

А. И. МҰМИНОВ

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН ҚАСАЛЛИҚЛАРИ

*Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун
дарслик сифатида тасдиқлаган*

Тошкент

Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси
1994

Мўминов Акрам Иброҳимович — тиббиёт фанлари доктори, профессор

Тақризчилар: Андижон тиббиёт олий билимгоҳи кулок, томоқ ва бурун касалликлари кафедраси мудир, профессор **А. И. Олимов**, тиббиёт фанлари доктори, профессор **С. А. Хасанов**.

Мўминов А. И.

М 99 Кулок, томоқ ва бурун касалликлари: Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун дарслик.— Т.: Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, 1994.— 157б.

Муминов А. И. Болезни уха, горла и носа.

Дарсликда муаллиф оториноларингологиянинг ривожланиш тарихи, юқори нафас йўллари ва кулок касалликларининг клиник анатомияси ва физиологиясига оид аниқ маълумотлар берган. Шу билан бирга китобда ана шу касалликларнинг олдини олишда кўриладиган амалий чоралар ҳам батафсил ёритилган. Тиббиёт олий билимгоҳлари талабаларига мўлжалланган бу дарслик ўқув дастурига мувофиқ ёзилган.

56.8я73

М $\frac{4108140000-030}{M 354(04) - 94}$ — 94

ISBN 5—638—01001—7

© Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, 1994.

СЎЗ БОШИ

Муаллиф ушбу дарсликни ўзининг кўп йиллик тажрибасига асосланган ҳолда тиббиёт олий билимгоҳлари талабалари учун ёзган. Бу дарслик талабалар билимининг назарий ва амалий ошишига ёрдам беради. Дарсликда кулок, томоқ ва бурун анатомияси, физиологиясига алоҳида эътибор берилган. Чунки оториноларингологияга оид машғулотлар ўтказилишига қарамасдан талабалар ушбу фан бўйича тўлиқ билимга эга эмаслар. Эндоскопик текширишнинг янги усулларининг ўзлаштирилиши катта аҳамиятга эга бўлди. Бу талабаларга кулок, томоқ ва бурун аъзоларини текшириш усулларини тўлиқ ўзлаштириш ва кафедра шароитида касалхонадагидек тематик машғулотлар ўтказиш имконини беради.

Касалликлар клиникаси яқин жойлашган аъзолар, айрим аъзо ва системаларнинг зарарланиши билан боғлиқ. Дарсликда кулок, томоқ ва бурун аъзолари шикастланганда ва касалланганда ошиғич ёрдам кўрсатиш масалаларига катта эътибор берилган. Шунингдек профессионал (касб-корга оид) оториноларингология, юқумли касалликларнинг кечиш хусусиятлари ана шу касалликлар патологиясининг тиш-жағ системасига боғлиқлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган. Бурунда, ҳикилдоқда, бурун олди бўшлиқларида, кулок соҳасида пайдо бўладиган ўсмаларга етарли эътибор берилган.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИГА ДОИР ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТЛАР

Табобат муваффақиятларни қўлга киритишда оғир ва машаққатли йўлни босиб ўтди. Ҳар қайси замон табобатидан бизгача турли касалликларни даволашга доир катор аниқ-равшан усуллар қолган. Шунингдек қадим юнон ёзувларида (у Ротзес 11 макбарасида топилган) турли хил

хасталикларни, шу жумладан кулоқ касалликларини даволашга доир қатор тавсиялар ёзиб қолдирилган.

Сукрот асарларида томоқ, бурун ва кулоқ касалликларини даволаш ҳақида бирмунча аниқ-равшан маълумотлар берилган. Олим суякли чиғаноқ ичида пардали чиғаноқ борлигини аниқлаган. У ҳозирги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган жарроҳлик операцияларини — кўрсаткич бармоқ билан танглай безларини ва ипак ип билан бурун бўшлиғидан полипларни олиб ташлаш каби жарроҳлик усулларини қўллаган. У кулоқ касалликларида эшитув йўлига ўсимлик мойини томизиш, кулоққа иссиқ сув шимдирилган булутчалар қўйиш йўли билан иситувчи компресслар қилишни тавсия этган.

Таниқли олим **Цельс** кулоқ касалликлари кўз касалликларига қараганда анча хатарли хасталик эканини, агар вақтида олди олинмаса хунук оқибатларга сабаб бўлиши мумкин эканини алоҳида таъкидлаган.

Араб шифокорларидан **Абу Али ибн Хусайн** (980—1037 й.) ҳам кулоқ, томоқ ва бурун касалликларини даволашнинг йўл-йўриқларини кўрсатиб берган.

Абул Қозим кулоқ қаттиқ оғриганда унинг супрасига яқин муайян нукталарни қизиқ турган темир билан куйдириш муолажасини бажаришни тавсия қилган.

Х аср охири XI аср бошларида яшаган мутафаккир олим **Абу Али ибн Сино** кулоқ, томоқ ва бурун хасталикларини даволаш йўлларини яхши билган. У консерватив ҳамда хирургик даволаш усулларини қўллаган. Унинг ана шу аъзолар анатомиясига ва физиологиясига оид таърифлари ҳозир ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган.

Ўша даврга тегишли маълумотлар асосан кулоқ, томоқ ва бурунни кўз билан кўриш мумкин бўлган бўлимларга алоқадор касалликларга даҳлдор бўлган. 1314 йилда биринчи марта Мандиноде Луцци мурдани ёришни амалга оширган. Бу одам организми тузилишини ҳар томонлама ўрганиш имконини берди. Чунончи, **Фаллопий** (1513-1582) кулоқ лабиринтини баён қилган. Бу канал олим номи билан аталадиган бўлди. **Евстахий** (у 1570 йилда вафот этган) ноғора бўшлиғининг иккала мушағини, ноғора бўшлиғини бурун-ҳалқум билан бирлаштирадиган Евстахий найини топган. **Везалий** (1513-1564) биринчи бўлиб эшитув суякчаларини, айна пайтда фақат шу суякчаларнинг иккитаси — болғача ва сандончани таърифлаган эди. 1683 йилда **Дю Варнье** биринчи марта чиғаноқ тузилишини кашф этиб, уни чолғу асбобига ўхшатди. У асосий мембрана турли узунликда бўлгани учун чиғаноқнинг товуш тонларини фарқлай олиш қобилияти бор, деб фараз қилди.

1704 йилда Вальсальва узангининг дахлиз дарчасининг четлари билан бирикиб кетиши қар бўлиб қолишга сабаб бўлиши мумкинлигини аниқлаб берган, бу ҳозирда отосклероз деб аталади. Олим бурунни ёпиб туриб, Евстахий найи ёрдамида кулоққа пуфлаб, кулоқдаги йирингни чиқариб юбориш усулини таклиф этган. Шунингдек кулоқ касалликларида хирургик даво йўллари ҳам қўллаш тавсия қилинган.

Чунончи, 1649 йилда **Риолан** эшитув найи беркилиб қолиши натижасида кулоқ эшитмай қолса ва ғувилласа сўрғичсимон ўсимтани трепанация қилиш керак, деб таъкидлаган. **Катания** (1736-1822) яратган кашфиёт отитрининг ривожланишида муҳим бир босқич бўлди, олим биринчи бўлиб кулоқ лабиринтида ҳаво эмас, балки махсус суюқлик борлигини исботлаб берди. У ички кулоқнинг сув йўлини ҳам батафсил таърифлаб берган.

1890 йили **Купер** биринчи марта парацентез — ўрта кулоқ яллиғланганда ногора пардани операция қилишни таклиф қилган.

Россияда нашр қилинган «Жарроҳликни ўқитиш бўйича қўлланма»даги каттагина боб кулоқ, бурун ва томоқ касалликларига бағишланган бўлиб, бу ана шу касалликларга оид биринчи фундаментал дарслиқдир. Бу дарслиқ муаллифи тиббий-жарроҳлик академиясининг профессори **И. Ф. Бушдир** (1771—1843). У ташқи, ўрта ва ички кулоқ касалликларини баён қилиш билан бирга бурун бўшлиғи хасталиклари ҳақида ҳам маълумотлар келтирган. Шунингдек кўпгина кулоқ, томоқ ва бурун касалликларини консерватив ва хирургик даволашга оид тавсиялар берган.

Кўриниб турибдики, тиббиёт илмида муҳим ўрин тутган оториноларингология фани узок ва машаққатли ривожланиш йўлини босиб ўтди. Оториноларингология мустақил фан сифатида ажралиб чиққунга қадар юкори нафас йўллари касалликларини терапевтлар даволадилар. Жарроҳлар эса кулоқ касалликларига ёрдам кўрсатар эдилар. Чунки айнан кулоқ касалликларида аксари ҳолларда хирургик ёрдам талаб қиладиган асоратлар кўпроқ учрайди.

Терапия ҳамда жарроҳликни оториноларингологиянинг ривожланиб шаклланишида ҳиссаси катта бўлди. Клиник тажриба, физиологик ютуқларнинг тўпланиб бориши, текширув ва даволашнинг янги усулларининг ўзлаштирилиши кулоқ, томоқ ва бурун патологиясида назарий ва амалий масалаларни керакли даражада ёритадиган ихтисосликни ажратиш заруратини туғдиради. Бунда

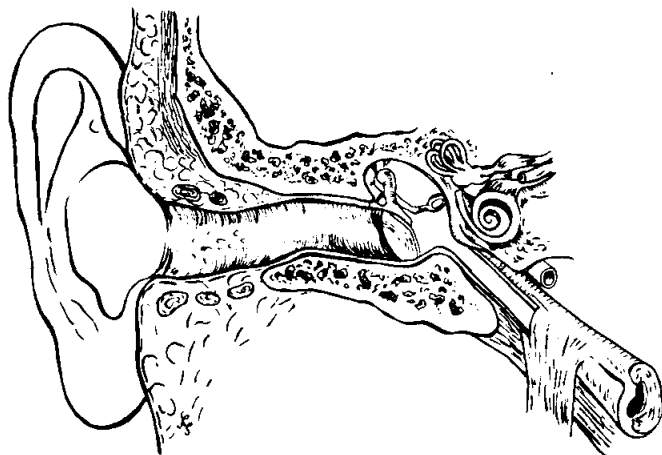
оториноларингология фанини ривожлантиришда хизматлари катта бўлди. Бунда профессорлар Л. Т. Левин, К. А. Дренова (Тошкент шифокорлар малакасини ошириш илмгоҳи), А. В. Савельев (Самарқанд тиббиёт олий билимгоҳи) ҳам катта ҳисса қўшишди.

Ҳозирги кунда Республикамизнинг тиббиёт олий билимгоҳларида ва шифокорлар малакасини ошириш илмгоҳида кулоқ, бурун ва томоқ касалликлари бўйича 7 та кафедра ишлаб турибди, кафедраларга тиббиёт фанлари доктори, профессорлар К. Д. Миразизов, А. И. Мўминов, Ғ. Т. Иброҳимов, А. Н. Додамуҳаммедов, А. И. Алимов, Т. Х. Насриддиновлар раҳбарлик қилмоқдалар.

ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҚУЛОҚ АНАТОМИЯСИ

Ташқи, ўрта ва ички кулоқ тузилиши жиҳатидан ўзаро тафовут қилинади (1-расм). Қулоқ супраси мураккаб тузилган бўлиб, икки қисмдан ташкил топган: бу пастки кулоқ юмшоғи ва тери билан қопланган тоғай қисми. Қулоқ супрасининг тоғай қисми бир қанча бурмалардан иборат. Бу бурмалар: кулоқ супраси бурмаси ва бу бурма қаршисида гажак қаршисидаги бурма кулоқ дўмбокчаси бўлади. Ана шу дўмбокча ташқи эшитув йўлига кириш жойини ёпиб туради (2-расм).



1-расм. Ташқи, ўрта ва ички кулоқ.

мановский (Россия) ва бошқа шу каби бир қатор йирик мутахассисларнинг номлари оториноларингология тарихида муносиб ўринни эгаллади. Ҳозирги вақтда оториноларингология фани юксалиб бормоқда, бунга оториноларингологларнинг амалиётда операцион микроскопдан фойдалана бошлаганликлари мисол бўла олади. Қулоқ, томоқ микрохирургиясида кўлга киритилган ютуқлар аъзолар функциясини тиклаш билан шугулланувчи хирургия имкониятларини янада оширди. Диагностика ва даволашнинг янги усулларини амалиётга татбиқ этиш, ультратовуш ва лазер нурларидан фойдаланиш оғир дардга чалинган беморларни даволаш имкониятини берди.

Атроф-муҳит ва ишлаб чиқариш омиллари таъсирида юзага келадиган карлик ва қулоқ, -томоқ, бурун аъзолари онкологияси ва шу аъзолардаги аллергия ҳолатларни, иммунитет, пластик хирургия масалаларини атрофлича ўрганиш ҳозирги замон оториноларингологиясининг диққат марказида турибди.

1922 йилдан бошлаб оториноларингология тиббиёт олий билимгоҳларида асосий фан сифатида ўқитила бошлади.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА АҲОЛИГА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШ ВА УНИНГ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ

1920 йилда Туркистон Давлат университетининг ҳозирги Тошкент Давлат дорилфунунининг очилиши ва унинг ҳузурида тиббиёт кўллиётининг ташкил этилиши Ўзбекистон ҳаётида катта воқеа бўлди. 1931 йилда эса у алоҳида Ўрта Осиё тиббиёт олий билимгоҳига айланди. 1935 йилдан бошлаб билимгоҳ Тошкент Давлат тиббиёт олий билимгоҳи (ҳозирги I ва II олий билимгоҳи) деб атала бошланди. 1930 йилда Самарқандда иккинчи дорилфунун очилиб, кейинчалик у ҳам алоҳида тиббиёт олий билимгоҳига айлантирилди. 1932 йилда шифокорлар малакасини ошириш илмгоҳи, 1954 йили Андижон тиббиёт олий билимгоҳи, 1972 йилда Тошкентда Ўрта Осиё педиатрия тиббиёт олий билимгоҳи (ҳозир эса Тошкент Давлат педиатрия тиббиёт олий билимгоҳи), 1990 йилда Бухоро тиббиёт олий билимгоҳи ташкил этилди.

Ташкил этилаётган тиббиёт олий билимгоҳларида оториноларингология клиникаларининг борлиги ана шу ихтисосликни ривожлантиришга ёрдам бермоқда. Профессорлар С. Ф. Штейн, С. Ф. Каплан, С. Г. Боржим, С. И. Шумский, И. Ю. Ласков каби олимларнинг

томоқ, бурун ва қулоқ бўшлиғини кўздан кечириш усуллариининг кашф этилиши катта ёрдам берди. Гофманнинг думалоқ кўзгуси ана шу кашфиётлардан бири бўлиб, у ёруғлик тутамини эшитув йўли ичкарасига, бурун бўшлиғига йўналтириш имконини беради. Танқли хонанда, мураббий **Маниэль Гарсио** (1855 й.) нинг таклифи ларингоскопнинг пайдо бўлишига катта туртки бўлди, у ўз томоғини кўздан кечириш учун турли товушлар шаклланган бир пайтда тиш врачлари ишлатадиган кичкина кўзгудан фойдаланган. Гарсио кўзгуни оғиз бўшлиғига киритар экан, қўлида ушлаб турган оддий кўзгу ёрдамида ўз товуш ёриғини ва товуш бойламларини кўриб турган. Бу усулдан кейинчалик томоқ касалликларини даволовчи шифокорлар ҳам фойдалана бошладилар. Чунки бу кўзгу хикилдоқни кўздан кечириш ва даволаш имконини берарди. Кейинчалик бурун бўшлиғини кўздан кечириш имконияти пайдо бўлиши билан (Чермак, 1859 й.) яна бир тармок — ринология, шунингдек отиатрия пайдо бўлди.

Ушбу учала ихтисослик Фарбий Оврупода анча вақтгача, 1914-1918 йилларга қадар алоҳида-алоҳида ўрганилган. Россияда бу ихтисосликлар анча илгари, 1893 йилда бирлашди, бу пайтда Санкт-Петербургда академик **Н. П. Симановский** мамлакатда биринчи марта оториноларингология кафедраси ва клиникасини ташкил қилди. Бу бирлашув топографик анатомия, физиология, генетиканинг ўзаро боғланиши ва ўзаро таъсири натижа-сида пайдо бўлган.

Москвада биринчи клиника 1896 йили Москва дорилфунуни хузурида очилиб Оврупо клиникалари даражасида зўр жиҳозланган эди. Унинг асосчиси 89 илмий асарлар муаллифи, қулоқ касалликлари муаммолари устида кўп вақт ишлаган **С. Ф. Штейндир**.

Оториноларингология ўзининг ривожланишида бир қанча боксични босиб ўтди. Клиника, текширув усуллари, анатомия, топография, қулоқ, томоқ ва бурун аъзолари функцияси тўғрисидаги маълумотлар тўпланиб борди. Бу босқич ўтган асрнинг деярли 60—70- йилларига қадар давом этди. Кейинчалик барча ихтисослик бўлимларининг зўр бериб ривожланиши ва амалий изланишлар, консерватив ва хирургик даволаш усуллари ёрдамида қулоқ ва бурун олди бўшлиқларининг йирингли зарарланишларида юз берган оғир асоратларини даволашга киришилди. Мутахассисларнинг шаклланишига ёрдам берадиган қўлланмалар пайдо бўла бошлади. **А. Политцер** (Австрия), **Тойнби** (Англия), **Шварц** (Германия), **Н. П. Си-**

Бундан ташқари, кулок супрасининг олдинги юзасида чукур жойлар — учбурчак ва қайикча чукурчаси бўлади. Кулок супраси одатдагидан катта — яъни макротоия ёки кичик — микроотия кўринишида бўлиши мумкин.

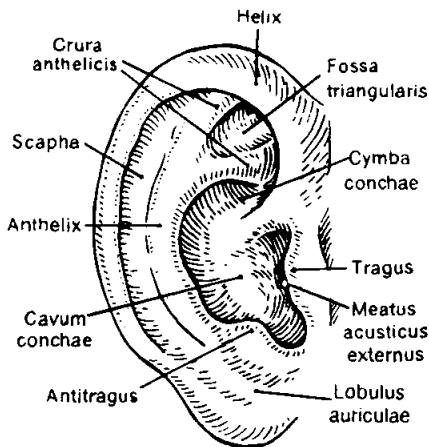
Кулок супраси воронкага ўхшаб торайиб бориб, ташки эшитув найига уланади. Ташки эшитув йўлининг диаметри турлича бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи йилида ташки эшитув йўлининг суяк бўлими бўлмайди, балки тоғай бўлими бўлади. Болаларда ташки эшитув йўлининг узунлиги 0,5—0,7 см, катталарда эса 2,5 см ни ташкил этади.

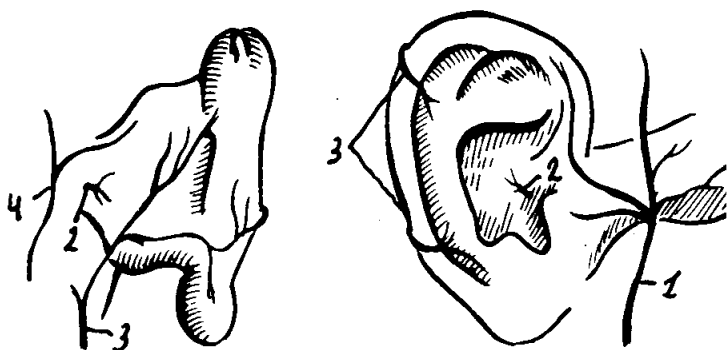
Эшитув йўлининг тоғай бўлими кулок олди сўлак беги капсуласи билан чегарадош бўлиб, унинг қуйи қисмида бир қанча кўндаланг йўналган ёриқлар бўлади. Яллиғланиш жараёни улар орқали кулок олди безларига тарқалиши мумкин. Тоғай бўлимининг тери қопламида тукчалар бўлади ва кулок олтингургурти ишлаб чиқарадиган кўпгина безлар бор. Ташки эшитув йўлининг олдинги девори иякнинг пастки бўғимига яқин жойлашган бўлади. Бу деворга чипқон чиққудек бўлса, чайнаш ҳаракатлари оғрикни баттар кучайтиради.

Ташки эшитув йўлининг суяк бўлими юпка тери билан қопланган бўлиб, тоғай бўлими чегарасида тораяди. Ет жисмлар ана шу торайиш ортига сурилиб қолганда уларни олиб ташлаш анча мушкул бўлади.

Суяк бўлимининг устки девори ўрта қалла чукурчаси билан, орқа девори эса сўрғичсимон ўсимтанинг хужайралари ва хусусан «ғор» билан чегарадош бўлади. Бу ҳол сўрғичсимон ўсимтада (мастоидит) кечадиган ўткир яллиғланишга хос бўлган белгиларидан бирининг пайдо бўлишига имкон беради, яъни бу эшитув йўлининг суяк бўлимидаги орқа-устки деворининг осилиб қолиши ва торайиб қолиши ривожланаётган периостит ҳисобига юзага келади.



2- расм. Кулок супраси.



3- расм. Ташқи кулоқ иннервацияси.

1 — n. auriculotemporalis, 2 — n. auricularis, 3 — n. auricularis magnus, 4 — n. occipitalis

Кулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг иннервацияси уч шоҳли нерв, адашган (сайёр) ва тил юткин нервлари орқали амалга оширилади (3- расм).

Ташқи кулоқ ташқи уйқу артерияси тармоқлари ҳисобига қон билан таъминланади. Лимфа ташқи кулоқ соҳасидан сўрғичсимон ўсимта соҳасида (чўққисида) жойлашган тугунларга, шунингдек кулоқ супрасида олдинда жойлашган тугунларга оқиб кетади. Шу тугунларнинг эшитув йўли терисининг яллиғланиши туфайли юз берадиган шишуви ва оғриғини жиддий касаллик мастиодит деб ўйлаш мумкин.

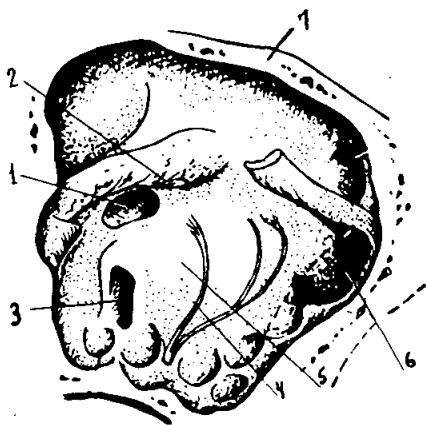
Ўрта кулоқ системаси учта ўзаро боғланган қисм — эшитув найдан, ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсимтанинг ҳаво ҳужайраларидан иборат. Бу бўшлиқларнинг ҳаммаси яхлит шиллик парда билан қопланган бўлиб, яллиғланишда ўрта кулоқнинг барча бўлимларида тегишли ўзгаришлар юз беради.

Ноғора бўшлиғи — ўрта кулоқнинг марказий бўлими бўлиб, ҳажми қарийб 1 см^3 тенг ва мураккаб тузилгандир. Унинг олти девори фарқланади. Ташқи девори ноғора пардадан иборат бўлиб, фақат унинг юқори қисми қисман аттикнинг ташқи деворидан ташкил топган. Олдинги деворидан ички уйқу артериясининг суяк канали ўтади. Олдинги деворнинг юқори бўлимида эшитув найга олиб борувчи тешик бор. Ноғора пардани таранглаштирувчи мушак танаси ана шу ерда жойлашган.

Пастки девори бўйинтурук венасининг пиёзчаси билан чегарадош. Айрим ҳолларда бўйинтурук венаси ноғора бўшлиғига бўртиб чиқиб, эшитувнинг пасайишига сабаб бўлади. Орқа девори сўрғичсимон ўсимта билан чегара-

ланган. Унинг юқори қисмида сўргичсимон ўсимтани катта хаволи хужайра билан (антрум) туташтирувчи йўл бор.

Ноғора бўшлиғининг медиал (лабиринт) девори чўзинчок шаклдаги бўртма билан қопланган бўлиб, у чиганокнинг асосий гажагига мос келади (4-расм). Орқа томонда ва дўнгдан бироз юқорида дахлиз дарчаси, орқада ва ундан пастроқда чиганок дарчаси бор. Дахлиз дарчаси

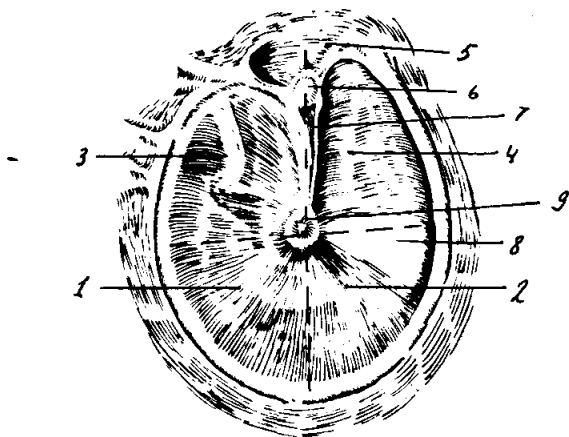


4-расм. Ноғора бўшлиғининг медиал девори.

1 овал дарча, 2 - п. facialis жойлашган Фаллолий канали, 3 думалок дарча, 4 - тимпанал нерв тугуни, 5 бўртмача, 6 - Евстахий найнга кириш жойи, 7 ноғора бўшлиғининг томи.

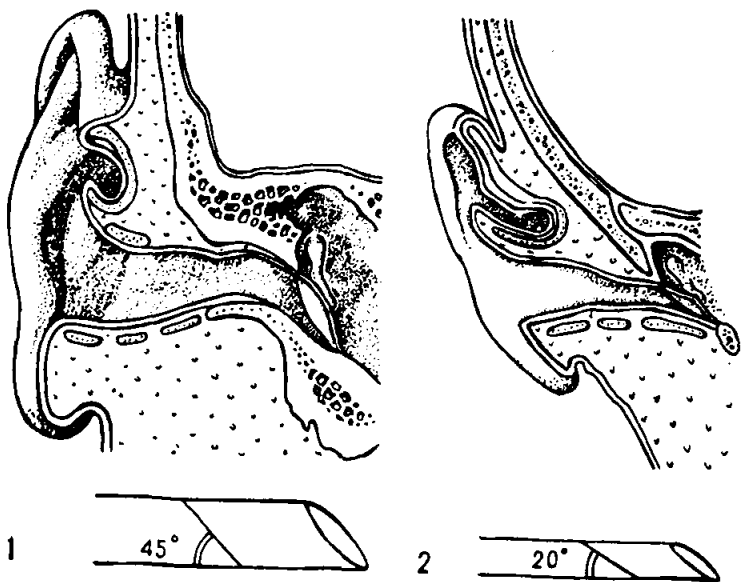
узангисимон суякнинг асоси билан беркилган, чиганок дарчаси эса юпка иккиламчи ноғора парда билан ёпилган. Медиал деворнинг юқори чеккаси бўйлаб юз нервининг канали ўтади. Орқага йўналишида у дахлиз дарчасининг нишаби билан чегараланиб, кейин пастга буриладида, ноғора бўшлиғи орқа деворининг қалинлигида жойлашади. Канал бигиз-сўргичсимон тешик билан тугалланади. Юқори девор ўрта қалла чуқурчаси билан чегарадош бўлади.

Ноғора пардаси «ўрта қулоқ кўзгуси» ҳисобланади, яъни парда кўздан кечирилганда кузатиладиган ўзгаришлар ўрта қулоқ бўшлиқларида жараёнлар борлигидан гувоҳлик беради. Шу сабабли ўрта қулоқда кечадиган бу жараёнларнинг ноғора пардада из қолдириши, баъзан беморда умр бўйи сақланади, парданинг чандикли ўзгаришлари унинг у ёки бу бўлимининг тешилиши (перфорацияси), оҳакли тузлар тўпланиши, ўсмалар шулар қаторига қиради. Ноғора парда юпка, гоҳо ярим шаффоф парда (мембрана) бўлиб, у икки қисм: каттаси — таранглашган ва кичиги — таранглашмаган қисмдан иборат (5-расм). Таранглашган қисми уч қават ташки (эпидермал), ички (ўрта қулоқнинг шиллик пардаси), ўрта (фиброз) қисмдан иборат. Охиргиси радиал ва циркуляр йўналган, ўзаро чамбарчас, чатишиб кетган талайгина толалардан ташкил топган. Таранглашмаган қисми фақат икки қисмдан иборат бўлиб, унда фиброз қатлам бўлмайди.



5- расм. Ногора парда.

1 — олдинги — пастки квадрант, 2 — орка пастки квадрант, 3 — олдинги — юкори квадрант, 4 — орка — юкори квадрант, 5 — ногора парданинг таранглашмаган қисми, 6 — болгачанинг калта ўсимтаси, 7 — болгача дастаси, 8 — ёруғлик конуси, 9 — ногора парда киндаги.

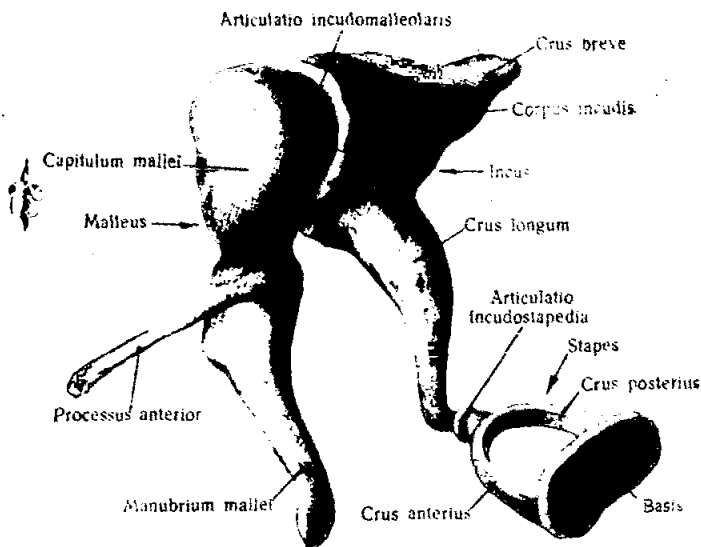


6- расм. Катта киши (1) ва чакалоқ (2) нинг ташқи қулоғи. Ногора парданинг болада ва катта кишида эгаллаган вазияти.

Қатта ёшли кишиларда ноғора парда ташки эшитув йўлининг пастки деворига нисбатан 45° бурчак остида жойлашиб, болаларда эса бу бурчак бундан ҳам ўткирроқ, яъни 20° ни ташкил этади (6-расм). Бу ҳол болаларда ноғора парда кўздан кечирилганда кулоқ супрасини пастга ва орқага тортиб туришга тўғри келади.

Ноғора парда юмалоқ шаклда бўлиб, диаметри қарийб 0,9 см дир. Нормада ноғора парда кулрангсимон ялтироқ тусда бўлиб, ноғора бўшлиқ томон бирмунча ботган бўлади, шунингдек унинг марказида ботик жой бўлиб, у «киндик» деб аталади. Ноғора парданинг барча бўлимлари эшитув йўли ўкига нисбатан бир текисликда бўлмайди. Парданинг олдинги-орқа бўлимлари ташки эшитув йўлига нисбатан перпендикуляр жойлашади. Шу сабабли ноғора парда ёруғликка қаратиб кўздан кечирилганда ана шу жойдан акс этиб, ёруғлик нури — ёруғ конусни ҳосил қилади. Ноғора парда нормал ҳолатда бўлганда у ҳамма вақт бир вазиятни эгаллайди. Бу ёруғ конус билдирув ва диагностик аҳамиятга эга. Бундан ташқари, ноғора пардадаги болғача дастасини ажрата билиш керак, у олдиндан орқага ва тепадан пастга йўналган бўлади. Ёруғлик конуси ва болғача дастаси ҳосил қилган бурчак олдинга қараб очилиб туради. Бу, суратда ўнг пардани чапдагисидан фарқ қилиш имконини беради. Болғача дастасининг юқори бўлимида кичкина дўнгча (олдинги ва орқадаги) бўлиб, уни бошоқ донига ўхшатишади, бу болғачанинг калта ўсимтасидир. Ундан олдинга ва орқага бурмалар кетади, улар парданинг таранглашган қисмини таранглашмаганидан ажратиб туради. Қулайлик учун, парданинг турли жойларида у ёки бу ўзгаришларни аниқлаш учун уни 4 та квадратга: олд-юқори, олд-пастки, орқа-юқори ва орқа-пастки квадрантларга бўлиш расм бўлган. Бу квадрантлар шартли равишда болғача дастаси орқали келадиган чизик ўтказиш ва парда киндиги орқали келувчи биринчига перпендикуляр қилиб ўтказилган чизик йўли билан ажратилади.

Ноғора бўшлиғида болғача, сандон ва узангидан таркиб топган эшитув суякчаларининг занжири жойлашган (7-расм). Бу занжир ноғора пардадан бошланиб, даҳлиз дарчаси билан тугалланади, бунга узангининг бир қисми — унинг асоси кириб туради. Суякчалар ўзаро бўғимлар билан бирлашган ва иккита антагонист — мушаклар: узанги мушаги қисқарганда узанги асосини даҳлиз дарчасидан «тортиб» олади, ва ноғора пардани таранглаштирувчи мушак эса, аксинча, узангини ана шу



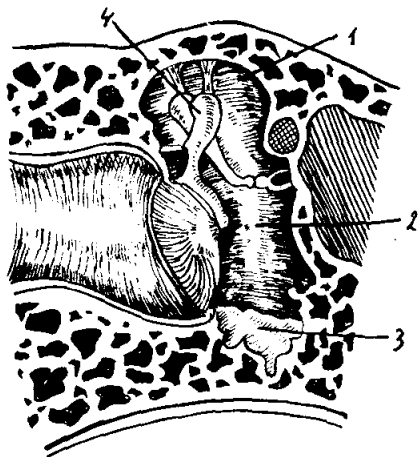
7- расм. Эшитув суякчалари.

дарчага киритиб кўяди. Мушаклар ҳисобига эшитув суякчалари бутун тизимининг жуда сезувчан динамик мувозанати яратилади. Бу, кулокнинг эшитиш функцияси учун ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга.

Катта ёшли одамларда эшитув найининг узунлиги 3,5 см бўлиб, иккита бўлим — суяк ва тоғай бўлимларидан иборат. Эшитув найининг юткин тешиги юткин-бурун қисмининг ён деворида, пастки бурун чиғаноқларининг орқа охирлари дамида очилади. Най бўшлиғи ҳилпилловчи эпителийси бўлган шиллик парда билан қопланган. Унинг тукчалари юткиннинг бурун қисми томон ҳаракат қилади. Бу ўрта кулок бўшлиғига инфекциялар тушишидан сақлайди. Ҳилпилловчи эпителий найининг тозаловчи (дренажловчи) функциясини таъминлайди. Най ёриги ютиниш ҳаракатида очилиб ташки муҳит билан ўрта кулок бўшлиғи орасидаги босим тенглашади. Бу ҳол эшитув аъзосининг нормал ишлаб туриши учун жуда ҳам муҳимдир. Икки ёшгача бўлган болаларда эшитув найи катта ёшдагиларга қараганда бирмунча калтароқ ва кенг бўлади.

Сўрғичсимон ўсимтаниннг ҳаволи хужайралар тизими ҳар хил ривожланган бўлиб, шу сабабли сўрғичсимон ўсимталар тузилиши пневматик, склеротик, диплоэтик ва аралашган хилларга фарқланади.

«Ғор» (антрум) — катта хужайра бўлиб, ноғора бўшлиқ билан бирлашади. «Ғор» орқа калла чуқурчаси, сигмасимон синус ва ташқи эшитув йўли билан чегарадош бўлади. Унинг орқа девори орқали юз нерви канали ўтади. Шунинг учун «ғор» деворидаги деструктив жараёнлар — чегарадош соҳаларда оғир асоратлар қолдириши мумкин. Катта ёшдаги одамда «ғор» 2,5 см чуқурликда, ҳаётининг дастлабки йилини яшаётган болаларда эса сўрғичсимон ўсимта сатҳига яқин жойда жойлашган бўлади.



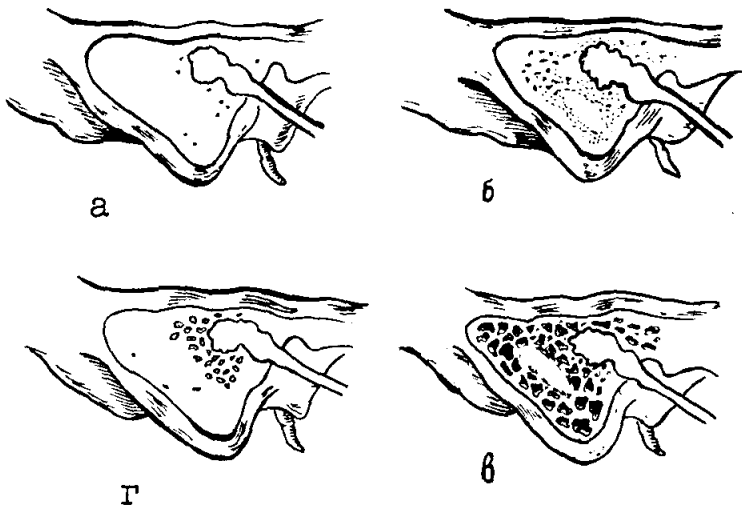
8- расм. Ноғора бўшлиғи.

1 — ноғора бўшлиғининг юқори бўлими, 2 — ноғора бўшлиғининг ўрта бўлими, 3 — ноғора бўшлиғининг пастки бўлими, 4 — эшитув суякчалари занжири, бойламлар.

Чакка суяги юзасидаги — «ғор» чизиги Шипо учбурчаги ичида бўлади (8- расм).

Ўрта қулоқнинг шиллик пардаси мукоперност бўлиб, унда деярли безлар бўлмайди. Лекин улар метаплазия ҳодисалари ҳисобига яллиғланиш касалликларида пайдо бўлиши мумкин.

