жарроҳлик усулини қўллаш ёки рентген ва кимёвий усуллардан фойдаланиш зарур.

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ СУРУНКАЛИ ИНФЕКЦИЯЛИ ГРАНУЛЕМАЛАР

Сурункали гранулемаларнинг юқори нафас йўлларида ривожланишига сил, захм, склерома касалликлари сабаб бўлади.

Сил касаллиги юқори нафас йўлида асосан иккиламчи бўлиб, организмда умумий сил касаллиги оқибати ҳисобланади. Юқори нафас йўллари, асосан контакт йўл билан, яъни бемор балғамидан, кам ҳолларда қон ва лимфа орқали шикастланади.

Юқори нафас йўлларида ривожланган сил касаллигида тўқимада ҳосил бўладиган инфилтрат ёки гранулема (дона-дона бўртма)ларнинг емирилиши оқибатида яралар ҳосил бўлади. Чегараланган гранулема бирмунча қаттиқ-зич консистенцияга эга бўлиб, бириктирувчи тўқималардан ташкил топган ва у туберкулема деб юритилади.

Бурун бўшлиғидаги сил касаллигида (гранулемада) бемор бурнининг битиши, узоқ муддатли тумовдан шикоят қилади.

Риноскопияда туберкулема оч пушти ёки оч қизил рангда, сатҳи текис бўлиб, кўпинча бурун тўсиғида жойлашади.

Оғиз бўшлиғида эса, кўпинча тил илдизида, ютқиннинг орқа ва ён деворида жойлашган бўлади. Бундан ташқари, туберкулемалар танглай муртаклари ва унинг ёйчалари атрофида ҳам кузатилади.

Бемор шикояти – ютинишдаги қаттиқ оғриқ (дисфагия)дан, овқат луқмасини ютишда қийналишдан (ҳалқум мушаклари фалажланиши натижасида).

Ҳиқилдоқнинг сил касаллиги болаларда жуда кам учрайди.

Бемор йўтал, товуш ўзгариши, ютинишдаги оғриқ, баъзан нафас олиш қийинлашганидан шикоят қиладилар.

Ҳиқилдоқ силида инфилтрат пушти рангда бўлади, кейинчалик ярага айланади, унга иккиламчи инфекция тушиб ҳиқилдоқ тоғайлари яллиғланиши мумкин ва натижада беморнинг аҳволи оғирлашади.

Ҳиқилдоқ силида ҳиқилдоқ копқоғи, чўмичсимон тоғайлар кўпроқ шикастланади ва жараён бир томонлама бўлади. Бундай пайтларда туберкулемани папиллома, захм касалликларидан фарқлаш керак.

Даволаш. Бундай беморлар махсус сил шифохоналарида даволанишади. ЛОР аъзолари силини даволаш умумий силни даволашдаги каби муолажалардан иборат. Айрим беморларга оғриқни қолдирувчи блокадалар, ҳиқилдоқ атрофига новокаин юборилади.

Захм касаллиги. Юқори нафас йўлларининг захм касаллиги болаларда кам учрайди, бироқ у туғма бўлиши ҳам мумкин.

Касаллик билан бола она қорнида, туғилиш даврида, кўкрак сути ва сўлак орқали зарарланиши мумкин.

Захмнинг дастлабки даврида қаттиқ шанкр аниқланиб, унинг уч қисмида юза яра пайдо бўлади. Бу захм касаллигининг дастлабки

белгиларидан ҳисобланади. Захмнинг иккинчи даврида бемор териси ва шиллиқ қаватларга тошмалар (сифилидома) тошади. Одатда бу тошмалар 6–8 ҳафтадан кейин ривожланади.

Захм касаллигининг учинчи даври гумма пайдо бўлиши билан белгиланади (2–3 йилдан сўнг).

Захм касаллиги бурун соҳасида ҳам учраб, бунда асосан бурун тўсиғи ва бурунга кириш соҳасида ўзгаришлар кузатилади. Бемор бош оғриғи, нафас олиш қийинлигидан шикоят қилади. Кўкрак ёшидаги болаларда қаттиқ шанкр юқори лаб ёки тилнинг уч қисмида жойлашади. Кейинчалик у қаттиқ танглай ва танглай муртакларига тарқалиши мумкин.

Захм касаллигининг учинчи даврида бурун тўсиғининг димоғ қисми, бурун бўшлиғи туби ва буруннинг ташқи деворлари гумма билан шикастланади. Бурун тўсиғида катта ҳажмда тешик ҳосил бўлади, ташқи бурун чўкади (пучуқ бўлади).

Гумма даврида юмшоқ танглай, ютқиннинг орқа деворида чандиқланиш кузатилиб, у юлдуз шаклида ярқираб туради. Бемор манқаланиб қолади, овқат луқмаси қисман бурун бўшлиғига ўтиши кузатилади.

Бундай ўзгаришлар ҳиқилдоқнинг қолқоғи ва чўмичсимон тоғайларида, чин товуш бойламларида ҳам кузатилади. Бемор овози бўғиқ, товуш бойламлари сатҳи нотекис, ғадир-будур бўлади.

Гумма даврида ҳиқилдоқ тоғайлари емирилиши, чандиқланиши оқибатида ҳиқилдоқ бўшлиғи торайиб сурункали бўғилишга олиб келиши мумкин. Баъзан чин товуш бойламлари оралиғида парда ҳосил бўлади.

Склерома. Касалликнинг яширин даври жуда узоқ бўлиб, клиник белгилари асосан яширин кечади.

Касалликни Фриш- Волкович бациллеси кўзғатиб, Украина, Белоруссия, Қизил Ўрдада кўп учрайди (асосан ботқоқлик кўп бўлган мамлакатларда). Склероманинг ривожланиши уч даврдан иборат: 1) тугунчали инфилтрат; 2) тарқоқ ўзига хос инфилтрат; 3) чандиқланиш даври.

Инфилтрат давридаги ўчоқлар фиброзли бириктирувчи тўқималардан ташкил топган бўлади. Бу тўқималарда кўп миқдорда Микулич, гиалин ҳужайралари билан бир қаторда Русселя гавдача ҳужайраларини ҳам топиш мумкин. Ҳужайра вакуоаларида эса Фриш- Волкович таёқчаси аниқланади.

Касаллик дастлаб бурун, ютқин ва ҳиқилдоқда катарал ҳолда ривожланади. Шундан кейин чегараланган даврга ўтади. Унинг таркибида бириктирувчи тўқималар ривожланиб, кейинчалик буришиш, чандиқланиш кузатилади.

Склеромада инфилтратлар симметрик шаклда юқори нафас йўллариининг физиологик торайган жойларида ривожланади (бурунга

кириш қисмида, хоанада, чин товуш бойламлари остида, кекирдикнинг бронхларга ажралиш жойида). Склерома инфилтратлари ҳеч қачон яра пайдо қилмайди, яъни емирилмайди (сил ва захмдан фарқли равишда).

Аломатлари. Бурун даҳлизи инфилтрат ҳисобига торайган бўлади. Бурун- ютқин соҳасида инфилтрат гумбазни батамом эгаллаб, эшитув найи ва хоанагача тарқалиши мумкин. Бундай ўзгариш юмшоқ танглай ва танглай муртақларининг орқа равоқларини эгаллайди. Кейинчалик чандиқланиш натижасида юмшоқ танглай шакли ўзгаради (деформацияланади), натижада бемор манқаланиб гапиради.

Ҳиқилдоқ соҳасида склерома инфилтрати, асосан чин товуш бойламлари ва унинг остки қисмида, ҳиқилдоқ қоринчалари атрофида ривожланади. Инфилтрат буришиши натижасида кейинчалик нафас йўли торайиши мумкин.

Бемор товуш ўзгариши, ҳиқилдоқ соҳаси қуриши ва нафас олишга қийналишидан шикоят қилади. Инфилтрат кекирдик ва бронхлар соҳасида ривожланганда, беморни қаттиқ йўтал безовта қилади.

Касалликни аниқлашда бемор шикоятлари муҳим аҳамиятга эгадир. ЛОР аъзоларини текшириш, Борде-Жангу реакциясини қўйиш, гистологик ва бактериоскопик текшириш, рентгенография ва компьютерли томография зарур бўлади. Бундан ташқари, бемор туғилиб ўсган, яшаган жойи ҳақида маълумот олиш керак.

Даволаш. Ҳозирги давргача склеромани даволашда қўлланиладиган стрептомицин, левомецетин, тетрациклинлар яхши самара бермоқда. Инфилтрат даврида рентген нуруни маҳаллий қўллаш мумкин.

Айрим ҳолларда жарроҳлик усуллари – бужлаш, инфилтратни олиб ташлаб, унинг ўрнини электрокоагуляция қилишдан иборат.

БАЪЗИ БИР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ (НАЗОРАТ) ҚИЛИШ

Диспансеризация қилишдан асосий мақсад:

1. Ўз вақтида кўп қайталанувчи ва сурункали касалликларни аниқлаш;
2. Касаллик ривожланиши ёки кўп қайталаниши сабабини аниқлаш;
3. Аниқланган касалликларни ўз вақтида ва тўғри даволаш;
4. Олиб борилган профилактик даво усуллари самарасини аниқлаш.

Диспансеризация қўйидаги босқичлардан иборат бўлади:

Биринчи босқич – диспансеризация ва профилактик даволашга муҳтож беморларни танлаб олиш. Оториноларингологлар бундай беморларни поликлиника шароитида ёки турли профилактик кўрувдан ўтқазиб даврида (боғчада, мактабда) танлаб оладилар. Ҳар бир диспансер назоратида бўлган беморларга ўзига хос (индивидуал) амбулатория картаси тўлдирилади (хужжат намунаси 25), картага «Д» ва касаллик

шифри (шартли белгиси) қўйилади. Мазкур картага ўтказилган бирламчи текширув усуллари натижалари ва қайта кўрувдаги назорат хулосалари ёзиб борилади. Йил охирида касаллик ҳақидаги охириги тўлиқ хулоса (эликриз) ёзилиб, унда аниқ ва тўлиқ ташҳис, олиб борилган даволаш усуллари ва уларнинг самараси баён этилади.

Ҳар бир беморга, назорат қилиб туриш (контрольная) диспансер картаси (ҳужжат намунаси 30) тўлдирилади.

Бу ҳужжат намунасида беморда профилактик даво чора-тадбирлари ўтказилганлиги тўғрисидаги маълумот ва қайта мурожаат қилиш куни белгилаб қўйилади. Ушбу ҳужжат намунаси шифокор хонасида сақланиб, зарур ҳолларда тез (оператив) маълумот олишга ёрдам беради.

Иккинчи босқич — бажариш босқичи деб юритилади. Бунда, биринчи босқичга жалб этилган беморлар шифокор назоратида бўлиб, профилактик даволаш олиб борилади. Боланинг ота-онаси ўз вақтида шифокор хузурида бўлиб, унинг кўрсатмалари ва берган маслаҳатларини тўла бажаришлари лозим.

Учинчи босқич — диспансеризация моҳиятини тўғри баҳолаб, яқун яшаш босқичи ҳисобланади.

Қуйидаги касалликлар билан оғриган беморлар диспансер назоратига олинадилар:

1. Бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликлари. Бурун ва унинг ёндош бўшлиқларининг сурункали касалликларига чалинган беморлар (сурункали ва вазоматор тумов, сурункали синусит). Маълумки, бурундан яхши нафас ололмаслик боланинг жисмоний ва ақлий ривожланишига салбий таъсир кўрсатади, сурункали синуситлар эса калла ичи ва кўз косасига асоратлар бериши мумкин. Ушбу нуқтаи назардан мазкур хасталиклар консерватив ёки жарроҳлик усулида даволангандан сўнг, беморлар бир йилда 2 мартаба диспансер кўрувидан ўтишлари керак.

2. Ютқин касалликлари. Сурункали тонзиллитли беморлар диспансер кузатувида бўладилар. Бундай беморлар бир йил давомида 2–3 мартаба консерватив даво оладилар. Даволашдан кейин беморларда сурункали тонзиллит хуружи 2 йил давомида кузатилмаса, улар диспансер кузатувидан чиқариладилар.

3. Ҳиқилдоқ касалликлари. Ҳиқилдоқ касалликлари туфайли диспансер кузатувида олинандиган беморлар анчагина бўлиб, уларнинг аксарияти оғир аҳволда бўлади. Асосан қуйидаги беморлар назоратга олинадилар:

а) трахеотомиядан кейинги трахеотомик найчали беморлар. Булар найча олингандан кейин (деканюляция) ҳам кузатувда бўлишлари керак;

б) ҳиқилдоқ папилломатози ва бошқа ўсмалар билан оғриган беморлар;

в) ҳиқилдоқ нерви жароҳатланган беморлар.

Бўғилишнинг компенсация давридаги беморлар ҳар 3–4 ойда бир марта назоратдан ўтадилар, 2–3 йилдан сўнг диспансер кузатуви тугатилади.

Бўғилишнинг субкомпенсация даврида беморлар ҳар ойда назорат қилиб турилишлари лозим. Агар бўғилиш белгилари зўрайса, беморлар ЛОР бўлимларида ётиб даволанишлари керак.

4. *Қулоқ касалликлари.* Диспансер назорати остида қуйидаги беморлар бўлиши шарт:

а) сурункали йирингли отитли беморлар;

б) кўп қайталанувчи отит, чандиқли отитли беморлар. Эшитиш пасайиб бориши эҳтимоли мавжудлиги сабабли, улар узоқ муддатда кузатувада бўладилар;

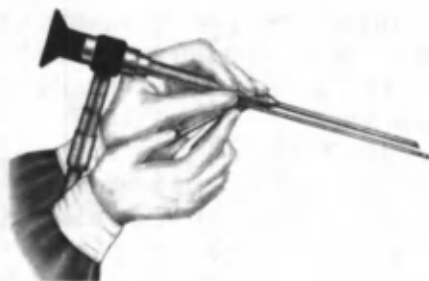
в) ўрта қулоқ соҳасида қилинган турли жарроҳликлардан сўнг яллиғланишнинг барча белгилари тугагунча бўлган беморлар. Улар назоратда бўлишлари лозим;

г) йирингли отитнинг мия асоратлари аниқланган беморлар (жарроҳликдан кейин);

д) эшитиш нерви яллиғланган ва шикастланган беморлар. Улар бир йилда 2 марта даволанишлари лозим.