Ўрта қулоқ шиллик пардасининг иннервацияси жуда мураккаб бўлади. У лабиринт деворида тил-юткин нервдан бошланувчи ноғора нерви толаларидан таркиб топган нерв чигали, шунингдек ички уйқу артерияси деворидан келувчи симпатик нерв толаларидан иборат. Ноғора нерви ноғора бўшлиғининг юқори девори орқали майда тошсимон неј в кўрнишида бўлиб, қулоқ олди безига яқинлашади ва уни парасимпатик толалар билан таъминлайди. Бундан ташқари, ўрта қулоқнинг шиллик пардаси уч шохли нерв толаларидан иннервация олади, бу ўткир ўрта отитда кучли оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади (9- расм). Ноғора тори ноғора бўшлиғидаги юз нервдан узоклашганда ундан тошсимон-ноғора ёриғи орқали чиқиб, тил нервига қўшилиб кетади. Ноғора тори ҳисобига тилнинг учдан икки қисмида шўр, аччиқ ва нордон таъм сезилади. Бундан ташқари, ноғора тори жағ ости ва тил ости сўлак безларини парасимпатик толалар билан таъминлайди. Юз нервдан узанги мушагига кичик

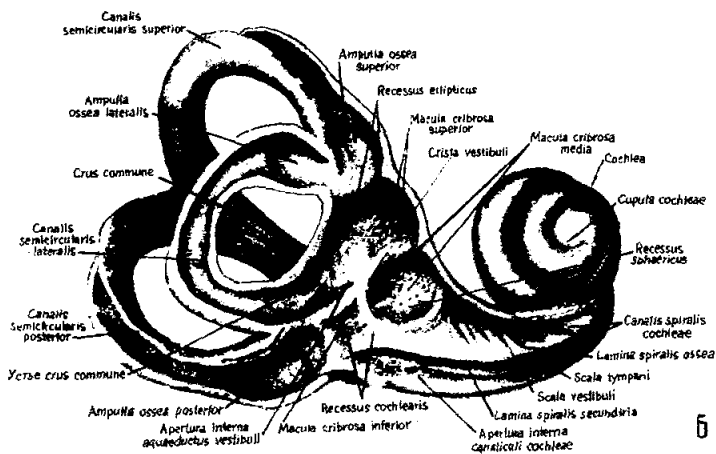
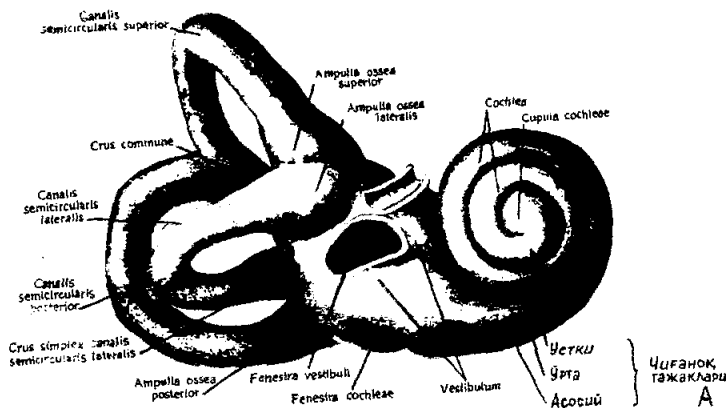


9- расм. Сўрғичсимон ўсимта хиллари.

а — склеротик, б — диплотик, в — аралаш, г — пневматик.

«шоҳча» бошланиб, унинг горизонтал тиззачаси бошида чакка суяги пирамидасининг устки юзасига чиқадиган кичкина «шоҳча» — кўз ёши безини парасимпатик толалар билан таъминлайдиган катта тошсимон нерв бошланади. Юз нервнинг ўзи бигиз-сўрғичсимон тешик орқали чиқиб, «катта ғоз панжаси»нинг толалар тўрини ҳосил қилади. Юз нерви қулоқ олди сўлак беzi капсуласи билан узвий боғланиб туради.

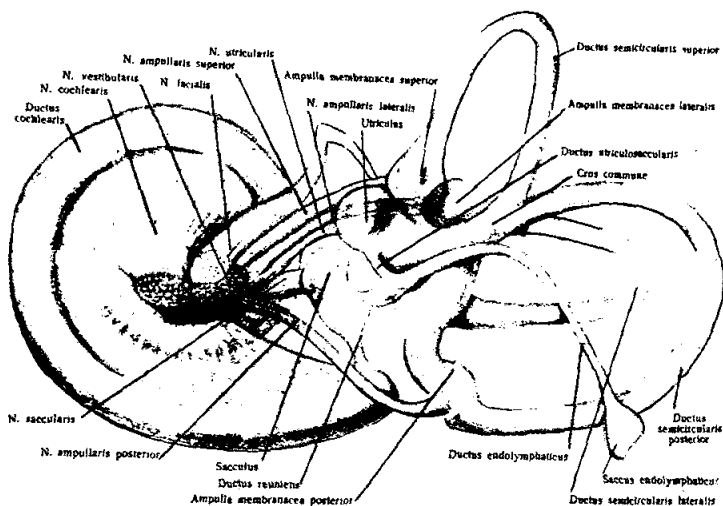
Ички қулоқ зич суяк қобиғи билан ўралган бўлиб, у лабиринт деб аталади. Лабиринтда марказий бўлим (дахлиз), учта ярим доира канал ва чиғанок тафовут қилинади (10- расм). Суяк лабиринти ичида пардали лабиринг жойлашган (11- расм). Чиғанок, ўзаги атрофида 2,5 марга айланган суяк каналидан иборат. Ана шу ўзакдан чиғанок бўшлиғига юпқа суяк пластинкаси чиқиб туради. Унинг устки юзасида ундан Рейснер мембранаси кетадиган спирал лимба, пастки юзасида эса базал (асосий) мембрана жойлашган. Чиғанокнинг кўндалағ кесими учта бўшлик: устки — вестибуляр зинапоя, ўрта — чиғанокли канал, пастки — ноғора зинапоясидан иборат (12- расм). Вестибуляр зинапоя чўзинчок дарчадан бошланиб, чиғанок чўккисидан ноғора зинаси тешиги билан боғланиб, думалок дарча мембранаси билан тугайди. Бу зиналар суюклик — перилимфа билан тўлган бўлиб,



10- расм. а — кулоқнинг суяк лабиринти. б — кулоқ лабиринти (қосими).

у таркиби жиҳатидан тана тузилмаларининг бошқа экстарцеллюляр суюқликларига ўхшаб кетади.

Пардали чиғанок бир қадар мураккаб тузилган. Қўндаланг кесимида у учбурчак шаклда бўлиб, унинг юқори девори Рейснер мембранаси, пасткиси — базал, ташки девори — томир тизимчаси ва бурама бойламдан иборат. Пардали чиғанок ичида суюқлик — эндолимфа айланиб юради, у перилимфадан калий ионларининг юқори



11- расм. Парда лабиринт.

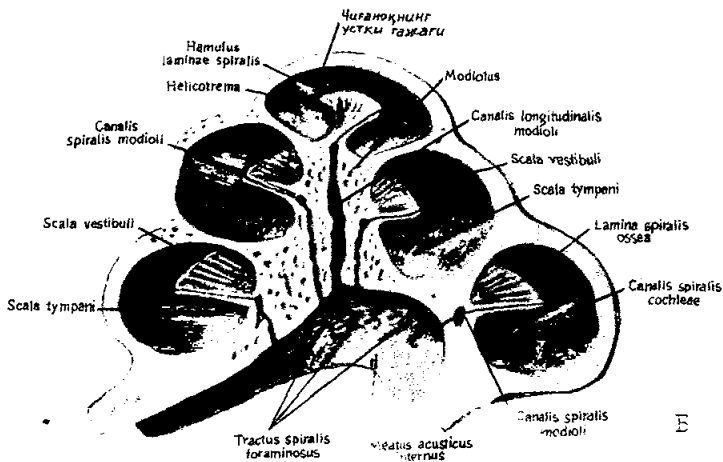
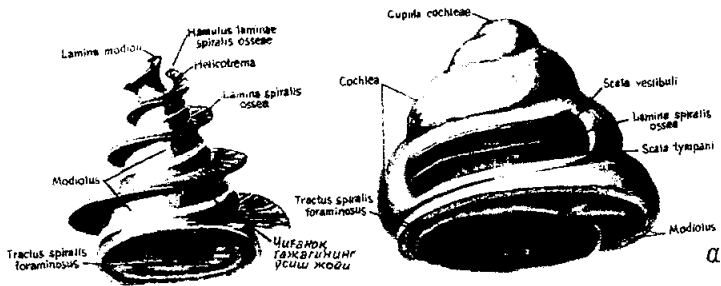
концентрацияси ва натрий ионларининг паст концентрацияси билан фарк қилади.

Базал пардада бурама аъзо (13- расм) жойлашган. У юкори дифференциаллашган рецепторлар ҳисобланган майда тукли хужайралардан иборат. Кўзасимон шаклли, ички тукли хужайралар (улар бир қаторни эгаллайди) ва цилиндр шаклидаги ташки тукли хужайралар (улар бурама аъзонинг турғунлигини таъмин этади) фарк қилинади.

Ташки майда тукли хужайралар Дейтерснинг уч қатор таянч хужайралари (булар Клаудиус хужайралари орқали кутбли эпителийга айланади) билан қувватлаб турилади. Ички тукли хужайралар фалангали чегарадош хужайралар билан ўралган бўлади.

Тукли хужайралар эшитув нервининг афферент ва эфферент толалари билан иннервация қилинади. Марказий эшитув ўтказиш йўллари чўзинчоқ миядан мия чакка бўлагининг пўстлоғигача етиб боради.

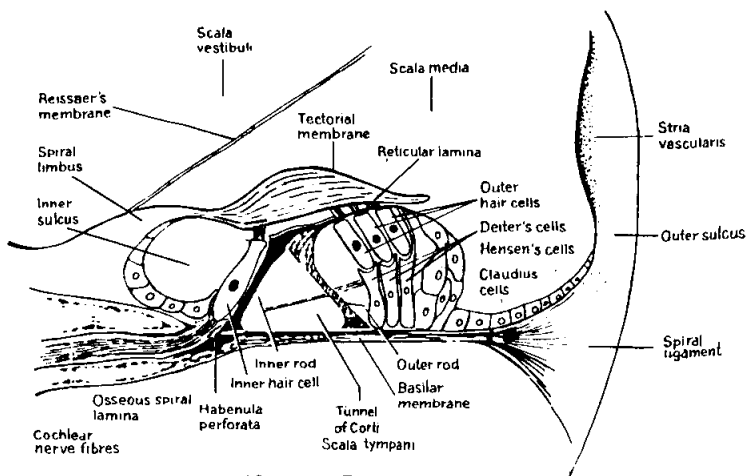
Суяк даҳлизи кичик, деярли сферик шаклдаги, ҳажми қарийб тўртдан бир куб см келадиган бўшлиқдир. Унинг олдинги деворида тешик бўлиб, у чиғонок даҳлизи зинасига олиб боради, шунингдек латерал девор ҳам бўлиб, у ногора бўшлиғига караган бўлади. У деярли бутунлай даҳлиз дарчасининг нишаби билан банд бўлиб, унда узанги асоси жойлашган. Медиал деворда иккита



12- расм. а — суяк чиғаноғи, б — чиғаноқнинг кўндаланг кесими.

унча катта булмаган эллиптик ва сферик чуқурча бор, уларда даҳлиз копчалари жойлашган. Даҳлизнинг орқа деворида даҳлизни учта доира каналлари билан бирлаштирувчи 5 та тешик кўриниб туради.

Суякли ярим доира каналлари учта ўзаро перпендикуляр сатҳларда жойлашган бўлиб, улар горизонтал, сагиттал ва фронтал сатҳларга яқин туради. Уларнинг муайян номлари бор — «ташки» ярим доира канал, унинг дўнгги лабиринтнинг бошқа бўлимларидан латералроқ жойлашган. Уни шунингдек «горизонтал» канал деб ҳам аталади, чунки у ана шу текисликка яқин туради. «Юқори» ёки фронтал канал ва орқадаги сагиттал ярим доира каналлар ҳам худди шундай аталади. Фақатгина ташки каналнинг мустақил «оддий суяк оёқчаси» бўлиб, олдинги



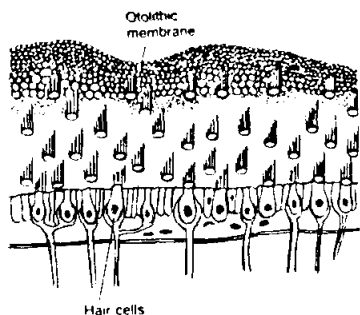
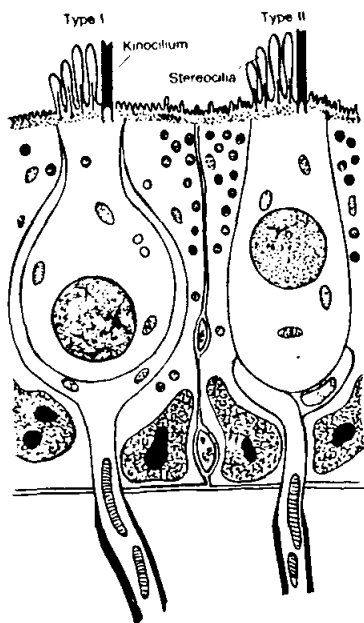
13- расм. Бурама аъзо.

ва орқадаги каналлар умумий оёқчага эга бўлади. Каналларнинг ҳар бирида, бундан ташқари, кенгайиб борувчи ампуляр оёқча бўлади. Шу сабабли, даҳлизнинг орқа деворида учта каналга олиб борувчи 5 та тешик кўришиб туради.

Пардали лабиринт суяк лабиринти контурларига ўхшаб кетади. Унда пардали чиғанокда бўлгани сингари, эндолимфа суякли лабиринт билан пардали лабиринт орасида перилимфа бор. Даҳлизнинг саккулус ва утрикулус халтачалари пардали лабиринт элементлари бўлиб ҳисобланади. У биринчи пардали чиғанок орқали торгина каналча билан бириккан бўлиб, иккинчи ярим доира каналлар ампуласи билан бирлашгандир. Иккала пардали йўллар билан бириккан эндолимфатик халтача бир-бирига пардали йўллар — даҳлиз сув йўлига айланади ва халтача бўлиб тугалланади (эндолимфатик халтача). У орқа қалла чуқурчасида чакка суяги пирамидасининг орқа юзасида жойлашган. Перилимфатик бўшлиқ чиғанокнинг сув йўли орқали субарахноидал бўшлиқ билан алоқа қилади.

Даҳлиз халтачаларида нейроэпителлий хужайралари жойлашган, айти пайтда утрукулусда улар горизонтал сатҳда, саккулусда — сагиттал текисликка яқин жойлашади.

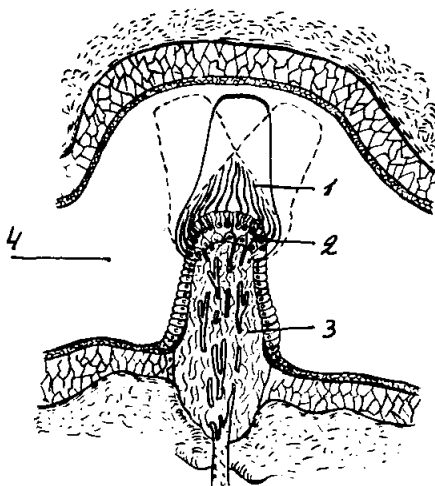
Даҳлиз халтачаларининг рецептор бўлими нейроэпителлий хужайралари ҳисобланган тукли хужайралардан иборат бўлади. Уларнинг туклари хужайра юзасидан кўтарилиб туриб, желесимон субстанцияга кириб, унда анча куюк тўр ҳосил қилади, ана шу тўр ковузлокларида



14- расм. Отолит аппарат.
1- колбасимон хужайра (I тили), 2 — цилиндрик хужайра (II тили).

микроскопик кристаллар бўлади (отолитлар), улар сирка кислотали кальцийдан ташкил топган (14- расм).

Ярим доира каналларининг нейрозэпителийси хар бир каналнинг кенгайган ампуляр қисмида жойлашади. Бу ерда ампуляр тож кўринишидаги бўсаға бўлади, унда нейрозэпителийнинг жуда юпқа ипларидан тузилган пиллакчалар эндолимфа билан қопланган купула жойлашган (15- расм).



15- расм. Ампуляр тож.

1 — ампуляр дастача, 2 — сезувчан хужайралар, 3 — ампуляр тож, 4 — эндолимфа.

Рецептор ҳужайралар иннервацияси вестибуляр ганглиянинг периферик ўсимталари орқали амалга оширилади. Вестибуляр нерв толалари узунчоқ миянинг тўртта вестибуляр ўзаги билан алоқа қилади. Вестибуляр ўзақлар афферент ва эфферент боғлари борлиги туфайли марказий асаб системасининг кўпгина тузилмалари билан алоқа қилади. Вестибуляр анализаторнинг марказий қисми чакка соҳасида бўлади.

ҚУЛОҚ ФИЗИОЛОГИЯСИ

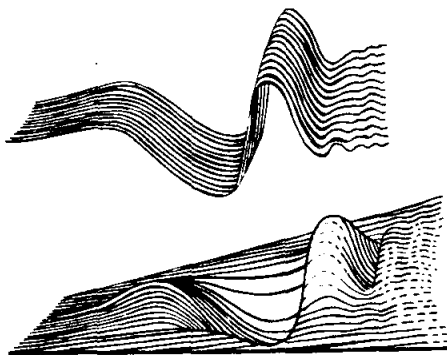
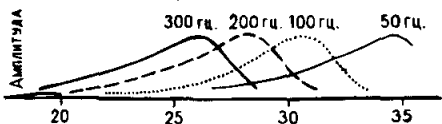
Ноғора парда эшитув йўлидаги ҳаво устуни тебранишларини ушлаб қолади ва у товуш кучини ютмаганидан (унинг резонанс хусусияти борлигидан) эшитув суюқчаларининг бошқарув системаси томонидан кучайтирилган товуш тебранишлари дахлиз дарчасига қарийб 36 марта кучайтирилган ҳолда эшитилади, бу — товуш энергиясининг бир қадар зичлиги кам бўлган (ҳаво зичлиги) муҳитдан бирмунча зичроқ муҳитга — перилимфага келади. Ана шу системанинг сезувчанлиги шунчалик кучли бўладики, бунда у ноғора парда диаметрининг юздан бир бўлагининг тебранишларини юзага келтирувчи товуш таъсиротларини қабул қила олади. Ички қулоқ эса таъсиротларни акустик силжишлар оқими билан қабул қилади, бунда суриладиган ҳажм эритроцитлар ҳажмига тенг бўлади. Ички қулоқдаги суюқлик иккала дарча мембраналари ҳаракатчан бўлган ҳоллардагина ҳаракатланади. Узангининг дахлиз дарчасида ёки мембрананинг чиғаноқ дарчасида силжишига тўсқинлик қиладиган шарт-шароитлар юзага келгудек бўлса, перилимфа ҳаракатланмайди, натижада товуш ўтказиш системасининг бузилишига алоқадор карлик юзага келади (16- расм, А).

Ноғора парда товуш тебранишларини ушлаб қолишдан ташқари, «экран» вазифасини ҳам бажариб, у чиғаноқ дарчаси мембранасини биринчи босқичдаги тўлқинининг унга бевосита таъсир кўрсатишидан ҳимоя қилади. Бордю, пардада нуқсон топилгудек бўлса, товуш тўлқини иккала дарчага бир хил кучда таъсир қилади, бу перилимфанинг дахлиз дарчасидан чиғаноқ дарчасига қараб ҳаракат қилиш қобилиятини камайтиради.

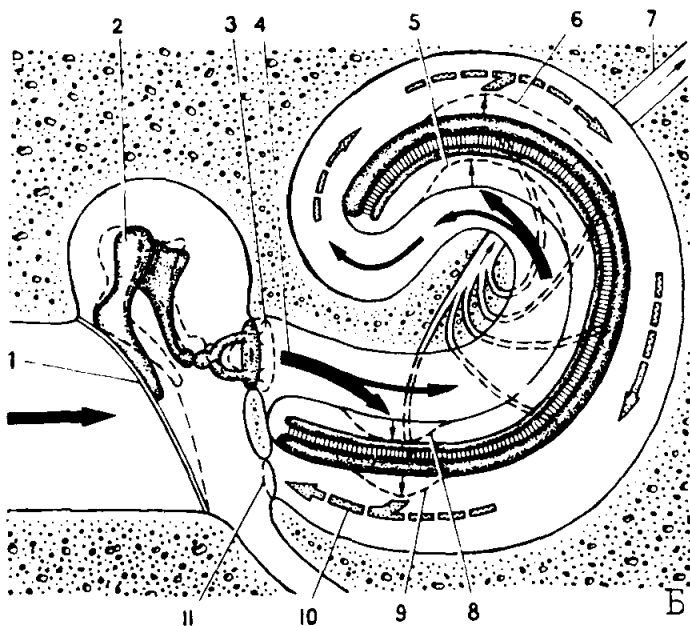
Товуш энергиясини ички қулоқнинг рецептор бўлимига оптимал даражада ўтказиш учун товуш босими вестибуляр дарчага чиғаноқ дарчасига қараганда 60 марта кучлироқ таъсир кўрсатмоғи лозим. Буни маълум даражада ноғора парданинг айнан экранловчи ролига хос дейиш мумкин.

16- расм. а — Товуш ўтка-
зишда ички қулоқ суюқли-
гининг ҳаракатланиши,
б — Товушни қабул қи-
лиш схемаси.

1. Ногора парда, 2. Болғача,
3. Узанги суюқлигининг асоси, 4. Дах-
лиз нарвончасида суюқлик - пери-
лимфа ҳаракати, 5. Перилимфани
босими остида чиганок йўлининг
дахлиз деворини юқори қисмини
эзилиши, 6. Эндолимфа босими
остида чиганок йўлининг ногора
деворини бўртиши (паст товуш
таъсирида), 7. Қопловчи парда ва
чиганок йўлининг бир вақтдаги
ҳаракати туфайли туқли ре-септор-
ларда эзилиш бўлиб ҳосил булган
қулоқнинг яшиғини нервига ушати-
лади, 8. Чиганок йўлининг дах-
лиз девори қисмини бүкилиши,
9. Чиганок йўлининг ногора девори
қисмини бүкилиши (юқори то-
вушда), 10. Ногора нарвончасида
суюқлик устуни (перилимфа) ҳа-
ракати, 11. Чиганок дарчаси.
Б. Ҳаракатланувчи туқли ҳолида-
ги чиганок йўли асосини мембрана-
сининг тебраниши (ёқеки бўйича).



а



б

Бундан ташқари, Қорти аъзосининг товуш энергиясига эришишига тўсқинлик қиладиган қатор омиллар мажмуаси «товуш импеданси» сифатида белгиланади. Қулоқнинг товуш ўтказувчи аппарати таркибига кирувчи анатомик тузилмалар нисбатан оғир бўлгани учун кам ҳаракатчан бўлади.

Маълум бўлишича, товуш импеданси товуш паст-баландлиги турлича бўлганда хилма-хил бўлади. Импеданс, товушга қаршилиқ $800=100$ Гц ли товуш учун бир қадар кам ифодаланган, шу сабабли, қулоғимиз ана шу частотадаги товушларга кўпроқ сезгир бўлади.

Ўрта қулоқ мушаклари товушларнинг ўтказувчанлигига таъсир қилиши, шунингдек чиғаноққа етиб келадиган товуш кучлилигини камайтириши мумкин. Бошқа томондан, бу мушаклар суяк занжирининг қаттиқлигини ошириб, баланд товушларнинг ўтказувчанлигига тўсқинлик қилади, бу товушлар паст товушлардагига қараганда кўпроқ ахборот ўтказиб туради. Ўрта қулоқдаги мушак рефлекслари эшитиб туришда ва диққат-эътибор беришда зарур бўлиши мумкин.

Ташқи тукли хужайралар товуш сезгилари мажмуасини таъминлайди, деб ҳисобланади. Бундан ташқари, ташқи хужайралар кучсиз товушларни, ичкаридагилари эса — кучли товушларни қабул қилади. Айни пайтда шу нарса қайд этилганки, ташқи хужайралар заиф бўлиб, уларнинг функцияси ички қулоқнинг турли патологик ҳолатларида ички хужайралардагига қараганда анча барвақт зарарланади, яъни касал кучсиз товушларни яхши эшитмайди. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, тукли хужайралар ана шу хужайраларни ўраб турадиган эндолимфадаги кислород етишмовчилигига жуда ҳам сезгир бўлади. Айни пайтда бурама аъзода механик энергиянинг биоэлектрик энергияга айланиши содир бўлади. Паст товушлар асосий мембрана тебранишини бутун узунлиги бўйлаб (чиғаноқнинг асосий гажагидан то чўққисигача) келтириб чиқарса, баланд товушлар тебранишнинг асосий гажаги соҳасида юзага келтиради, бу ерданинг толалари қалтарок бўлиб, таранглиги ва қаттиқлиги геликотремага қараганда 100 баравар ортиқ бўлади (16- расм, Б).

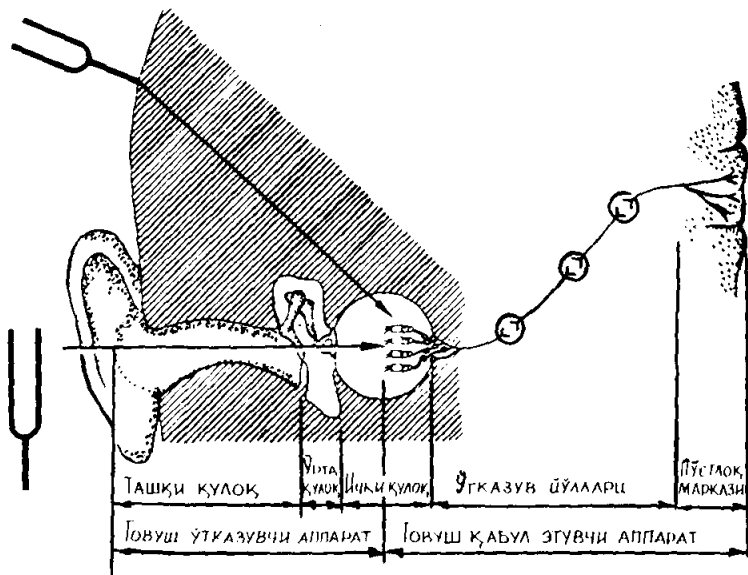
Мавжуд назарияларга кўра, турли частотали товушлар асосий мембрананинг муайян жойларгагина таъсир қилиши мумкин, бу — қулоқнинг товуш частотасини фарқ қилиш ва ташқаридан келадиган мураккаб товушларни бўлиб ташлаш хусусияти билан изоҳланади. Шундай қилиб, бурама аъзо детектор каби ишлаб ташқи товуш энергияси-

нинг муайян турига жавоб беради ҳамда эшитиладиган товушни нервнинг қўзғалиш жараёнига айлантирадиган трансформатор сифатида ҳам ишлайди.

Товуш энергияси ички қулоққа ҳаво йўли (ташки эшитув йўли, ноғора парда ва эшитув суякчалари занжири) билан ҳам, тўқима йўли билан (калла суяклари баланд товушлар таъсири асосида вибрация килиб, ички қулоқ суяк лабиринти деворининг компрессияси ҳисобига перилимфа ҳаракатланишини келтириб чиқаради) ҳам киради, шу сабабли, «ҳаво» ва «тўқима» ўтказувчанлигини аниқлашнинг иккита усули мавжуд.

Ҳаво ўтказувчанлигининг ҳолати эшитув йўли, ноғора парда, эшитув суяклари занжири, лабиринт дарчалари ва ички қулоқнинг функционал қобилиятдан, тўқима ўтказувчанлигининг ҳолати эса (товушлар товуш ўтказувчи механизмининг четлаб ўтиб, бурама аъзога келади) рецептор аппарати, эшитув нерви, анализаторининг марказий бўлимининг функционал хусусиятидан дарак беради (17-расм).

Ҳозирги замон маълумотларига кўра, вестибуляр аппарат статик ва инерцион ориентация системаларини ўз ичига олади. Бу системалар гавданинг фазодаги



17-расм. Эшитув аъзосининг товуш ўтказувчи ва товуш қабул қилувчи бўлимлари.

вазиятнини сақлашни, ҳаракатнинг тегишли турларида чизиқли ва бурчакли тезлашувини аниқлашни таъмин этади. Тезлашув ҳақидаги маълумотларни интеграллаш ҳаракат тезлиги ҳақидаги ахборотни, тезликни интеграллаш эса босиб ўтилган йўл тўғрисида тасаввур беради. Шундай қилиб, вестибуляр аппарат етарлича уюшган нерв системаси билан алоқадор бўлиб, кишига унинг фазодаги статик вазияти ҳақидаги ахборотнигина эмас, балки унинг ҳаракат қилиши тўғрисидаги маълумотларни ҳам беради. Ярим доира каналлар системаси айланма ҳаракатни таъминлайди. Эндолимфа ва купула устунининг сурилиши билан айланма ҳаракатга жавоб берувчи эндолимфатик система ҳисобланган купула ярим доира каналнинг инерцион занжири ҳисобланади. Купуланинг сурилиши унга алоқадор сезувчан хужайраларининг тукли аппарат деформациясини ва бу сурилишнинг оқибат-натижаси сифатида нерв импульси генерациясини келтириб чиқаради.

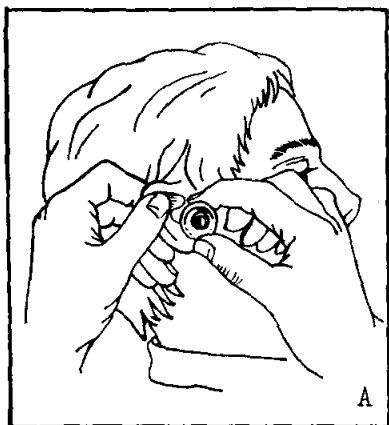
Отолит аппарати ернинг тортиш кучи ва тўғри чизиқли ҳаракат йўналишини таъминлайди. Тинч турганда ёки бир текис тўғри чизиқли ҳаракат қилинганда одамнинг вертикал ҳолати гравитацион вертикалга мос келади ва отолит рецепторлари ернинг тортиш кучинигина қабул қилади. Ҳар қандай йўналишдаги тўғри чизиқли ҳаракат бошланишида ва тамом бўлгандан кейин отолитлар макулаларга нисбатан тангенциал сурилади, бунда отолит мембранаси рецептор эпителийси юзаси бўйича сирпаниб, унинг фазовий — кутбланган туклар деформациясини ва нерв импульсларининг пайдо бўлишини келтириб чиқаради.

ҚУЛОҚНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ташқи ва ички қулоқни текширишдан аввал касаллик таърифи бемордан сўраб-суриштирилади. Қулоқни синчиклаб кўздан кечириш, ташқи қулоқ, сўриғичсимон ўсимта соҳасини пайпаслаб кўриш, қулоқнинг ана шу бўлимларининг аҳволи тўғрисида тасаввур беради. Қулоқ супраси ва сўриғичсимон ўсимтанинг шишгани кўл теккизилганда оғриқ бериши қулоқ орқасидаги соҳада лимфаденит, ташқи қулоқ (эшитув йўли)да чипқон ёки мастоидит борлигидан далолат беради.

Ташқи эшитув йўлини ва ноғора пардани кўздан кечириш — отоскопия дейилади, бу ташқи ва ўрта қулоқни текширишнинг асосий усулидан ҳисобланади (18-расм). Кўздан кечиришда қулоқ воронкаси, отоскоп ва микро-

скопдан, Зигленнинг пневматик воронка-сидан фойдаланишга тўғри келади. Микроскоп ногора парда деталларини 5 дан 32 мартагача катта-лаштириб кўриш имконини беради (19-расм).



Отоскопия коидалари. Бемор текшири-рилайётган кулоғи та-рафи билан бошини шифокорга ўгириб ўтиради. Шунда врач рефлектор нуруни эшитув йўли соҳаси-га йўналтиради. Ўнг кулокни кўздан кечириш учун кулок воронкасини ўнг қўл билан эшитув йўли-нинг бошланғич бўлимига киритила-ди, чап қўл билан эса кулок супраси юқорига ва орқага тортилади. Чап кулокни кўздан кечириш учун, аксинча, кулок супрасини ўнг қўл билан тортиб турилади, чап қўл билан эса кулок воронкаси киритилади.



18-расм. Отоскопия.

а - Отоскопия, б - Рефлектор.

Кулок воронкасининг диаметри ҳар хил бўлиб, бемор ташқи эшитув йўлининг кенглигига қараб тайланади. Эшитув йўлига киритилган кулок воронкасини бироз пастга — тепага, ўнгга — чапга суриш ногора парданинг барча бўлимларини яхшилаб кўздан кечириш имконини беради.

Врач барча билдирув пунктларини кўриб тургандагина (кулранг ялтироқ тус, олдинги-орқадаги бурмалар, калта-узун болғача ўсимталари, киндик, ёруғлик конуси), шунингдек парданинг тортилган ва тортилмаган қисмларида рўй бериш эҳтимоли бўлган ўзгаришлар қайд қилингандагина (перфорация бор-йўқлиги, ўсма, ёруғлик



19-расм. а — Микроскоп
остида отоскопия килиш
б — Зигле воронкаси би-
лан отоскопия килиш.

конусининг йўқлиги), ноғора пардани пухта кўздан кечирилган деб ҳисобланади.

Эшитув найи фаолиятини текшириш. Ўрта қулоқни текширилганда унинг фаолиятига ва эшитув найининг ўтказувчанлигига аҳамият берилади. Чунки, эшитув найининг хаво ўтказувчанлигининг роли жуда катта бўлиб, у факат ўрта қулоқ бўшлиқларидаги босимни тенглаштириш учунгина эмас (у эшитув суюқчалари занжири ва ноғора парданинг нормал ишлаб туришига имкон беради), балки ўрта қулоқдаги яллиғланиш

касалликларни бартараф этиш учун ҳам керак бўлади. Эшитув найининг ўтказувчанлигини махсус асбоблар ёрдамида аниқланади, бу асбоблар най ўтказувчанлигининг график тасвирини кўрсатиб беради. Олимлардан Воячек, Светляков, Герасимовлар кашф қилган кулок манометрлари мавжуд, булар найнинг қанчалик ўтказиш-ўтказмаслик даражасини аниқлашга ёрдам беради. Эшитув найи ўтказувчанлигининг 4 даражаси фарк қилинади.

1- даражаси. Манометр найчасидаги суюқлик силжиши одатдаги ютиниш ҳаракатида юз беради.

2- даражаси. Суюқлик бурун бўшлиғи ёпилган ҳолда ютингандагина силжийди (бурун қанотлари бемор бармоқлари билан босиб турилади).

3- даражаси. Суюқлик кулокни Политцер усулига кўра резина баллончаси билан пуфлаб кўрилган пайтда силжийди.

4- даражаси. Суюқлик эшитув найининг юткин кираверишига киритилган металл катетер орқали эшитув найи пуфлаб тозалангандагина силжийди.

Эшитув найи ўтказувчанлигини чуқурроқ текшириш махсус усуллар ва мураккаб асбоблар ёрдамида амалга оширилади:

Тимпанометрия ана шу усуллардан биридир. Бунда импенданс, ўрта кулок элементларининг қаршилик кўрсатиши текширилади. Ташқи эшитув йўлида босим сунъий оширилади, бунинг натижасида график-тимпанограмма олинади. Бу усулдан ноғора парда бутун бўлгандагина фойдаланилади.

Импендансометрия — ўрта кулок элементларининг функционал ҳолатини ўрганадиган усуллардан яна биридир, у ёпиқ бўшлиқда (унинг ҳажми ўзгарганда) товуш босими даражасини ўлчашга асосланган бўлади. Акустик рефлекс ўрта кулок бўшлиғининг ёпиқ ҳажми функцияси ҳисобланади. Бу текширишларни ўтказиш учун импендансометр деган асбоб ишлатилади. Олинган эгри чизиклар ҳаракатига қараб ноғора парда орқасида экссудат ва чандиклар бор йўқлиги ёки суюқчалар занжири функцияси ҳамда эшитув найи функциясининг бузилганлиги ҳақида ҳулоса чиқарилади.

Эшитув найларининг ўтказувчанлигини аниқлашнинг жуда осон усули ҳам бор. Бунда бемордан бурнини беркитишни яъни бурун қанотларини бурун тўсигига босиб туриб, аввал тупук ютишни, кейин эса ҳавони бурун орқали куч билан чиқаришни илтимос қилинади (Тойнби ва Вальсальва тажрибалари). Агар ана шу тажрибаларни ўтказиш пайтида ноғора парда кўздан кечирилганда,

эшитув найининг ўтказувчанлиги яхши бўлса, парданинг орқа бўлимлари сурилганлигини кўриш мумкин. Бу айниқса оптик асбоблар (отоскоп, операцион микроскоплар) орқали кўрилганда яхши кўринади.

ЭШИТУВ АНАЛИЗАТОРЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

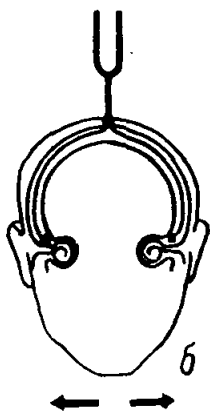
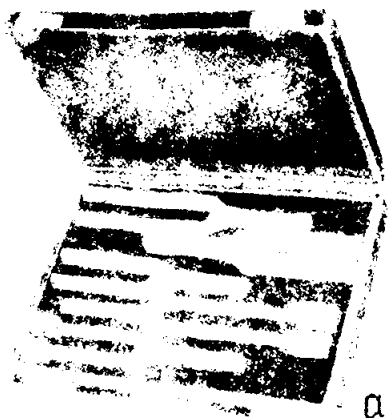
Эшитиш ўткирлигини текшириш усуллари қулоққа яқинлаштириб эшиттириладиган турли частотали товушларни эшитув йўли ва калла суяги орқали фарқ қилиш қобилятини аниқлашга асосланган.

Беморнинг шивирлаб ёки овозни чиқариб гапирилган гапни эшитишини текшириш эшитиш қобилятини текширишнинг энг жўн усули ҳисобланади. Нормал эшитадиган киши одатдаги шароитда шивирлаб айтилган сўзларни 6-7 м масофадан туриб эшита олади. Кўп ҳолларда бемор шивирлаб айтилган сўзларни умуман эшитмайди, фақат баланд овозда айтилган гапларни эшитади. Бу гапларни соғ одам эса 20-25 метр масофадан туриб ҳам эшитиши мумкин.

Эшитиш қобилятини ва карлик даражасини камертонлар ёрдамида бирмунча пухта текширилади. Асосан 128 ва 2048 Гц ли икки хил камертонлар ишлатилади. Камертонлар ёрдамида текширишда эшитув анализаторидаги ўзгаришлар аниқланади. Яъни товуш ўтказувчи ёки товуш қабул қилувчи аппарат зарарланганми-йўқми, шуни аниқлаш ва бундай бузилишларнинг нормадан қай даражада фарқ қилишини белгилаш имконини беради.

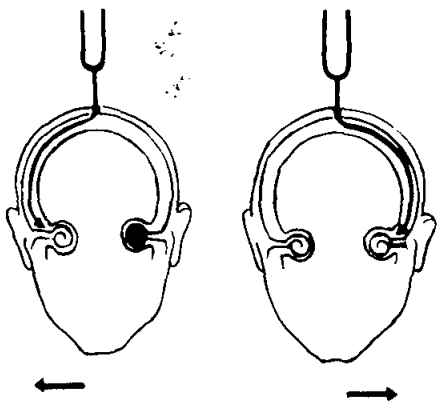
Камертонлар билан текширишни схемада келтирилган муайян мунтазамлиликда олиб бориш керак. Камертонлар билан ўтказилган бир қанча тажрибалардан фойдаланилади (128 Гц). Вебер тажрибаси (20-22- расмлар) — у ёки бу қулоқдаги товуш латерализациясини аниқлашдан иборат. Жаҳанглаётган С — 128 рақамли камертон бемор боши ўртаси (мия маркази)га қўйилиб ундан қайси (соғ ёки касал) қулоғи билан камертон товушини кучлироқ эшитгани сўралади. Бордию бемор камертон товушини касал қулоғи билан ёмон эшитса, бу ана шу қулоқнинг товуш ўтказувчи қисмининг фаолияти бузилганидан, агар соғ қулоқ билан яхши эшитса, унинг товушни қабул қиладиган бўлими зарарланганидан дарак беради. Нормада латерализация юз бермайди ва бемор товушни иккала қулоғи билан бир хил эшитади.

Ринне тажрибаси (23- расм) — С — 128 рақамли камертон товушини ҳаво ва суяк орқали ўтказилишини текширади. Секундларни ўлчайдиган асбобга қараб ташқи



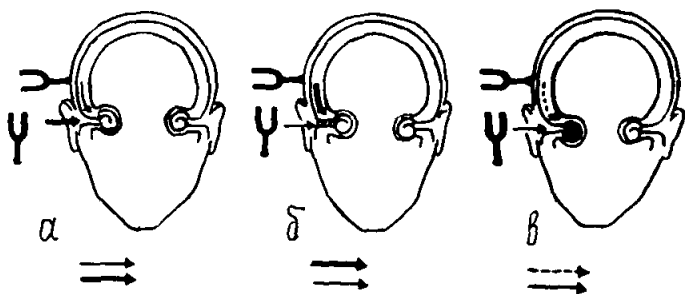
20- расм. а — камертонлар тўплами. б — Товушни иккала кулоққа латеризация қилиш ва нормадаги товуш латеризациясининг Вебер тажрибаси.

21- расм. Кондуктив кулоқ оғирлигида касал кулоқ тарафдаги латеризациянинг Вебер тажрибаси.



22- расм. Нефросенсор кулоқ оғирлигида соғлом кулоқ томондаги латеризациянинг Вебер тажрибаси.

эшитув йўлига яқин ва сўрғичсимон ўсимта суягига туташтириб қўйилган камертон товушини қабул қиладиган вақт қайд қилинади. Нормада ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан қарийб 2 марта кўп бўлиши керак. Бундай ҳолларда Ринненинг «мусбат» тажрибаси ҳақида фикр юритилади. Агар ташқи эшитув йўли зарарланган бўлса Ринне тажрибаси «манфий» бўлади, бунда ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан қисқарок ёки унга тенг бўлиши мумкин.



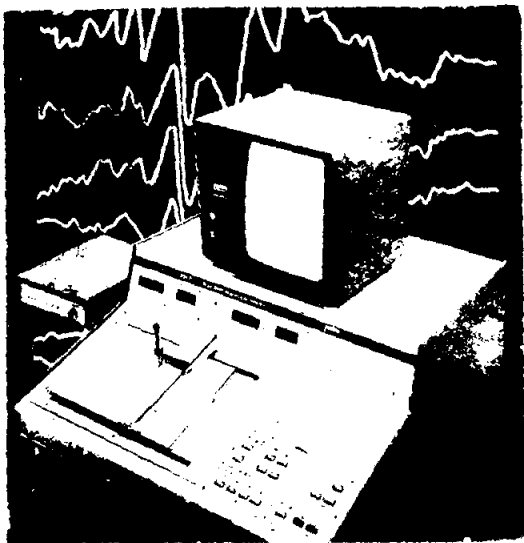
23- расм. Ринне тажрибаси.

а эшитилаётган камертонни суяк оркали (нормада) эшитилганидан кўра ҳаво оркали икки баравар узокроқ эшитилишини хис этиш, б товуш ўтказиш системаси зарарланганда суяк оркали товушни ўтказиш хаводагига қараганда товуш дурустроқ хис этилади, в — товушни суяк ва ҳаво оркали қисқароқ хис этилса-да, лекин товуш ўтказиш системаси зарарланганда товуш дурустроқ хис этилади.

Швабах тажрибаси — товушни қабул этувчи аппарат ахволини ўрганиш. Дастлаб врач С — 128 рақамли камертонни беморнинг сўрғичсимон ўсимтасига ўрнатиб, у то эшитмай қолгунча тутиб турилади. Кейин врач камертон оёқчасини ўзининг сўрғичсимон ўсимтасига кўчириб қўяди. Агар бемор камертон товушини эшитаверса, демак, беморда суяк ўтказувчанлиги қисқарган бўлади, бу қулоқнинг товушларни қабул этиш аппарати зарарланганлигидан далолат беради.

Желле тажрибаси — отосклерозда даҳлиз дарчасидаги узанги фиксациясини аниқлашдир. Худди ўша С — 128 рақамли камертон беморнинг сўрғичсимон ўсимтасига ўрнатилади ва кўрсаткич бармоқ билан ташки эшитув йўлига кираверишни ёпиб туриб, унда ҳавонинг кўпайиши ва сийракланиши яратилади. Бу мақсадда Полицер баллонидан фойдаланиш мумкин. Бемордан камертон товушини узук-юлук ёки мунтазам эшитаётгани сўралади. Бордию, товуш узилиб қолса, узанги фиксацияси бўлмайди ва Желле тажрибаси мусбат деб ҳисобланади. Узанги фиксациясида даҳлиз дарчасида камертон товуши мунтазам эшитилиб туради ва Желле тажрибаси манфий деб саналади.

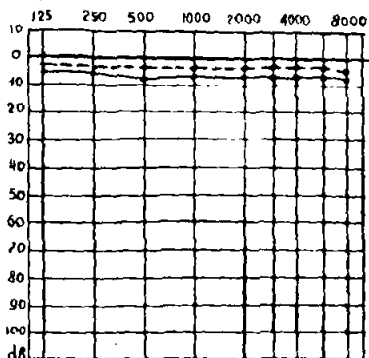
Бемор С — 128 рақамли камертон билан текширилар экан, унинг товушни ҳаво оркали қабул этиш вақти қайд қилинади ва баланд тонларни фарқ қилиш қобилияти ҳақида фикр юритилади. Ҳамма маълумотлар махсус жадвалга киритилиб, бу жадвал врачга эшитув функцияси бузилганлигининг характери ва даражасини аниқ-равшан кўрсатади.



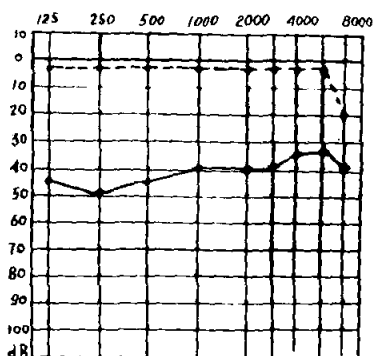
24- расм. Аудиометр.

Эшитув функциясини аудиометрлар ёрдамида бирмунча батафсилроқ текшириш мумкин (24- расм). Бу мураккаб асбоб қулоқнинг товуш ўтказиш системаси, унинг товуш қабул этиш бўлими ёки комбинациялашган зарарланганини аудиограмманинг характерли эгри чизиғини олиш имконини беради (25, 26- расмлар). Ташхисни ойдинлаштириш учун (қулоқнинг товуш ўтказиш ёки қабул қилиш бўлимларининг зарарланганини) ишлатиладиган тонал аудиометрия турли частотали тонларни ҳис этишни ҳисобга олишдан ташқари, беморнинг сўзларни ажрата билиш қобилиятини ҳам текширади. Бу ерда гап нутқ аудиометрияси устида бормокда. Бунда қулоқ тутқичдан (наушник) эшитилаётган овоз баландлашган сари нутқ тиниклиги ойдинлашади. Яъни товуш баландлашганда сўзлар 100 фоиз тиник эшитилиши аниқланади. Эшитув функцияси бузилганда ҳамма вақт ҳам сўзлар 100 фоиз тиник эшитилавермайди. Бу товуш анализаторининг марказий бўлимлари зарарланганидан дарак беради. Ультра ва инфратовушларни ҳис этишни яратувчи усуллар ҳам ишлатилади.

Эшитув функциясини объектив текшириш усули ҳам бор. У мия пўстлоғи ва устунининг товуш сигналлари (даракчилари) таъсирига жавобан потенциалларни қайд қилишга асосланган бўлиб, бу усул объектив аудиометрия деб аталади...

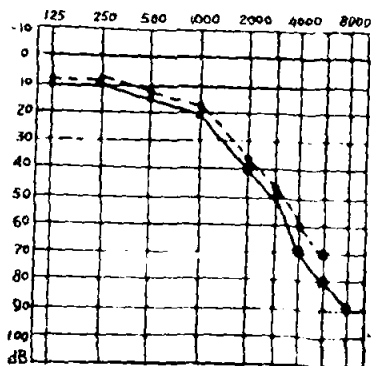
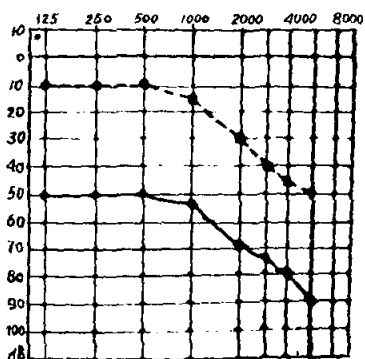


25-рasm. Нормал аудиограмма.



26-рasm. Товуш ўтказиш ва товуш хис этиш бузилганда кузатиладиган аудиограмма.

а — товуш ўтказиш системаси бузилгандаги аудиограмма, б — аралаш зарарланишдаги аудиограмма, в — товушни қабул қилиш системаси бузилгандаги аудиограмма.



ВЕСТИБУЛЯР АНАЛИЗАТОРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Вестибуляр аппарати касалланган беморни оддий усуллардан бошлаб текшириб бориш лозим. Мақсадга мувофиқ сўраб-суриштириш лабиринт зарарланишига

хос бўлган шикоятлар (бош айланиши, кўнгиш айниши, гандираклар юриш)ни аниқлаб беради. Бу шикоятлар вестибуляр анализаторнинг зарарланганлигини тасдиқлайди. Аввал ўз-ўзича, касаллик туфайли юзага келадиган спонтан вестибуляр бузилишлар текширилади. Узунчоқ мия вестибуляр ўзакларини марказий асаб системасининг бошқа структуралари (мияча, вегетатив марказлар, скелет мушаклари) билан боғланиши туфайли мушак реакциялари, нистагм ва сенсор (бош айланишига тааллуқли) реакциялари пайдо бўлади.

СПОНТАН НИСТАГМНИ АНИҚЛАШ

Нистагм — кўз соккаларининг у ёки бу текисликда (горизонтал, вертикал ёки фронтал) ўз-ўзидан, ритмик тарзда ҳаракатланиб туриши.

Вестибуляр нистагмда икки компонент — секинлашган ва тезлашган компонентлар бор. Вестибуляр нистагмни аниқлаш учун врач бемордан бирорта нарсага ёки врач бармоғига қараб туришни буюради у нарса бемор юзи сатҳидан 30 см узоқликда бўлиши керак. Врач бармоқни юз ўртасидан ўнгга ёки чапга суриб бориб, кўз соккалари учиб туришининг пайдо бўлишини қайд қилиб боради. Нистагм йўналиши унинг тезлашган компонентига қараб белгиланади: ўнгга йўналган нистагмда — тезлашган компонент ўнг тарафга йўналган бўлади. Бордию, нистагм фақат тезлашган компонент томонига қаралганда юзага келса, бу нистагм биринчи даражали нистагм ҳисобланади. Агар нистагм тўппа-тўғри қаралганда ҳам давом этаверса, бу иккинчи даражали нистагм, бордию нистагм секинлашган компонент тарафига қаралганда ҳам сакланиб турса, учинчи даражали нистагм ҳақида фикр юритилади. Нистагмнинг тезлашган компоненти лабиринтнинг «ортиқча таъсирланганлигини» билдиради.

Кўрсатиш синамалари (бармоқни бурунга, бармоқни бармоққа): биринчи синамада бемордан кўзларини юмиб, кўлларини ён тарафга ёзишни ва бирин-кетин ўнг ва чап кўлларининг кўрсаткич бармоғи билан бурун учига тегиб кўриш сўралади. Нистагмнинг секин компоненти томонида бармоқни бурун учига теккиза олмаслик шу томон лабиринтини касалланганлигини кўрсатади. Патологик жараён орқа калла чуқурчаси соҳасида бўлганда бармоқбурун синамасини зарарланган томонда бажара олмайди. Бармоқни бармоққа теккизиш синамасини врач рўпарасида ўтирган бемордан кўзларини юмиб, иккала кўрсаткич бармоғи билан (кўлларни тиззадан кўтариб туриб) унинг

тиззаларидан 40—50 см баланд турган врачнинг кўрсаткич бармоқларига теккизиш сўралади.

Врачнинг кўрсаткич бармоқлари орасидаги масофа қарийб 20 см бўлиши керак. Ўнг лабиринт ўта таъсирланган ҳолларда бемор нистагмни секин компоненти томонига қараб, бу бармоқ-бурун синамасини икки қўли билан бажара олмайди. Қаллани орқа чуқурчаси зарарланганда эса бемор шу зарарланган томондаги қўли билан санамани бажара олмайди.

Адиадохокинезни аниқлаш. Бунда бемордан кўзларини юмиб, иложи бориचा қўл билаклари билан «супинацио — пронацио» ҳолида айланма ҳаракат қилиши сўралади. Қулоқ лабиринти зарарланганда адиадохокинез аниқланмайди, яъни иккала қўл тезлиги ва амплитудаси жиҳатидан бир хил ҳаракат қилади. Қалланинг орқа чуқурчаси зарарланганда адиадохокинез намоён бўлади: зарарланган томондаги қўл секин, номутаносиб ҳаракат қилади. Шундай қилиб, текширишнинг бу усули лабиринт зарарланганлигини эмас, балки лабиринт зарарланиши билан қалланинг орқа чуқурчаси зарарланиши орасидаги дифференциал ташхис ўтказишни ҳам кўрсатиши мумкин (арахноидит, мия абсцесси).

Ромберг вазиятида текшириш. Бемордан тикка туриб, оёқ товонларини бирлаштириш, қўлларини узатиб, кўзларини юмиш сўралади. Масалан, ўнг лабиринт кўпроқ зарарланганда бемор танаси соғлом қулоқ тарафга оға бошлайди. Бош вазияти ўзгарганда беморнинг йиқилиш йўналиши ҳам ўзгаради. Орқа қалла чуқурчаси зарарланган тақдирда йиқилиш йўналиши бош вазиятига боғлиқ бўлмайди.

Юришни текшириш. Юқорида кўрсатиб ўтилгандек, вестибуляр аппаратда юриш бузилиши қайд қилинади.

Бунга ишонч ҳосил қилиш учун бемордан кўзларини юмиб, қарийб 6 м масофага тўғри юриб кўриши сўралади. Бордию, кишида ўнг лабиринт кўпроқ зарарланган бўлса, у чапга, нистагмнинг секинлашган компоненти томонига оға бошлайди.

Вестибуляр анализаторнинг периферик бўлими зарарланишига боғлиқ бўлган спонтан вестибуляр бузилишлар компенсацияланганлиги туфайли вестибуляр анализаторни зўриққан пайтида текшириш зарур. Бунинг учун калорик ва айланма синамалар қўлланади.

Қалорик синов суюқлик молекулаларининг совитилганда пастга тушиши ва қиздирилганда кўтарилишининг физикавий хоссасига асосланган. Ярим доира каналларида ампула томон ёки ундан узокқа эндолимфа молекулала-

рининг силжишини келтириб чиқариш учун ташки эшитув йўлига совитилган ёки иситилган сув юборилади. Кулоқ лабиринтининг (ҳар бирини алоҳида-алоҳида) ўта зўриқиши натижасида пайдо бўлган нистагм давомлилигини, унинг даражасини, кўз сокқасини тебранишларининг амплитудасини, шунингдек вегетатив реакцияларнинг ифодаланганлигини (кўп терлаш, кўнгил айланиши, ранг оқариши) норма кўрсаткичлари билан солиштирилади. Бемор бошининг вазиятига қараб (олдинга, елкага энгашгани, бошини орқага ташлаш), фронтал (олдинги), сагиттал (орқадаги) ёки горизонтал (латерал) ярим доира каналнинг таъсирланишини юзага келтириш мумкин. Амалда асосан латерал ярим доира каналлар калоризацияси ишлатилади, бунинг учун бемор креслода бошини орқага ташлаб ўтиради, бунда ана шу каналлар ампуласи юқори вазиятни эгаллайди. Бунда эндолимфанинг канал ампуласидан (совук сув) ёки ампулага қараб (илик сув) силжиши учун қулай шароит юзага келади. Нормада ташки эшитув йўлининг орқа — юқори девори бўйлаб 20 даражали 100 мл суюқлик 20 сек давомида юборилгандан кейин горизонтал нистагм пайдо бўлиб, унинг тезлашган компоненти бошқа кулоққа (эндолимфанинг ампуляр охиридан оқиб кетиши 60—120 сек ичида) қаратилган бўлади. Ушбу далиллар, оғиш текшириляётган лабиринтнинг заифлашганидан ёки ортикча зўрикканидан далолат беради.

Айланма синов. Қаллорик синама сингари, бу текширув кулоқ лабиринти зарарланганини аниқлаб беради. Бу синов Эвальд кашф этган қонуниятларга асосланган бўлиб эндолимфанинг ампула охирига силжиши (таъсирланаётган ампула тарафидаги) нистагмга сабаб бўлади (тезлашган компонент). Эндолимфанинг ампулалар охиридан бошлаб сурилиши икки томонлама нистагм билан давом этади. Беморни Бараниннинг махсус курсиси ёки олдиндан белгиланган дастури бор курсида соат стрелкаси бўйича айлантирилиб (20 сек мобайнида 10 марта айланиш), креслони бирдан тўхтатиб қўйиб пайдо бўлган нистагм, беморнинг боши ва гавдасининг оғиш даражаси кузатиб турилади. Бемор боши, кресло айлантириляётган пайтда олдинга 30° эгилган бўлиши керак, бунда латерал ярим доира каналлар айлантириш сатҳида, бемор кўзлари юмилган бўлиши зарур. Нормада айлантиришдан кейинги нистагм давомлилиги қарийб 20 секундга тенг бўлади. Айланма ҳаракатлар 5 дақиқа ўтказиб, соат стрелкасига қарши йўналишда қилинади ва аниқланган лабиринт реакциясини у ёки бу тараф билан солиштирилади.

Вестибуляр реакциянинг нистагми ва бошқа компонентларнинг калорик ва айланма синовлар ўтказилгандан кейин график тарзда нистагмографияни қайд қилса бўлади.

Фистула синов. Текширилаётган кулок гажагига бармок билан босиб туриб, шу тарика ноғора парда бўшлиғидаги босим кўтарилишига эришиб, нистагм пайдо бўлишини ва бош айланишини сезишни қайд қилинади. Ижобий «фистула синови»даги нистагм текширилаётган кулок томонга йўналган бўлиб, бунда эшитув йўлида ва ноғора бўшлиғида босим ошган бўлади, карама-қарши томонга йўналганда эса ҳаво сийраклашган ва бу бўшлиқларда босим пасайиб кетади. Фистула симптоми борлиги аксари ташки ярим доира каналнинг деструкцияси мавжудлигидан гувоҳлик беради.

ТАШҚИ КУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАШҚИ КУЛОҚНИНГ ТУҒМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Хар йили 10 000 боладан 1 та бола ташки кулок нуксони билан туғилади. Кулок супрасини қайта тиклаш патологик жарроҳликнинг мураккаб бўлими ҳисобланади. Кулок супрасининг чала ривожланишининг бир неча турга ажратилади: микротия (айрим фрагментлар — супача, тери болишчаси ҳолидаги гажак бўлаги), анотия (кулок супраси ва ташки эшитув йўлининг батамом бўлмаслиги) шулар жумласидандир. Иккала ҳолда ҳам кулок чиғаноғини шакллантиришга киришилади, бунинг учун консервацияланган тоғай, пластмасса ва тери каркасидан фойдаланилади. Бунда кулок чиғаноғи ва ташки эшитув йўлини тиклаш бўйича қилинган жарроҳлик операциялари билан бирга эшитув функциясини яхшилаш мақсадида ўрта кулокни қайта тиклаш операциялари ҳам қилинади.

КУЛОҚ СУПРАСИНИНГ СОВУҚ УРИШИ

Кулок супрасининг кон томирлари тери ости ёғ қатлами билан ўралмаганлиги сабабли кулокни совуқ уриши мумкин. Бунда уч боскич: эритема, пуфакчалар ҳосил бўлиши, гангрена боскичлари кузатилади. Даволаш усули тананинг бошқа совуқ урган қисмларини даволаш билан бир хил бўлади.

Ташки отит — ташки эшитув йўли терисининг яллиғланишидир. Икки тури тафовут қилинади: тарқалган

(ёйилган) ва чекланган яллиғланиш шулар жумласидандир. Кулоқда оғриқ туриши, кичишиш, эшитув йўлидан ажралмалар чиқиши диффуз яллиғланишга хосдир. Ташки отит терининг шикастланиши, қандли диабет оқибатида каттик қашинганда кокклар, ичак таёқчаси ва бошқалар инфидирланиши натижасида юзага келади. Эшитув йўли терисининг тарқалган яллиғланишида оғриқ терини шишиши, секреция ажралиши ва эшитув йўли ёригининг торайиб қолиши кузатилади. Ташки эшитув йўлидаги чипқон (фурункул) ташки отитнинг чегараланган тури ҳисобланади. Кулоқ оғриши чипқонга хос хусусият бўлиб, оғриқ гажакка босиб кўрилганда кучаяди. Борди-ю, чипқон эшитув йўлининг олдинги деворига чикқан бўлса, оғриқ чакка-пастки жағ бўғимига чегарадош бўлган ана шу деворга тарқалиши оқибатида оғриқ чайнов ҳаракатида ҳам кучаяди. Гажак олдидаги ва кулоқнинг орқа соҳасидаги регионал лимфа тугунлар катталашиб, оғриқ беради, яллиғланиш жараёни эшитув йўли тоғайининг пастки девори кесиги орқали кулоқ олди безига ҳам тарқалиши мумкин.

Диффуз ташки отитда эшитув йўлини авайлаб ювилади, йиринг сўриб ташланади, ичига суртма дори 2 % ли синтомицин эмульсияси, 1 % ли полимиксин суртма дориси каби десенсибилизацияловчи препаратлар қўлланилади. Шунингдек эшитув йўли терисини даволашда физиотерапия — ультрабинафша нур билан даволаш, УВЧ ишла тиш, магнит билан даволаш ҳам қўл келади. Чипқонда антибиотиклар буюрилади (пенициллин 500 000 ТБ дан кунига 4 марта, тетрациклин, олетитрин 250 000 ТБ дан кунига 4 маҳал, суртма дорилардан — сарик рангли 3 % ли симобли, Вишневский суртма дориси докали турундларда).

Отмикоз — даволаш воситаларини кулоқдан ажраладиган замбуруғ хилига қараб белгиланади — моғорли (аспергиллалар), ачитқи (кандида) замбуруғлари шулар жумласидандир. Симптомлар мицелийнинг тери ичкарасига ўсиб кирганда пайдо бўлади. Тери эпидермисининг шикастланиши ва яллиғланиш жараёнлари оқибатида таъсирланади, оғриқ, кичишиш, турли рангдаги (сарик, қорамтир ва кулранг) қисман серозли ажралмалар пайдо бўлади. Эшитув йўлида ажралмалар кўп бўлганда эшитиш даражаси пасаяди.

Моғорли замбуруғлар аниқланганда маҳаллий нитрофунгин, хинозол буюрилади (дори шимдирилган трунда-лар ташки эшитув йўлига киритилади), ачитқи замбуруғлар топилгудек бўлса, леворин суртма дориси, Ка-

стеллани суюқлиги буюрилади. Кулок ичига дорилардан нистатин, декамин тавсия қилинади.

Замбуруғ касалликларини даволашдан аввал антибиотикларни бекор қилиш, куч-қувват бағишловчи даво воситаларини қўллаш, В, С грухига мансуб витаминлар буюриш лозим. Аллергия рўй бериш эхтимоли борлигини ҳисобга олиб, гипосенсибилизацияловчи даво ўтказиш зарур.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисмлар хилма-хил бўлиши мумкин: майда ҳашаротлар, дуккакдилар уруғи, металл заррачалари ва бошқалар шулар жумласидандир. Бундай ҳолларда бемор кулоғида бирор нарса борлигидан, яхши эшита олмаётганидан, айниқса ёт жисм эшитув йўлининг ичкарисига кириб қолиб, ноғора пардага бирор нарса тегиб турганидан, оғриқдан шикоят қилади.

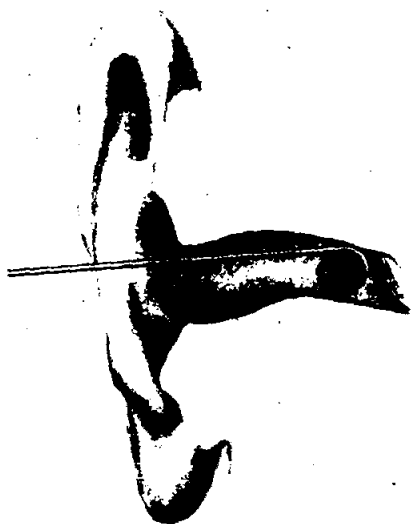
Ташҳисни ойдинлаштириш учун анамнез тўплаш муҳим ҳисобланади. Кулокни отоскопия қилинганда ёт жисм нима экани аниқ маълум бўлади.

Фақат зарурий шарт-шароитлар бўлгандагина биринчи ёрдам кўрсатиш мумкин: ёт жисмни кўриб туриб, чиқариб ташлаш имконияти, тегишли асбоб-ускуналар бўлганда, бемор бошини ишончли иммобилизация қилиш шулар қаторига киради. Акс ҳолда эшитув йўлини, ноғора пардани, эшитув суякчалари занжирини жароҳатлаш мумкин. Ёт жисмларни кулокдан махсус илгак ёрдамида чиқариш мумкин (27- расм). Ташқи эшитув йўлини орқа-юқори девори бўйлаб Жанэ шприци ёрдамида ювиб ташлаш яхши самара беради (28- расм).

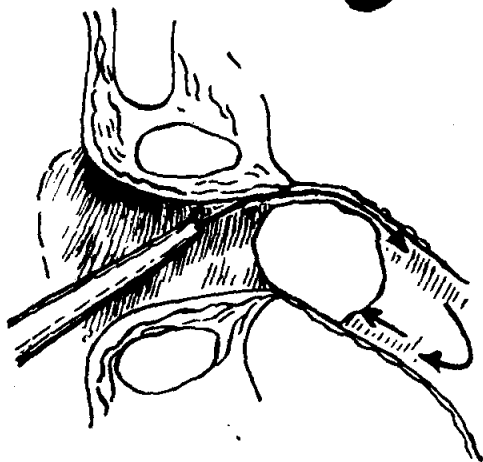
ТАШҚИ КУЛОҚ ШИКАСТЛАРИ

Ташқи кулокнинг тиш-жағ системаси билан чамбарчас анатомик боғланганлиги иккала аъзонинг бир вақтда шикастланишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда кўрсатилган ошиғич ёрдам фақатгина аъзонинг анатомик тузилишини сақлабгина қолмасдан, балки унинг функцияларини тиклашга ҳам ёрдам бериши мумкин. Масалан, автомобил ҳалокатида киши ияк соҳасини каттик уриб олди дейлик, оқибат натижада бўғим ўсимтасининг бошчаси орқага сурилиб қолади. Бу чакка-пастки жағ бўғими юзасининг зарарланишига, ташқи эшитув йўли олдинги суяк деворининг шикастланишига сабаб бўлади.

27- расм. Ёт жисми ташки эшитув йўлидан чиқариб ташлаш.



28- расм. Кулокка ёт жисм тушиб колганида ташки эшитув йўлини ювиш.



Суяк бўлакчалари сурилиб колганда эшитув йўлининг ёриғи торайиб қолади, кулокда оғриқ пайдо бўлади, эшитиш ўткирлиги пасаяди этишув йўлидан қон оқиб чиқади. Эшитув йўлидаги қон қуйқалари чиқариб ташланганидан кейин суяк бўлакчаларининг олдинги девори соҳасига тушиб колганлигини аниқласа бўлади. Шунитаъкидлаб ўтиш керакки, чакка суяги пирамидаси синганда ҳам ташки эшитув йўлидан қон оқиши кузатилади. Ошиғич ёрдам кўрсатувчи врач қонни тўхтатиш билан бирга ташки эшитув йўли ёриғининг кейинчалик торайиб

колицини ва атрезияга йўл қўймаслик чораларини кўриши ҳам лозим. Эшитув йўлининг яллиғланишига қарши суртма дори (синтомицин) шимдирилган тампонлар қўйиш ана шундай чоралардан бири ҳисобланади. Муолажалар оғритмаслиги учун ташки қулоқда маҳаллий анестезия қўлланилиб, 2% ли новокаин эритмаси гажак усти соҳасига юборилади. Профилактика мақсадида қокшолга қарши зардоб, антибиотиклар буюрилади.

Ташки қулоқнинг шикастланиши (29-расм)

қулоқ олди сўлак бези, юз нерви шикастланишлари билан давом этиши мумкин.



29-расм. Қулоқ супрасининг шикастланиши — отематома.

ОТАЛГИЯ

Оталгия деб, қулоқнинг ўзида патологик аломатларга дахли бўлмаган қулоқ супрасига яқин жойидаги кучли хуружсимон оғриққа айтилади. Ташки ва ўрта қулоқ билан умумий иннервация оладиган аъзолардаги патологик бузилишлар оталгияни келтириб чиқарадиган сабаблардан бўлиши мумкин. Қулоқ иннервациясида иштирок этувчи тил-юткин, уч шохли, адашган нерв охирларининг таъсирланиши қулоқнинг у ёки бу жойида қайтувчи оғриқнинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Ушбу нерв охирларининг таъсирланиш ўчоқлари оғиз бўшлиғи, томоқ ва буруннинг шиллик пардаси ҳисобланади.

Тишларда, кўпинча пастки саккизинчи тишдаги кариоз жараёни тил илдизида яъни чакка-пастки жағ бўғимидаги деструктив ўзгаришлар қулоқда кутилмаганда пайдо бўладиган кучли, хуружсимон оғриққа сабаб бўлади. Бемор олдиниға оториноларингологга мурожаат қилади, чунки оталгияда қулоқдаги оғриқ асосий симптом бўлиб ҳисобланади. Фақат диққат билан сўраб-суриштирилгандагина бир мунча аниқ маълумотларга эга бўлиш мумкин: касал тиш борлиғи, бурун бўшлиғи хасталиғи шулар жумласидандир. Текшириш аденоидлар, пастки

бурун чиганоғи охирининг гипертрофиялангани, томоқда ва энг аввало томоқ устида яллиғланиш жараёнлари борлигини аниқлашга ёрдам беради. Шунинг учун оталгияси бўлган касаллар невропатолог ва стоматолог текширувидан ўтиши шарт. Баъзан эса пастки саккизинчи тиш санацияси беморни азоб берадиган ва узок қийнайдиган оғриқдан халос этади.

ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИҚЛАРИ

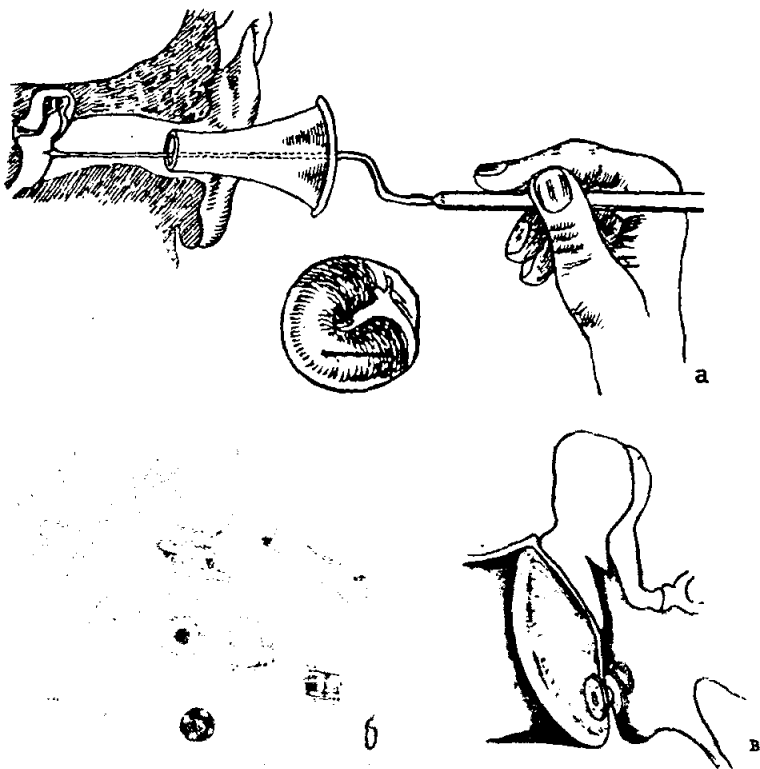
ЎТКИР ЎРТА ОТИТ

Ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланишида яллиғланиш жараёни ўрта кулоқ шиллик пардасини ҳамда уч бўлимини: ноғора парда, эшитув найи, сўргичсимон ўсимтанинг ҳаво ўтказиш хужайралари системасини камраб олади. Яллиғланиш хили ёки босқичига қараб, ўткир ўрта отит катарал ёки йирингли бўлиши мумкин. Инфекциянинг эшитув йўли орқали томоқнинг бурун қисмидан қирадиган тубар йўли; юқумли касалликларда кон оқими билан тушадиган гематоген тури; шикастланган ноғора парда орқали тушадиган тури ўзаро тафовут қилинади. Ўткир ўрта отит касаллиги айниқса ёш болалар орасида кўпроқ учрайди. Юқори нафас йўлларининг ўткир касалликлари, аденоидлар борлиги, бурун бўшлиғи ва бурун бўшлиқларининг сурункали яллиғланиш касалликлари, организм химоя кучларининг сусайиши ана шу хасталиқнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Ўрта кулоқ яллиғланишига сабаб бўладиган микрофлора кокклар (стрептококк, стафилококк, пневмококк) дан иборат. Касаллик босқичма-босқич кечади: 1- перфорациягача (тешилишгача), 2- перфорация, йиринг оқиши ва йиринг оқмай қолиши. Ҳар бир босқични ўзига хос белгилари, патологик хусусиятлари, шунингдек даволаш усуллари мавжуд.

1- б о с қ и ч. Бунда кулоқ битиши, кулоқда жуда кучли оғриқ бўлиши, оғриқ чаккага, энсага, тишларга берилиши кузатилади. Оғриқ давомий бўлиб, ҳамда жуда тез зўрайиб боради, айниқса дастлабки кунларда жуда кучли бўлади. Уйқу бузилади, умумий аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади. Отоскопия: ноғора парда ўзгариб билиш нуқталари, болғача дастаси, болғачанинг калта ўсимтаси, ёруғлик конуси йўқолади. Парда қипкизил тусга қиради, у эшитув йўлига шишиб чиқади.

Давоси. Сўргичсимон ўсимта соҳасига иситувчи комп-



30- расм. а — парацентез, шунтлаш ва протезлар, б — ногора пардани шунтлаш учун протезлар, в — шунтланган ногора парда.

ресс (боғлам) қўйилади. Бемор бошини орқага ташлаб ўтиргани ҳолида бурнига томир торайтирувчи томчилар томизилади. Ташқи эшитув йўлига илиқ камфора ёғи, глицерин томчилари томизилади. Аналгин, баралгин таблеткалари, антибиотиклар, сульфаниламидлар буюрилади. Борди-ю, икки кун давомида иситма тушмай оғрик босилмаса, парацентез ўтказилади, яъни ногора парда кесилади. Парацентез ногора парданинг орқа-пастки квадрантида, бўртиб чикиб турган жойида қилинади (30- расм).

Ҳозирги вақтда ногора-парда бўшлиғига, ногора парда орқали ингичка шунт қўйилади, яъни 2 % ли новокаин эритмаси билан маҳаллий инфилтратион анестезиядан кейин микроскоп остида игна ёрдамида ногора парда катламларга бўлинади ва махсус шунт қўйилади. Кейин

шунт орқали ногора пардага антибиотиклар, кортикостероидлар, ферментлар юборилади. Шунингдек физиотерапевтик даво (УВЧ, магнит билан даволаш, ультратовуш, лазер билан даво қилинади) қўлланади.