5) *Қизилўнғач касалликлари.* Қизилўнғачнинг механик, термик ёки кимёвий жароҳатини ўтказган беморларда қизилўнғачнинг чандиқли торайиши кузатилади. Шу сабабли шифохонадан чиққан беморларда профилактик бужлаш (дастлаб ҳар ҳафтада, кейинчалик ҳар ойда ва йил давомида) ўтказилиши лозим. Бундай беморлар 3–5 йил давомида диспансер кузатувида бўладилар.

ЭНДОСКОПИК (134–137-РАСМЛАР) ВА КОМПЬЮТЕРЛИ (138–150-РАСМЛАР) ТОМОГРАФИЯГА ОИД РАСМЛАР ИЛОВАСИ



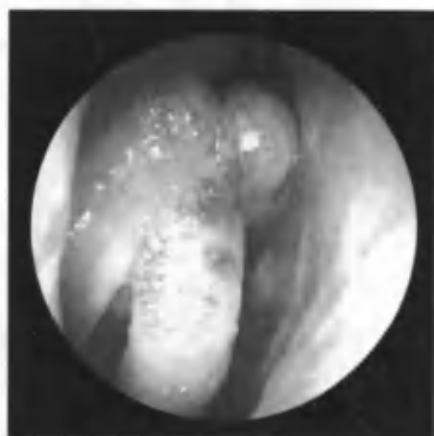
134-расм. Эндоскоп ва асбобнинг бирига нисбатан тўғри жойлашиши. Шу ҳолатда ўнг ёки чап бурун йўлига киритиш мумкин.



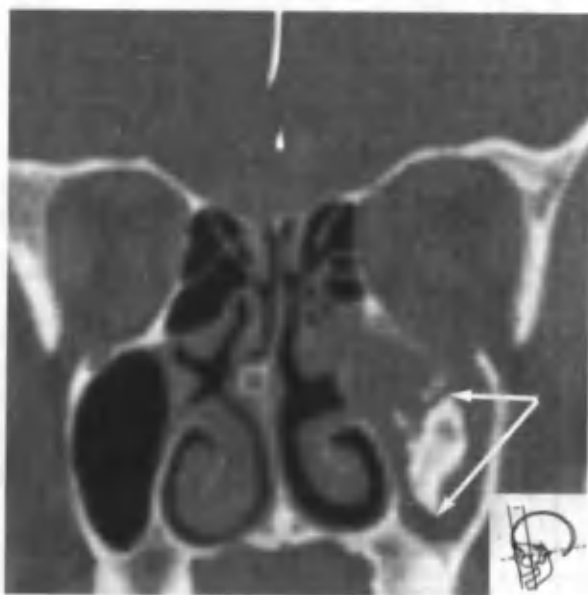
135-рasm. Эндоскопия. Бурун тўсигининг бўртиқ шаклда қийшайиб, ён девордаги чап ўрта чиғаноқ остига киргандаги кўриниши.



136-рasm. Эндоскопия. Ўнг ўрта бурун йўли ўрта бурун чиғаноғи буллоз кенгайишининг кўриниши.



137-расм. Катта бўлмаган энцефаломенингоцеленинг ўнг бурун ўрта чиганоғидан ичкарида жойлашиши (галвирсимон лабиринт полипоз).



138-расм. Ўнг юқори жағ бўшлиғидаги ёт жисм, бўшлиқ юқори деворининг емирилиши. Бўшлиқ йирингли суюқлик билан тўлган (КТ – коронар проекцияда).



139-расм. Юқори жағ бўшлиғи шиллиқ қаватининг пастки деворда бўртганлиги (КТ – коронар проекцияда).



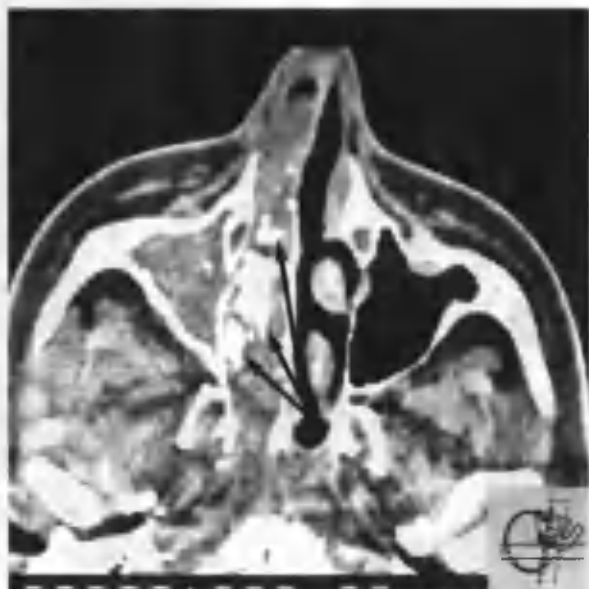
140-расм. Юқори жағ бўшлиғи ён-орқа деворининг смирилиши (КТ – коронар проекцияда).



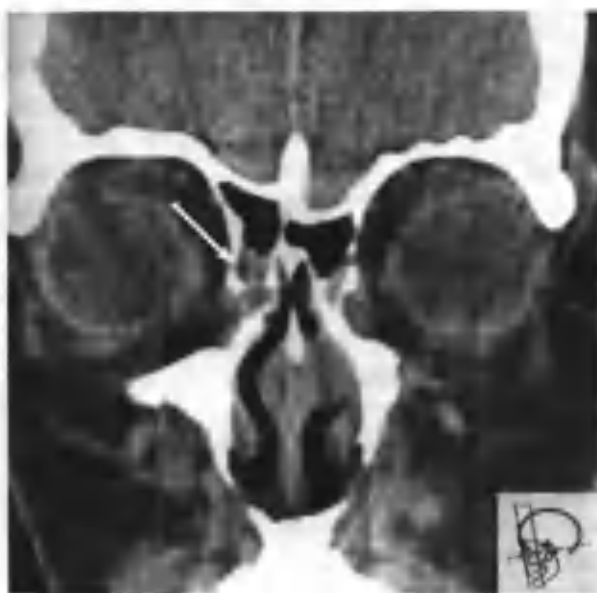
141-расм. Юқори жағ бўшлиғида суюқлик бор.