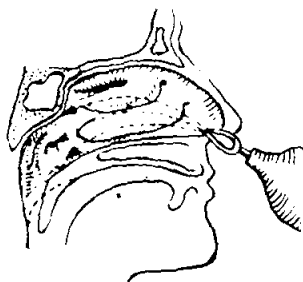
2-босқич. Шикоятлар: эшитув пасаяди, қулоқдан йиринг ажралади. Оғрик анча камайиб, аста-секин умумий аҳвол яхшиланади, ҳарорат тушади.

Отоскопия: эшитув йўлида йиринг тўпланеди, у томир уриши билан бир маромда (синхрон тарзда) уради (кенгайган қон томирлар деворига тегиб турар экан, йиринг улар қисқарганда ажралиб чиқади). Бунда перфорация кўринмаслиги мумкин, чунки тирқишсимон шаклда бўлади ва факатгина у орқали йиринг оқиб чиқадиган жойнинг ўзи аниқланади. Парданинг ўзи қалинлашиб қизаради, унда билиш белгилари кўринмайди.

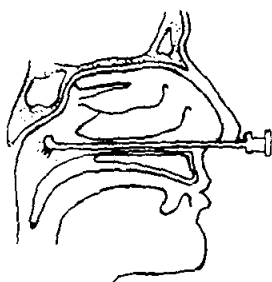
Давоси: Иситувчи компрессларни қўйиб туриш, бурун бўшлиғига томирни торайтирувчи томчилар томизиш, антибиотикларни микрофлоранинг унга сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда қўллаш, гипосенсибилизацияловчи препаратлар бериб туриш лозим. Эшитув йўлидан йирингли модда (секрет)ни қулоқ зондлари ва пахта билан артиб чиқариб олинади. Шунингдек электр сўргич ёки резинали баллон билан сўриб ташланади. Қулоқни Политцер бўйича ёки катетерлаш усулида пуфлаш.

Қулоқни Политцер усулида пуфлаш. Бурун катагининг бирига резина най билан бирлаштирилган баллонли олива киритилади. Буруннинг иккинчи катагини эса врач ёпиб туради (бурун қанотини бурун тўсиғига босиб туриб). Беморга «бир, икки, уч» дейиш буюрилади. У уч дейиши билан бурундаги ҳаво тезда бурун бўшлиғига, томоқнинг бурун қисмига йўналади. «Уч» дейилганда юмшоқ танглай орқага ва тепага сурилиши, томоқ-бурун қисмининг оғиз қисмидан ажралиши натижасида бурун қисмига босим остида юборилган ҳаво эшитув найлари орқали ўрта қулоққа киради (31-расм).

Қулоқни катетерлаш: Борди-ю, Политцер усулида қулоқларни тозалашни иложи бўлмаса, катетерлашга ўтилади. Бунда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси, томоқнинг бурун қисми, эшитув найлари даҳлизи соҳаларини маҳаллий анестезия қилинади ва кейин учи кайрилган металл катетерни бурун катакларидан бирига димоғгача киритилади, бунда катетер учи бевосита эшитув найи даҳлизига кириши лозим. Бу пайтда врач бемор қулоғига бирлаштирилган резина найча орқали ҳавонинг баллондан катетер орқали ўрта қулоққа тушишини кузатади (32-расм).



31- расм. Кулоқни Политцер бўйича пуфлаш.



32- расм. Кулоқни катетер орқали пуфлаш.

3- б о с к и ч. Даволаш натижасида ёки бирдан (спонтан) кулоқдан йиринг оқиши тўхтаб қолади. Шикоятлар: эшитишнинг ёмонлашиши — аутофония, кулоқ шанғиллаши. Отоскопия: эшитув йўлида ажралма бўлмайди, ноғора парда секин-аста ўз ҳолига қайтади, болғача дастаси ва унинг калта ўсимтаси кўринади. Кейинроқ парданинг нормал вазияти тикланади, ёруғлик конуси пайдо бўлади.

Давоси. Кулоқни мунтазам равишда тозалаб туришни давом эттириш, физиотерапия (ўрта кулоқ соҳасини УВЧ билан даволаш ҳаммаси бўлиб 6—7 муолажа), ноғора бўшлиғида чандиклар ва битишмалар ҳосил бўлишига йўл кўймаслик учун ноғора пардани пневматик массаж қилишни (уқалашни) давом эттириш керак. Отит одатдагидек кечган ҳолларда одам 10—14 кундан кейин тузалиб кетади. Эшитув функциясининг тикланиши бунинг далилидир.

Агар даво оқилона олиб борилмаса, микрофлора вирулентли бўлса, овқатланишнинг бузилиши оқибатида бемор камқувват ва аллергия ҳолатда бўлса, статус сусайган бўлса ўткир ўрта отит сурункали турга айланади. Баъзан ўткир отитда юз нерви парези ва калла ичи асоратлари ҳам юзага келиши мумкин. Бундан ташқари яллиғланиш сўрғичсимон ўсимтага тарқалиб — мастоидитни келтириб чиқаради.

ЁШ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ОТИТ

Болаларда учрайдиган ўткир отитнинг ўзига хос хусусиятлари бўлиб, камдан-кам ҳолларда ўзича кечади асосан бошқа аъзо ва системалар хасталиклари (рахит, зотилжам, ўРК, меъда-ичак йўли бузилишлари, бунда тез-

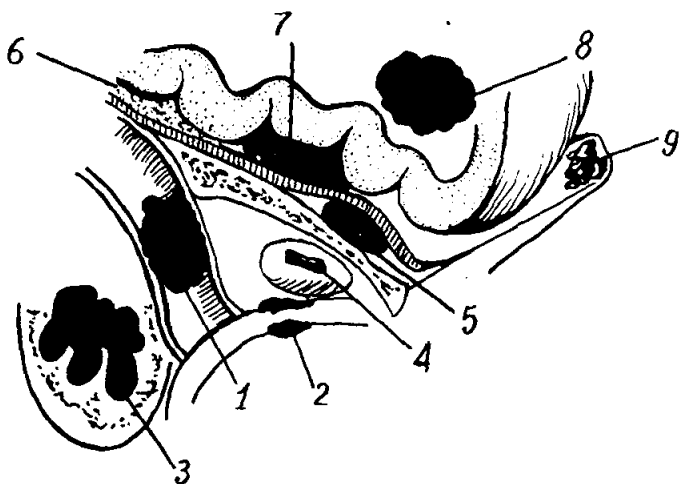
тез қусилганидан қусуқ кенг ва калта эшитув найи оркали ўрта қулоққа тушиши мумкин) билан бирга давом этади.

Кўкрак ёшидаги болаларда кечадиган ўткир ўрта отитга ташхис қўйиш учун анамнез маълумотлар тўплаш ўрнига болани кузатиб боришга тўғри келади (иштахаси қандай, бола кўкракни эма туриб чинқириб йиғлайдими, шунга қаралади). Отоскопия манзараси ишончли бўлмайди — ноғора парда бола чинқириб йиғлаганда қизаради, лекин қулоқда ҳеч қандай хасталик сезилмайди, аксинча, бу вақтда ноғора парда кулранг бўлиши мумкин. Қулоқ супачасига босиб кўрилганда каттиқ оғриқ беради. Чунки болаларда эшитув йўли суякланмагани учун калта бўлади, бунда супачага босиш, амалда яллиғланган ноғора пардага босиш билан баравар бўлади. Бола ўткир отитда касал қулоғини ёстикқа босиб ётади. Энсаси билан ёстикни ишқалайди. Бу ёшда сўрғичсимон ўсимта ҳали яхши ривожланмаганлиги учун (фақат ғор бўлади) унинг суяк деворларини парчалаб юборадиган жараёнини мастоидит эмас, балки антрит деб аталади. Бу ҳолларда бажариладиган операция антротомия деб юритилади.

Мастоидит — сўрғичсимон ўсимтанинг суяк элементларини парчалайдиган ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишидир. Айнан сўрғичсимон ўсимтанинг суяк тўқимаси деструкцияси туфайли мастоидит ўткир ўрта отитдан фарқланади. Мастоидит ғор томи, лабиринт, юз нервининг парчалаши каби асоратлар қолдириши мумкин. Микрофлора вирулентлигининг ошиши, вақтда овқатланмаслик, микрофлоранинг сульфаниламидларга ва антибиотикларга нисбатан сезгир бўлмаслиги, организм реактивлигининг бузилиши ўткир отитнинг мастоидитга айланишига сабаб бўлади.

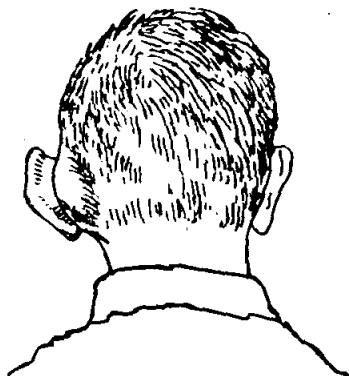
Белгилари. Ўткир ўрта отит кечишида ёки 2—3 ҳафта ўтказ, қулоқда, қулоқ орти соҳасида оғриқ кучаяди. Оғриқ спонтан (бехосдан), шунингдек сўрғичсимон ўсимтага унинг чўккисига ёки ён сатҳига босиб кўрилганда кучайиши мумкин. Эшитув пасаяди, қулоқ шанғиллайди, кўплаб йиринг оқади. У қуюқ ва сарғимтир рангда бўлади. Тана ҳарорати 38—39 даражагача кўтарилади. Беморнинг умумий аҳволи анча оғирлашади.

Отоскопия: ташқи эшитув йўлининг суяк бўлимидаги орка-юқори деворининг осилиб қолиши мастоидитнинг патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу периост ходисаларига алоқадор бўлиб, у сўрғичсимон ўсимта «ғорида» юзага келадиган йирингли жараён, ўсимта деворлари деструкциясини келтириб чиқаради, турли йўналишларда тарқалади ва ўсимтанинг ён сатҳида, орка деворида



33-расм. Йирингли жараённинг ўрта кулоқдан тарқалиши.

1 — тромбоз, синус эмпиемаси, 2 — n. facialis парези, 3 — мастоидит, 4 — лабиринтит, 5 — субдурал абсцесс, 6 — менингит, 7 — экстрадурал абсцесс, 8 — мия абсцесси, 9 — петрозит.



34-расм. Мастоидитда кулоқ супрасининг шишиб қийшайиб қолиши

периостга етади. Бу соҳалардаги шиш, баъзан эса йирингнинг ёрилиб кетиши мастоидит ташҳисини тасдиқлайди (33-расм). Ноғора парданинг қизарган, қалинлашган, тешилган жойидан йиринг оқиб чиқади. Беморда мастоидит аниқланганда кулоқ супрасининг олдинга ва пастга бўртиши, кулоқ орти соҳасида тернининг шишиб чиқиши ва қизариши киши эътиборини жалб қилади (34-расм). Сўрғичсимон ўсимта юзаси босиб турилганда ва уни туккиллашиб уриб кўрилганда ҳам оғриқ сезилади. Чакка суяги рентгенографияси йирингга тўлган сўрғичси-

мон ўсимта катакчаларининг қорайганини, шунингдек катакчалар орасидаги айрим суяк деворларининг емирилганини кўрсатади. Тўпланган анамнезлар ва беморни объектив текширилганда аниқланган белгилар бўйича мастоидит ташҳиси қўйилади. Ташҳисни оқинлаштириш ва мастоидитнинг оғир асоратларига йўл қўймаслик учун беморни кулоқ, томоқ, бурун касалликлари врачига юбориш лозим.

Давоси: хирургик — мастоидитомия қилинади. Тери қоплами қаватма-қават кесилиб сўрғичсимон ўсимтанинг кортикал қатлами очилади, кейин «ғор» тешилиб, аста-секин ўсимтанинг барча зарарланган хужайралари очиб тозаланади. Операция вақтида ўрта кулоқнинг эшитиш функциясини сақлаб қолиш учун эшитув йўлининг орқа девори олиб ташланмайди ва ноғора пардага тегилмайди, чунки ўткир яллиғланиш жараёнида ўрта кулоқнинг эшитув суякчалари занжирида унча деструктив ўзгаришлар кузатилмайди.

Сурункали йирингли ўрта отит кенг тарқалган касаллик бўлиб, карликка, ички кулоқ вестибуляр аппарати функциясининг бузилишига, баъзан эса бемор ҳаётига таҳдид солувчи асоратларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Ноғора парданинг барқарор перфорацияси туфайли кулоқдан доим ёки вақти-вақти билан йирингли ажралма чиқиб туради, маълум даражада эшитувнинг пасайиши сурункали ўрта отитга хос белгилардан ҳисобланади. Сурункали отитни репарация ва парчаланиш кучлари ўртасидаги мувозанатнинг қарор топиши деб ҳисоблаш мумкин. Яъни организмнинг инфекцияга чидамлилиги яллиғланиш жараёнини кучайтирмайди.

Диабет, витамин етишмаслиги (авитаминоз), моддалар алмашинувининг издан чиқиши каби касалликлар, шунингдек ноқулай турмуш шароити, ўрта кулоқ яллиғланишини ўз вақтида олдини олмаслик сурункали ўрта отитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Ўрта кулоқнинг сурункали яллиғланиши билан кечадиган микрофлора хилма-хил бўлади. Бурун бўшлиғи, томоқнинг бурун қисми, бурун атрофи бўшлиқлари патологияси сурункали жараённинг ривожланишига ёрдам беради. Кўпинча сурункали ўрта отитда эшитув найининг дренажловчи ва вентилляция функциясини бузадиган аденоидлар аниқланади.

Шиллиқ парданинг морфологик ўзгаришлари эпителий деструкцияси, шиллиқ парда некрози, фибрози, васкулитлар ва инфильтрация, грануляциялар ва полипларнинг

пайдо бўлиши ўрта кулоқ шиллик пардасининг морфологик ўзгаришларидан дарак беради.

Клиник жиҳатдан сурункали ўрта отитнинг икки асосий тури: **мезотимпанит** (сурункали яллиғланиш жараёни, кўпчилик ҳолларда ўрта кулоқнинг шиллик пардаси билан чегараланади) ва **эпитимпанит** (шиллик пардада ўзгаришлар борлигидан ташқари жараён ўрта кулоқнинг суяк деворларига, эшитув суякчаларига таркалади) шулар жумласидандир.

Мезотимпанитга турли даражада эшитувнинг пастайиши, кулоқдан мунтазам ёки вақти-вақти билан шиллик-йирингли модда ажралиши хосдир.

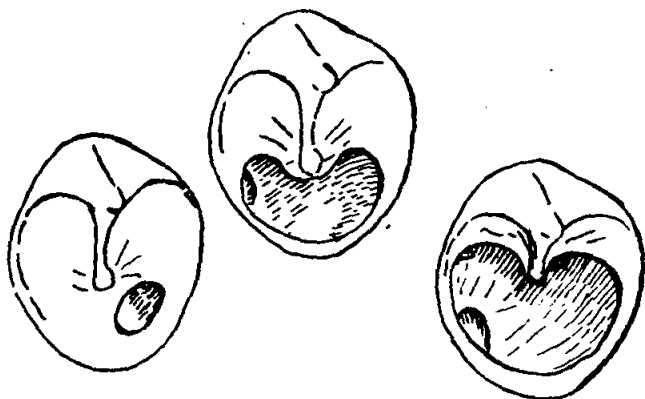
Отоскопия. Мезотимпанитда ногора парда турли катталиқда тешилса-да, лекин суяк айланасига етмайди. Перфорация ногора парданинг таранглашган қисмида бўлиб у ёки бу майдонни эгаллайди. Перфорация орқали кўринадиган шиллик парда қизарган, қалинлашган, шиллик аралаш йиринг ажралма қатлами билан қопланган бўлади. Ажралма жуда кўп миқдорда бўлиб, ёпишқоқ ва чўзилувчан бўлади. (35- расм).

Чакка суяги рентгенограммасида, кўпинча (айрим ҳолларда суяк ўзгармайди) сўрғичсимон ўсимта суягининг склерози аниқланади. Ажралма микрофлорасида кўп ҳолларда стрептококк, протей, кўк йиринг таёқчаси бўлади.

Давоси. Кўпчилик ҳолларда консерватив бўлиб, йиринг оқишини тўхтатишга қаратилган бўлади. Кейинчалик ремиссия барқарор бўлгач перфорацияни хирургик йўл билан — мирингопластика қилиб ёпиб қўйилади.

Даволашни ҳамма вақт бурун бўшлиғини, томоқнинг бурун қисмини текширишдан бошлаш керак ва патологик жараён аниқланганда айнан ана шу соҳалар санация қилиниши лозим. Бу ногора бўшлиғи шиллик пардасини ва эшитув найлари даҳлизини консизлантиришдан, йирингли ажралмани кулоқдан сўриб ташлаш ёки эшитув йўлини пахтали зонд билан артишдан, кулоққа бактерицид таъсир этувчи, эпитлизацияни тезлаштирувчи ва шиллик пардани мустаҳкамловчи, йирингли ажралмаларни камайтирувчи дори томизишдан иборат. Бунинг учун антибиотиклар левомецетин ва салицилат кислота эритмалари, 1 % ли диоксидин эритмаси ишлатилади. Кўпчилик ҳолларда микробларга қарши таъсир этадиган антибиотиклар кукуни ва бошқа дори воситалари ишлатилади.

Кулоққа дори томизишдан олдин ундан йирингни чиқариб ташлаш, дори шиллик пардага тушиши учун эшитув йўли ва ногора бўшлиғини яхшилаб қуритиш керак



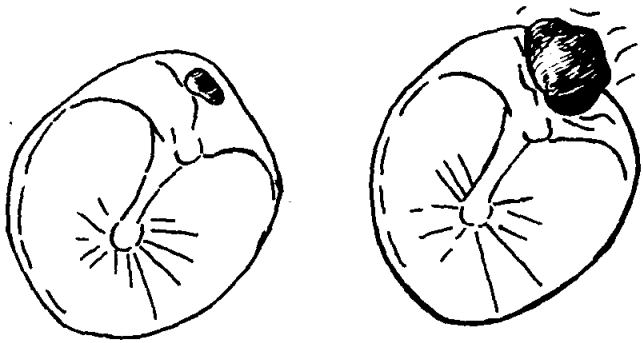
35- расм. Сурункали йирингли мезотимпанит.

бўлади. Кулоққа дорини беморни ёнбошига ётқизиб, касал кулоғини тепага қаратиб қўйиб томизилади. Томчиларни тана ҳарорати даражасида иситиш ва 5 томчи миқдорда эшитув йўлига томизиш лозим. Шундан кейин бир неча марта супачага куч билан босиб қўйиш керак. Шунда томчилар перфорациядан ўтиб ноғора бўшлиғига тарқалади, эшитув найига ва ўрта кулоқнинг бошқа бўлимларига ёйилиши мумкин. Антибиотикларни уларга нисбатан микрофлоранинг сезувчанлиги аниқлангандагина қўлланган маъқул. С ва А гуруҳига мансуб витаминлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Шунингдек шиллик пардани гелий-неонли лазер билан нурлантириш ҳам фойдалидир.

Мезотимпанит йиллаб, баъзан эса ўн йиллаб давом этиши мумкин. Одатда, кулоққа сув кириб қолганидан, совуқ олдиришдан, гриппдан кейин юзага келадиган қайталанишда антибиотиклардан инъекция қилиниши лозим.

Эпитимпанитда бемор одатда ёмон эшитишдан, кулоғидан бадбўй ҳид келаётганидан, баъзан эса қон аралаш йиринг ажралишидан, кулоғини артганда боши айланишидан, бошининг чакка соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади.

Отоскопия: эшитув йўлида тўпланган йиринг яшилсимон сариқ рангда, куйук, бадбўй ҳидли, баъзан эса холестеатома массалари аралашган бўлади. Перфорация ноғора парданинг таранглашмаган қисмида бўлиб, унинг чеккаси суяк айланаси киргоғигача етади. Ноғора усти чуқурлиги (аттик), ноғора бўшлиғи юқори бўлимнинг



36- расм. Сурункали йирингли эптитимпанит.

суяк деворининг деструкциясини ҳам аниқлаш мумкин. Кўп ҳолларда перфорация ноғора парданинг таранглашган қисмини ҳам камраб олади. Йирингдан ташқари, грануляциялар, полиплар ва окимтир тусли холестеатома массаси борлиги кузатилади (36- расм).

Суякдаги деструктив жараёнлар горизонтал яримдоира каналига ёйилганда (унинг ампуласи ёрга кириш жойига яқин туради) йиринг массалари очилиб қолган пардасимон лабиринт деворларига тарқалади. Бу ҳолларда йиринг олиб ташланаётган пайтда беморнинг боши айланиши, мувозанатини йўқотиши, кўнгли айнаши мумкин. Бу ички қулоқ суяк деворларининг емирилганлигидан далолат беради.

Рентгенограммада чакка суягининг деструкция ўчоқлари кўриниб туради. Ўрта ва ички қулоқ суяк тўқимасининг емирилиши кариоз жараёнлар ва холестоатома таъсири оқибатида юз беради.

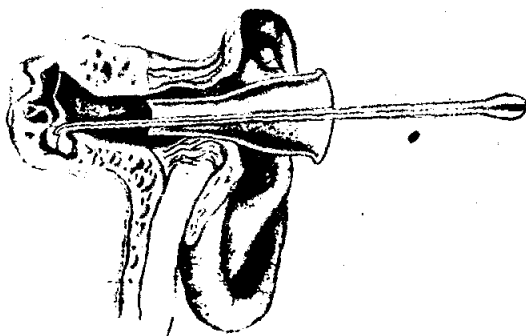
Холестеатома — ўсмасимон тузилма бўлиб, сурункали деструктив жараён заминида ўрта қулоқ бўшлиғида пайдо бўлади ва ривожланади, бу эптитимпанитга хос хусусият ҳисобланади. Холестеатома секин ўсиб бориб ҳажм жиҳатидан эксцентрик катталашиб, ҳамма тўқималарни, ҳатто қулоқ лабиринтининг зич суягини ҳам парчалаб юборади. У зич пардадан ва холестерин билан шимдирилган эпидермал массалар тўпламидан таркиб топган. Холестеатомани жарроҳлик йўли билан даволанади, чунки унинг ўсишини консерватив йўл билан тўхтатиш жуда мушкулдир.

Ўрта қулоқ бўшлиқларида ривожланадиган холестеатома ташқаридан бириктирувчи тўқима қатлами ёки

пардадан ташкил топган. Эпидермиснинг кўчиб тушган хужайралари орасида холестерин тўпланади (номи ҳам шундан келиб чиққан). Пардадан ичкарига қараб бириктирувчи тўқималар ўса бошлайди. Резорбция жараёнининг холестеатома таъсири остида гистойидларга ўхшаб кетадиган, ферментатив фаоллик қобилятига эга бўлган махсус хужайралар ҳисобига юз бериши қайд қилинган эди. Кислотали фосфатаза, лизосомаларнинг борлиги суяк тўқимаши коллагенининг эриб кетишига ёрдам беради.

Кулоқ холестеатомаси чеккадаги эпидермиснинг перфорацияси орқали эшитув йўлидан ногора бўшлиғининг устки қаватларига ўсиб кириши, яллиғланиш таъсири остида ўрта кулоқ шиллик пардасининг метаплазияланган эпителийсининг десквамацияси, кулоқда яллиғланиш борлигида эмбриогенез жараёнида эпидермал тўқима куртакларининг кириб қолиши билан изоҳланади. Кулоқда холестеатоманинг бўлиши ўрта кулоқ сурункали яллиғланишининг хавфли асорати ҳисобланади.

Давоси. Асосан хирургик даво қилинади, даво ўрта кулоқдаги йирингли ўчоқни санация қилишга ва асоратларнинг олдини олишга қаратилади. Консерватив даво йирингли моддани чиқариб ташлашдан, йиринг ҳосил бўлишини камайтириш ва тўхтатиш мақсадида шиллик пардага таъсир кўрсатишдан, шунингдек ўрта кулоқ бўшлиқларини некротик массалардан тозалашдан иборат. Бунинг учун ўрта кулоқ бўшлиқларига махсус канюля орқали ферментлар (химопсин, химотрипсин), антибиотик эритмалар, левомецетиннинг спиртли эритмаси юборилади (37- расм).



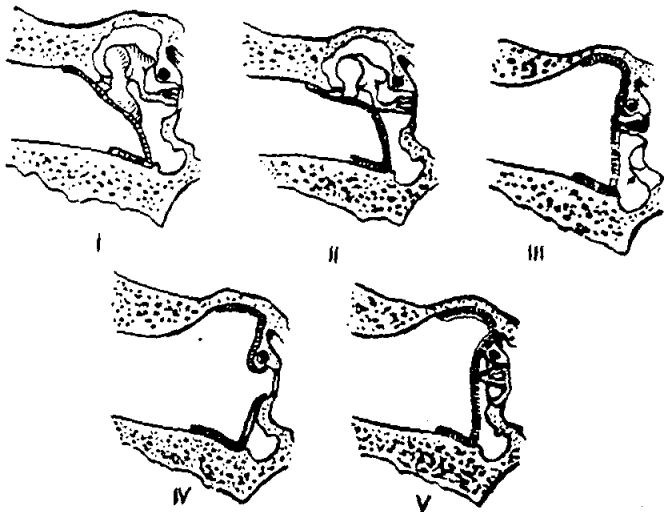
37- расм. Кулоқни Гартман канюляси орқали ювиш.

Перфорация орқали ташқи эшитув йўлига тушадиган полиплар ва грануляциялар маҳаллий оғриқсизлантириш ёрдамида махсус митти қисқичлар ва симли илгақлар билан чиқариб ташланади. Эпитимпанитда қилинадиган операция радикал ёки умумбўшлиқ операцияси деб аталади. Ундан мақсад — ўрта қулоқнинг барча бўлимларидаги патологик ўзгарган шиллик пардани ва суякни олиб ташлаш, катакчалар яхшилаб кириб ташлангандан кейин ягона умумий бўшлиқни яратишдир. Бу бўшлиқ ташқи эшитув йўлидан, ноғора бўшлиғи, гор ва сўрғичсимон ўсимта хужайраларидан иборат. Радикал операция ва товуш ўтказувчи аппаратнинг деструктив ўзгариши натижасида эшитув функцияси бирмунча бузилади. Шу сабабли эпитимпанитда санация операцияси билан бир қаторда пластик операция ҳам ўтказилади, бу операция тимпаноластика деб аталади.

Тимпанопластиканинг вазифаси — сунъий ноғора парда ҳисобига ўрта қулоқнинг товуш ўтказувчи системасини ва қатор ҳолларда эшитув суякчаларининг сунъий занжирини тиклашдан иборат. Ўрта қулоқнинг товуш ўтказувчи системасининг парчаланганлик даражасига қараб тимпанопластиканинг турли хиллари қўлланади. Ноғора парда ўрнини босадиган лахтак сифатида чакка мушағи фасцияси, тоғай усти суяғи, периост ва бошқа тўқималар ишлатилади (38-расм).

Лабиринтит — ички қулоқдаги яллиғланиш жараёни. Инфекция ярим доира канали деворларининг кариоз жараёнидан, холестеатомадан парчаланганда ички қулоққа тушади. Бунда кўпроқ ташқи канал ампуласи шикастланади, чунки у бошқаларига қараганда сўрғичсимон ўсимтанинг ҳаволи хужайраларига яқин туради, деструктив жараён ана шу ерда ривожланади. Чекланган ва тарқалган, сероз ва йирингли лабиринтитлар ҳам учрайди. Бош айланиши (буни бемор тинч турганда ёки юрганда сезади), юришнинг бузилиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш лабиринтитга хос белгилардир.

Фистула симптомининг борлиғи эса чекланган лабиринтитгага хосдир. Бу ташқи ярим доира каналининг суякли деворида емирилиш борлигидан дарак беради. Бунда супачани босиб, ташқи эшитув йўлида босим кўпайтирилиши билан перилимфанинг ҳаракатланиши, ярим доира каналида рецепторларнинг таъсирланиши юз беради. Диффузли лабиринтит бемор бошининг қаттиқ айланиши, мувозанатни йўқолиши ва тинкани қуритадиган даражада қайт қилиш билан кечади. Йирингли лабиринтит вестибуляр ва товуш анализатори рецептор аппаратининг тамоми-



38- расм. Вульштейн бўйича импанопластика хиллари.

ла емирилишига, бириктирувчи тўқима билан қопланишига олиб келади, яъни ушбу тарафда арефлексия бошланиб, одам қар бўлади.

Клиник манзараси — ўткир ёки сурункали йирингли ўрта отитда беморнинг боши айланиб, юрганда гандираклайди. Объектив белгилар: а) спонтан нистагм, дастлаб касал кулоқ тарафида сезилади, кейинчалик ушбу кулоқда рецепторлар заифлашганидан ёки ўлганидан сўнг нистагм ўз йўналишини ўзгартириб соғлом кулоққа ўтади; б) касал кулоқнинг яхши эшитмай қолиши ёки бутунлай эшитмаслиги; в) бармоқ-бурун синамаси ўтказилганда иккала қўл билан тегмаслик; г) Ромберг вазиятида касал соғлом кулоғи томонига энгашади, мияча абсцессидан ажрата билиш керак.

Давоси. Йирингли ўчоқни санация қилиш мақсадида ўрта кулоқда операция ва яллиғланишга қарши жадал терапия (антибиотиклар, сульфаниламидлар), дегидратацион даво ўтказилади.

Юз нерви парези ва фалажи ўрта кулоқдаги патологик аломатлар оқибатида (ўрта ва сурункали отит, ўсма) ички эшитув йўлида (эшитув нерви невриномаси), юз нерви қалла бўшлиғидан чиққанида (буянда у кулоқ олди сўлак бези ёнидан ўта туриб, ушбу соҳада ўсма, чандиқлар босиб қолишига реакция қилади) юз бериши мумкин. Юз нерви бузилишларининг бу гуруҳи периферик фалажлар

каторига кирса-да, лекин шунингдек юз нерви ўзакларининг зарарланиши натижасида марказий фалажлар ҳам рўй беради.

Клиник манзараси юз нервининг қай даражада зарарланганлигига боғлиқ бўлади, чунки ўз йўлида юз нерви кўз ёши безини, узанги мушагини, юзнинг имошора мушакларини, жағ ости ва тил ости сўлак безларини (булар тилнинг учдан икки бўлагидан таъм билиш сезувчанлигини таъмин этади) иннервация қилувчи қатор тармоқчалар беради. Санаб ўтилган аъзолар ҳолатини аниқлаш юз нерви поясининг босилиб қолганлик ёки узилиб қолганлик даражасини (юз нерви каналларида ёки нервининг бигизсимон-сўрғичсимон тешикдан чиққанидан кейинми?) кўрсатади.

1. Юз нервининг тиззасимон тугунга қадар ички эшитув йўли доирасида зарарланганга (калла асоси синганда, эшитув нерви невриномасида) қуйидагилар хос бўлади: а) юз нерви учала шохларининг фалажи — оғиз бурчагининг осилиб қолиши, бурун-лаб бурмаси ифодаланмаган, зарарланган тарафда пешонани тириштириб бўлмайди; б) кўз ёши бўлмагани ҳисобига кўз қуруқлиги, чунки кўз ёши беги ишламайди; в) тилнинг учдан икки олдинги бўлагидан таъм билишнинг бузилиши; г) гиперакузия — товушни касал қулоқ орқали соғлом қулоққа қараганда бирмунча кучли эшитиш (бунда патологик жараён қулоққа таъсир этмайди). Бу узангисимон мушак фаолиятининг бузилиши натижасида келиб чиқади. У ўрта қулоқнинг бошқа мушагига қарама-қарши таъсир кўрсатмайди (ноғора пардани таранглаштирувчи мушакка) ва товушлар таъсири остида узанги перилимфага таъсир қилиб, даҳлиз деразасига қаттиқ ботади.

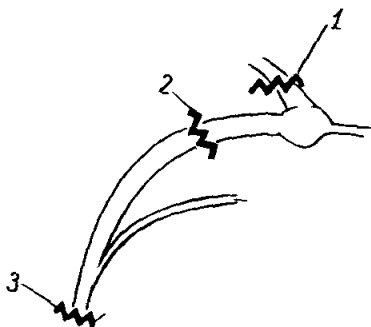
2. Юкорида санаб ўтилган ҳамма белгилар кузатилади (зарарланган томондаги кўз қуруқлиги бундан мустасно). Бунда бемор кўз ёши оқишидан шикоят қилади; кўз ёши беги иннервацияси шикастланганда кўзларни юмиш иложи бўлмаслигидан кўз ёши халтачасининг сўрилиш таъсири камайиб, кўз ёши бурун-кўз ёши каналига тушади.

3. Юз нервининг — бигизсимон-сўрғичсимон тешикдан чиққандан кейин зарарланиши (қулоқ олди беги дамида). Қуйидаги белгилар аниқланади: юз нервининг учала ёки бирортасининг зарарланиши пешонани тириштиришнинг қийинлашувига кўзнинг ёки оғиз бурчагининг осилиб қолишига, ёхуд бурун-лаб бурмасининг силлиқ бўлиб қолишига олиб келади. Таъм билиш бузилиши ва гиперакузия қайд қилинмайди.

4. Юз нервининг фалажи: фалаж рўй берган тарафда

39- расм. Юз нервнинг шикастланганлик даражаси.

1 — ички эшитув йўли дамида, 2 — юз нервнинг ноғора сегменти, 3 — бигиз — сўргичсимон тешик ёнидан чиқадиган сўргичсимон сегмент.



пешонани тириштириш қобилиятини сақлаб қолиш ана шундай фалажнинг барча аломатларига олиб боради (зарарланган томондаги пешонани буриштира олиш қобилиятининг бузилиши бундан истисно (39- расм).

Юз нерви функциясининг бузилганлик сабабини ва қанчалик зарарланганлигини аниқлаб, шундан кейингина даволаш усулини танлаш мумкин бўлади. Булар шошлинч жарроҳлик усулини қўллаш, идеопатик (келиб чиқиши номаълум бўлган) фалажда юз нервнинг ўзини декомпрессия қилиш, ёхуд консерватив даво усуллариدير.

ОТОГЕН КАЛЛА ИЧИ АСОРАТЛАРИ

Отоген менингит, мия ва миёчанинг отоген абсцесси, отоген сепсис ўтқир ёки сурункали йирингли ўрта отит зўрайишининг асоратлари натижасида юзага келади. Бу касалликда ўлим ҳоллари 10 фоизни ташкил қилади. Бу касаллик йирингли ўрта отитга чалинган беморларнинг 2—4 фоизда кузатилади. Стрептококклар, стафилококклар, ичак таёкчалари, кўк йирингли таёкча ва бошқа микроблар касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Инфекция калла бўшлиғига аксари контакт йўли билан ёки ноғора бўшлиғи ва ғор юқори деворининг кариоз жараёнидаги емирилиш натижасида тушади. Инфекцион (юқумли) касалликларда инфекциянинг гематоген (қон) орқали тушиши эҳтимоли ҳам бор. Инфекция шунингдек калла бўшлиғига Гаверс каналлари ва ўзгармаган суюқнинг периваскуляр бўшлиқлари орқали ҳам тушиши мумкин. Орқа калла чуқурчасига инфекция йирингли жараёндан зарарланган лабиринт орқали тарқалади.

Организмнинг химоя кучларининг аҳволи калла ичи отоген асоратларининг пайдо бўлишида катта аҳамиятга эга.

Отоген менингит — йирингли менингит, аксари менингоэнцефалит сифатида кечади. Касаллик шиддат билан бошланади. Барча симптомлар ўрта кулокнинг йирингли

касаллиги заминида бир неча соатдан суткаларгача давом этади. Беморни кучли бош оғриғи безовта қилади. Ҳарорат узок вақтгача юқори (39—40°) бўлиб туради. Қасаллик бошланганда беморга ўткир ҳидлар, кучли товуш, ёруғлик ёмон таъсир қилади ва булар бош оғриғини кучайтиради. Қасалликнинг бир қадар кечиккан босқичларида эс-хуш кирарли-чиқарли бўлиб қолади.

Отоген менингитда менингеал симптомлар росмана ифодаланани: энса мушакларининг таранглигининг ошиши, Бруздинскийнинг юқори ва пастки симптомлари Керниг белгиси шулар жумласидандир. Оғир ҳолларда мушаклар таранглашиб бемор бошини орқага ташлаб, оёқларини букиб ёнбошлаб ётади. Энцефалит қўшилганда пирамидал симптомлар (Бабинский, Оппенгейм) кузатилади.

Периферик қонда гиперлейкоцитоз, ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) ошади. Орқа мияни пункция қилиш отоген менингитга ташхис қўйишда муҳим аҳамият касб этади. Ликвор лойқа бўлиб, тез-тез томчилаб ёки оқиб туради. Плеоцитоз юқори бўлади (1000 ва бундан ортик). Оксил пайдо бўлиб, Панди ва Йонне Аппельтнинг глобулинли реакциялари мусбат бўлиб қолади. Қанд ва хлоридлар миқдори камайиб кетади.

МИЯНИНГ ОТОГЕН АБСЦЕССИ

Ташхис қўйишда мураккаб ҳисобланган бу касалликнинг 4 босқичини фарқлай билиш керак.

Бошланғич босқич симптомлари инфекциянинг мия пардалари орқали ўтиб унинг мия тўқимасига ўрнашуви билан кечади. Бу босқичда субфебрил ҳарорат, бош оғриғи, дармонсизлик, кўнгил айниши ва қусиш кузатилади.

Латент босқичдаги мия абсцессидида симптомлар деярли юзага чиқмайди. Кейинги босқичда касаллик белгилари росмана ифодаланиб, бунда симптомлар миянинг чакка бўлагидида йиринг қўпайиши билан кечади. Бу биринчи навбатда мия ичи босимининг ошишига сабаб бўладиган симптомлардир: локал бош оғриғи, оғриқ айниқса калла ичи абсцессидида калла перкуссия қилинганда кучаяди, овқатлашнига боғлиқ бўлмаган қусиш, локайдлик, брадикардия, кўз тубида ўзгаришлар борлиги, менингеал симптомлар кузатилади. Миянинг ўнг чакка бўлакчаси зарарланганда локал симптоматика ўнг қўлда ишловчиларда карама-қарши томон марказий типдаги юз нерви парези, пирамидал белгилар кузатилиши мумкин. Ўнг қўлда ишловчиларда чап чакка абсцесс бўлганда сенсор

ва амнестик афазия, аграфия, алексия ходисалари кузатилиши мумкин, бу ташҳис қўйишни енгиллаштиради.

Пункция қилинганда орка мия суюқлиги кучли босим остида оқиб чиқади, лекин у айтарли ўзгармаган бўлиб плеоцитоз оз миқдорда бўлади.

Организмда йирингли жой борлигига хос белгилар: юзнинг рангпарлиги, озиб кетиш, хотиранинг пасайиши, меъда-ичак касалликлари (тилнинг қараш бойлаши, қабзият), периферик қонда яллиғланишга хослиги кузатилади. Миядаги ўз вақтида аниқланмаган абсцесслар терминал боскичга ўтади, бунда абсцесс ёрилиб мия қоринчаларига тушади ва бемор ҳалок бўлади.

Мия ичи абсцессига ташҳис қўйишда эхография, ангиография, реография усулларидан фойдаланилади, лекин булар орқали етарли маълумотга эга бўлинмайди. Миянинг компьютерли томографияси анча ишончли усул ҳисобланади.

Отоген сепсис калланинг сигмасимон синус деворининг яллиғланиши билан кечадиган ўрта қулоқдаги йирингли жараён асоратидир. Бунда перифлебит, кейин эса флебит ривожланади, яъни сигмасимон синус девори яллиғланиши натижасида девор ички эндотелиал қатламининг зарарланиши, кейин эса облитерацияловчи тромб ҳосил бўла бошлайди, у фақат сигмасимон синусни тўлдирибгина қолмасдан, балки бўйинтуруқ венасига ҳам тарқалади. Тромбнинг йиринглаши микроорганизмлар ва токсинларнинг веноз қон оқимига тушишига сабаб бўлади, бунда сепсиснинг клиник манзараси яққол намоён бўлади. Сепсиснинг икки тури тафовут қилинади. Булар септицимия ва септикопиемия, шулар жумласига қиради. Иккинчи турида айрим аъзоларда йирингли метастазлар пайдо бўлади.

Клиник кўриниши умумий ва маҳаллий симптомлардан иборат. Агар мастоидит ёки сурункали йирингли тимпанитда беморнинг 15—45 минут давомида эти увишиб, (ҳароратнинг эгри чизиғи бир кеча-кундузда 4—5 даража ўзгариб туради), кўп терласа, бу отоген сепсис аломати бўлиши мумкин. Беморнинг териси рангпар бўлиб, «ғоз териси» кўринишида бўлади, кейинчалик сарғимтир тусга қиради. Сепсис эритроцитларнинг парчаланиши, лейкоцитоз ва суяк фаолиятининг сусайиши билан ифодаланади. Метастазларнинг пайдо бўлиши отоген сепсисга хос хусусият бўлиб, бўйинтуруқ венасидан инфицирланган микроэмболлар юқори қавак венага, юракнинг ўнг бўлмачасига ва қоринчага ва ўпка артерияси бўйлаб ўпкадаги майда артериодаларга тарқалади. Бу

ерда эмболлар қон айланиши доирасини четлаб ўтиб, ҳар қандай аъзо (буйрак, бўғимлар, тери)да чўкиши, шунингдек йирингли яралар ҳосил қилиши мумкин. Зарарланган кулоқ тарафдаги сўрғичсимон ўсимтанинг орқа девори бўйлаб тўқималар пайпаслаб кўрилганда оғрик бериши, бўйинтуруқ венаси флебитига алоқадор бўйиннинг томир-нерв тутами пайпасланганда оғриши маҳаллий белгилар каторига киради.

Мияча абсцесси. Бу касалликнинг кечишида ҳам 4 та босқич тафовут қилинади. Мияча абсцессининг росмана босқичида локал белгилар мия абсцессига қараганда бир қадар кўпроқ ифодаланган бўлади. Кучли нистагм кузатилади. Ромберг вазиятида текширилганда бемор зарарланган мияча ярим шари томонига оғади, бошини бурганда йиқилиш йўналиши ўзгармайди. Ҳаракатлар координациясининг бузилганлиги, бармоқ-бурун ва тиззатовон синамалари ёрдамида аниқланади. Зарарланган томондаги қўл-оёқ мушаклари тонусининг пасайиши ва адиадохокinez кузатилади.

Давоси. Отоген калла ичи асоратларида энг аввало йирингли ўчокни элиминация қилиш мақсадида кулоқни операция қилиш керак бўлади. Ўткир йирингли ўрта отитда ва сурункали йирингли отит зўрайганда кулоқни радикал операция қилинади. Менингитда бир йўла ўрта ва орқа калла чуқурчасининг (уларнинг участкалари ўзгармаганича қолгани маъқул) қаттиқ мия пардаси очилади. Мия ва миячанинг чакка бўлақлари абсцессига қаттиқ мия пардаси очилиб, унга 5% ли йод эритмаси суртилади кейин мия моддаси бир неча йўналишларда мандренли учи тўмтоқ игна билан пункция қилинади. Йирингдан тозаласан мия қаттиқ пардаси крестсимон қилиб кесилади, йиринг оқизиб юборилади, бўшлиқ фурацилиннинг илик эритмаси билан ювилади ва ингичка резина най билан дренаж қилинади. Абсцесс бўшлиғини дренажлашни то у қичрайиб қолгунга қадар 2—4 ҳафта давомида қилиш керак. Отоген сепсисда ўрта кулоқни операция қилиниб, сигмасимон синус девори очиб қўйилади, пункция қилинади, тромб аниқлангудек бўлса, синус деворини кесиб тромб олиб ташланади. Барча отоген калла ичи асоратларида операциядан кейин дарҳол антибактериал даво белгиланади. Бунда таъсир кўрсатиш доираси кенг бўлган ва гематоэнцефалит тўсиғидан яхши ўтадиган антибиотиклар қўлланади. Менингитга учраган беморларга антибиотиклар мушак ичига, венага юборилади. Диурезни коррекция қилиб туриб, сульфаниламид препаратлар ишлатилади, дезинтоксикацион ва дегидратацион даво ўтказилади.

СУРУНКАЛИ (ЎРТА ҚУЛОҚ КАТАРИ) АДГЕЗИВ ЎРТА ОТИТ

Бу хасталик ўрта кулоқнинг ўткир катарига бўлиб, ўткир, сурункали йирингли ўрта отитни ўз вақтида даволамаслик натижасида юзага келади. Ноғора бўшлиғида чандикли жараён, эшитув суякчалари орасида битишмалар, эшитув найлари, лабиринт дарчалари дахлизига соҳасида чандикли ўзгаришлар ривожланади. Баъзан чандикли бириктирувчи тўқиманинг кальцификацияси ва оссификацияси рўй беради.

Бемор яхши эшитмаётганидан, қулоғи шанғиллаётганидан, баъзан бош айланишидан шикоят қилади. Отоскопияда ноғора парда хиралашиб, ичига ботгани, чандикдан ўзгаргани, ҳаракати чеклангани кўринади (буни пневматик воронка билан текшириб кўрилганда аниқласа бўлади). Эшитишнинг пасайиши товуш ўтказувчи системанинг бузилиши натижасида юзага келади. Кейинчалик бунга товушларни қабул этиш қобилятининг бузилиши ҳам қўшилади. Импедансометрия деб аталадиган объект текшириш усули функционал текширув комплексида муайян аҳамият касб қилиб, у ноғора парда, эшитув найи ўтказувчанлигини аниқлашга ёрдам беради.

Ўрта кулоқнинг сурункали катарига даво қилишни бурун бўшлиғи ва бурун, томоқ санациясидан бошлаш керак. Эшитув найларини Политцер усули бўйича тозалаб, эшитув найларини катетерлаш, ноғора пардани пневмомассаж қилиш амалга оширилади. Чандиклар сўрилиб кетиши учун ноғора бўшлиғига катетер орқали лидаза эритмаси юборилади, уни кулоқ ичига ионофорез ва ультрафонофорез холида юборилади. Консерватив даво қилмаси, тимпанотомия — ноғора бўшлиғини тафтиш қилинади, гоҳо эса стапедопластика қўлланади.

ОТОСКЛЕРОЗ

У ички кулоқ капсуласининг бирламчи дистрофик касаллиги ҳисобланади. Отосклероз этиологиясида лабиринт капсуласининг тузилишига, ирсият омиллари, организмда рўй берадиган нейрогуморал ва гормонал ўзгаришларга аҳамият берилади.

Отосклерознинг гистологик ўчоғи янгитдан ҳосил бўлган (унинг структураси толасимон ва кўп сонли томирли бўлади) чегараланган соҳадан иборат. Аксарият ҳолларда отосклероз ўчоғи дахлизининг чўзинчоқ дарчаси соҳасидан жой олиб, узанги ҳаракатчанлигининг чекланишини келтириб чиқаради, бунда товуш ўтказишнинг

ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНСИЗ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Бу бўлимда яллиғланиши бўлмаган ўрта ва ички қулоқ касалликлари хақида гап боради. Буларга хос асосий симптомлар эшитиш ўткирлигининг пасайиши ва қулоққа шовқин эшитилишидир (ўрта қулоқнинг ўткир ва сурункали катарли, отосклероз, Меньер касаллиги, кохлеар неврит).

Ўрта қулоқнинг ўткир катарли — эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилишига хос касалликдир. Бу бурун бўшлиғи ва бурун шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши, шунингдек аденоидлар, ринит, пастки бурун чиганоклари орқа учларининг гипертрофияси, най бодомчаларининг гипертрофияси, хоана полиплари ва бошқалар натижасида юзага келади. Бунда ҳавонинг бир қисми сўрилиши натижасида ноғора бўшлиқда манфий босим юзага келади. Ноғора парда, шиллиқ парда томирларининг қонга тўлиши, шиллиқ безларининг гиперсекрецияси ва трансудатнинг ноғора бўшлиғига йиғилиши юзага келади.

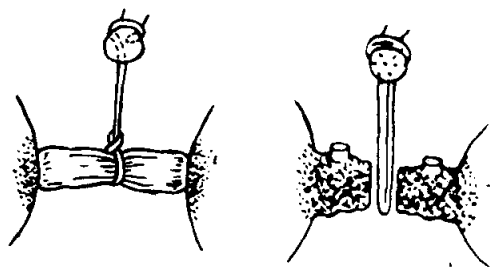
Бемор қулоғи битаётганидан, эшитув ўткирлигининг пасайганидан, қулоқдаги суюқлик ҳаракатидан, аутофониядан шикоят қилади. Отоскопияда ноғора парданинг ичига ботгани қайд қилинади. Парда сарғимтир ёки қизғиш кўринади; бу ноғора бўшлиғида экссудат борлигидан дарак беради. Баъзан қорамтир чизик кўринишидаги суюқлик кўринади. Трансудатнинг йиғилиб бориши ноғора парданинг бўртиб чиқишига сабаб бўлади. Эшитишнинг пасайиши, товуш ўтказишнинг издан чиқиши тури бўйича (бунда бутун тон шкаласи бўйича 25/30 ДБ микдорда эшитиш қобилияти йўқолади) аниқланади.

Ўрта қулоқ катарлини даволашда диққат-эътибор бурун ва бурун-томоқдаги яллиғланиш жараёнини бартараф этишга, эшитув найи ўтказувчанлигини тиклашга, ноғора бўшлиғини трансудатдан тозалашга қаратилган бўлиши керак. Бурунга томир торайтирувчи ва дезинфекцияловчи томчилар, физиотерапевтик муолажалар, ультрабинафша нур билан даволаш белгиланади. Бурунда ва бурун-томоқда яллиғланиш жараёни босилиб қолганда қулоқни Политцер бўйича ёки катетер ёрдамида тозаланadi. Баъзан ноғора бўшлиғига катетер орқали гидрокортизон суспензияси, протеолитик ферментлар (трипсин, химопсин) гоҳо эса трансудатни томомила йўқотиш мақсадида парацентез ёки ноғора бўшлиғини шунтлашга киришилади.

бузилиши натижасида эшитиш ўткирлигининг пасайишига олиб боради (отосклерознинг тимпанал тури). Отосклероз ўчоқлари чиғаноқнинг бошқа бўлимларида жойлашганда томирли ва токсик таъсир оқибатида нейросенсор карлик юзага келади, у кохлер невритда рўй берадиган карликдан фарк қилмайди (отосклерознинг кохлер тури). Касалликнинг аралашган тури ҳам кузатилади.

Отосклерозга кўпинча 20 дан 40 ёшгача бўлган аёллар чалинади. Бемор қулоғи шанғиллашидан яъни эшита олмасликдан шикоят қилади. Жараён секинлик билан ривожланиб, олдинга битта қулоқ, кейин иккинчиси зарарланади. Баъзан хасталик ҳомиладорлик даврида, туғриқдан кейин, грипп, шамоллаш касалликларидан сўнг тез зўрайиб кетади. Отоскопия қилинганда отосклерозга хос бўлган ўрта қулоқ тўқималаридаги дистрофик ўзгаришлар туфайли кенг эшитиш йўллари ҳосил бўлганини, олтингурут йўқлигини, эшитув йўли терисининг сезувчанлиги сусайганини, унинг салга яраланишини, ноғора парданинг юқкалашганини, ноғора бўшлиғи шиллик пардасининг пушти ранг доғ кўринишида ажралиб туришини кузатиш мумкин. Отосклерознинг асосий диагностикаси функционал ташҳис қўйишдир. Камертон ва аудометрия ёрдамида товушнинг суяк орқали ўтишининг ёмонлашгани аниқланади. Ринне, Федериченнинг манфий тажрибаси кузатилиб, булар манфий камертонал синамалари ва Желленнинг чўзинчок туйнукдаги узангининг оёк ости пластинкаси ҳаракатчанлигининг чегараланганлигидан дарак беради. Бунда импедансометрия, ультратовушга сезувчанликни ҳам текширилади.

Хирургик даво қилинади. Кўпинча микрохирургик операция тури ҳисобланган стапедопластика ўтказилади, бу узангини протез билан алмаштиришдан ва шу тариқа эшитиш суякчалари занжирининг ҳаракатчанлигини тиклашдан иборат бўлади (40- расм). Операция яхши функционал таъсир кўрсатади.



40- расм. Стопедопластика хиллари.

Касаллик француз шифокори номи билан аталиб, у ана шу касалликнинг асосий белгиларини таърифлаб берган. Меньер касаллиги тўсатдан бошланиб, кулоқнинг шанғиллаши, эшитувнинг ёмонлашуви, бош айланиши, мувозанатнинг бузилиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш билан бошланади. Касаллик вақти-вақти билан тутиб, бир неча кундан бир неча йилга чўзилиб кетиши мумкин (бунда бемор иш қобилиятини бутунлай йўқотади). Меньер касаллиги патогенезида лабиринт босимнинг ошишига катта эътибор берилади. Меньер касаллигига ташхис қўйиш кийин эмас. Бу касалликда бемор кимирламай ётади, кўзгалган кўркади, акс ҳолда боши айланиб вегетатив реакциялар пайдо бўлади. Спонтан нистагм аниқланади.

Касаллик деярли ҳамма вақт бир томонлама ўтади. Хуруждан кейин кулоқ шанғиллаши ва эшитиш ўткирлигининг сусайиши йўқолсада, лекин аксарият ҳолларда эшитув бузилиши барқарор бўлиб, ҳар бир хуруждан кейин кучайиб боради. Акуметрия ва аудиометрияда карликнинг аралаш тури аниқланади, яъни бунда кулоқнинг товуш ўтказиш ва товушларни қабул қилиш хусусияти бузилади.

Хуруж тутган пайтда беморни ёруғ ва тинч жойга ётқизиш зарур. Оёқлари учига грелка қўйилади. Венага 20 мл 40 % ли глюкоза эритмаси, тери остига эса 1 мл 0,1 % ли атропин ва 1 мл 10 % ли кофеин эритмаси юборилади. Шунингдек венага 100 мл 7 % ли сода эритмасини томчилатиб юборилганда, сийдик ҳайдовчи дорилар тайинланганда, бурун ичига меатотимпаннал новокаин блокадаси қилинганда яхши натижа беради.

Хуруж тўхтагандан кейин ҳам венага глюкоза ва 7 % ли сода эритмаси юбориб турилади (12 марта куйишгача), сийдик ҳайдовчи воситалар берилади. Тузсиз овқат, сут ва ўсимлик маҳсулотлари буюрилади ҳамда камрок суюқлик ичиш, шунингдек вестибуляр аппаратни чиниктиришга қарағилган даволаш гимнастикаси тавсия этилади. Микроциркуляцияни яхшилайдиган воситалар (аминолон, трентал) тайинланади. Гипербарик оксигенация ва рефлексотерапия қўлланади. Консерватив даво кор қилмаганда хирургик усуллар қўлланилади.

Мураккаб микрохирургик операция ҳисобланган бу операцияда лабиринт ичи босимини пасайтириш мақсадида эндолимфатик халтачани шунтланади.

Касаллик оғир кечган пайтда лабиринтнинг нейроре-

цептор тузилмаларини лазер ёрдамида нишонга олиб парчалашга қаратилган операция қилишга киришилади.

КОХЛЕАР НЕВРИТ

Эшитув анализаторининг периферик ва марказий бўлимларининг зарарланиши ана шу касалликка хос белгилардандир. Асосан кохлеар невритнинг юзага келишига инфекциян касалликлар (грипп, менингит, паратит) ва дорилар таъсири (антибиотиклар, диуретиклар, салицилатлар, оғир металллар) сабаб бўлади. Шунингдек калламия шикастланиши, қулоқнинг механик шикасти, ба-ротравма ва акутравма оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Кохлеар неврит касб-корга алоқадор (шовкин, тебраниш, интоксикация), баъзи бир соматик хасталиклар (гипертония касаллиги, сурункали буйрак етишмовчилиги, лейкозлар) да, сурункали йирингли ўрта отит узокка чўзилиб кетганда камроқ кузатилади.

Этиологик маълумотлар турлича бўлсада, Кохлеар невритнинг ривожланиш механизми бир хил бўлади. Дастлаб гемодинамик бузилишлар, нейроэпителиал хужайраларда дистрофик ўзгаришлар юзага чиқади. Баланд товушларни сезувчи чиганок асоси ёнидаги тукли хужайралар айниқса эрта зарарланади, кейинчалик патологик жараён чиганокнинг гажакларига ва дахлиз олди — чиганок нервига ҳам тарқалади.

Бемор турли кучдаги, кўпинча юқори частотали товушни эшитиш ўткирлиги пасайганидан, шунингдек вакти-вакти билан боши айланишидан, мувозанати бузилганидан нолийди.

Касаллик диагностикаси фақатгина эшитишни функционал текширувга асосланган. Нейросенсор карлик кохлеар невритга хос хусусият бўлиб, у тонал бўсага аудиограммасида хаво орқали товуш ўтказиш бўйича бўсағасининг ортиши ва суяк-хаво интервалининг йўқлиги билан фарқ қилади. Клиника амалиётида чиганокнинг тукли хужайраларидан тортиб, то пўстлок марказларигача тарқалган эшитиш анализаторининг турли бўлимларидаги зарарланишини аниқлаш имконини берадиган аудиометрик услублардан бўсага усти аудиометрияси, шовкинни ўлчаш, частоталар диапозони кенг бўлганда эшитишни текшириш, ультратовушни суяк орқали сезишни аниқлаш, нутқ аудиометрияси, компьютерли аудиометриядан кенг кўламда фойдаланилади.

Кохлеар невритни даволашда А, В ва Е гуруҳига мансуб бўлган витаминлар, кокарбоксилаза, АТФ, биоген



6



41- расм. (а), (в) ташки эшитув йўли учун ва қулоқ орти эшитув аппаратлари, (б) «кўзойнак».

стимуляторлар, микроциркуляцияни яхшилайдиган воситалар (трентал, кавинтон), антихолинэстераза препаратлари, антигистаминли воситалардан фойдаланилади. Ионофорез, шунингдек прозерини бўлган ультрафонофорез, игна санчиб рефлексотерапия ва гипербарик оксигенация ўтказилади. Даво қилмаган тақдирда турли типдаги эшитув аппаратлари билан протезлаган маъқул (41^а, 41^б, 41^в- расмлар).

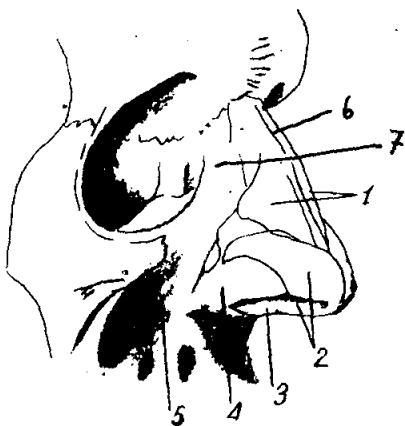
БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИҚЛАРИ

БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ АНАТОМИЯСИ

Ташки бурун, бурун бўшлиғи ва бурун олди бўшлиқлари тафовут қилинади. Юзда чикиб турган буруннинг ташки қисми суяк ва тоғай скелетидан ташкил топган. Суяк қисми бурун суяклари, пешана суяқларининг бурун ўсимталари ва юқори жағнинг пешана ўсиқларидан иборат.

Ташки буруннинг тоғай қисми уч бурчакли бурун пластиналаридан, бурун қанотлари ва сони ҳамда шакли жиҳатидан турлича бўлган майда сесамосимон тоғайлардан таркиб топган. Ташки бурун мушаклари рудиментар тузилган бўлади (42-расм).

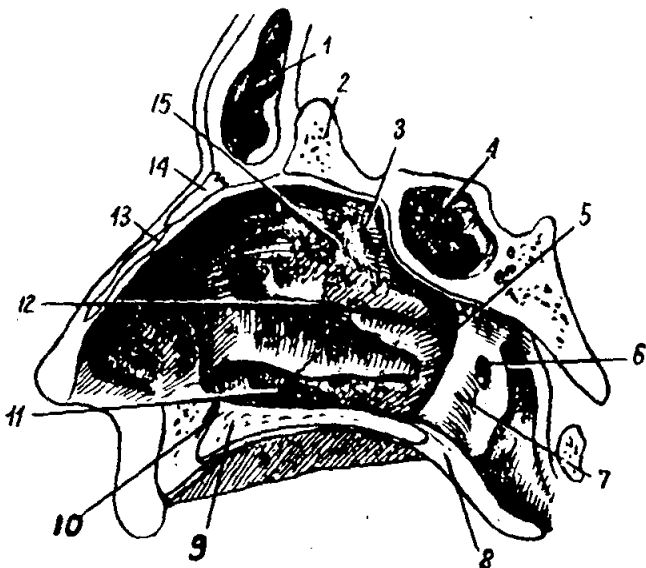
Ташки бурун терисида жуда кўп ёғ безлари мавжуд. Ташки бурун тўқималари қон билан яхши таъминланган бўлиб, уни ташки юқори жағ ва кўз артерияси шохлари таъминлайди. Ташки бурун шохлари қонни олдинги бурун ва юз веналарига ҳайдайди. Лимфа оқими жағ ости соҳасининг лимфа тугунларида тугайди.



42-расм. Ташки буруннинг тузилиши.
1 — учбурчакли ёнбош тоғай, 2 — ўнг қанот тоғай, 2 — ўнг қанот тоғай, 3 — ўнг қанот тоғайни ме-
диал қисми, 4 — бириктирувчи тўқимали таянч
боғлам, 5 — ёнок чуқурчаси, 6 — бурун суяклари,
7 — юқори жағ суягининг пешана ўсимтаси.

БУРУН БЎШЛИҒИ

Бурун бўшлиғи олдинги қалла чуқурчасида кўз орбиталари ва оғиз бўшлиғи орасида жойлашган. Бурун бўшлиғи орқадан хоаналар ёрдамида бурун-ҳалқум билан туташади. Бурун тўсиғи бурун бўшлиғини иккига бўлади ва ҳар бири учун ички девор бўлиб хизмат қилади. У тепадан тушиб турадиган ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси, димоғ суяғи ва олдинда жойлашган тўрт бурчакли тоғай билан ҳосил қилинган.



43- расм. Бурун бўшлиғини латерал деворининг тузилиши.

1 — пешона бўшлиғи, 2 — ғалвирсимон суяк бўртмаси, 3 — асосий бўшлиқ йўли тешиги, 4 — асосий бўшлиқ, 5 — танглай суягини вертикал ўсмаси. 6 — эшитиш наймининг халқумдаги учи. 7 — эшитиш найи болиши. 8 — юмшок танглай. 9 — юқори жағ суягини танглай ўсмаси. 10 — танглай-бурун канали. 11 — пастки бурун йўли 12 — ўрта бурун чиғаноғи. 13 — ташки бурун тоғайи, 14 — бурун суяги. 15 — буруннинг юқори чиғаноғи.

Бурун бўшлиғининг ташқи деворини бурун суяги, юқори жағ бўшлиғининг медиал девори, юқори жағнинг пешана ўсиғи, ғалвирсимон лабиринтнинг медиал девори, танглай суягининг вертикал ўсимтаси ва асосий суякнинг қанотсимон ўсиғи ташкил қилади (43-расм). Бурун бўшлиғининг ташқи деворида горизонтал ҳолда учта суяк дўнги деб юритиладиган бурун чиғаноқлари жойлашган. Пастки бурун чиғаноғининг асосида алоҳида суяк бўлиб, у ўрта ва юқори чиғаноқлар ғалвирсимон суяк элементларидан иборат. Бурун тўсиғи билан бурун чиғаноқларининг ташки юзаси орасида жойлашган бўшлиқ умумий бурун йўли деб аталади. Пастки бурун чиғаноғи билан бурун бўшлиғи туби орасида пастки бурун йўли жойлашади.

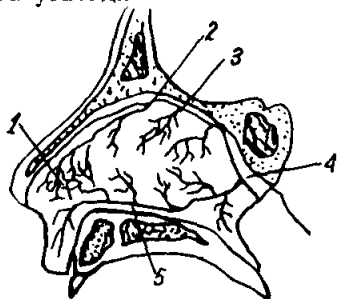
Пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари орасидаги бўшлиқ ўрта бурун йўли деб аталади. Юқори жағ бўшлиғининг чиқариш тешиклари ва пешана бўшлиғига борувчи бурун-пешана канали, шунингдек ғалвирсимон суякнинг олдинги ва ўрта хужайралари ўрта йўлига очилади. Ўрта ва юқори бурун чиғаноқлари орасида юқори бурун йўли жойлашган.

Ғалвирсимон суякнинг орқа хужайралари ва понасимон бўшлиқнинг чиқариш тешиги ана шу йўлга очилади.

Бурун бўшлиғининг юқори девори (бурун гумбази) бурун суяклари ва ғалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкасидан, унинг тешиклари орқали бурун бўшлиғидан калла бўшлиғига хид сезиш нерви толалари ўтади. Хоаналар ички томондан димоғ суяги билан, ташқаридан эса асосий суякнинг канотсимон ўсимтаси билан, тепадан асосий суяк танаси, пастдан танглай суягининг горизонтал пластинкаси билан чегараланган.

Бурун бўшлиғининг бошланғич қисми девори тери билан қопланган бўлиб, эпидермиси ясси эпителийга, кейин эса цилиндрик ҳилпировчи эпителийга айланади. Бурун бўшлиғининг пастки ва ўрта бўлаги — нафас соҳасидир. Бу ерда шиллик пардада кўпгина безлар ва кўзасимон секретор ҳужайралар бўлади. Пастки ва ўрта бурун чиғаноқларининг шиллик ости қатламида варикоз кенгайган талайгина веноз тутамлари борлиги нафас зонаси шиллик пардасига хос хусусият ҳисобланади, буларнинг деворларида силлик мускуллар бўлиб, улар тўқиманинг қон билан тўлишини рефлектор тарзда ўзгартириш имконини беради.

Бурун бўшлиғининг шиллик пардаси асосан бош танглай артерияси орқали қон билан таъминланади (ички жағ артериясининг охириги тармоғи), бу артерия буруннинг ички деворига ва бурун тўсиғига тармоқланади. Бурун бўшлиғи ва бурун тўсиғи ташқи деворининг орқа-юқори бўлимлари кўз артериясидан бошланадиган ғалвирсимон артерия шоҳчалари билан озикланади. Бурун тўсиғининг олдинги-пастки бўлимларида Киселбахнинг кўпинча қонли жойи бўлади, у нисбатан йирик ва томирли шоҳчалар устида жойлашган тўри билан ҳосил бўлади (44-расм). Бурун бўшлиғидан қон олдинги юз ва кўз косаси веналари орқали оқиб кетади. Лимфа томирлари лимфани бурун бўшлиғидан жағ ости, юткин орти ва чуқур бўйин лимфа тугунларига узатади.



44-расм. 1 — Кисельбах тугуни,
2 — а. ethmoidalis anterior.
3 — а. ethmoidalis posterior.
4 — а. nasalis posterior septi
5 — а. nasopalatina.

Бурун бўшлигининг сезувчан иннервацияси уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи тармоқлари орқали амалга оширилади. Секретор ва томирли иннервация уч шохли нервнинг иккинчи тармоғи таркибига кирадиган ва видиев нерви таркибида келадиган парасимпатик толалар ёрдамида таъминланади. Бурун бўшлигининг юқори бўлимлари, ўрта чиғаноқ ўртаси ўзига хос эпителий билан қопланган. Бу эпителий хид сезиш анализаторининг рецептор тўзималари ҳисобланган қувватлаб турувчи ва хид сезиш хужайраларидан таркиб топган.

БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ

Бурун олди бўшлиқлари — ҳаво-бурун бўшлиқлари бурун бўшлиғига яқин турган суяклар: юқори жағ, галвирсимон, пешана ва понасимон суякларда жойлашган. Улар бурун бўшлиғи билан тор тешиклар ва каналлар орқали туташган. Бурун олди бўшлиқларининг шиллик пардаси бурун бўшлиғидагига қараганда бирмунча юқорирокда бўлиб, уларда вена тутамлари бўлмайди, шиллик безлари ҳам кам бўлади.

Юқори жағ бўшлиғи жуфт бўлиб, унинг ҳажми катта (20 см³ гача) бўлади, кўриниши тўрт қиррали пирамидани эслатади. Бўшлиқнинг олдинги девори чуқурча (козиксимон чуқурча) ҳолида ичга ботган, юқори жағнинг юза қисмидан тузилган.

Орқа девор юқори жағ бўшлиғини қанот-танглай чуқурчасидан ажратиб туради. Бўшлиқнинг юқори девори кўз косасининг пастки девори ҳисобланади. Ундан деворлари юпқа бўлган канал, пастки кўз косаси нервнинг ярим канали ўтади. Бўшлиқнинг пастки девори альвеоляр ўсимтанинг кириш жойига мос келади, бу ерда иккинчи кичик озиқ тиш ва иккита катта озиқ тишлар илдизи жойлашган.

Юқори жағ бўшлигининг ички девори, бурун бўшлигининг кўшалок йўли ўрта бурун йўлининг орқа бўлимларида жойлашган.

Пешана бўшлиғи ҳажми ва шакли жиҳатидан ўтказувчан бўлиб, 4 та девори олдинги бўшлиқни калла бўшлиғидан ажратиб турадиган орқа, кўз косасига чегарадош пастки, иккала пешана бўшлиқ орасидаги тўсикдан иборат ички девори бор. Олдинги-ички бурчакда, бўшлиқ туби ёнида пешана-бурун каналига боровчи тешик бўлиб, у ўрта бурун йўлининг олдинги бўлимига очилади.

Галвирсимон лабиринт иккитадан саккизтагача майда,

ҳаво ўтказувчи бўшлиқлардан иборат бўлиб, девори юпка пластинкалар кўринишидадир. Ташки пластинкаси ғалвирсимон суякнинг қоғоз пластинкасидан иборат бўлиб, бу пластинка хужайраларни кўз косасидан ажратиб туради. Ички пластинка бурун бўшлигининг ташки деворини ҳосил қилишда иштирок этади. Ғалвирсимон суяк хужайраларининг юқори қисми ғалвирсимон пластинкага бирикиб, бу пластинка олдинги калла чуқурчасига чегарадош бўлади. Ғалвирсимон суякнинг олдиндан орқага қараб йўналишда олдинги, ўрта (булар ўрта бурун йўлига очилади) ва орқа хужайралар фарқ қилинади. Орқа хужайралар гуруҳи кўрув нервига яқин туради.

Понасимон бўшлиқ орқа томондан ғалвирсимон лабиринт хужайраларига ёндашган бўлади. Бўшлиқнинг катталиги, шакли ўзгарувчан бўлиб, олдинги девори юпка ва тешиги бўлади. Бу тешик юқори бурун йўлига очилиб, юқоридан турк эгари, гипофиз, кўрув нерви кесишмаси билан чегарадош бўлади. Асосий бўшлиқнинг пастки девори бурун ва бурун-ҳалқумнинг орқа гумбазини ҳосил қилади, видиев канали ана шу девордан ўтади. Бўшлиқнинг ён тарафида уйқу артерияси, каваксимон синуси, III, IV ва VI калла-мия нервлари жойлашган бўлади.

Юқори жағ бўшлиғи танглай ва пастки кўз косаси артерия тармоқлари ёрдамида қон билан таъминланади. Пешана бўшлиғи орқа бурун артерияси ва кўз косаси артерияларининг тармоқлари орқали қон билан таъминланади. Орқа бурун қанот-танглай артерия тармоқлари асосий бўшлиқни қон билан таъминлайди.

Венадан қон олдинги юз венасига, кўз косаси венасига ва вена тутамларига (бурун-юткин, қанот-танглай) оқиб кетади. Калла веналари ва синуслари билан ўзаро анастомозлар бор. Бурун ён бўшлиқларининг лимфа томирлари лимфани юткин орти ва чуқур бўйин тугунларига узатади, шу сабабли хавfli ўсмалар метазтазида ташхис қўйиш анча мушкул бўлади.

БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Буруннинг нафас, ҳид сезиш, химоя ва резонатор функциялари тафовут қилинади.

Буруннинг нафас олиш функцияси. Ҳавони бурун орқали нафасга олганда ҳавонинг асосий массаси бурун катаклари орқали бурун томигача киради, кейин унинг остидан ўтиб, ёйсимон ҳаракат қилиб пастга ва орқага — хоаналарга тушади. Ҳаво чиқариб юборилганда орқага қайтса-да, лекин юқори бурун йўлига ҳам ўтади (ҳид

сезиш соҳаси). Ҳаво оқими бурун чиғаноқлари кўринишидаги тўсиққа дуч келиб, тўлқинланиб кетади. Ҳаво бурун бўшлиғидан ўта туриб, механик тарзда бурун шиллик пардасининг рецептор тузилмаларини таъсирлайди, натижада организмнинг нафас, юрак-томир, хазм ва бошқа системаларга жавобан физиологик рефлекслар пайдо бўлади (ринобронхиал рефлекс ҳаммадан кўра кўпроқ ўрганилган). Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашуви ёки нафас ололмаслик организмнинг кўпгина аъзолари ва системалари функциясининг бузилишига сабаб бўлади (бу бурун шиллик пардаси рецепторларидан афферент импульсациясининг ишдан чиқиши оқибатида юз беради).

Ҳид сезиш функцияси. Ҳид сезиш мураккаб жараён дир. Хушбўй моддалар молекуласи муайян физик-кимёвий хоссага эга бўлиб, ҳид сезиш тирқишига киради, липоидларга бой специфик хужайралар билан контактда бўлиб, уларда эриб кетади. Бундай пайдо бўладиган реакция нерв импульслари генерациясига олиб келади, бу импульслар ўтказув йўллари бўйича (ҳид сезиш иллари, пиёзча, йўл, учбурчак) анализаторнинг пўстлоқ охирига етади (гипокамф, аммоний шохи), бу ерда эса улар анализ ва синтез қилинади. Бўсага сезувчанлиги, мослашув (адаптация), толиқиш каби нейродинамик жараёнлар ҳид сезиш анализаторига хос дир. Ҳид сезиш воситасида киши ҳавода заҳарли моддалар борлигини билиб, овқат сифатини назорат қилади. Ҳид сезиш анализатори тизимлари ва бош миянинг турли хил тузилмаларининг ўзаро боғлиқлиги туфайли одам ҳидга қараб атрофдаги шароитга мослашиши мумкин. Ҳид сезиш одамнинг руҳий-эмоционал сферасида муайян ўрин тутаяди, у ёки бу ҳид таъсирида ё ижобий, ё бўлмаса, салбий эмоциялар юзага келади.

Буруннинг **химоя** функцияси химоя рефлекслари ҳисобланган нафасга олинадиган ҳавони намликдан, чангдан тозалаш ва зарарсизлантириш рефлексларидан иборат бўлади. Таркибида заҳарли кимёвий моддалар бўлган ҳаво нафасга олинганда рефлектор тарзда нафас тўхтаб қолиши мумкин, бунда ҳавода зарарли моддалар борлигига жавоб реакцияси деб қараш керак. Бу рефлексларнинг фойдали эканлиги организмга заҳарли моддаларнинг камроқ тушишида ҳам сезилади. Аксирини эса бошқа бир химоя рефлeksi бўлиб, унинг ёрдамида заҳарли моддалар бурун бўшлиғидан чиқариб юборилади. Кўз ёши оқиши ҳам химоя рефлекслари қаторига киради. Бурун бўшлиғига бурун канали орқали тушадиган кўз ёшнинг бир қисми шиллик пардадаги зарарли моддаларнинг ювилиб кетишига ёрдам беради. Бурун бўшлиғи

шиллик пардаси кон билан яхши таъминлангани туфайли нафасга олинаётган ҳаво илиб ўтади. Жараён рефлектор равишда амалга ошади. Бу шиллик парда томирларининг кенгайиши натижасида юзага келади.

Нафасга олинадиган ҳаво шиллик безлар, бокалсимон хужайралар ва лимфа секретари билан намланади, лимфа ўз навбатида шиллик парда эпителийсига орқали сизиб чиқади. Бунда ҳаво деярли тамомила намланади, бу эса ўпкада нормал газ алмашинуви учун муҳимдир. Жараён атмосферанинг қанчалик намлигига қараб амалга ошади.