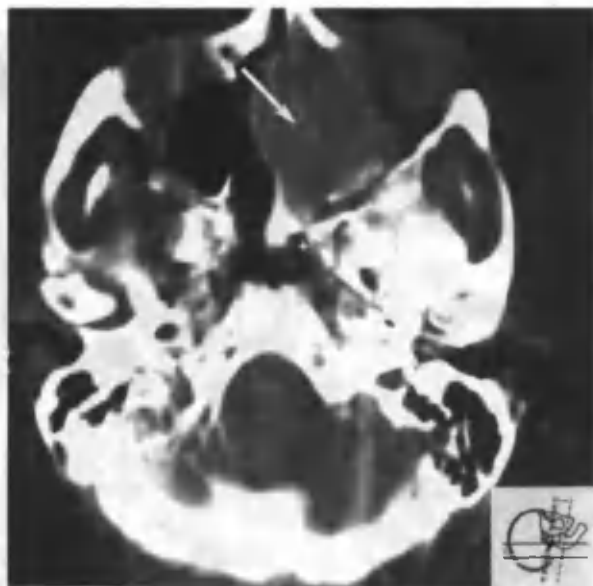
142-расм. Ўрта бурун йўлининг юқори қисмидан ўсган полип (КТ – коронар проекцияда).



143-расм. Фалворсимон лабиринтдаги ёт жисм (КТ – аксиал проекцияда).



144-расм. Фалворсимон лабиринт горизонтал пластинкасининг нуқсони (КТ – коронар проекцияда).



145-рasm. Фалвирсимон лабиринт ва кўз косасидаги ўсма, экзофтальм, мия девори ва бурун тўсиғи емирилиши (аксиал проекцияда).



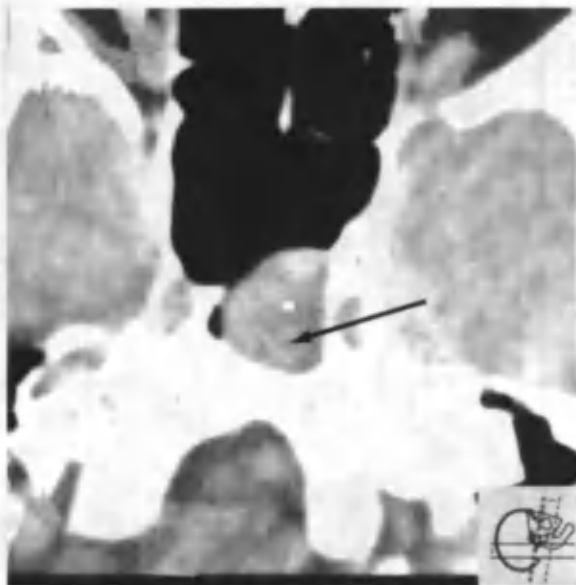
146-рasm. Фалвирсимон лабиринтнинг чегарасидан чиқмаган остеома (КТ — коронар проекцияда).



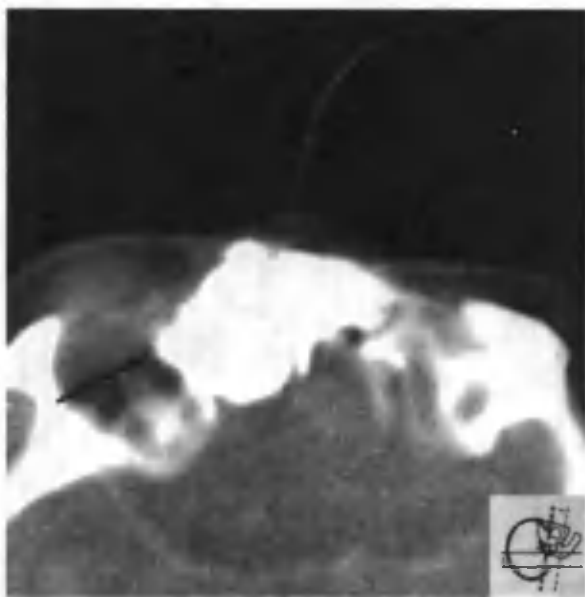
147-расм. Ғалвирсимон лабиринт ва понасимон буш-ликдаги полипли тўқима.



148-расм. Иккиламчи йирингли сфеноидит.



149-расм. Понасимон бұшлиқ кистаси (КТ – аксиал проекцияда).



150-расм. Құз косасига ва олдинги мия чуқурчасига кириб борган остеома (КТ – аксиал проекцияда).

**РЕЦЕПТЛАР — БЕМОРГА
БУЮРИЛАДИГАН ДОРИЛАР**

**БУРУН ВА УНИНГ ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ
КАСАЛЛИГИДА БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР**

- Rp. Sol. Sahorini 0,05% — 10,0
D.S. 2 — 3 томчидан 1 кунда 3 марта бурунга томизилади.
- Rp. Streptocidi
Norsulfasoli
Ephedrini hydrochloridi 0,03
(Benzylpenicillini — natrii — 200.000 ed)
M.f. pulv. subtil
D.S. кунига 2—3 марта бурунга пуркаш учун
- Rp. Sol. Collargoli — 1-2 % — 10,0
D.S. 3 — 5 томчидан кунига 2 — 3 марта бурунга томизилади.
- Rp. Sol. Protargoli — 1-2 % — 10,0
D.S. 3 — 5 томчидан кунига 3 марта бурунга томизилади.
- Rp. Sol. Acidi Borici — 2 % — 10,0
Sol. Adrehalini hydrochloridi 0,1% gtt. X
M.D.S. Ўткир тумовда 2 — 3 томчидан кунига 3 марта бурунга томизилади.
- Rp. Laevomycetini 0,25
Erythromycini 0,2
Norsulfasoli 2,5
Dimedroli 0,05
Ephedrini hydrochloridi 0,05
M. F. Pulv.
D.S. Кунига 3 марта бурунга пуркаш учун
- Rp. Protargoli 0,15
Mentholi 0,15
Lanolini 5,0

Vaselini 15,0

M.F. Ung.

D.S. Атрофик тумовда кунига 3 марта пахта билан бурун йўлларига қуйилади.

Rp. Jodi puri 0,02

Kalii jodidi 0,2

Glicerini 20,0

M.D.S. Кунига 2 – 3 марта бурунга томизиш учун.

Rp. Sol. Jodinoli 1% – 50,0

D.S. Кунига 2 – 3 марта бурун ичига пуркаш учун (озена ва атрофик тумовда).

Rp. Sol. Dimedroli 0,5% – 10,0

D.S. 3 – 5 томчидан кунига 2 – 3 марта бурунга томизилади (вазомотор тумовда).

Rp. Sol. Levamisoli 0,1% – 10,0

D.S. 3 – 5 томчидан кунига 3 марта бурунга томизилади (вазомотор тумовда).

Rp. Suprastini 0,025

S. 1/2 таб.дан кунига 2 – 3 марта ичилади.

Rp. Calcii gluconatis 0,5

S. 1 таб.дан кунига 3 марта ичилади (вазомотор тумовда).

Rp. Aciclovir 0,2 (0,4)

S. 1 таб.дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичилади (ўткир тумов, герпесда).

Rp. Telfast – 180

S. Кунига 1 таб.дан уйқудан олдин ичилади (аллергик тумовда).

Rp. Susp. Hydrocortisoni acetatis 2,5% – 5,0 ml

S. Аллергик синуситларда бурун ён бўшлиқларига қуйилади (1,0 мл суспензияни тоза натрий хлор эритмасида аралаштириб, аллергия гайморитда юқори жағ бўшлиғига юборилади).