Нафасга олинадиган ҳавонинг чангсизланиши механик жараён ҳисобланади. Ҳаво таркибидаги йирик чанг заррачалари буруннинг кираверишидаги тукчалар орқали ушланиб қолади. Ўртача катталиқдаги чанг заррачалари бурун бўшлиғига тушса, ҳаво оқимининг тебранувчан ҳаракати натижасида шиллик пардага ёпишиб қолади. Кейинчалик улар хилпировчи эпителий киприкчаларининг ҳаракатлари билан бурун-юткинга сурилади, бурун шиллиғига, кўз ёшига аралашиб ютилади ёки туфлаб юборилади. Катталиғи 5 микрондан кам бўлган юқори дисперс чанггина бурун бўшлиғида ушланмай ўпкага тушади.

Бурун бўшлиғига ҳаво билан бирга тушадиган бактериялар бурун бўшлиғида бўладиган муцин ва лизоцимнинг бактерицидлик таъсири натижасида зарарсизланади.

Буруннинг резонатор функцияси. Бурун ва бурун олди бўшлиқлари товуш ҳосил бўлишида иштирок этади. Улар юқори резонаторлар деб аталиб, товуш частотасини кучайтиради, товушларни жарангдор, нафис, тиниқ ва ўрта частота соҳасидаги обертоналари ютиб юборади.

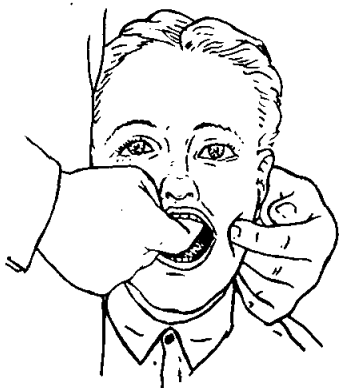
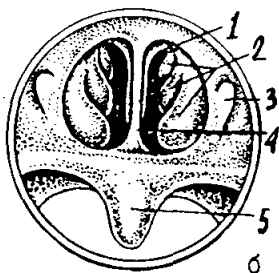
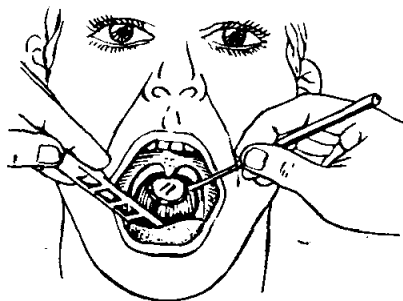
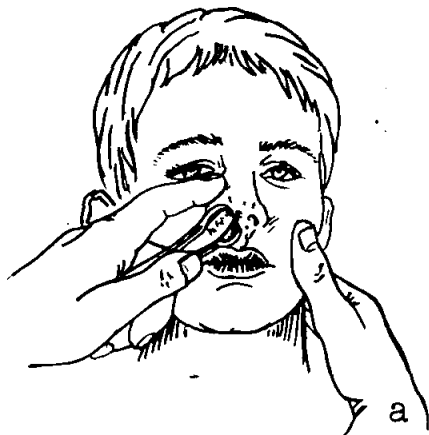
БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Бурун ва бурун олди бўшлиқларини текшириш ташқи томондан кўздан кечиришдан ва махсус бурун кўзгулари ёрдамида кўришдан бошланади. Юз (бет) ташқаридан кўздан кечирилганда тўқима нуқсонларини, бурун деформациясини, ташқи бурун ва бурун бўшлиғи дахлизига терисининг патологик ўзгаришларини аниқласа бўлади. Бунда бурун учини ўнг қўлнинг бош бармоғи билан кўтариб, дахлизининг бир қадар чуқур бўлимлари кўздан кечирилади.

Юз скелети пайпаслаб кўришганда (пальпацияда) бурун суякларининг синганлигини, бўшлиқларнинг зарар

45- расм. Олдинги (а) ва орка риноскопия

1 — юкори бурун йули, 2 — юкори ўрта ва пастки бурун чиганоклари, 3 — эшитиш найини димогдаги учи, 4 — димоғ суяги, 5 — тилча.
 (б) бурун! — юткинни бармоқлар билан текшириш (в).



В

ланганлигини, ўткир яллиғланишларда оғриқ борлигини аниқлаш имконини беради. Бурун бўшлигини ёруғликда махсус кўзгулар ёрдамида кўздан кечириш риноскопия деб аталади. Олдинги, ўрта ва орқа риноскопия тафовут қилинади. Олдинги риноскопияда бурун кўзгуси чап қўл билан ушланади, ўнг қўл бемор бошида туради. Нур тутами бурун учига йўналтирилади, кўзгу браншлари бурун тўсиғига параллел ҳолда бурун дахлизига киритилади. Браншлар билан кенгайтирилгач, бурун дахлизининг бўлимлари, бурун тўсиғининг олдинги бўлимлари, бурун чиғаноғининг олдинги учи, умумий ва пастки бурун йўли кўздан кечирилади (45-расм). Бемор бошини орқага ташлаб ўтирганда бурун бўшлиғининг юқори бўлимлари (бурун тўсиғининг юқори бўлаги, ўрта бурун йўли, ўрта бурун чиғаноғининг олдинги бўлаги, хид сезиш ёриғи)ни кўрса бўлади. Ўрта бурун йўли ва бошка чуқур жойлашган тузилмаларни пухта текшириш зарурати туғилганда ўрта риноскопия қўлланади. Буни шиллик пардани 3 % ли дикаин ёки браншлари узун бурун кўзгуси орқали тримекаин аэрозоли билан олдиндан аппликацион анестезияни бажариб бўлгач қилинади.

Орқа риноскопия бурун бўшлиғини ва бурун-ютқиннинг орқа бўлимларини кўздан кечириш мақсадида қилинади. Бунда шифокор бемор оғзини очиб, шпатель ёрдамида тил орқасини босиб туриб ўнг қўл билан иситилган бурун-ютқин кўзгусини юмшоқ танглай орқасига киритади ва унга рефлекторнинг ёруғ нурини йўналтириб, бемордан бурун орқали нафас олишни сўрайди. Шунда кўзгуни айлантириб хоаналарни, чиғаноқларнинг орқа учларини, ўрта ва юқори бурун йўлларини, эшитув найларининг кириш жойларини кўрса бўлади. Патологик ўзгаришларни пухта аниқлаш зарурати туғилганда олдинги ва ўрта риноскопияни операцион микроскоп ёрдамида бажарса бўлади.

Бурун бўшлиғининг юқори ва орқа бўлимларини риноскоп хисобланган ёруғликни юритувчи оптик най ёрдамида кўздан кечириш осон бўлади.

Диафаноскопия ҳам бурун олди бўшлиқларининг ҳолати ҳақида тахминий маълумот беради, бу муолажа махсус электр лампочка ёрдамида амалга оширилади. Бу лампочка бемор оғзига қоронғи хонада киритилиб, лаб юмилганда юзнинг иккала ярмининг бир хил кучдаги қизил ёруғлик билан кўриниб туришини кузатса бўлади. Юқори жағ бўшлиғида секрет, ўсма бўлганда юзнинг тегишли ярми қора кўринади, кўз қорачиғи бу усулда ёритилмайди, бемор кўзида ёруғликни сезиш ҳисси бўлмайди. Махсус



қалпоқчаси бўлган худди ана шу лампочка ёрдамида (линзаси кўзнинг ички бурчагига қўйиб қўйилади) пешана бўшлиғининг ёришиб турганини аниқласа бўлади.

Рентгенография бурун олди бўшлиқларини ва бурунни текширишнинг бирмунча қимматли усули ҳисобланади. Бу текширишлар бир қанча вазиятларда бажарилади. Бурун-ияк проекциясида текшириш усули энг кенг тарқалган усулдир. Бунда бурун бўшлиғи, пешана, ғалвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари суратда кўриниб туради (46-расм). Рентгенографияни оғиз очилган ҳолатда бажарган маъқул, бунда понасимон бўшлиқ ёриғини текшириб кўришга эришилади. Йирик кадрли флюорограмма ва электрорентгенограмма рентгенограмманинг ўзгинасидир. Тегишли кўрсатмалар бўлганда бурун олди бўшлиқларини ёнлама рентгенография қилинади. Ушбу проекциядаги рентгенограмма пешона бўшлиғи деворларининг аҳволи, унинг қанчалик чуқурликдалиги, понасимон бўшлиқнинг аҳволи ҳақида хулоса чиқариш имконини беради. Булар юз соҳасида ёт жисмлар бор-йўқлигини аниқлаш имконини беради.

Томография, шу жумладан компьютерли томография буруннинг ён бўшлиқларидаги патологик жараёнларни, айниқса янги ўсмаларни аниқлашга ёрдам беради.

Контраст рентгенография бурун бўшлиғини текшириш

боскичларининг бири ҳисобланади. Айниқса гайморография ва фронтография жуда кенг қўлланилади. Контраст модда (иодолитол) юқори жағ бўшлиғи пункциясидан ва пешана бўшлиғининг трепанопункциясидан кейин юборилади. Бурун ва бурун олди бўшлиқлари касалликларига ташҳис қўйиш учун ультратовуш усули ҳисобланган эхография қўлланади, у товуш тўлқинларининг турли тўқималарда бир хил акс этмаслигига асосланган.

Термография усули ҳам қўлланади. У телевизор экранда ёки махсус қоғозда ҳароратнинг маҳаллий кўтарилишини қайд қилиш имкониятига асосланиб, бурун олди бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёнлари ёзиб олинади.

Бурун бўшлиғи ва бурун олди бўшлиқлари патологиясига эртароқ ташҳис қўйиш мақсадида нафасга олинганда ва чиқарилганда ҳавони бурун йўлларида ўтказувчанлиги, ҳид сезиш функцияси, шиллиқ парда ҳилпировчи эпителийсининг ҳаракатланиш фаоллиги текширилади. Микдорий жиҳатдан баҳо бериш услуби энг самарали усулдир. Юқоридаги санаб ўтилган бурун бўшлиғи фаолиятини ринопневмометрия ёрдамида аниқланади. Ўтказувчанлик даражаси ҳақида бурун бўшлиғига ҳаво юборилганда ва сўрилганда унинг ҳаво окимига канчалик қаршилик кўрсатишига қараб ҳулоса чиқарилади.

Ольфактометрия — бурун ҳид сезиш бўсағалари фаол нафас олинганда микдори ошиб борувчи хушбўй моддани қўллаб аниқланади. Ҳид сезиш бўсағалари ольфактометрия ёрдамида бирмунча аниқ текширилади. Хушбўй модда билан тўйинган бурун бўшлиғига ҳайдаладиган ҳаво микдори куб см ларда ҳисобга олинади, бунда ҳид сезила бошлайди.

Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси ҳилпировчи эпителийсининг ҳаракат фаоллиги ёғоч кўмир заррачаларининг пастки бурун чиғаноғига, бурун тўсиғига ва бурун-юткинга тушган вақтига қараб аниқланади.

БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БУШЛИҚЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Ташки буруннинг лат ейиши, буруннинг бошқа шикастлари каби, бурундан қон оқиши билан давом этиб, кўпинча қон ўз-ўзидан тўхтаб қолади. Юмшоқ тўқималар лат еб, бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси шикастланганда ва бурун суяклари синмаганда бурунга муз қўйиб, томир торайтирувчи томчилар томизилади. Суякларнинг синган-синмаганлиги рентген ёрдамида текши-

рилиши керак. Бунда ёнлама (ўнг ва чап тарафлама) суратлар олинади.

Буруннинг юмшоқ тўқималари зарарланганда узилган бўлади. Узилган яраларга чоклар қўйилади, бунга юпқа чок материали ишлатилади. Инфицирланган, мажакланган яралари бўлган беморларга бирламчи хирургик ишлов берилади, чоклар қўйилиб, қоқшолга қарши зардоблар юборилади, антибиотиклар буюрилади.

Бир вақтнинг ўзида бурун бўшлиғининг шиллик пардаси ҳам зарарланган бўлса кетгүтдан чоклар қўйилади ва суртма дори ёки эмульсия суртилган дока тампонлар шиллик пардага қўйиб қўйилади. Қон билан таъминлаш яхши бўлгани учун бемор биринчи муолажада кейинок соғайиб кетади. Шунда ҳатто ташқи буруннинг юмшоқ тўқималари узилиб кетганда ҳам яхши натижаларга эришилади. Бунда хирургик ишлов вақтида қилиниб, зич қилиб чоклар қўйилади.

Бурун суяқларининг сурилмасдан ёрилиши ва синишига хирургик даво талаб қилинмайди. Бурун суяқлари синиб суяк бўлаклари сурилганда ташқи бурун қийшайиб қолади. Зарбанинг йўналишига қараб бурун усти ўрта чизикдан оғади ёки тушиб қолади. Пайпасланганда крепитация аниқланиши мумкин. Ташқис ташқи бурунни ёнлама рентгенография қилиш натижаларида тасдиқланади.

Суяк ёпиқ синган тақдирда бурун суяқлари репозиция қилиниши зарур (47- расм). У 3 % ли дикаин эритмаси ёки тримекаин аэрозолини аппликацион анестезия ёки интра-трахеал наркоз остида ёки синган жойга 2—3 мл 2 % ли новокаин эритмаси юборилиб амалга оширилади, (промедол, атропин ва димедрол билан даво қилингандан кейин). Анестезия қилинган, бурун бўшлиғига махсус элеватор киритилиб, бурун суяқларининг бўлаклари жойига қўйилади. Бир йўла бурун усти ёнлама сурилганда уни қўлнинг катта бармоғи билан бурун суягига босиб туриб бартараф этилади. Суяк бўлакчаларини маҳкамлаб қўйиш учун ўсимлик мойи шимдирилган докали турундалар билан бурун бўшлиғини тампонада қилинади. Тампонлар 7 кундан сўнг олиб ташланади. Асоратларни профилактика қилиш учун тампонларни антибиотиклар эритмаси билан шимдириш ва бактерияларга қарши даво тайин қилиниши зарур.

Суякнинг очик синишида бурун суяқлари репозициясидан кейин ярага хирургик ишлов берилади ва чоклар қўйиб чиқилади.

Пешана ва юқори жағ бўшлиқлари ёрилганда ва



47- расм. Бурун суяклари синиб сурилганда уларнинг репозицияси.

синганда тери остига ҳаво кириб қолиб, крепитация аниқланади. Бу ҳолларда консерватив даво қилинади. Бемор кузатиб борилади, йирингли синитни профилактика қилиш учун антибиотиклар ва сульфаниламидлар тайинланади. Бурун олди бўшлиқлари каттик зарарланганда, суяклар синиб қон кўп оққанда, юмшоқ тўқималар мажакланганда, яъни босилиб қолганда, кўз косаси ва калла, қаттик мия пардаси шикастланганда, шикастланишдан кейинги дастлабки соатларда хирургик ёрдам кўрсатилади. Уни врачлар гуруҳи (нейрохирург, оториноларинголог, окулист, жағ-юз жарроҳи) амалга оширади. Операциянинг оториноларингологик усули зарарланган бўшлиқда йирингли орбитал ва калла ичи асоратларини профилактика қилиш мақсадидан суяк бўлақларини репозиция қилиб туриб радикал операцияни бажаришдан иборат.

БУРУН ТЎСИҒИ ГЕМАТОМАСИ ВА АБСЦЕССИ

Бурун тўсиғи гематомаси буруннинг шикастланиши натижасида юзага келади. Қон тоғай ва тоғай усти пардаси оралиғига йиғилиб бориб, бурун тўсиғи юмшоқ тўқималарнинг умумий бурун йўли ёриғига шишиб чиқишига сабаб бўлади. Бунда бурун орқали нафас олиш борган сари қийинлашиб боради. Товуш минғиллаб чиқади.

Риноскопияда бурун тўсиғи юзасида кип-қизил бўртма кўриниб туради. Бўртмани зонд билан босиб кўриб, йўғон игнали шприц оркали синамали пункция қилиш ва ичидагини сўриб ташлаш натижасида ташҳис қўйилади.

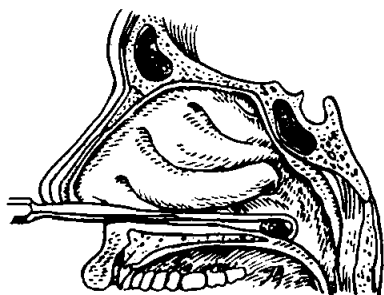
Давоси -- гематома бўшлиғини икки томонлама кенг очиш, қуюклашган массани олиб ташлаш, 3 %-перекис водород, антибиотиклар эритмаси билан ювишдир. Кейин шиллик парда билан тоғай устини суртма дорилар шимдирилган докали тампонлар билан зич қилиб тоғайга босиб қўйилади. Бурун тўсиғи гематомаси ўз вақтида аниқланмаса 6—10 кунлар орасида йиринглаб, бурун тўсиғи абсцессига сабаб бўлади.

Абсцесс юз берганда шиллик парда яллиғланиб, шишга кўл теккизиб кўрилганда оғрик субфебрил ҳарорат кузатилади. Яллиғланиш реакцияси юзнинг юмшоқ тўкимасига ёйилиши мумкин. Бунда беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Абсцессни бурунга киришдан ҳар хил масофада иккала томондан кесиб туриб, кенг очиб қўйиш зарур (тоғай парчаланганда бурун тўсиғи тешилишининг олдини олиш учун). Шундан сўнг абсцесс бўшлиғи ювилиб дренажланади. Бактерияларга қарши даво тайинланади. Яллиғланиш босилиб, абсцесс бўшлиғидан йиринг ажралиши тўхтаганда бурун тўсиғининг юмшоқ тўкималари устга-уст қўйилади ва дока тампонлар билан маҳкам қилиб босиб қўйилади. Абсцесс кеч очилганда тўрт бурчакли тоғай эриб кетиши натижасида бурун пучук бўлиб қолиши мумкин.

БУРУН БУШЛИҒИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР ВА РИНОЛИТЛАР

Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар рухияти айниган катта кишиларда, шунингдек болаларда кузатилади. Болалар бурунга турли хил майда нарсаларни тикишади. Буни аниқлаш кийин эмас. Бунда анемнез тўплашга, бир томонлама нафас олишнинг кийинлашуви, тумовда узок вақтга бурундан йиринг келиши, риноскопия, зондлаш натижалари ёрдам беради.

Ёт жисмлар учи тўмтоқ илгак билан чиқариб олинади (48- расм). Бунда бола бошини тўғри тутиш керак бўлади. Ёт жисмлар бурун бўшлиғида узок вақт туриб қолса, бурундан ажраладиган шилликлар таркибидаги тузларнинг ёт жисм устига ўтириши натижасида тошлар — ринолитлар ҳосил бўлади. Улар хилма-хил шаклда бўлиб, юзаси кўпроқ ғадир-будур бўлади. Бурун бўшлиғини зондлаш ва рентгенологик текшириш ташҳис қўйишга ёрдам беради. Ринолитлар учи ўтмас илгаклар билан олиб



ташланади. Катгарок тошларни бурун бўшлиғида қисқичлар билан майдалаб, бўлак-бўлак қилиб ёки жарроҳлик йўли билан олиб ташланади.

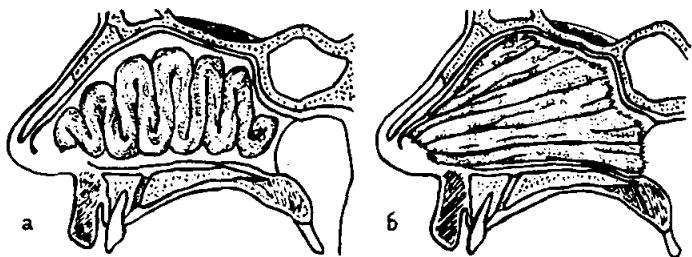
БУРУНДАН ҚОН ОҚИШИ

Бурундан қон маҳаллий пайдо бўлиши (шикастланиш, шу жумладан, операцион жароҳат, яралар, ўсмалар) ва умумий сабабларга кўра оқади. Артериал босимнинг ва қон айланишининг бузилиши билан давом этадиган юрак-томир системаси, буйрак ва жигар касалликлари умумий сабаблар қаторига киради. Бурундан аксарият инфекцион хасталикларда (грипп, терлама, қизамик, скарлатина) қон оқиши кузатилади. Хасталик кўпинча томир деворлари зарарланганда (Шейнлейн-Генох, Рендю-Ослер касалликлари, геморрагик капиллярпатия), қон ивиши жараёни бузилганда (гемофилия) ҳам юзага келади. Шуни унутмаслик керакки, ўпка, кизилўнгач ва меъдадан қон оққанда, йўталганда ва қайт қилганда ҳам бурундан қон оқади.

Беморнинг умумий аҳволи яхши бўлса, бурундан қон оқишини касал ўтирган ҳолда тўхтатилади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашганда бемор ўрнига ётқизилади, бошини ён томонга буриб туриб, қонни буйраксимон тосчага тупуриши сўралади.

Қон оқишини тўхтатиш мақсадида олдин оддий усуллар қўлланилади: бемор қон қуйқасини туфлаб ташлайди, бемордан бурун орқали нафас олиши сўралади, бурун бўшлиғининг олдинги бўлимларига пахта ёки доқа бўлаклари киритилади. Бурун устига ёки энсага муз қўйиб қўйилади.

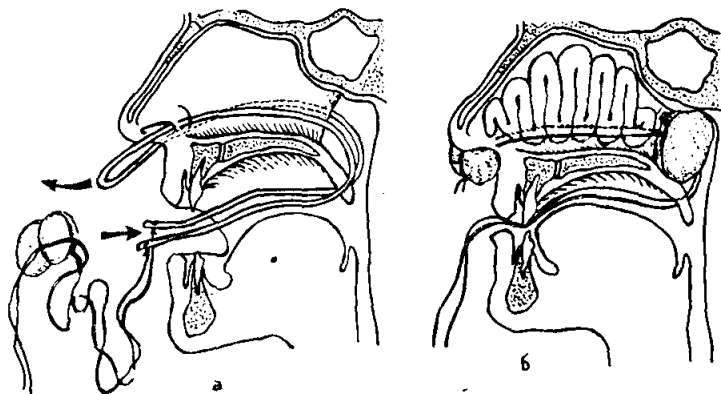
Аксарият ҳолларда бурун тўсиғининг олдинги бўлимлари (Кисселбах жойи)дан қон оқади. Қон оққан жой олдинги риноскопияда яхши кўринади ва қонаб турган



49- расм. Буруннинг олдинги (а, б) тампонадаси.

жойни зондга аланга устида пайвандланган кумуш азот оксид, уч хлор сирка кислота, хром кислота кристаллари билан куйдириб ёки гальванокаутер билан ишлаб, лазер ёхуд криоаппликатор билан музлатиб қўйиб яхши натижаларга эришиш мумкин бўлади. Ишлатилган усуллар қор қилмаганда ёки оқаётган қонни тўхтатишни иложи бўлмаганда буруннинг олди томонидан тампонада қилишга киришилади. Бурун кўзгуси билан буруннинг тегишли катаги кенгайтирилиб, штиксимон пинцет билан бурун бўшлиғига (уни тўлдириб) узун энсиз докали тампон киритиб қўйилади (49- расм). Бурунни шу усулда тампонада қилишда узунлиги 8 см чамаси келадиган доканинг бир неча тизимчаларидан фойдаланиш мумкин. Гемостатик таъсирни кучайтириш учун тампон олдиндан 5 % ли эпсилон-аминкапронат кислота ёки таркибида шу моддалар бўлган мураккаб пасталарга шимдирилади.

Олдинги тампонада қор қилмаганда орқа тампонадаси амалга оширилади (50- расм). Бунда тампон икки букланган бир неча дока салфеткалардан тайёрланиб, улар устма-уст қилиб йўғон ипак ип билан маҳкам боғланади. Ипнинг бир учи қиркилади, қолган уч бўлаги қолдирилади. Кейин ингичка резинали катетер пастки бурун йўли бўйлаб бурун-ютқинга киритилади. Катетер учи оғиз-ютқинда кўриниб қолганда уни пинцет билан ушлаб оғиз орқали чиқариб олиб, унга тайёрлаб қўйилган тампонни иккита ип билан боғланади. Шундан кейин ипли катетер бурундан тортиб олинади, тампон эса бармоқ билан юмшоқ танглай орқасига ташланиб, у ерда хоаналарга зич қилиб босиб қўйилади. Бурундан чиқариб олинган иплар таранг тортилади ва қўшимча равишда буруннинг олдинги тампонадаси бажарилади. Иккала ип бурунга кириверишда зич докали болишча устидан бойлаб қўйилади.



50- расм. Буруннинг орка (а, б) тампонадаси.

Тампонни кейинчалик олиб ташлашга мўлжалланган ип учини оғиздан чиқариб, ёпишқоқ пластирь билан лунжга ёпиштириб қўйилади. Орка тампонада оғритадиган муолажа ҳисобланади ва уни иложи бўлса промедол, атропин дориларни бериб кейин қилган маъқул.

Тампонларни олиб ташлаш муддати қоннинг оқиш сабабига, оғир-енгиллигига ва бурун бўшлиғида жойлашганига қараб 48 соатдан 6—10 кунгача чўзилиши мумкин. Тампонлар узок вақт туриб қолганда уларга ҳар куни антибиотиклар эритмаси шимдирилади ва бактерияларга қарши даво тайинланади. Дока тампонларнинг қатор камчиликлари бор: шиллик парда шикастланади, тампонлар бурун бўшлиғи ажралмасига тез шимилади ва инфицирланади, улар олиб ташланаётганда тромблар узилиб кетиши натижасида яна қон оқа бошлайди. Турли тузилишдаги резинали пневматик баллончалар ёрдамида бурун тампонадаси бирмунча енгил кечади. Формалин билан ишланган гетероген қорин парда яхши материал бўлиб ҳисобланади.

Қон оқишини тўхтатишга доир чора-тадбирлар билан бир вақтда бемор гематологик (қони) текширилади, эритроцитлар сони, гемаглобин, тромбоцитлар миқдори, шунингдек қон ивиши вақти аниқланади, мавҳум ҳолларда коагулограмма қилинади.

Қон ивишини оширадиган воситалар (венага 20 мл 10 % ли кальций хлорид, томчи ҳолида 100 мл 5 % ли эпсилон-аминокапронат кислотаси, мушак ичига 2—3 мл 1 % ли викасол эритмаси, группаси бир хил бўлган 50—100 мл қон қуйиш) ишлатилиб, булар бурундан қон оқишини тўхтатувчи чоралар мажмуаси ҳисобланади.

Бурундан қон кетиши ҳа деганда тўхтамас (ҳеч иложи бўлмаганда), томирларни бўйига қараб бойлаб қўйишга ўтилади. Умум қабул қилинган усулга биноан зарарланган томоннинг ташқи уйқу артерияси, ички юкори жағ ёки галвирсимон артериялар бойлаб қўйилади.

ТАШҚИ БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

Совуқ олдириш. Бурун терисининг совуқ таъсирига жавоб беришнинг бир нечта даражалари тафовут қилинади. 1-даражали совуқ олдириш натижасида тери қаттиқ рангсизланади, сезувчанлик бузилади, кейин бурун қизариб, шишади, кичийди, оғриқ беради. 2-даражали совуқ олдиришда тери кўкимтир-қизғиш рангга кириб, пуфакчалар пайдо бўлади, улар ёрилиб, ўрнида қатқалок ҳосил бўлади. Қатқалокдан кейин зарарланган жой тери билан қопланади. 3-даражали совуқ олдиришда тўқималар мумланиб қолади, аммо бундай ҳол камдан-кам учрайди.

Давоси. Тўқималарни аста-секин иситиб борилади. Эпидермисни шикастлантирмаслик учун уни майин латта билан авайлаб ишқаланади, илик компресслар қўйилади. Пуфакчаларни ёрилади. Қатқалокни олиб ташлангандан кейин суртма дорили боғламлар тайинланади, улар эпидермисни зарарланишини ва инфицирланишининг олдини олишга ёрдам беради.

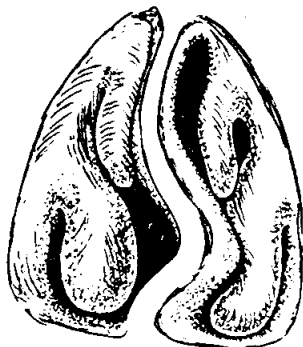
Чипқон бурунга кираверишдаги терининг ёғ ва тукли халтачаларининг коккли микрофлора билан инфицирланиши натижасида пайдо бўлади. Углевод алмашинуви бузилиши чипқонга хос умумий аломат ҳисобланади.

Чипқон чикқанда чекланган гиперемия, марказида конуссимон бўртмаси бўлган тери таранглашуви, тегиб кўрилганда қаттиқ оғриқ сезилиши кузатилади. 3—5 кун мобайнида абсцесс юз бериб, кейинчалик ўзак кўчиб тушади. Тана ҳарорати субфебрил бўлади.

Тана ҳарорати жуда баланд бўлиб кетганда, бош оғриши, кўзда оғриқ бўлиши, атрофдаги тўқималар шишиб чиқиши кузатилади. Бунда бемор дарҳол касалхонага ётқизилиши керак. Бемор бурнига ярим спирт боғламлар тайинланиб, умумдаволовчи дозаларда антибиотиклар ва сульфаниламидлар, маҳаллий электромагнитли даво, УВЧ, гелий-неон лазери билан нурлантириш буюрилади. Абсцесс пайдо бўлган босқичдагина чипқонни ёриб очилади. Чипқонни ситиб чиқариш юз веналари флебитига, орбитал ва калла ичи асоратларига олиб бориши мумкин.

Бурун тўсигининг қийшайиши юз скелетининг ри-
вожланиш нуқсони (аномалияси) ва буруннинг шикастла-
ниши оқибатида юз беради. Бурун тўсиғи турли шаклда
қийшаяди (51- расм). У ёки бу томонга, S-симон қийша-
йиши мумкин. Суяклар ва тоғай бириккан жойларда тожлар
ва бўртмалар бўлиб, улар бурун чиғаноғига тегиб туриб,
доим шиллик парданинг таъсирланишига, вазомотор
ўзгаришларга сабаб бўлади.

Ташҳис бурун билан
нафас олиш қийинлашга-
нидан (кўпинча буруннинг
бир катаги орқали) шико-
ятларга караб, олдинги
риноскопия (бунда бурун
қийшайганлиги равшан
кўринади) га асосланиб
қўйилади. Хирургик йўл
билан даволанади. Бурун
тўсиғи шиллик ости ре-
зекцияси — операциянинг
кенг тарқалган туридир.
Қатта тожлар шиллик
остидан олиб ташланади.
Майда тожлар ва бўртма-
лар искана ёки ультрато-
вушли скальпель билан
кесиб олиб ташланади.



51- расм. Бурун тўсигининг қий-
шайиши.

Ўткир ринит. Қасаллик кайфиятнинг биров бузилиши,
эт увишиши, дармонсизлик, ҳароратнинг субфебрил
бўлишидан, аксириш, бурун-ютқунда қуруклик сезишдан
бошланади. Риноскопияда шиллик парда қизарган ва
қурук бўлиб кўринади. 1—3 кундан кейин бурун
бўшлиғининг шиллик пардаси нам тортиб, кўп миқдорда
сероз-шилликли секрет ажралади. Бурундан нафас олиш
бирданига оғирлашади. Одам дармонсизланиб, бутун
аъзои-бадани қақшаб оғрийди. Кейинги кунларда бу
ажралма шиллик-йирингли бўлиб қолади (кўчиб туша-
диган эпителий ва лейкоцитларнинг аралашиб кетиши
оқибатида). Бориб-бориб беморнинг умумий аҳволи
яхшиланиб, ажралма камаяди, бурун орқали нафас олиш
тикланади ва 7—10 кундан кейин бемор соғайиб кетади.

Беморни ўринда ётқизиш, оёқларига иссиқ ванналар
қилиш, тер ва сийдик ҳайдовчи воситалар бериш даво
чораларидан ҳисобланади. Кейинги кунларда таркибида

томирларни торайтирувчи воситалар бўлган томчилар ва суртма дорилар тайинланади.

Грипп, кизамиқ, скарлатинада ўткир ринит оғирроқ кечишини ва асоратлар рўй бериши мумкинлигини (синуитлар, отитлар) назарда тутиб антибиотиклар ва сульфаниламидлар тайинланади.

Бурун дифтерияси. Дифтерия бурун бўшлиғида бирламчи бўлиши ёки ютқун, ҳикилдоқнинг бўғмадан зарарланиши билан бирга давом этиши мумкин. Касаллик аксари ҳолларда ёш болалар орасида кўпроқ учрайди. Дифтериянинг катарал ва пардасимон турлари тафовут қилинади.

Катарал тури ўртача ўткир ва сурункали бўлиб, дастлаб одатдаги катарал ринит кўринишида ўтади. Факат бактериологик усулда текшириб аниқланади. Кейинчалик бурун ажралмаси сероз қонли ёки йирингли бўлади. Нафас олишнинг росмана қийинлашуви, мацерация, бурунга кириш жойининг териси ёрилиши авж олади. Тана ҳарорати субфебрил бўлади. Риноскопияда гиперемия, шиш, шиллик пардаинг яра босиши, ёпишқоқ кўк балчик ранг қоплама аниқланади. Жараённинг одатда бир томонлама бўлиши характерлидир.

Пардасимон тури типик дифтеритик яллиғланишга ўхшаш. Касаллик ўткир ўтади. Бурун бўшлиғининг олдинги бўлимларида оқ рангли пардалар ҳосил бўлиши бу турга хос бўлиб, улар тўқималардан қийинчилик билан ажралади. Пардаларни олиб ташлашга уринганда, аксарида, бурун қоқишда бурундан қон оқади. Жараён кўпроқ бир тарафлама бўлади. Ташҳис бурундан олинган шилликда дифтерия таёқчаси бор-йўқлигига қараб қўйилади. Буруннинг аниқланмаган локал дифтерияси ютқунга ва ҳикилдоққа тарқалади.

Давоси махсус — дарҳол дифтерияга қарши зардоб юборилиши зарур. Бурунга антибиотиклар ва сульфаниламидлар, томирни торайтирувчи ва дезинфекцияловчи воситалар тайинланади, бурун остидаги зарарланган терига суртма дорилар, пасталар суртилади. Юқумли касалликлар бўлимига ётқизилади.

Сурункали ринитлар. Катарал, гипертрофик ва атрофик турлари тафовут қилинади. Сурункали катарал ринит чўзилиб кетган ўткир ринит ёки хусусий рецидивлар, ташқи салбий омилларнинг таъсири (юқори ёки паст ҳарорат, ҳавонинг чанг билан ифлосланиши), бурун олди бўшлиқларининг йирингли хасталиклари оқибатида юзага келади. Ана шу омиллар таъсирида бурун бўшлиғи шиллик пардасини қоплаган эпителийсида ўзгаришлар кузатила-

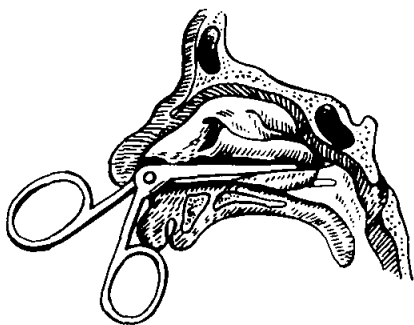
ди, гемодинамика бузилиб, тўқималар экссудатни шимиб олади ва экссудат шиллик парда сатҳига сизиб чиқади. Бемор бурундан нафас олиши қийинлашаётганидан, бурундан ажралма чиқишидан шикоят қилади. Риноскопияда димланган гиперемия ва бурун бўшлиғи шиллик пардасининг шишганлиги кўриниб туради, шунингдек пастки бурун йўлида патологик ажралма чиқиши кўринади, у сероз шилликли ёки шиллик-йирингли бўлиши мумкин.

Давоси сурункали катарал ринитни келтириб чиқарган сабабларни бартараф қилишга қаратилган бўлиши лозим. Беморни жисмоний машғулотларга жалб қилиш, чиниктириш катта наф беради. Физиотерапия муолажалари: тубусли кварц, УВЧ, маҳаллий электромагнит терапияси ўтказилади. Доривор препаратлардан бурунга томир торайтирувчи воситалар ва томчилар ёки суртма дори кўринишидаги протаргол ишлатилади.

Сурункали гипертрофик ринит аксарият ҳолларда иккиламчи бўлиб, катарал ринит давоми сифатида ривожланади. Шиллик парданинг гипертрофияси гоҳо олдиниға яллиғланишсиз ривожланади. Морфологик ўзгаришлардан ташқари, шиллик пардада, шиллик ости катламда, шиллик безларида, суяк усти безида ва суякда пролифератик жараёнлар ривожланади. Гипертрофия силлик, гадир-будур ва сўрғичсимон бўлиши мумкин. Кўпинча бурун бўшлиғи бўлимларининг яққаланган гипертрофияси кузатилади.

Бунда буруннинг битиши, шунингдек бурундан ажралма чиқиши, ҳид сезиш хусусиятининг пасайиши кузатилади. Бурун бўшлиғи тўқималарининг гипертрофияланиши оқибатида лимфа ёриқларининг босилиб қолиши ва бурун бўшлиғидан лимфанинг оқиб кетиши бузилиши юзага келиб, бу бош оғришига, уйқунинг бузилишига ва толиқишга сабаб бўлади. Риноскопияда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси оч пушти ранг ёки қизғиш бўлиб кўринади, бурун йўлларида куюқ ажралма чиқади. Бурун чиғаноқлари катталашиб, уларнинг юзаси, айниқса олдинги ва орқа учлар нотекис бўлади. Адреналин суртиб кўрилгандан кейин тўқима қисқармайди.

Гипертрофик ринитни даволаш учун илгарилари конхотомия операцияси — гипертрофияланган шиллик пардани қайчи ва ёпишқоқ илгак билан олиб ташлаш операциясидан фойдаланилган (52-расм). Лекин бу операция гальванокаустика сингари (гипертрофияланган жойларни электрогальванокаутер билан куйдириш) шикастлантиради ва кейинчалик кўпинча шиллик парданинг



атрофиясига олиб келади. Шиллик ости гальванокаустикаси (игнали электрогаль ванокаутер шиллик ости қатламига киритилади) ва криотаъсирлаш шиллик пардани бир қадар кам шикастлантиради, дағал чандикланишни ва бурун бўшлиғида синехиялар ҳосил бўлишини бартараф этади. Сўнгги вақтларда пастки бурун чиғаноқларининг ультратовушли дезинтеграцияси кенг ишлатилипти, бунда маҳаллий анестезия ёрдамида бурун дезинтегратори бурун чиғаноғининг шиллик ости қатламидан олдинга ва орқага йўналтирилади, ультратовуш орқали тўқималарга таъсир кўрсатилади, бу тўқималарнинг парчаланишига олиб боради. Орадан 7—14 кун ўтгач бурун чиғаноғи кичраяди ва бурундан нафас олиш тикланади.