Rp. Prodigiosani 0,005% – 1,0

S. 0,5 мл дан 1 ҳафтада 1 марта бурунга юборилади.

Rp. Sol. Naphtyzini 0,005% – 10,0

D.S. 2 – 3 томчидан кунига 2 – 3 марта бурунга томизилади.

- Rp. Zinci oxidati 5,0
Vasellini 30,0
M.D.S. Кунига 3 мартаба бурунга суртиш учун.
- Rp. Sol. Dimexidi 30%
pro injectionibus 30,0
D.S. Бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида бўшлиқларга юборилади (2 мл.дан).
- Rp. Sol. Dioxidii 0,5 pro injectionibus 10,0
D. t. d. N 10 in amp.
S. Бурун ёндош бўшлиқларига юборилади (2 мл.дан).
- Rp. Sol. Chlorophylli pty 0,25% – 2,0
D. t. d. N 5 in amp.
S. 1 дона ампулани 10,0 мл дистилланган сувга аралаштириб бурун ёндош бўшлиқларига юборилади.
- Rp. Ung. «Flucinar» 30,0
D.S. Ташқи бурун терисига суртиш учун.
- Rp. Sol. Halazolini 0,05% – 10,0
D.S. 2 – 3 томчидан кунига 2 марта бурунга томизилади.
- Rp. Ung. Hydrargyri albi 3-5% – 10,0
Streptocidi 0,3
D.S. Бурун чипқонида кунига 2 – 3 марта суртиш учун.
- Rp. Prednisaloni 0,1
Lanolini
Ol. persicorum aa 10,0
Aq. Destil 10,0
M. f. ung
DS. Бурун шиллиқ қаватига кунига 3 марта суртилади.
- Rp. Mentholi 0,15
Protargoli 0,15
Lanolini 5,0
Vasellini 10,0
M. f. ung
D.S. Атрофик тумовда кунига 3 марта бурун бўшлиғига қўйиш учун.
- Rp. IRS- 19
S. Кунига 2 – 3 маҳал бурун бўшлиғига сепиш учун (синуситлар ва тонзиллитда).

- Rp. Fluditek 2% – 125,0
S. 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал бурун ва ёндош бўшлиқлари яллиғланганда.
- Rp. Nasobec
S. Кунига 1 – 2 маҳал бурунга сепиш учун (аллергик тумовда).
- Rp. Levamisoli 0,1
Sol. Natrii chloridi isotonicae 100,0
M.D.S. Юқори жағ бўшлиғига юбориш учун.
- Rp. Levorini – natrii 200,00 ed
D. t. d. N 10
S. Замбуруғли касалликларда 1 флакондаги дори 10,0 мл. тоза (дистилланган) сувда эритилиб бурун ёндош бўшлиғига юборилади.
- Rp. Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% – 10,0
D.S. Пахта пилик ёрдамида бурун бўшлиғига қуйилади (бурундан қон кетганда).

ЮТҚИН КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР

- Rp. Sol. Kalli permaganatis 1% – 20,0
D.S. 1 стакан сувга 30 томчи томизилади (ангинада томоқни чайиш учун).
- Rp. Inf. radices Althaeae 10,0% – 300,0
D.S. Томоқни чайиш учун.
- Rp. Sol. Jodinoli 1% – 10,0
Natri tetraboratis 0,6
Glycerini 10,0
M.D.S. Сурункали тонзиллитларда муртақларга суртилади
- Rp. Succu Kalanchoes 10,0
D. t. d. N 10 in amp.
S. Муртақлар лакуналарини ювиш учун.
- Rp. Sol. Gramicidini 2% – 2,0
D. t. d. N 10 in amp.
S. 1 ампуладаги дорини 100 мл сувда эритиб, муртақлар кунига 2 марта ювилади.
- Rp. Sol. Furacilini 1: 5000 – 200,0
D. S. Кунига 3 – 4 марта томоқни чайиш учун.
- Rp. Citrali 0,2
Ol. Persicorum 10,0
M.D.S. Сурункали тонзиллитда муртақларга суртиш учун.

- Rp. Jodi puri 0,05
 Kalii jodidi 0,2
 Glycerini 10,0
 M.D.S. Атрофик фарингитда томоққа суртиш учун.
- Rp. Sol. Dioxidini 0,5% Pro injectionibus 10,0
 D. t. d. N 10 in amp.
 S. Лақуналарни ювиш учун.
- Rp. Sol. Metrogili 100,0
 D.S. Лақуналарни ювиш учун.
- Rp. Sol. Chlorophyllipti 0,25% – 2,0
 D.t.d. N 5 in amp.
 S. 1 ампуладаги дори дистилланган сувга аралаштирилади.
 Лақуналарни ювиш учун.
- Rp. Sol. Jodinoli 1% – 10,0
 Natrii tetraboratis 0,6
 Glicerini 10,0
 M.D.S. Сурункали тонзиллитда муртакларга суртилади.
- Rp. Microcidi 100,0
 D.S. 1 стакан сувга 1 чой қошиқ солинади, томоқни чайиш учун.
- Rp. Levamisini 0,01
 Glucosae 0,3
 M.F. Pulv.
 D.t.d. N 15
 S. Кукун дорини 10 мл дистилланган сувда эритиб, лақуналар ювилади.

**ХИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА
 БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР**

- Rp. Pertussini 100,0
 D.S. 1 чой қошиқдан 4 – 5 марта қабул қилинади.
- Rp. Codeini phosphatis 0,03
 Sir. Simplicis 10,0
 Aq. destill. 100,0
 M.D.S. 1 чой қошиқдан болаларга кунига 3 марта ичирилади
 (йўтал ва сохта бўғмада).

- Rp. Inf. Herb. Thermopsisidis 0,12% – 100,0
 Liq. Ammonii anisati 2,0
 Sir. Althaeae 10,0
 M.D.S. 1 чой қошиқдан кунига 5–6 марта ичирилади (сохта бўлмада).
- Rp. Euphylini 0,1
 Dimedroli 0,2
 Chymotripsini 0,025
 Aq. destill 20,0
 M.D.S. 1 ингаляция учун 2 мл. ишлатилади.
- Rp. Cortisoni acetatis 0,025
 D.t.d. N 20 in tab
 S. 1/2 таблеткадан кунига 2 марта қабул қилинади.
- Rp. Susp. Cortisoni acetatis 2,5% – 10,0
 D.t.d. N 20 in amp.
 S. 1 мл дан кунига 1 марта мушак орасига юборилади.
- Rp. Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% – 1,0
 D.t.d. N 5 in amp
 S. Тери остига 0,5 мл юборилади (бўғилишда).
- Rp. Sol. Euphyllini 2,4% – 1,0
 D.t.d. N 6 in amp
 S. Мушаклар орасига 1,0 мл юборилади бўғилишда.
- Rp. Охусорт – aerosoli 75,0
 D.S. Ютқин ва ҳиқилдоқ шиллиқ қавати куйганда сепилади.
- Rp. Dimedroli 0,15
 Ephyllini 0,3
 Ac. ascorbinici 0,5 – 1,0
 Aq. destill 30,0
 M.D.S. Сохта бўлмада, ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхларнинг ўткир яллиғланишида аэрозол шаклида қўлланади.

ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР

- Rp. Prednisoloni 0,05
 Ol. Jecoris Aseli 3,0
 Vaselini 6,0
 M.F. Ung
 D.S. Аллергик дерматитларда қулоқ супрасига суртилади.

- Rp. Oxycort – aerosoli 75,0
D.S. Қулоқ супрасининг яллиғланган қисмига кунига 2 марта сепилади.
- Rp. Oxycort 10,0
D.S. Қулоқ супрасининг куйган қисмига суртилади.
- Rp. Resorcini 0,5
Anaesthesini 1,0
Jchthyoli
Vaselini aa 5,0
M.F. ung
D.S. Ташқи қулоқ экземасида ишлатилади.
- Rp. Sol. Argenti nitratis 0,25 (2)% – 50,0
D.S. Ташқи эшитув йўли терисига суртилади.
- Rp. Ung Nystatini 10,0
D.S. Отмикозда кунига 2 – 3 марта ташқи эшитув йўлига суртилади.
- Rp. Ung. Levorini 30,0
D.S. Отмикозда кунига 2 марта ташқи эшитув йўлига суртилади.
- Rp. Asidi Salicylici 0,2
Spiritys aethylici 70^o – 20,0
M.D.S. Йирингли отитларда 6 – 8 томчидан кунига 3 марта томизилади.
- Rp. Natrii hydrocarbonatis 0,5
Glycerini
Aq destill aa 5,0
M.D.S. Қулоқ кирини юмшатиш учун 7 – 10 томчидан кунига 3 марта томизилади.
- Rp. Sol. Zinci sulfatis 0,5% – 10,0
D.S. Қулоққа кунига 3 марта 5 томчидан томизилади.
- Rp. Susp. Hydrocortisoni acetatis 2,5% – 5,0
D.S. Аллергик отитларда кунига 2 – 3 марта 3 – 5 томчидан томизилади.
- Rp. Sol. Argenti nitratis 10 (20–30)% – 10,0
D.S. Қулоқдаги грануляцияларни куйдириш учун.
- Rp. Sofradexi 5,0
D.S. Йирингли отитларда қулоққа томизиш учун.

- Rp. Sofradexi 5,0
D.S. Ташқи отитларда қулоққа қўйиш учун.
- Rp. Dimexidi 10,0
D.S. Отомикозда қулоққа суртилади.
- Rp. Nitrofungini 20,0–30,0
D.S. Отомикозда ташқи эшитув йўлига қўйилади.
- Rp. Chinosoli 0,01
Spiritus aethylici 70⁰ –10,0
M.D.S. Отомикозда ташқи эшитув йўлига қўйилади.
- Rp. Ung. Nustatini 10,0
D.S. Отомикозда ташқи эшитув йўлига қўйилади.
- Rp. Sol. Dimexidi 20% –10,0
D.S. Эшитув найчасига юбориш учун.
- Rp. Sol. Dimexidi 30%–10,0
D.S. Қулоққа кунига 2–3 марта 5 томчидан томизилади.
- Rp. Dicaini 0,2
Glycerini 10,0
M.D.S. Қулоқ оғриганда эшитув йўлига 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Novacaini 0,3
Spiritus aethylici 70⁰ –5,0
Glycerini 5,0
M.D.S. Қулоқ оғриганда эшитув йўлига 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Furacilini 0,01
Spiritus aethylici 50⁰ – 10,0
M.D.S. Қулоққа кунига 3 марта 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Laevomycetini 0,5
Spiritus aethylici 50⁰ –20,0
M.D.S. Кунига 2–3 марта 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Sol. Dioxydini 1%–10,0
D.S. Кунига 2–3 марта 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Succu Kalanchoes 0,5
Spiritus aethylici 70⁰ –20,0
M.D.S. Кунига 2–3 марта 5–7 томчидан томизилади.

- Rp. Chymotrypsini crystallisati 0,005
(seu Trypsini crystallisati)
D. t. d. N 6 in flas.
S. Флакондаги дорини 5 мл изотоник эритмада эритиб кунига 2 марта 3–5 томчидан томизилади.
- Rp. Abactali 0,4
S. 1 таб.дан 2 маҳал ичирилади.
- Rp. Augmentini 0,375 (0,625)
S. 1 таб.дан 3 маҳал.
- Rp. Diflucani 50,0
S. Отомикозда ташқи эшитув йўлига пиликча ёрдамида қўйилади.
- Rp. Acidi salicylici 0,2
Spiritus aethylici 70^o – 20,0
M.D.S. Кунига 3 марта 6 – 8 томчидан томизилади.
- Rp. Sol. Argenti nitratis 0,5% – 10,0
D.S. Бурунга кунига 2 марта 3 – 4 томчидан томизилади.
- Rp. Sol. Argenti nitratus 1% – 10,0
D.S. Кунига 2 марта 3 – 4 томчидан томизилади.
- Rp. Extr. Bellatonnae 0,5
Anaesthesini 0,75
Vaselini 15,0
M.f. Ung.
D.S. Ташқи қулоқ йўлида қичима бўлганда суртилади.
- Rp. Synarali 20,0
D.S. Ташқи қулоқ терисига суртиш учун.
- Rp. Ac. Salicylici 0,2
Spiritus aethylici 40^o – 10,0
M.D.S. Қулоққа 3 – 4 томчидан томизилади.
- Rp. Chymopsini 0,05
D. t. d. N 5 in amp
S. 1 флакон дори 10 мл изотоник эритмада эритилиб, қулоққа томизилади.
- Rp. Polymixini m. Sulfatis 500.000 ed
Aq. destill. 10,0
M.D.S. Йирингли отитда қулоққа кунига 3 марта 5 – 6 томчидан томизилади.

Rp. Polymixini m. sulfatis 0,1
Sirus aethylici 40° – 10,0
M.D.S. Қулоққа кунига 2 – 3 марта 3 – 5 томчидан томизилади.

Rp. Microcidi 50,0
D.S. Пиликда ташқи қулоқ йўлига қўйиш учун.

Rp. Sol. unithioli 5% – 5,0
D. t. d. N 15 in amp
S. Мушаклар орасига 1 мл дан юборилади (ҳар 10 кг оғирлик вазнига қараб).

ҚИЗИЛЎНГАЧ КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР

Rp. Sol. Acidi hydrochloridi 0,1% – 1000,0
D.S. Қизилўнгач ва меъдани ювиш учун (куйганда).

Rp. Magnesii oxydati 10,0
Aq. destill. 100,0
M.D.S. Кислота билан заҳарланганда ҳар 10 минутда 1 ош қошиқдан ичирилади.

Rp. Sol. Novocaini 1% – 100,0
D.S. Ютқин, қизилўнгач куйганда кунига 5–6 марта 1 чой қошиқдан ичирилади.

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛИДАН ҚОН КЕТГАНДА БЕРИЛАДИГАН ДОРИЛАР

Rp. Viscosi haemostatici N 6
D.S. Бурундан қон кетганда ишлатилади.

Rp. Sol. Vikasoli 1% – 1,0
D. t. d. N 10 in amp
S. Мушак орасига 1,0 мл дан юборилади.

БУҒ ЁКИ АЭРОЗОЛ ҲОЛИДА НАФАС ЙЎЛИГА ЮБОРИЛАДИГАН ТУРЛИ ШИФОБАҲШ ДОРИЛАР

Rp. Anaesthesini 1,0
Ol. Persicorum 3,0
M.D.S. Нафас йўлига заррача ҳолида юбориш учун.

Rp. Sol. Natri hydrocarbonatis 1% – 100,0
D.S. Нафас йўлига заррача ҳолида юбориш учун.

МУНДАРИЖА

Сўз боши.....	3
Қулоқнинг клиник анатомияси	4
Ногора парда.....	7
Ўрта қулоқ.....	8
Ногора бўшлиғи	8
Ўрта қулоқнинг қон ва нерв билан таъминланиши	11
Эшитув найи	12
Чакка суяғи	13
Ички қулоқ	17
Суяк лабиринт	17
Ярим ҳалқасимон суяк каналлари	18
Чиғаноқ.....	19
Парда лабиринт	20
Қулоқнинг вазифаси	23
Вестибуляр анализатори (мувозанат сақлаш) фаолияти	26
Қулоқни текшириш усуллари	30
Қулоқни рентген орқали текшириш	34
Эшитиш қобилиятини текшириш	35
Камертонлар ёрдамида текшириш	36
Вебер тажрибаси	37
Ринне тажрибаси	38
Швабах тажрибаси	39
Желе тажрибаси	39
Бинг тажрибаси	39
Федериччи тажрибаси	39
Бош ва гавда мувозанатини идора қиладиган аъзони текшириш (вестибуляр аппарат)	40
Ички қулоқ даҳлиз қисмининг фаолиятини аниқлаш	42
Отолит аппаратини текшириш – Воячек тажрибаси	42
Калорик усул	43
Прессор (исканжалаш) тажрибаси	43
Ташқи қулоқнинг туғма нуқсони	44
Ташқи эшитув йўли нуқсони.....	45
Ташқи қулоқдаги туғма оқма	46
Ўрта ва ички қулоқнинг туғма нуқсони	46
Эшитув аъзоси ривожланишининг бузилиши	47
Қулоқнинг шикастланиши.....	47
Ўраб олувчи ёки белбоғсимон учуқ	48
Қулоқ супрасида қон йиғилиши (отогематома)	48
Ташқи қулоқ йўли шикастланиши	49
Қулоқ супрасини совуқ олиши	50
Қулоқ супрасининг куйиши	50
Экзема	50
Акустик шикастланиш	51
Вибро (тебраниш) шикастланиш	51
Баро шикастланиш	52

Ташқи қулоқ йўлидаги ёт жисмлар	52
Ташқи қулоқ йўлида чирк (сера)нинг йиғилиши	54
Отомикоз	55
Ташқи эшитув йўлининг тарқоқ (диффуз) яллиғланиши ...	56
Ташқи эшитув йўли чипқони	56
Ўрта қулоқ касалликлари	57
Ўрта қулоқнинг катарал отити	58
Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши	59
Баъзи бир ҳоқумли касалликлар сабабли ўрта қулоқда	
ўткир йирингли отитнинг келиб чиқиши ва кечиши	64
Ташқи ва ўрта қулоқ шикастланиши натижасида	
ривожланадиган ўрта қулоқнинг ўткир йирингли	
яллиғланиши	65
Ўрта қулоқнинг сили	65
Эмизикли болаларда ўрта қулоқ ўткир	
йирингли яллиғланиши	66
Антрит	68
Мастоидит	70
Мастоидитнинг ўзига хос (алоҳида) тури	73
Юз нерви парези ва фалажи	75
Ўткир отитни даволашда қўлланадиган баъзи бир антибиотикларнинг	
таъсири	75
Болаларда йирингли ўрта отитнинг қайталаниши	76
Ўрта қулоқнинг сурункали йирингли ўрта отити	78
Сурункали йирингли мезотимпанит	79
Сурункали йирингли эптитимпанит	80
Сурункали йирингли эпимезотимпанит	81
Сурункали йирингли ўрта отитни даволаш	81
Радиал жарроҳлик усули	83
Хасталикнинг олдини олиш ва асоратлар келиб чиқишига	
йўл қўймаслик тадбирлари	84
Ички қулоқнинг яллиғланиши (лабиринтит)	84
Тарқалган серозли лабиринтит	85
Ички қулоқнинг тарқалган йирингли яллиғланиши	85
Ички қулоқнинг чегараланган (чекланган) яллиғланиши	86
Ички қулоқ яллиғланишини даволаш	87
Йирингли отитларнинг калла суяги ичига берадиган	
асоратлари	87
Калла суяги ичи асоратлари	87
Экстрадурал абсцесс	87
Сигмасимон синус (бўшлиқ) да қон ивиши ва қон орқали	
йирингнинг организмга тарқалиши (септикопиемия)	88
Серозли менингит	90
Йирингли лепто менингит	90
Мия ва мияча ҳўполи	91
Йирингли отитда бош мия ва орқа мия тўрсимон	
пардасининг яллиғланиши (арахноидит)	93
Қулоқнинг йирингсиз касалликлари	93
Ўрта қулоқнинг сурункали катари (ўрта қулоқнинг	
чандиқли отити)	93