Сурункали атрофик ринит витамин баланси издан чиққанда, гормонал ўзгаришларда, юқумли касалликлар билан оғригандя, таркибида газ, чанг бўлган ҳаво билан мунтазам нафас олинганда пайдо бўлади. Гистологик жиҳатдан атрофик ринитда цилиндрик ҳилпилловчи эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланади, шиллик парда юпкалашади, каверноз тўқима йўқолади, шиллик бези сони камаяди.

Субъектив равишда бурунда кичишиш пайдо бўлиб, унинг битиб қолиши, ҳид сезишнинг камайиши ёки бутунлай бўлмаслиги намоён бўлади. Риноскопияда бурун йўллари кенгайиб, шиллик парда юпкалашгани, қуруқ баъзи бир жойлари қуюқ сарик-яшил ажралма, қотиб қолган шиллик пўстлоқлари билан қопланган бўлади.

Атрофик ринитга симптоматик даво қилинади, яъни пўстлоқлар ҳар куни ишқорли эритмалар билан ювилади, бурунга ўсимлик мойи (шафтоли, абрикос ёғи) томизилади. Шундан кейин пўстлоқлар оҳистагина қокилади ва пардага 0,25 % ли люгол эритмаси сурилиб, бу эритма ёрдамида шиллик парда юмшатилади, безлар секрецияси-

ни рағбатлантирилади. Вақти-вақти билан биоген стимуляторлар ва витаминлар (дармондорилар) буюрилади.

Озена ёки сассик тумов атрофик ринит турларидандир. Бу хасталикнинг келиб чиқиши ва патогенези тўла-тўқис ўрганилмаган. Гистологик жиҳатдан озенада бурун бўшлиғининг барча тўкималари атрофияси кузатилади. Цилиндрик митилловчи эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланади, шиллиқ парда юқалашади, томирлар сони камаяди, каверноз тўкима ва безлар йўқолади, бурун чиғаноклари ҳамда деворларининг суяк скелети юқалашади. Қолган безлар жуда кам микдорда ёпишқоқ шиллиқ ажратиб, у бадбўй ҳидли бўлади ва тезда қотиб қолади. Пўстлоқларнинг ёқимсиз ҳидли бўлишига сабаб уларда индол, фенол, скател, олтингургурт, аммиак ва ёғ кислоталарининг бўлишидир.

Бемор бурнида қуруқлик сезиб, ичида нимадир бордек хис қилади, бурун орқали қийналиб нафас олаётганидан, аносмиядан шикоят қилади. Озеноз жараён бурун-ютқун, хиқилдоқ ва ютқин ҳамда кекирдакка тарқалганда қулоқ шанғиллаши, эшитишнинг ёмонлашуви, томоқда қуруқлик сезилиши, кекирдакда пўстлоқнинг йиғилиб қолишига алоқадор нафас қийинлашуви каби шикоятлар ҳам пайдо бўлади. Риноскопияда бадбўй ҳидли пўстлоқлар борлиги аниқланади, улар олиб ташланганда жуда ҳам сербар бурун бўшлиғи кўриниб туради.

Озенанинг пайдо бўлишига кўпинча озена микробининг клибселласи сабаб бўлади. Унга даво қилиш учун таъсир кўрсатиш доираси кенг бўлган антибиотиклар, маҳаллий ва парентерал тарзда суртма дорилар, эмульсиялар, кукун, аэрозоллар ишлатилади. Шунингдек иммунотерапия қўлланади ва озена бактерияларидан тайёрланган вакциналар ишлатилади. Алоэ, дармондорилар ва аутогемотерапия тайинланади. Шиллиқ ва пўстлоқларни олиб ташлаш учун бурун бўшлиғини фурациллин эритмаси, антибиотиклар қўшилган ишқорли эритмалар билан ювиб, бурун бўшлиғига балиқ мойи шимдирилган тампонлар қўйилади. Пўстлоқлар қоқиб ташлангач, шиллиқ пардани таъсирлантириш учун бурун бўшлиғига люгол эритмаси шимдирилган тампонлар киритилади. Физиологик муолажалардан ишқорли-мой ингаляциялари, диатермия, тебранма уқалаш (вибромассаж) тайинланади.

Вазомотор ринит. Вазомотор ринитнинг икки тури: аллергик ва нейровегетатив турлари тафовут қилинади. Аллергик ринитда касаллик аломатлари биологик жиҳатдан фаол моддаларнинг, хусусан аллергеннинг антитело билан реакцияга киришиши натижасида озод бўлади-

ган гистаминнинг тўқималарга таъсир кўрсатишига боғлиқ бўлади. Нейровегетатив ринитга бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси томирлари тонусини бошқаришнинг нерв механизмлари бузилиши сабаб бўлади. Вазомотор ринитнинг иккала турининг клиникасида ўзаро ўхшаш кўпгина симптомлар бўлиб, касалликнинг вақти-вақтида кечиши, кўп марталик хуружсимон аксириш, бурун қичишиши, бурундан жуда кўп миқдорда сувга ўхшаш ажралмалар чиқиши, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашуви, хид сезиш ўткирлигининг сусайиши, жиззаклик, ишлаш қобилиятининг пасайиши, уйқунинг ёмонлашуви шулар жумласидандир.

Мавсумий ва доимий аллергик ринит тафовут қилинади. Келиб чиқиш омили шамол билан чанглатиладиган чанг ҳисобланган мавсумий аллергик ринит фақат баҳор-ёз мавсумдагина юзага келади. Доимий аллергик ринитга беморнинг турмушда ва ишлаб чиқаришда қатор моддалар (чанг, ҳайвонлар юнги, паррандалар пати, моғорланган замбуруғлар, кимёвий моддалар) билан доимик контактда бўлиши, шунингдек овқат аллергияси (унинг ёқмаслиги), бактериал аллергия ва аутоаллергия туфайли пайдо бўлади. Аллергик ринит зўрайган пайтда шиллиқ парда рангининг ўзгариши қайд қилинади. Риноскопияда у аксарият кип-қизил ёки оқимтир рангда, гоҳо рангпар, ёхуд жуда ҳам рангсиз, деярли оппоқ бўлади. Пастки ва ўрта чиғаноқларнинг шишганлиги, бурун бўшлиғида сероз ажралма борлиги аниқланади.

Вазомотор ринитнинг нейровегетатив турида шиллиқ парда кўкимтир ёки рангсиз доғли нотекис цианотик бўлади, пастки бурун чиғаноғининг шишиши бурун йўлларида сувсимон ажралма борлиги аниқланади.

Вазомотор ринит билан оғриган беморларда бурун олди бўшлиқларининг шиллиқ пардасида худди шунга ўхшаш ўзгаришлар пайдо бўлади, бу — рентгенографияда улар тиниқлигининг хиралашувида намоён бўлади. Жараён ғалвирсимон лабиринтнинг юқори жағ бўшлиқларига ва хужайраларига кенг тарқалади.

Аллергик ринитга чалинган беморларни даволашни ўзига хос специфик гипосенсибилизациядан бошлаган маъқул. Муолажани касаллик ремиссияси даврида аниқланган аллергеннинг кичик дозаларини юбориш йўли билан (организмда блокада қилувчи антителолар ҳосил қилиш мақсадида) амалга оширилади. Таъсир кўрсатиш механизми турлича бўлган антигистамин препаратлар (димедрол, диазолин, пипольфен, тавегил, интол, задитен) билан специфик бўлмаган гипосенсибилизация кенг қўламда ишлатилади.

Вазомотор ринитни, айниқса унинг нейровегетатив турини даволаш учун рефлектор терапия усуллари қўлланилади. Бу бурун ичига новокаин блокадаси қилиш ва игна билан рефлекстерапия ўтказишдан иборатдир. Яна шунингдек кальций ва гидрокартизон қўшиб бурун ичига ионофорези қилиш, ёқали гальванизация, бўйиннинг вегетатив тугунларини диатермия қилиш усуллари қўлланилади. Пастки бурун чиғаноқларини ультратовуш билан дезинтеграциялаш авайлайдиган хирургик даво ҳисобланади.

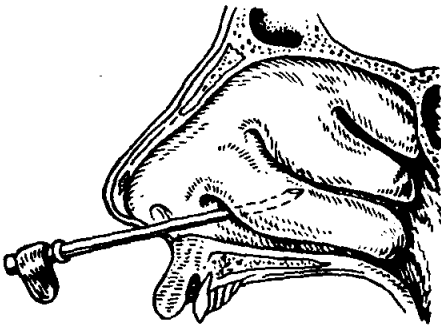
БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Турли микроорганизмлар, яъни коккли флора, замбуруғлар, вируслар бурун олди бўшлиқларининг ўткир яллиғланиши касалликларининг қўзғатувчилари (ўткир синусит) ҳисобланиб, бунда микроорганизмлар бурун бўшлиғидан табиий тешиқлар орқали бошқа бўшлиқларга тушади. Қизамиқ, скарлатина, терламаларда инфекция қон билан, шунингдек инфекциядан зарарланган юқори жағдаги катта ва кичик озиқ тишлардан ўтиш эҳтимоли бор. Гистологик нуқтаи назардан ўткир синусларда шиллиқ парда инфилтрацияси ва шишиб чиқиши аниқланади. Бўшлиқ ёриғида серозли, кейин эса йирингли экссудат тўпланиб боради.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ГАЙМОРИТ)

Бунда экссудат ҳосил бўлиши ва унинг зарарланган бўшлиқдан оқиб кетиши натижасида бош оғриши, юз соҳасида оғриқ пайдо бўлиши кузатилади. У олдинги бўшлиқ девори пайпаслаб кўрилганда кучаяди. Бурундан шиллиқ ёки йирингли ажралмалар ажрალიши, ажралманинги бурун-юткинга оқиб туриши, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, хид сезиш ўткирлигининг сусайиши пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати субфебрил даражагача кўтарилади. Риноскопияда шиллиқ парданинги қизаргани (гиперемияси), ўрта бурун йўлида шиллиқ ёки йиринги тўпланиши аниқланади. Баъзан ажралма фақат ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардасига адреналин эритмаси суртилганда ва бош соғлом томонга энгаштирилгандагина пайдо бўлади. Ташҳис диафаноскопияда ва рентгенографияда зарарлан-

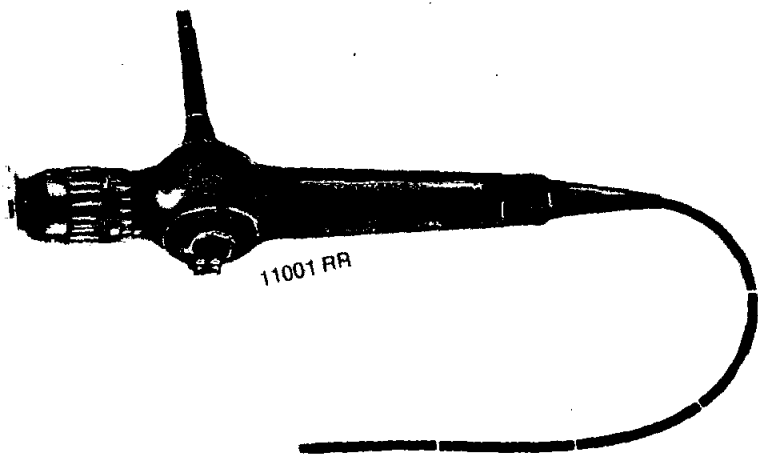


ган бўшлиқни ёпиб қўйиб, терлаграфия натижаларига кўра қўйилади.

Диагностик даволаш мақсадида зарарланган юкори жағ бўшлиғи пункция қилинади (53- расм). Бурун бўшлиғи адреналин эритмаси билан консизлантрилиб, пастки бурун йўлининг шиллик пардасига, пастки бурун йўли гумбази соҳасига 3 % ли дикаин эритмаси суртилади, кейин махсус йўғон игна билан бурун бўшлиғининг ташки девори тешилади, ичидаги ажралма шприц билан сўриб олинади, бўшлиқни дезинфекцияловчи эритма билан ювилади ва антибиотиклар эритмаси юборилади. Қайта-қайта пункция қилиш зарурати туғилганда бўшлиқни шунтлашади — пункцион игна орқали полиэтилен найча киритилади, у бўшлиқда колдирилиб, у орқали бўшлиқ ювилади ва дори моддалари юборилади (54- расм). Даво антибактериал терапия, бурунга томир торайтирувчи томчилар ва суртма дорилар, УВЧ, локал электромагнит терапияси тайинлаш билан олиб борилади. Ўткир гайморитга консерватив даво қор қилмаганда, шунингдек орбитал ва калла ичидаги асоратлар пайдо бўлганда хирургик давога киришилади.

ГАЛВИРСИМОН ЛАБИРИНТ ХУЖАЙРАЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЭТМОИДИТ)

Этмодит кўпинча бурун олди бўшлиқларининг зарарланиши билан кечади. Бемор бурун илдизи, қўз косаси соҳасидаги оғриқдан, бурун орқали нафас олиши кийинлашганидан, бурундан шилликли ва йирингли ажралмалар оқишидан, бош оғришидан, кайфиятнинг ёмонлашганидан, тана ҳароратининг кўтарилишидан шикоят қилади. Объектив симптомлардан қўз косаси нуқи девори пайпаслаб кўрилганда оғриқ берини қайд қилинади. Урта ва



54- расм. Юкори жағ бўшлиғини кўздан кечириш учун фиброскопия килиш ва шунтлаш.

юкори бурун йўлларида шиллик ва йиринг тўплангани олдинги ва орқа риноскопия воситасида аниқланади. Рентгенограммада ғалвирсимон лабиринт хужайраларининг коронғилашуви кўрилади.

Давоси. Бурун бўшлиғи шиллик пардасига адреналин эритмасини суртиб уни мунтазам равишда қискартириш керак бўлади. Бактерияларга қарши даво ва физиотерапия (УВЧ, СВЧ, локал электромагнит билан даволаш) тайинланади. Болаларда тез-тез учраб турадиган орбитал асоратларда ва калла ичи асоратларида ғалвирсимон лабиринтнинг зарарланган хужайраси очилади.

ПЕШАНА БЎШЛИГИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ФРОНТИТ)

Ўткир фронтити бор беморларда пешана соҳасида оғриқ пайдо бўлади, бурун орқали нафас олиш кийинлашади, бурундан шиллик, кейин эса йирингли ажралмалар оқади, кайфияти бузилиб, ҳароратининг субфебрил бўлиши кузатилади. Пешана бўшлиғининг олдинги ва пастки деворлари пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезилиши, ўрта бурун йўлининг олдинги бўлимида шилликли ёки йирингли

ажралма оқиши аниқланади. Рентгенограммада бир ёки иккала пешана бўшлиғининг пневматизацияси сусайгани аниқланади. Ўткир йирингли фронтит рентгенограммасида (у бемор тикка турганда бажарилади) бурун бўшлиғининг қоронғилашганини ёки пешана бўшлиғига йиғилган суюқлик даражасини кузатса бўлади.

Давоси. Зарарланган бўшлиққа томир торайтирувчи воситаларни томизиш ёки пуркаш йўли билан йирингнинг оқиб кетишига эришиш керак бўлади. Умумдаво дозаларида антибиотиклар, физиоуолажалар буюрилади. Борди-ю, экссудат бўшлиқда тўхтаб қолиб, кайфият яхшиланмаса, бош оғриғи кучайса, организм захарланса, пешана бўшлиғи трепанопункцияси қилинади. У бўшлиқни икки вазиятда (ёнлама сурат бўшлиқ чуқурлигини аниқлаш учун зарур бўлади) рентгенография қилингандан кейин ўтказилади. Муолажа маҳаллий анестезия остида 1% ли новокаин эритмасини юборилгандан кейин қилинади. Махсус асбоб ёрдамида (трепаном) пешана бўшлиғининг олдинги девори тешилади ва бўшлиққа металл канюля киритилади. Канюля орқали ҳар куни бўшлиқни дезинфекцияловчи эритмалар билан ювиб турилади. Антибиотиклар, протеолитик фермент, глюкокортикоидлар эритмаси юборилади.

ПОНАСИМОН БЎШЛИҚНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (СФЕНОИДИТ)

Қасаллик кўпинча ўткир этмоидит билан бирга ўтади. Бемор ҳид сезиши йўқолганидан, бурун ажралмасининг ютқунга тушишидан, энсага берадиган бош оғришидан, толиқишдан шикоят қилади. Ташҳис санаб ўтилган шикоятларга, орқа риноскопияда юқори бурун йўлида йиринг борлиғига, рентгенограммада асосий бўшлиқнинг қоронғилашувига асосланиб қўйилади.

Давоси. Юқори бурун йўлини мунтазам равишда адренализация қилиб, антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларни тайинлашдан, физиотерапия ўтказишдан иборат. Кўриш ўткирлигининг йўқолиши, сепсис симптомларининг ривожланиши кўринишидаги асоратларда асосий бўшлиқ очиб қўйилади.

БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ СУРУНҚАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Сурунқали синуситлар асосан ўткир синуситларнинг ўз вақтида даволамаслик оқибатида юзага келади. Сурунқали синуситларда оғриқ ва захарланиш ҳодисалари

Ўткирдагига караганда кучсиз ифодаланган бўлиб, маҳаллий симптомлар устунлик қилади. Сурункали синуситларга кўпинча хирургик йўл билан даво қилинади.

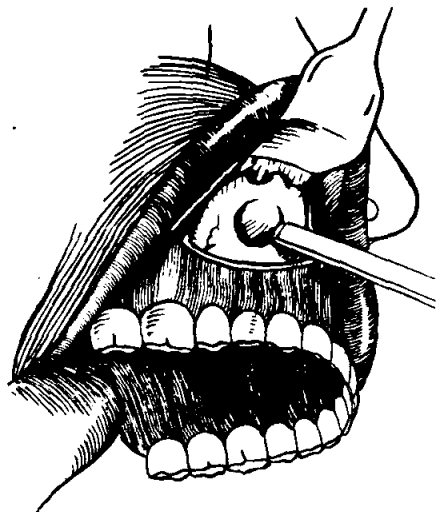
ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ГАЙМОРИТ)

Сурункали гайморитнинг катарал, йирингли, полипоз, казеоз, йирингли-полипоз ва аллергия турлари тафовут қилинади. Бунда шиллиқ-йирингли ажралма кўпроқ буруннинг бир катагидан оқади, бурундан нафас олиш кийинлашади, хид сезиш ўткирлиги сусаяди. Риноскопия қилинганда ўрта бурун чиғаноғи соҳасидаги шиллиқ парданинг қизаргани ва ўрта бурун йўлида патологик ажралма борлиги маълум бўлади. Рентгенологик текширув, юқори жағ бўшлиғи пункцияси, гаймография, ультратовушли биолокация, бўшлиққа киритиладиган оптик асбоблар ёрдамида бевосита кўздан кечириш касаллик ва унинг турига ташхис қўйиш учун катта аҳамият касб этади.

Сурункали гайморитда даволаш усули касалликнинг турига қараб белгиланади. Катарал, йирингли ва аллергия гайморитда консерватив даво қилинади, у экссудатнинг зарарланган бўшлиқдан оқиб кетишини яхшилашдан, уни пункция қилиш, шунтлаш, дезинфекцияловчи ва димедрол эритмаси билан мунтазам ювиб туришдан, бўшлиққа микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олиб антибиотиклар, протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин, химопсин), глюкокортикоидлар (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон) юборишдан иборат. Умумқувватловчи даво, иммунокоррекция қилинади. Физиологик даво: УВЧ, СВЧ, диатермия, локал электромагнит терапия, кальций хлорид, гидрокортизонли электрофорез ўтказилади. Сурункали йирингли гайморитни консерватив даво қилиш наф бермаганда, шунингдек унинг полипоз, казеоз, йирингли-полипоз турларида хирургик даво қўлланилади. Юқори жағ бўшлиғида бурун ичи ва радикал операциялар тафовут қилинади. Операция маҳаллий оғриксизлантириб ёки наркоз бериб қилинади. Радикал операцияда юқори лаб остидаги юмшоқ тўқималар кесилади. Юқори жағ бўшлиғи олдинги девори орқали козик тиш чуқурчаси соҳасида очилади. Операция жойини кузатиб туриб, ўткир қошиқча ва қисқичлар билан бўшлиқдаги барча патологик масса олиб ташланади. Юқори жағ бўшлиғи ва пастки бурун йўли орасига дарча қўйилади. Лаб тагидаги яра кетгут чок билан тикилади (55-57-расмлар). Бурун



55-расм. Юқори жағ бўшлиғида радикал операция қилиш, юмшоқ тўқималарни огриксизлантириш ва ўтувчан бурма бўйлаб кесиш.

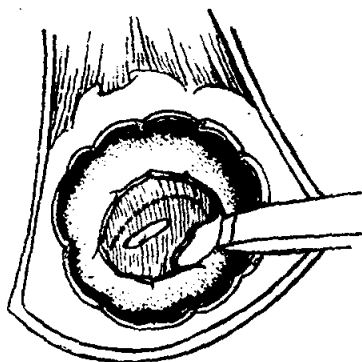


56-расм. Юқори жағ бўшлиғида радикал операция, юмшоқ тўқималарни бўшлиқнинг олдинги девори соҳасида кесиш, бўшлиқни очиш.

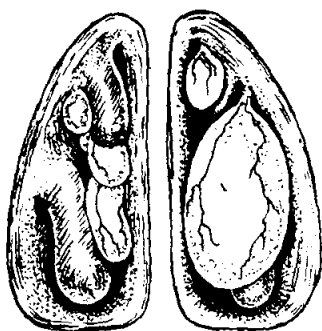
бўшлиғи доқа турунда билан бўшроқ тампонада қилинади, турунда эртаси куні олиб ташланади.

ҒАЛВИРСИМОН ЛАБИРИНТ ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ СУРУНҚАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЭТМОДИТ)

Қасаллик бир ёки икки томонлама ўтиши мумкин. Асосан катарал, йирингли ва гиперпластик турда ўтади, охириги тури полиплар ҳосил бўлиши билан характерлана-



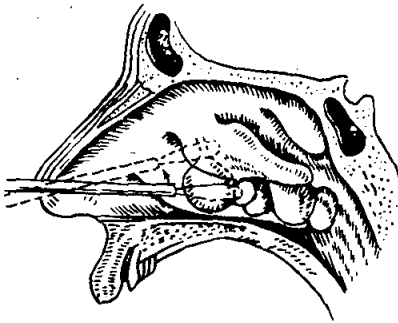
57- расм. Юкори жағ бұшли-
ғида радикал операция, бұшлик
ва пастки бурун йўли орасига
кўшимча дарча кўйиш.



58- расм. Бурун бұшлиғи полипи.

ди (58- расм). Полипоз этмоидитнинг келиб чиқишини инфекция ёки аллергия билан боғлашади. Жараён бир йўла буруннинг бошқа олд бұшлиқларини ҳам зарарлантиради. Шунинг учун бурун бұшлиғида полиплар бўлганда полипоз риносинуит ҳақида фикр юритилади.

Беморни вақти-вақти билан бурун қаншари соҳасидаги оғрик безовта қилади, бурундан оқадиган шиллиқли ёки йирингли ажралмалар ҳидли бўлади, ажралма бурун-ютқунга тушади, бурундан нафас олиш қийинлашади, хид сезиш хусусияти пасаяди. Риноскопия қилинганда (олдинги ва орқа) ўрта ва юкори бурун йўлларида ажралма, ўрта бурун йўлида полиплар аниқланади. Ташхис рентгенологик текширув натижалари билан тасдиқланади. Полипларни хирургик йўл билан олиб ташлаш ва зарарланган бұшлиқдан экссудатнинг оқиб кетишини яхшилаш ва дренаж функциясини тиклаш учун хужайраларни очиб кўйиш усули сурункали этмоидитни даволашнинг асосий усули ҳисобланади (59- расм). Операция бурун ичидан ўтиб қилинади. Қайталанишларга (рецидивларга) йўл кўймаслик учун операция операцион микроскоп ва микроасбоб-ускуналар ёрдамида қилиниши лозим. Полипларни олиб ташлаш учун криотаъсирот, хирургик ультра-товуш ва лазер аппаратлари ҳам ишлатилади. Полипоз жараён узоқ вақтгача қайталанаверадиган бўлса, видиев нерв нейроектомия қилинади, бу бурун бұшлиғи тўқималари трофикасининг ўзгаришига олиб келади. Бу операция юксак самарали муолажа бўлиб ҳисобланса-да, лекин



техник нуқтаи назаридан кийиндир, шу сабабли у кенг қўлланилганича йўқ.

ПЕШАНА БЎШЛИГИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ФРОНТИТ)

Ўткир фронтит вақтида олди олинмаса сурункали фронтитга айланади. Бу пешона бўшлигининг бурун бўшлиғи билан ўзаро алоқаси издан чиққанда айниқса яққол рўёбга чиқади. Бемор пешона соҳасидаги оғриқдан, бурундан шиллиқли ёки йирингли бадбўй хидли ажралма окишидан, бурун орқали нафас олиши қийинлашганидан шикоят қилади. Бурун орти бўшлиқларининг обзор рентгенографияси, пешона бўшлиғи трепанопункцияси, фронтграфия, бўшлиқни синускоп ёрдамида кўздан кечириш аниқ ташхис қўйиш имконини беради.

Консерватив даво бурун бўшлиғи шиллик пардасини мунтазам равишда консизлантиришдан, бўшлиқ трепанопункцияси, уни дезинфекцияловчи эритмалар билан ювишдан, микрофлора сезувчанлиги аниқлангандан кейин антибиотиклар юборишдан иборат.

Консерватив даво кор қилмаганда хирургик даволашга ўтилади. Кўпинча пешона бўшлигини радикал операция қилинади. Бу бўшлиқдаги патологик массани олиб ташлаб, унинг бурун бўшлиғи билан алоқасини тиклаш мақсадида қилинади. Кесик қош ва буруннинг ён томони бўйича қилинади. Юмшоқ тўқималар кесиб олинади. Пешона бўшлигини кўз косаси ости қирраси бўйича олдинги девор орқали очиб қўйилади. Бўшлиқдан патологик масса олиб ташлангандан кейин ғалвирсимон лабиринтнинг олдинги хужайралари очиб қўйилиб, бурун бўшлиғи билан ўзаро алоқа боғланади. Бурун бўшлиғидан пешона бўшлиғида ҳосил бўлган жойга полиэтилен найча киритилиб, 3—4 ҳафтага қолдирилади. Яра яхшилаб тикиб

қўйилади, бунинг учун ингичка чок материали ишлатилади. Операциядан кейин бўшлиқ дренажловчи найча ёрдамида ювилиб, дори воситалари юборилади.

ПОЊАСИМОН БЎШЛИҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (СФЕНОИДИТ)

Сурункали сфеноидит одатда бошқа бўшлиқларнинг, айниқса галвирсимон лабиринт орқа хужайраларининг зарарланиши билан кечади. Бемор энсага берадиган маҳаллий оғриқдан, ажралманинг бурундан ютқинга оқиб тушишидан шикоят қилади. Орқа риноскопияда юқори бурун йўлида патологик ажралма борлиги, рентгенограммаларда асосий бўшлиқ пневматизациясининг пасайиши аниқланади.

Сурункали сфеноидитни даволаш учун, бошқа бурун олд бўшлиқларини даволашдаги каби усуллар қўлланади. Бурун бўшлиғининг шиллик пардасини яхшилаб консизлантирилгандан кейин бемор чалқанча ётқизилади, бурун бўшлиғига дори эритмаси қўйилиб, кейин баллон ёрдамида бурундан ҳаво тортиб олинади. Бурун олди бўшлиқларида манфий босим яратилиб, дори ўз-ўзидан ана шу бўшлиқларга тушади.

Сурункали сфеноидитни хирургик йўл билан даволанади. Иккала асосий бўшлиқни очиб, патологик жараён бурун ичига кириб бартараф қилинади.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҚЛАРИ КИСТАЛАРИ

Юқори жағ бўшлиғи кистаси эмбрионал даврдан пайдо бўлиши мумкин, бу тишлар ривожланиши издан чиққанда юзага келади. Тиш илдизи соҳасида яллиғланиш жараёни ривожланиши, кистасимон гранулемаларнинг ҳосил бўлиши ва юқори жағ бўшлиғи ёриғида кистанинг ўсиб чиқиши ретикуляр кистага хос хусусиятидир. Бўшлиқдаги сохта ёки ретенцион кисталар шиллик безларининг тикилиб қолиши натижасида ҳосил бўлади. Уларда цилиндрик эпителийдан иборат ички парда бўлади. Бўшлиқ сурункали яллиғланганда, шиш суюқлиги тўпланганда шиллик пардада сохта кисталар ҳосил бўлиши эҳтимоли бор. Бу кисталар турли катталиқда ва ичи тиник суюқликка тўлган бўлиб, чин кисталардан фарқ қилади, ички эпителий пардаси бўлмайди. Кисталар кичик бўлганда касаллик белгилари одатда сезилмайди. Кисталар катталашган сари ҳа деганда босилмайдиган оғриқ пайдо бўлади, у тишларга ҳам тарқайди, юз чакка соҳасида



60- расм. Ўнг юкори жағ бўшлиғи кистаси.

оғирлик ҳисси сезилади. Рентгенологик йўл билан текширилганда бўшлиқнинг пастки деворида сохта киста борлиги яққол кўринади (60- расм). Кистани гаймографияда, шунингдек томография ва эхографияда аниқлаш мумкин.

Кисталар бурун ичига кириб ва юзга тегиб кўриш усулида бўшлиқда қилинадиган операциялар ёрдамида олиб ташланади, кистани олиб ташлаш учун юкори жағ бўшлиғида қилинадиган радикал операция энг қулай операция ҳисобланади.

БУРУН ЁН БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ АСОРАТИ СИФАТИДАГИ КЎЗ КОСАСИ ИЧИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Риноген орбитал асоратлар. Ўткир ва сурункали синуситлар зўрайиши, бурун олди бўшлиқларининг шикастланиши орбитал асоратларга сабаб бўлади. Инфекция кўз қосасига контакт ва томир орқали киради. Орбитал асоратлар орбитал деворларнинг периостити ва субпериостал абсцесс, юкори ковоқнинг окма яраси, ретробульбар абсцесс, орбита флегмонаси кўринишида кузатилади.

Орбитал асоратларда кўпинча ҳарорат кўтарилиб, эт увишади, бош оғрийди, кўнгил айнийди. Маҳаллий белгилар қандай бўшлиқ зарарланганига боғлиқ бўлади.

Фронтитда пешона бўшлиғи қопламларининг шишиши, пайпаслаб кўрилганда оғриб туриши, кўзнинг пастга ва ташқарига силжиши кузатилади. Пешона бўшлиғи пастки деворининг субпериостал абсцесси ривожланганда гиперемия, юқори ковоқ шишуви пайдо бўлиб, ушбу соҳада окма яра кузатилиши мумкин. Орбита флегмонаси ривожланган ҳолда хемоз, кўз ҳаракатланишининг барча йўналишларда чегараланиши, экзофтальм, кўриш ўткирлигининг кескин хиралашуви пайдо бўлади. Гайморитда пастки орбита киррасининг субпериостал абсцесси, орбита флегмонаси юз бериши мумкин.

Ғалвирсимон лабиринтнинг олдинги хужайралари зарарланганда ковоқлар шишуви, кўзнинг ички соҳасида гиперемия ва оғрик, окма яра борлиги аниқланади. Кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўриш майдонининг торайиши, экзофтальм ғалвирсимон лабиринт орқа хужайраларининг зарарланиш симптомлари бўлиб ҳисобланади. Бу симптомлар билан бир қаторда асосий бўшлиқ зарарланганда калла-мия нервларининг III, IV, VI жуфтларининг парезлари ва фалажлари кузатилади.

Синуитлар орбитал асоратлари одатда хирургик йўл билан даволанади. Зарарланган бўшлиқлар кенг очилиб, патологик масса олиб ташланади, кўз косаси деворларининг ҳолати текширилади, бўшлиқлар яхшилаб дренаж қилинади.

Риноген калла ичи асоратлари. Инфекция калла бўшлиғига, бурун олди бўшлиғи суяк бўлаклари бутунлигининг бузилиши, зарарланган бўшлиқдан экссудат оқиб кетиши натижасида дигесценция, қон орқали (веноз система бўйича) ва лимфаген йўл билан тушиши мумкин.

Пешона бўшлиғида ва ғалвирсимон лабиринт хужайраларида сурункали жараённинг зўрайиши аксарият ҳолларда калла ичи асоратларига олиб боради. Риноген калла ичи асоратлари форсимон синус тромбози, менингит, мия пешона бўлагининг абсцесси кўринишида кузатилади.

Синус тромбози. Бурун олди бўшлиқлари патологиясидан ташқари, бурун чипқони касалликнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Форсимон синус тромбози септик характердаги белгиларда намоён бўлади. Беморнинг аҳволи оғирлашиб, эти увишиши ва ғарақ-ғарақ терлаш билан давом этадиган иситма кузатилади. Экзофтальм, ковоқлар ва конъюнктиванинг шишиши, кўз олмаси ҳаракатининг чекланиши, кўз тўр пардасига қон қуйилиши, кўрув нерви сўриғичининг димланиб қолиши маҳаллий симптомларга хос хусусиятдир. Форсимон синусда тромб тарқалганда маҳаллий симптомлар икки томонлама бўлади. Жараён

синусдан мия пардаларига ва мия моддасига ўтиши мумкин. Тромб бўлаклари ички аъзоларга кон оқими билан таркалганда уларни зарарлаши мумкин.

СЕРОЗЛИ ВА ЙИРИНГЛИ МЕНИНГИТ

Серозли менингит орқа мия гиперпродукцияси билан таърифланади, у пункция қилинганда ортиқча босим остида оқиб чиқсада, лекин унинг морфологик таркиби ўзгармаган ёки таркибида бир оз плеоцитоз бўлади. Қасаллик тана ҳарорати кўтарилиши билан, ўткир бошланиши мумкин. Клиник жиҳатдан қасаллик мия пардаларининг зарарланиши ва калла-мия ичи босимининг ошиши симптомларида намоён бўлади.

Йирингли менингитда яллиғланиш жараёни бош мияга ва калла-мия нервларига таркалади. Қасаллик оғир кечиши билан ажралиб туради. Хасталикда ҳарорат мунтазам баланд бўлади. Бемор кучли оғриқдан, кўрув ва эшитув таъсиротларга сезувчанлиги ортганидан шикоят қилади. Ўринда муайян бир вазиятни эгаллайди, яъни бошини орқага ташлаб, оёқларини қорнига тортиб ва қўлларини букиб ёнбошлаб ётади.

Қуйидаги симптомлар, энса мушаклари таранглигининг ошиши Керниг ва Бруздинский симптомлари хосдир. Орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар йирингли менингитнинг асосий белгиларидан ҳисобланади. Йиринг игнадан тез-тез томчилаб ёки тизиллаб оқиб чиқади. Кўриниши лойқа бўлади. Плеоцитозни ва оқсил микдорининг ошиши, Панди ҳамда Нонне-Апельтнинг мусбат реакциялари аниқланади. Бактериологик текшириш учун коккли флора экилади. Жараённинг мия асосига тарқалишида калла-мия нервларининг парезлари кузатилади. Энцефалит ривожланган тақдирда Бабинский, Россолоимо, Оппенгейм (пирамида системасининг зарарланишига алоқадор)нинг патологик симптомлари пайдо бўлади.

Мия абсцесси. Пешона бўлаги абсцесслари кўпроқ учраб, уларнинг клиник кечиши хилма-хилдир. Қасалликнинг бошланғич босқичида мия пардаларининг зарарланиши билан боғлиқ симптомлар кузатилади. Кейинчалик симптомлари сезилмайдиган, қасалликнинг яширин даври бошланади (иштаҳа йўқолади, ишлаш қобилияти пасаяди, одам озиб кетади) ва абсцесснинг кучайиши, йиринглаш жараёнига хос бўлган симптомлар пайдо бўлади. Бу даврда, калла ичи босимининг ошиши ва пешона бўлаги мия моддасининг зарарланиши кузатилади. Қўпинча пешонада пайдо бўлган абсцессга учраган беморларда сенсор ва асабий руҳий бузилишлар кузатилади.

Компьютерли томография мия абсцессига шубха туғилганда ишлатиладиган бошқа диагностик усуллар ичида энг информатив ва ишончли усул хисобланади.

Риноген калла ичи асоратларида буруннинг ён бўшлиқларидаги яллиғланиш ўчоғини санация қилиб даволаш керак бўлади. Шошилинч ҳолларда зарарланган бўшлиқни радикал операция қилиниб, бўшлиқнинг бурун бўшлиғи билан ўзаро алоқаси тикланади. Бундан ташқари, йирингли менингитда калла бўшлиғи трепанация қилиниб, соғ жойларгача бўлган қаттиқ мия пардаси очиб кўйилади. Пешона бўлаги абсцесслари ҳам очилиб, дренаж қилинади. Каверноз синусда операция қилинмайди. Кучли антибактериал даво, дезинтоксикация, иммун препаратлар тайинланади, гемостаз яхшиланади. Плазморефрез, гипербарик оксигенация қилинганда яхши натижаларга эришилади.

БУРУН ВА БУРУН ОЛДИ БЎШЛИҚЛАРИ УСМАЛАРИ

Хавфсиз ўсмалардан аксари бурун тўсиғининг қонаб турувчи полипи кўпроқ учрайди. У томирларга бой фиброматоз тузилмадан иборат бўлиб, полип бурун тўсиғининг олдинги учдан бир қисмида жойлашган бўлади, у думалок қизил рангли ёки силлиқ юзали бўлади. Тез-тез бурун қонаши, нафас олишнинг қийинлашиши касалликнинг асосий белгиларидан хисобланади. Касалликни аниқлаш қийин эмас. Ўсма типидagi шиллиқ парда ва тоғай усти пардаси билан бирга ультратовушли скальпель ёрдамида осонликча олиб ташланади.