Эшитув нерви яллиғланиши (неврит)	95
Отосклероз	96
Меньер қасаллиги	97
Қулоқ оғирлиги ва карлик	98
Кар-соқовлик	99
Ўрта қулоқнинг сурункали отитида эшитиш қобилиятини тикловчи жарроҳлик усули (тимпаноластика)	99
Қулоқдаги хавфсиз ўсмалар	101
Қулоқдаги хавфли ўсмалар	101
Бурун ва унинг ёндош бўшлиқларининг клиник анатомияси	102
Бурун бўшлиғи	103
Бурун бўшлиғи томирлари	105
Бурун ёндош бўшлиқлари	106
Юқори (гаймор) жағ бўшлиғи	106
Ғалвирсимон бўшлиқ	107
Асосий ёки понасимон суяк бўшлиғи	108
Пешона суяги бўшлиғи	109
Бурун ёндош бўшлиқларининг қон билан таъминланиши	109
Бурун физиологияси	109
Бурунни текшириш усуллари	112
Бурун атрофи бўшлиқларини текшириш	118
Буруннинг туғма нуқсонлари	119
Бурун бўшлиғидаги туғма нуқсонлар	120
Ташқи бурун касалликлари	121
Бурун чипқони	121
Бурун сарамаси	122
Бурун даҳдизи экземаси	123
Бурун жароҳати	123
Бурун тўсиғи гематомаси ва абсцесси	125
Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар	126
Бурундан қон кетиши	127
Бурун тўсиғининг қийшайиши	131
Бурун бўшлиғи синехияси ва атрезияси (бурун бўшлиғининг битиб кетиши)	132
Бурун бўшлиғининг ўткир яллиғланиши – ўткир тумов	132
Эмадиган болаларда ўткир тумов	134
Юқумли касалликларда ўткир тумовнинг ривожланиши	135
Бурун бўғмаси	135
Қизамиқ	135
Қизилча	136
Грипп	136
Сурункали тумов	137
Сурункали оддий (катарал) тумов	137
Сурункали гипертрофик тумов	137
Сурункали атрофик тумов	139
Сурункали атрофик сассиқ тумов	140
Вазомотор тумов	143
Аллергик тумов	143

Бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир ва сурункали касалликлари	145
Юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши	147
Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши	148
Юқори жағ бўшлиғи кистаси	151
Фалвирсимон лабиринт катакларининг ўткир яллиғланиши	151
Фалвирсимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланиши	152
Пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши	153
Пешона бўшлиғининг сурункали яллиғланиши	154
Асосий бўшлиқнинг яллиғланиши	156
Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари хасталикларининг кўз косаси ва калла суяги ичига берадиган асоратлари	156
Кўз косасига берадиган асоратлар	156
Буруннинг ҳид сезиш хусусиятининг бузилиши	159
Буруннинг хавфсиз ўсмалари	159
Хавфли ўсмалар	161
Халқум клиник анатомияси	161
Халқум физиологияси	166
Қизилўнгачнинг клиник анатомияси	167
Қизилўнгач физиологияси	169
Халқумни текшириш усуллари	170
Қизилўнгачни текшириш усуллари	172
Халқум касалликлари	174
Халқумнинг шикастланиши	174
Қизилўнгачнинг шикастланиши	175
Қизилўнгачдаги ёт жисмлар	177
Халқум ва қизилўнгачнинг қуйиши	177
Халқум лимфоид тўқималарининг катталаниши	178
Танглай муртакларининг катталаниши	181
Халқумнинг ўткир яллиғланишлари	182
Халқум шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши – ўткир фарингит	183
Ангина ёки ўткир тонзиллит	184
Муртак атрофидаги абсцесс	185
Халқум орқа бўшлиғи абсцесси	187
Халқумнинг баъзи бир юқумли касалликларда яллиғланиши	189
Халқум бўғмаси	189
Ярали-пардали ангина	191
Баъзи бир қон касалликларида халқумнинг яллиғланиши	191
Агронулоцитар ангина	192
Алиментар-токсик алейкида муртакнинг яллиғланиши	192
Халқумнинг сурункали касалликлари	193
Халқум шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланиши	193
Сурункали фарингит	193
Сурункали тонзиллит	194
Жарроҳлик усулида даволаш	197
Сурункали тонзиллит профилактикаси	198
Халқумда учрайдиган ўсмалар	198
Бурун-ҳалқумда учрайдиган ўсмалар	199
Бурун-ҳалқум фибромаси (ўсмирлар фибромаси)	199
Халқумдаги хавфли ўсмалар	200
Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси	200
Ҳиқилдоқ тоғайлари	201

Ҳиқилдоқ бўғимлари ва бойламлари	203
Ҳиқилдоқ мушаклари	204
Лимфа системаси	206
Ҳиқилдоқ нерв системаси	207
Ҳиқилдоқ физиологияси	207
Нафас олиш фаолияти	207
Химоя фаолияти	207
Товуш ҳосил қилиш фаолияти	208
Кекирдак ва бронхларнинг клиник анатомияси	208
Бронхлар	209
Кекирдак ва бронхлар фаолияти	210
Ҳиқилдоқни текшириш усуллари	210
Кекирдак ва бронхларни текшириш усуллари	212
Ҳиқилдоқ касалликлари	213
Туғма стридор	214
Кекирдакнинг туғма нуқсонлари	214
Кекирдакнинг туғма торайиши	215
Ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланишлари	215
Ҳиқилдоқ товуш бойламлари ости шиллик қаватининг яллиғланиши	216
Сохта бўғма	216
Ҳиқилдоқ, кекирдак ҳамда бронхларнинг толали, бириктирувчи тўқимали ва пардали ўткир яллиғланиши ..	217
Ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг ўткир торайиши	218
Нафас йўлларидаги ёт жисмлар	219
Ҳиқилдоқнинг ўткир йирингли тарқоқ яллиғланиши	221
Ҳиқилдоқ ангинаси	222
Ҳиқилдоқнинг чин бўғма касаллиги (дифтерия)	222
Ҳиқилдоқ ва кекирдак торайишларини жарроҳлик усулида даволаш	223
Трахеотомия қилишда йўл қўйиладиган хатоликлар ва ундан кейинги асоратлар	224
Ҳиқилдоқнинг жароҳатланиши	225
Ҳиқилдоқнинг турмушда учрайдиган шикастланишлари ..	226
Ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари	227
Сурункали ларингит	227
Сурункали катарал ларингит	227
Сурункали гиперпластик ларингит (тўқима, аъзо ҳажмининг катталашуви)	228
Сурункали атрофик ларингит	229
Ҳиқилдоқ нерви фаолиятининг бузилиши	229
Ҳиқилдоқ мушаклари фалажи	230
Ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг сурункали торайиши (сурункали бўғилиш)	232
Ҳиқилдоқ ўсмалари	233
Хавфсиз ўсмалар	233
Хавфли ўсмалар	235
Юқори нафас йўлларидаги сурункали инфекцияли гранулемалар	236
Баъзи бир оториноларингологик касалликларда болаларни диспансеризация (назорат) қилиш	238
Рецептлар — беморга буюриладиган дорилар	249

*Дадамўхамедов Абдумалик,
тиббиёт фанлари доктори, профессор*
*Омонов Шавкат Эргашевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор*

БОЛАЛАР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯСИ

«Ўзбекистон миллий энциклопедияси»
Давлат илмий нашриёти,
Навоий кўчаси, 30

Таҳририят мудири *С. Ибрагимова*
Муҳаррирлар *Ш. Иноғомова, З. Фуломова*
Техник муҳаррир *М. Олимов*
Бадий муҳаррир *А. Ёқубжонов*

2005 й. 3.03 да босишга рухсат этилди. Қоғоз бичими 60x90 ¹/₁₆
Шартли босма табоғи 16,5+0,5 вклейка. Нашриёт ҳисоб табоғи 17,0.
Нархи шартнома асосида. 73 рақамли буюртма.

Ғафур Фулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйида босилди.
Тошкент, Усмон Юсупов кўчаси, 86.