Остеотома кўпинча пешона бўшлиғининг суякли деворлари ва галвирсимон лабиринт хужайраларида ривожланади. Остеотома симптомлари уни катта-кичиклигига ва жойлашувига боғлиқ бўлади. Кичик ўлчамли ўсмалар кўпинча бурун олди бўшлиқларини рентгенография қилинганда тасодифан аниқланади. Юз нуқсонлари ва экзофтальм борлиги каттакон остеомаларга хосдир. Касаллик хирургик йўл билан даволанади. Ўсма зарарланган бўшлиқдан радикал операция қилинганда олиб ташланади.

Рак ва саркома бурун ва бурун олди бўшлиқларининг хавфли ўсмалари қаторига киради. Риноскопияда рак ўсмаси зонд билан тегилганда қонайдиган қулранг-қизил тузилма кўринишида бўлади. Саркома кўринишидан полипга ўхшаса-да, лекин ундан ранги қизил, консистентлиги зич ва ҳаракатчанлиги суст бўлиши билан фарқ қилади. Бошланғич босқичда бурун ва айниқса бурун олди



61-расм. Үнг юкори жағ бўшлиғи ўсмаси.

бўшлиқлари ўсмаларининг ҳеч қандай белгилари сезилмайди. Кейинчалик беморнинг бурнидан қон келиб, бурун орқали нафас олиши қийинлашади, дармони қуриydi, ҳид сезиш қобилияти сусаяди. Бурун ва бурун олди бўшлиқлари ўсмаси камдан-кам ҳолларда метастаз беради, лекин инфильтрация туфайли атрофдаги аъзоларга ва тўқималарга тарқалиши мумкин. Бу касалликнинг кечиктириб юборилган симптомларида рўй беради. (61-расм). Бурун ва бурун олди бўшлиқлари комбинациялашган ҳолда даволанади (операция қилинади, рентген билан нурлантирилади).

ди, кимё терапияси қилинади).

ЮТҚИН ҚАСАЛЛИҚЛАРИ

ЮТҚИННИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

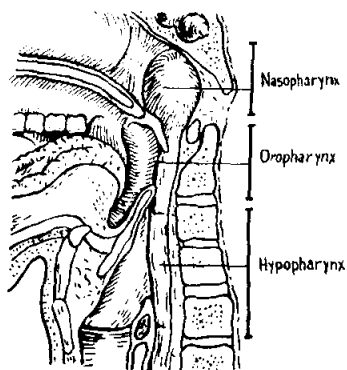
Ютқин мушак найчасидан иборат бўлиб, қалладан бошланиб ва торайиб бориб, VI бўйин умуртқаси олдида тугайди. Ютқиннинг узунлиги 13—14 см га тенг бўлади. Ютқиннинг 3 бўлими: юкори — бурун-ютқин, ўрта — оғиз-ютқин ва пастки — ҳикилдок-ютқин бўлимлари тафовут қилинади. (62-расм).

Бурун-ютқин — хоана ортидаги кичик бир бўшлиқ бўлиб, у олдиндан бурун бўшлиғига ўтади. Бурун-ютқиннинг гумбази соҳасида лимфоид тўқима бўлади. У чақалоқларда бўлмасдан, 3 дан 14 ёшгача бўлган болаларда шаклланади, 16 ёшга бориб йўқолиб кетади, баъзан эса катта ёшдаги кишиларда ҳам учраб туради ва бу бурун-ютқиннинг бодомча безлари деб аталади. Бурун-ютқиннинг ён деворларида эшитиш найларининг кириш жойи бўлиб, у най бодомчалари номи билан аталадиган лимфоид тўқима билан ўралган.

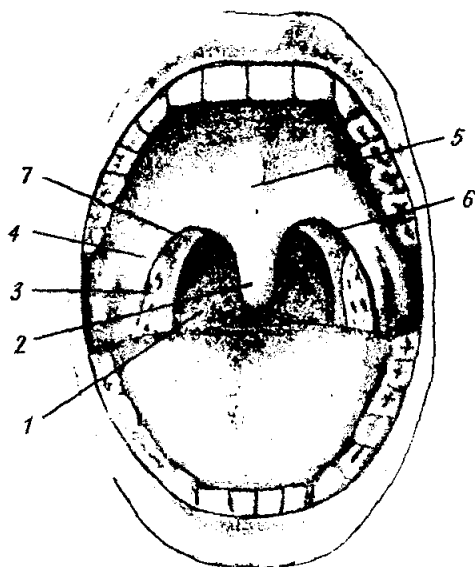
Оғиз-ютқин орқа ва ён деворлар билан чегараланган

бўлиб, оғиз бўшлиғи билан ҳалқум ёрдамида туташади, ҳалқум тепадан юмшоқ танглай, пастдан тил илдизи билан, ён томондан танглай равоқчалари билан чегараланган (63- расм).

Олдинги равоқлар тил, орқадагилари эса тилдан юткиннинг ён деворларига борадиган бурмалардан иборат. Равоқлар ичида мушаклар, равоқчалар орсидаги чуқурликларда эса танглай бодомчалари жойлашган. Олдинги ва орқа танглай равоқчалари бирикадиган жой



62- расм. Юткин каватлари.



63- расм. Юғиз-юткинни кўриниши стомофарингоскопия.

1 — юткиннинг орқа девори, 2 — тилча, 3 — танглайнинг бодомча беши, 4 — олдинги танглай равоғи, 5 — юмшоқ танглай, 6 — орқа танглай равоғи, 7 — бодомча беши чуқурчаси.

остида бодомча безлар устидаги чуқурча жойлашиб, унга баъзан бодомча безларнинг танглай бўлаги таркалади. Алоҳида бўлакча ҳам учраб туради, у юмшоқ танглай ичида бўлиб, асосий бодомча без билан бирикмаган.

Ҳиқилдоқ-юткин пастдан ҳиқилдоқ билан чегараланган бўлиб, қизилўнғачга ўтади, унинг ён томонларида ноксимон чуқурчалар бор. Тил илдизи ёнида бодомчалар деб аталадиган лимфоид тўқима тўплами бор.

Юткин шиллик пардадан, мушак ва фиброз қаватдан таркиб топган. Бурун-юткиннинг шиллик пардаси кўп қаватли цилиндрик митилловчи эпителий билан, оғиз-юткин ва ҳиқилдоқ-юткин кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Шиллик ости қатламида аралаш типдаги безлар бор. Юткин деворлари мушакнинг ички кўндаланг қаватидан иборат бўлиб, улар ютқинни кўтариб туради. Юткин деворлари шунингдек ютқинни сиқиб турувчи ташқи ҳалқасимон мушаклар қаватидан иборат. Мушак толалари фиброз тўқима билан ўралган.

Ютқиннинг лимфоид аппарати ҳалқасимон бўлиб, у Пирогов-Вальдеернинг ютқин ҳалқаси деб аталади. Лимфоид тўқималарнинг майда тўдалари ҳисобланган гранулалар ва фолликуллар ютқиннинг орқа ва ён деворларида ёйилган бўлади.

Танглайнинг бодомча безлари лимфоид ютқин ҳалқасининг энг йирик тузилмаларидан бўлиб, мураккаб тузилганлиги билан фарқ қилади. Ютқин ёриғига қараган танглайнинг бодомча безларининг эркин сатҳи кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. У бўртиқ бўлиб, лакуналар ёки крипталяр деб аталадиган 12—15 та каналчалардан иборат тешиклари бор. Лакуналар илонсимон буралган ёки тўппа-тўғри бўлиб ўзаро туташган бўлади. Ютқиннинг ён девори рўпарасидаги бодомча безларнинг ташқи юзасида бириктирувчи қоплам бўлиб, у капсула деб аталади, пастки кутб ана шу капсуладан ҳосил бўлади. Капсуладан бириктирувчи тўқималар бошланиб, улар орқали бодомча безлар ичкарисига қон ва лимфа томирлари, шунингдек нервлар ўтган бўлади. Бодомча безлар паренхимаси фоликулалар деб аталадиган лимфоцитларнинг шарсимон тўпламлари кўринишидаги лимфоид тўқималардан иборат (64-расм).

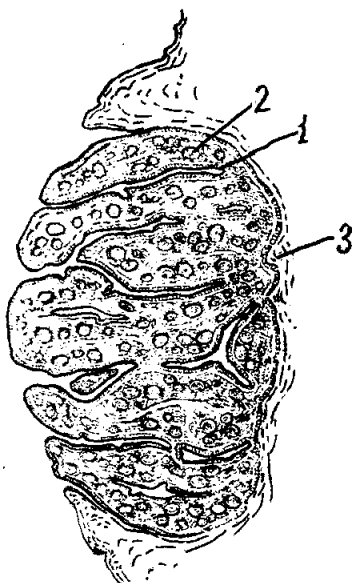
Ютқин ташқи уйқу артерияси тармоқлари ҳисобига қон билан таъминланади, бу артерияларнинг энг асосийлари — кўтарилувчи ютқин артерияси, шунингдек ташқи ва ички жағ артерияларининг ҳамда тил артериясининг тармоқчалари ҳисобланади. Ютқиннинг пастки бўлимлари пастки қалқонсимон артерия тармоқлари орқали қон

билан таъминланади. Танглайнинг бодомча безларидан йирик томирларгача бўлган масофанинг амалий аҳамияти бор. Бодомча безнинг юқори қутубининг капсуласидан ички уйку артериясигача бўлган масофа ўрта ҳисобда 2,8 см ни, пасткиси эса 1,1—1,7 см ни ташкил этади. Танглай бодомча безининг юқори қутуби капсуласи ташки уйку артериясидан ўрта ҳисобда 4,1 см, пасткисидан эса 2,3—3,9 см нарида жойлашган.

Ютқин иннервацияси уч шоҳли, тил-ютқин, кўшимча ва сайёр (адашган) нерв тармоқлари билан таъминланган. Ютқиннинг юқори бўйин тугуни симпатик толалар билан таъминланган. Кўрсатиб ўтилган нервлар мушак ва шиллик ости нерв тутамларини ҳосил қилади. Ютқиннинг кўп сонли рецепторлари тактил, термик, таъм билиш, кимёвий ва оғриқ таъсиротларини қабул қилади.

Ютқиннинг лимфатик томирлари яхши ривожланган бўлиб, улар лимфани бўйиннинг чуқур жойлашган лимфа тугунларига узатади ва бурун, хикилдоқ, қизилўнгачнинг лимфатик томирлари билан боғланган бўлади. Ютқиннинг ён томонидаги деворидан ташқарида ғовак бириктирувчи тўқима билан тўлдирилган ютқин олди бўшлиғи жойлашган.

Ютқин олди бўшлиғи кулоқ олди сўлак бези чуқурчаси билан туташиб, ютқин орти бўшлиғи билан бириккан, пастки кўкс оралиғига ўтади. Ютқин орти бўшлиғи ютқиннинг орқа девори билан умуртқа орти фасцияси ўртасидаги ёриқдан таркиб топган. У ғовак клетчатка билан тўлдирилган. Кўкрак ёшидаги болалар (тўқима)да лимфатик тугунлар бўлиб, бурундан, бурун-ютқиндан, ноғора бўшлиғидан лимфа ана шу тугунларга қуйилади. Бу тугунларнинг йиринглаши ютқин орти абсцессига сабаб бўлади. Еш улғайган сари ютқин орти бўшлиғининг лимфа тугунлари атрофияланади.



64-расм. Танглай бодомча безининг схематик тузилиши.

1 — лакуналар, 2 — фолликуллар, 3 — капсула.

ЮТҚИН ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ютқин нафас йўлининг бир қисми бўлиб, ҳаво шу жойдан исиб, намланиб, чангдан зарарсизланиб ва тозаланиб ўтади.

Нафас ва ҳазм йўллари ютқинда кесишади. Ютинганда юмшоқ танглай кўтарилиб туради ва бурун-ютқинни ўрта ютқин бўшлиғидан ажратиб туради. Кейин овқат луқмаси танглай равоқчалари ортига сурилиб, ютқиндан ва ютқин орқали қизилўнгачнинг бошланғич бўшлиғига ўтади. Бир вақтнинг ўзида ҳикилдоқ кўтарилиб, унинг ёриғи тораяди, тил илдизи эса ҳикилдоқ устини ҳикилдоққа кираверишни кесиб туради, бу овқатнинг нафас йўлларига тушишини олдини олади.

Ютқин резонатор функциясини ҳам бажаради. Бунда бурун-ютқин қимирламайдиган резонатор ҳисобланади. Оғиз-ютқин ва ҳикилдоқ-ютқин эса ҳаракатчан резонатор вазифасини бажаради. Юмшоқ танглайнинг ҳаракатчанлиги ютқиннинг резонатор функциясини амалга оширишда муайян амалий аҳамиятга эга.

Юмшоқ танглай пардасидаги ва тил илдизидаги таъм билиш рецепторлари орқали таъм билинади.

Ютқин организмнинг химоя-мослашув реакцияларида иштирок этади. Химоя реакцияларни талаб қиладиган механик, термик ва кимёвий таъсиротлар юз берганда ютқин мушакларининг рефлектор қисқариши ҳисобига ютқин ёриғи тораяди.

Пирогов-Вальдеернинг лимфоид ютқин ҳалқаси химоя вазифасини ўтайди. У турли синф иммуноглобулинларининг ишланиб чиқиши ва патогенли микроорганизмларнинг лимфоид тўқималарида парчаланишини таъминлайди. Бодомча безлар бошқа иммун компонент системалар билан боғланган бўлиб, организм иммун реакцияларининг шаклланишида иштирок этади. Юқори нафас йўллари шиллиқ пардасининг инфекцияга нисбатан чидамлилиги маҳаллий иммунитет бодомча безларнинг ютқин ёриғига иммуноглобулинлар, лизоцим, интерферон, лимфоцитлар, макрофаглар ишлаб чиқариш қобилияти туфайли амалга оширилади.

ЮТҚИННИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Олдинига жағ ости соҳаси, бўйин кўздан кечирилади, бунда шишнинг, асимметриянинг бор-йўқлигига, теридаги ўзгаришларга эътибор берилади. Худди шу соҳалар пайпаслаб кўрилиб, бунда оғрик нуқталари, катталашган

лимфа тугунлари, инфилтратлар бор-йўклиги аниқланади. Шундан кейин оғиз-ютқин текширилади — фарингоскопия ўтказилади. Кейин бурун-ютқин кўздан кечирилади, орқа риноскопия қилиниб ва ҳиқилдоқ-ютқин текшириб кўрилади, бевосита ларингоскопия қилинади. Ҳотинни кўздан кечириш учун ёруғлик манбаи, пешона рефлектори, шпатель, бурун-ютқин ва ҳиқилдоқ кўзгулари бўлиши зарур. Фарингоскопияда шпательни жуда ҳам чуқур киритмаслик керак, акс ҳолда бемор қусиб юборади. Текшириш пайтида шиллик парданинг рангига, милқлар, тишлар, тилнинг аҳволига қаралади. Шунингдек танглай, тилча, олдинги ва орқадаги равоқчалар, танглайнинг бодомча безлари, ютқиннинг орқа деворлари кўздан кечирилади. Бемор «э» ёки «а» товушларини чиқарганда юмшоқ танглай ҳаракатчанлиги аниқланади. Бодомча безлар лакуналари ичидагиси иккинчи шпатель билан олдинги танглай равоқчаларига оҳиста босиб турилиб текширилади. Лакуналар сони, уларнинг чуқурлиги ва йўналиши махсус зонд билан текширилганда маълум бўлади.

Бурун-ютқин орқа риноскопия ёрдамида текширилганда бурун-ютқин гумбази, эшитув найларининг кириш жойи, димоғ суяги ва хоаналар ҳам кўздан кечирилади. Зарурат туғилганда бурун-ютқинни бармоқлар билан текшириб кўрилади. Ҳиқилдоқ-ютқинни бевосита ларингоскопия ёрдамида кўздан кечиришда тил бодомчалари, ҳиқилдоқ усти, ноксимон синусларнинг ҳолати текширилади. Болаларда ҳиқилдоқ-ютқинни аксари ҳолларда ларингоскоп ёрдамида (бевосита ларингоскопия) текширилади. Оптик асбоблардан эндоскоплар ва видеоскоплар ҳам бўлиб, зарурат туғилганда бу асбоблар ёрдамида бурун-ютқин ва ҳиқилдоқ-ютқинни видеокассетадаги тасвирини кўриш мумкин.

Рентгенологик текшириш усуллари — ютқинни ён томондан рентгенография қилиш, томография, шу жумладан компьютерли томография усуллари ҳам қўлланади.

Таъм билишни текшириш учун ширин, аччиқ, нордон ва шўр эритмалардан фойдаланилади. Тилнинг олдинги ва орқа бўлақлари алоҳида-алоҳида текшириб кўрилади (уларнинг иннервацияси фарқ қилгани учун).

ЎТҚИР ФАРИНГИТ

Ҳотин шиллик пардасининг ўткир яллиғланиши аксари ҳолларда ўткир бурун касалликлари билан давом этади, лекин алоҳида турлари ҳам учраб туради. Ўткир

фарингитнинг пайдо бўлишида бурун ва бурун олди бўшлиқларининг патологик жараёнлари, касб-корга онд зарарлар, ичкилик ичиш, тамаки чекиш, жуда иссиқ ва аччиқ овқат ейиш сабаб бўлади. Бунда ҳолсизланиш, томоққа, кулоққа бериладиган санчиксимон оғриқ туриши (у сўлак ютилганда янада кучаяди) кузатилади. Юткин орқа ва ён деворлари шиллиқ пардасининг, орқа танглай равоқчаси ва тилчасининг қизариши ҳамда бир оз шишиб чиқиши фарингитга хос бўлган хусусиятдир. Юткиннинг орқа деворида лимфоаденоид гранулалар, ён деворларида эса лимфаденоид болишчаларининг катталашуви ва кизариб туриши кузатилади.

Ўткир фарингит одатда маҳаллий даволанади. Илик ишқорли ингаляциялар, ингалипт ёки оксикорт аэрозоллари, бурунга мой томчилари тайинланади. Ҳарорат субфебрил бўлганда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланади.

СУРУНҚАЛИ ФАРИНГИТ

Касаллик ўткир фарингитдан кейин ривожланади. Унинг пайдо бўлишига бурун касалликлари, зарарли одатлар, касб-кор зарарлар, иклим шароитлари (жазирама иссиқ, чангдан ифлосланиш) сабаб бўлади. Сурунқали фарингитнинг уч тури: катарал, гипертрофик ва атрофик турлари тафовут қилинади.

Ачишиш, ютинганда оғриқ туриши, фарингоскопияда шиллиқ парданинг гиперемияси ва йўғонлашиши сурунқали фарингитнинг катарал турига хос.

Давоси. Мой-ишқорли ингаляциялар, аэрозоллар, томоқни антисептик препаратлар билан чайқаш, шиллиқ пардага дезинфекцияловчи препаратлар билан ишлов беришдир. Дори бериб даволаш кор қилмаса, гипертрофияланган лимфоид тўқимани криоаппликатор ультратовуш ёки лазер билан ишланади.

Сурунқали атрофик фарингит бурунда ва ҳикилдоқдаги шиллиқ парданинг атрофик ўзгаришлари билан давом этади. Бемор томоғи қуришишидан, ачишишидан, ёт жисм борлигидан шикоят қилади. Шиллиқ парда фарингоскопия қилинганда юткиннинг орқа девори қуруқ, юпқалашган, ялтираб туради, баъзан эса ёпишқоқ шиллиқ ёки пўстлоқ билан қопланган бўлади.

Давоси — мой-ишқорли ва мумиёнинг сувли эритмаси билан ингаляция қилиш, люгол эритмасини суртиш, витаминлар бериш, биоген стимуляторлар, темир сақловчи препаратлар тайинлаш.

ЮТҚИН ОРТИ АБСЦЕССИ

Илк болалик ёшида учраб туради. Бу касалликда ютқин орти бўшлиғида жойлашган лимфа тугунлари йиринглайди. Бурун, бурун олди бўшлиқлари, қулоқнинг ўткир касалликлари абсцесснинг авж олишига сабаб бўлади. Бунда ҳарорат кўтарилиб, бола бесаранжом бўлиб кўкракни эммай кўяди, овқат емайди, уйқуси нотинч бўлиб қолади. Бир неча кундан кейин боланинг ютиниши ва нафас олиши қийинлашади. Хириллаб, бошини орқага ташлайди ва ён томонга буради. Ютқин кўздан кечирилганда шиллик парданинг кизаргани, пайпаслаб кўрилганда флюктуация аниқланади.

Давоси. Абсцессни очиб қўйиш, антибиотиклар, сульфаниламидлар тайинлаш зарур. Абсцесс очиб қўйилгандан кейин йиринг аспирациясига йўл қўймаслик ва йирингни туфлаш осон бўлиши учун бола бошини дарҳол пастга энгаштирилади.

ФАРИНГОМИКОЗ

Оғиз-ютқиннинг микотик касалликлари бурун, томоқ, қулоқ касалликлари орасида иккинчи ўринда туради. Оғиз-ютқин шиллик пардаси кандидози кўп тарқалгандир. Бу кандидоз иммунитетнинг заифлашуви билан боғлиқ бўлади. Бодомча безлари кандидози кўпинча катта ёшли болаларда ва катталарда учрайди. Бу касаллик билан кўпроқ аёллар касалланади. Касаллик ўткир ва сурункали кечади. Беморни томоқдаги оғрик, умумий дармонсизлик, субфебрил ҳарорат безовта қилади. Ютқиннинг шиллик пардаси бироз кизариб, бодомча безларда, равокчаларда унча катта бўлмаган оппоқ қарашлар юзага келади. Шиллик пардада эрозия пайдо бўлади. Регионар лимфатик тугунлар бир оз катталашиб оғрийди.

Кандидамикозга ташҳис шикоятларга, анамнезга ва клиник манзарага асосланиб қўйилади. Бу микроскопик, культурал, серологик текширув натижалари билан тасдиқланади.

Давоси. Антибактериал воситаларни бекор қилиш ва қувватга киритувчи даво чораларини қўллаш, яъни витаминлар билан даволаш (нистатин, леворин, мико-септин, деквиден) тавсия қилинади.

Маҳаллий даволашда томоқни артиш учун: 1 % ли люгол, 2,5 % ли кумуш нитрат эритмаси қўлланилади. Томоқни чайиш учун хинозолнинг 1:5000, 1:1000 нисбатдаги сувли эритмаси, 3 % ли натрий тетраборатнинг сувли эритмаси қўлланилади.

Юткин лептотрихозини замбуруғлар келтириб чиқаради. Бунда кўпроқ танглай ва тил бодомчалари зарарланади. Томоқнинг ачишиши ва томоқда бирор нарса борга ўхшаши касалликка хос хусусиятдир. Клиник манзараси ўзига хос бўлиб, танглай ва тил бодомчалари юзасида гадир-будир тузилмалар пайдо бўлади. Бунда атрофдаги тўқималардаги ўзгаришлар билинар-билинмас даражада бўлади.

Юткин лептотрихозини сурункали кечиби, узоқ йилларга ҳам чўзилиб кетиши мумкин. Ташхис характерли клиник манзара ва микроскопик текширувларга асосланиб қўйилади.

Давоси: зарарланган жойлар люгол эритмаси ёки хинозолнинг 0,1% ли сувли эритмаси билан артилади. Лазер ва криотерапия қўлланади. Бу усуллар наф бермаганда тонзиллэктомия қилинади.

АНГИНА

И. Б. Солдатовнинг таснифига кўра, ангина ёки ўткир тонзиллитлар бирламчи — катарал, лакунар, фолликуляр, яра-пардали ва иккиламчи: а) ўткир юкумли касалликларда — дифтерия, скарлатина, туляремия ва корин тифи; б) кон системаси касалликларида — юкумли мононуклеозда, агранулоцитоз, алиментар-токсик алейкияди, лейкозларда учраб турадиган турларга ажратилади. Ангина организмнинг маҳаллий аломатлари ўткир юкумли хасталик бўлиб, у асосан танглайнинг бодомча безларида жойлашади. Стрептококклар, баъзан стафилококклар бирламчи ангинани кўзгатувчиси бўлиб ҳисобланади. Инфекция ташқаридан ҳам (ҳаво-томчи, контакт ва алиментар йўл билан) юқиши мумкин. Томоқ ва бодомча безлардаги микроорганизмлар вирулентлигининг ошиши натижасида ҳам ангилага йўлиқиш мумкин. Кариоз тишлар, бурун ва бурун олди бўшлиқларининг йирингли касалликлари ҳам касаллик манбаи бўлиши мумкин. Термик, кимёвий ва механик таъсирлар, толиқиш, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятининг бузилиши касалликнинг авж олишига сабаб бўлади. Ангина кўпинча ёрак, бўғимлар, буйрак ва бошқа аъзоларда асорат қолдиради. Аксари ҳолларда ангина сурункали тонзиллитнинг навбатдаги зўрайиши бўлади. Асосан 15—35 ёшдаги кишилар касал бўлишади. Икки ёшгача бўлган болаларда ангина деярли кузатилмайдди. Ангинада ҳарорат 38—39 даражага кўтарилиб, эт увишади, одамнинг бутун аъзойи-бадани, боши қақшаб оғрийди, тинкаси

қурийди. Айниқса ютинганда томоқдаги кучли оғрик безовта қилади. Оғрик қулоққа бериши мумкин. Кўздан кечирилганда тери қопламлари рангсиз бўлади, жағ ости безлари катталашиб, пайпаслаб кўрилганда оғрийди. Қатарал ангина фарингоскопия ёрдамида текширилганда ютқиннинг шиллик пардаси ва бодомча безлар қизаргани, равоқчалар инфилтрациялангани кўринади. Фолликуляр ангинада бодомча безларда тарикдек келадиган кулранг бўртмалар пайдо бўлади. Лакунар ангина рўй берганда лакуналар соҳасида турли шаклдаги карашлар ёки бодомча безларнинг ўзида яхлит карашлар ҳосил бўлади.

Ғалтаксимон таёқча ва оғиз бўшлиғи спирохетаси Симановский-Плеут-Венсаннинг ярали-пардали ангина кўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади. Ангина кўпинча ўнгда, бир томонлама бўлади. Унга ютинишда томоқда оғрик туриши, ҳароратнинг субфебрил бўлиши, баъзан оғиздан ёкимсиз ҳид келиши, сўлак оқиши ҳосил. Бодомча безлар юзасида зич бўлмаган, осонликча кўчиб тушадиган кулранг карашлар аниқланади, карашлар кўчиб тушганда ўрнида яралар кўринади. Жараён милкларга, танглай ва ютқиннинг орқа деворига ёйилиши мумкин. Баъзан шиллик парданигина эмас, балки ён атрофдаги тўқималарни ҳам яра босади.

Леффлер таёқча дифтерияли ангина кўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади. Қасаллик оғир кечиб, кучли интоксикация (захарланиш), адинамия, нисбатан катта бўлмаган ҳарорат, юмшоқ танглай фалажи билан давом этади. Фарингоскопияда танглай безларида қорамтир-кулранг қалин карашлар аниқланади, улар баъзан сарғимтир ёки яшилсимон тусда бўлади ва бодомча безларидан ташқарига, танглай равоқчаларига, юмшоқ танглай, ютқиннинг орқа деворига тарқалади. Пардалар қийинлик билан кўчади, тагидаги юза қонаб туради. Бўйиннинг лимфатик тугунларининг шишиши, баъзан эса бўйин юмшоқ тўқималарининг ҳам шишуви кузатилади. Карашларни бактериологик текшириш тўғри ташҳис қўйишга ёрдам беради.

Скарлатиноз ангина ана шу хасталикнинг симптомларидан бири ҳисобланади. Дастлаб танглай безларининг, юмшоқ танглай шиллик пардасининг росмана ифодаланган гиперемияси аниқланади. Бир, икки кун ўтгандан кейин жараён танглай безларига ёйилиб, некротик ангина кўринишида кечади.

Ангина туляремия ва корин тифида камроқ кузатилади.

Болаларда моноцитар ангина кўпроқ учрайди. Қасалликка вируслар сабабчи бўлади. Бунда ҳарорат

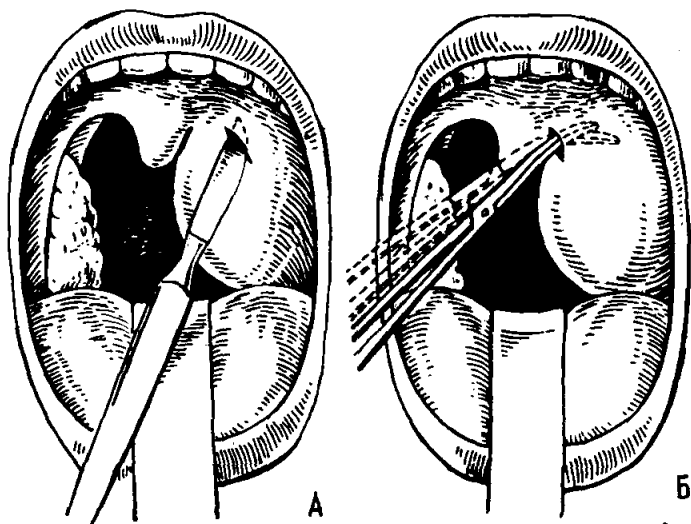
38—40 даражагача кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, ютинганда томоқ оғриши кузатилади. Лимфа тугунлари имо-ишора мушагининг олдинги чеккаси бўйлаб ва жағ ости соҳасига қадар катталашуви кузатилади. Оғиздан чириган нарса хиди келади, бодомча безлар катталашиб, кулранг-қорамтир қараш билан қопланади. Қонда ортикча лейкоцитоз аниқланади. Қасаллик энгил кечганда икки ҳафтагача давом этади.

Агранулоцитозда рўй берадиган ангина кўпроқ катталарда кузатилади. Қасаллик умумий хасталик заминиди, захарловчи дори моддалар (аспирин, амидопирин)нинг таъсири натижасида ривожланади. Қасаллик оғир кечади. Ангина умумий аҳволнинг кескин ёмонлашувидан, шамоллаш ва эт увишишидан бошланади. Бодомча безлар соҳасида некротик яралар ҳосил бўлади. Улар оғиз бўшлиғининг шиллик пардасига, юткинга ва ҳатто хиқилдоққа тарқалиши ҳам мумкин. Ютинганда кучли оғрик, сўлак оқиши безовта қилади, оғиздан ёкимсиз хид келади. Қондаги лейкоцитлар (гранулоцитлар) тамомила йўқолган ҳолда лейкопения кузатилади, моноцитлар кўпаяди, эритроцитлар сони нормада бўлади.

Лейкоздаги ангина болаларда ҳам, катталарда ҳам учраб туради. Қасаллик шиддатли бошланади. Бунда тери қопламларининг рангсизланиши, петехиялар, қонталашиш характерли бўлади. Бўйин лимфа тугунлари катталашади. Қасалликнинг бошланғич босқичида қатарал ангина кузатилади, кейин у яралли-некротик турга айланади. Қонда гемоцитобластлар, меланобластлар, лимфобластлар устун келадиган лейкопения қайд қилинади, эритроцитлар сони камаяди. **Ўткир иккиламчи тонзиллитларни** даволаш асосий хасталикларни даво қилишдан, шунингдек антибиотиклар, сульфаниламид препаратларни тайинлашдан, томоқни дезинфекцияловчи эритмалар билан чайишдан иборат.

ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС

Паратонзилляр абсцесс ўткир ангина асорати ҳисобланади. Қасалликка сабаб — инфекциянинг лакуналардан ёки фолликуллардан бодомча безлар орти бўшлиқларига тушишидир. Жараённинг кечиши организмнинг иммун ҳолатига ва инфекция вирулентлигига боғлиқ бўлади. Паратонзилляр абсцесснинг кечишида шишган, инфильтратив ва абсцессланадиган босқичлар кузатилади. Бодомча безларда жойлашишига қараб олдинги, орқа ва ташқи абсцесслар тафовут қилинади. Олдинги пара-



65- расм. а. Паратонзилляр абсцессни энг бўртиб чиқан қисмида кесиб очиш. б. Паратонзилляр абсцессни супротонзилляр бўшлиқ орқали ёриб очиш.

тонзилляр абсцесс кўпроқ учраб туради, у бодомча безлар ёки тўқимада бодомча безнинг устки қутби олдида жойлашади. Паратонзилляр абсцесс кўпинча бир томонда бўлади. Одатда касаллик ангинадан кейин бошланади. Ютинишда оғрик баттар зўрайиб кетади, умумий ҳолсизлик ва дармонсизлик кучаяди, ютиниш қийинлашади, саливация зўраяди. Оғиздан ёкимсиз ҳид келади. Чайнов мушакларининг тризми пайдо бўлади, товуш минғиллаб чиқади. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашиб, оғрик беради. Фарингоскопияда юмшоқ танглай, олдинги равоқча кескин қизариб, шишгани кўринади. Тилча кескин инфильтратланиб, бўртиб чиқади. Уриб кўрилганда флюктуация аниқланади. Кўпинча абсцесс олдинги равоқча ёки равоқчалар орасидаги бодомча безлар усти бўшлиғи орқали ўзича бўшалади. Ташхис анамнез, шикоятлар, фарингоскопия манзарасига асосланиб қўйилади.

Касалликнинг бошланғич босқичида консерватив даво қўлланилиб, антибиотиклар, сульфаниламидлар, десенсибилизацияловчи воситалардан фойдаланилади. Маҳаллий даво сифатида аэрозол билан даволаш, томокни антисептик препаратлар билан чайиш тавсия қилинади. Физиотерапия даво воситаларидан УВЧ, магнит билан

даволаш, ультратовуш, даволовчи лазер қўлланади. Абсцесс бўлганда уни ёриб очиш керак бўлади (65-расм). Паратонзилляр абсцесс оқилона даволанмаганда инфекция юткин олди бўшлиғи ва тўш ости суяги клетчаткасига тарқалиши мумкин. Бу эса ҳаёт учун хавfli ҳисобланган асоратларни келтириб чиқаради.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ

Танглай безларининг сурункали яллиғланиши сурункали тонзиллит деб аталади. Бу юкумли, аллергик касаллик бўлиб, маҳаллий аломатлар билан намоён бўлади, улар танглай безларининг турғун яллиғланиш реакцияси кўринишида учраб туради.

Стафилококклар, стрептококклар, болаларда эса адеонвируслар жараёни сурункали давом этишига сабаб бўлади. Кариоз тишлар, парадонтоз, аденоидлар, синуситлар, шунингдек бурун орқали нафас олишнинг бузилиши — бурун тўсиғининг қийшайиши, ринитларни келтириб чиқарувчи касалликлар яъни сурункали яллиғланиш ўчоқлари сурункали жараённинг ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали тонзиллит кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. Н. Б. Солдатовнинг таснифига кўра, компенсацияланган ва декомпенсацияланган носпецифик сурункали тонзиллит тафовут қилинади. Биринчи турида касалликнинг фақат маҳаллий белгилари намоён бўлади, иккинчисида эса маҳаллий белгиларга шунингдек декомпенсация белгилари ҳам қўшилади, тез-тез ангина бўлиш, умумий дармонсизлик, салга толиқиш, бош оғриши, бошқа органлар ва системалар касаллиги шулар қаторига киради. Одатда бемор тез-тез ангина бўлиб туришидан, умумий дармонсизликдан, боши оғришидан, юрагининг тез-тез уришидан ва юрак соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади. Фарингоскопияда олдинги равоқчалар кизариб, орқадагилари инфильтрациялангани маълум бўлиб, бодомча безлар ғовакли ва лакуналарда суюқ йиринг ҳосил бўлади. Регионар лимфатик тугунлар катталашади. Ташхис шикоятлар, фарингоскопик манзара анамнези ва лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилади.

Сурункали тонзиллитнинг компенсацияланган турида комплекс, консерватив даво қилинади. Даволаш таъсирининг қуйидаги усуллари қўлланилади:

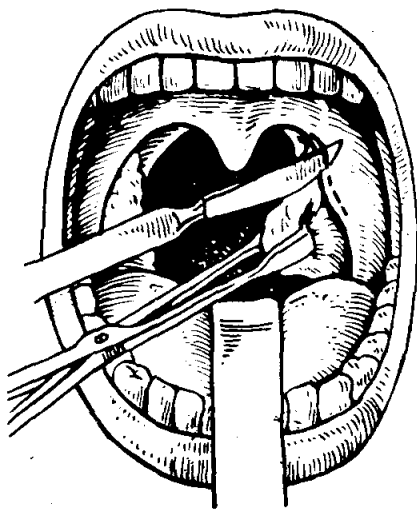
1. Организмнинг табиий резистентлигини оширувчи воситалар (тўқима терапияси, зардоблар, гаммаглобулин, темир препаратлари).

2. Гипосенсибилизацияловчи препаратлар.

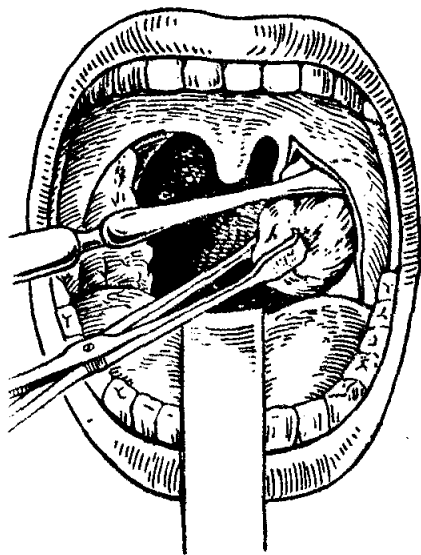
3. Иммунитетмодулятор дори-дармонлар ва уларни рағбатлантирадиган воситалар.

4. Танглай безларинг регионар лимфатик тугунларга маҳаллий санация қилувчи таъсир кўрсатиш (лакуналарни дезинфекцияловчи эритмалар билан чайиш, улар юзасини люгол эритмаси ёки эвкалипт димламаси билан артиш, физиотерапия — локал магнит билан даволаш, СВЧ, УВЧ, наст энергияли лазер билан нурлантириш).

Сурункали тонзиллитнинг декомпенсацияланган турида тонзиллэктомия операцияси қилинади, яъни бодомча безларни бутунлай олиб ташланади (66—67- расм). Операция маҳаллий анестезия ёки наркоз остида қилинади. Борди-ю, беморда операция қилишга қарши кўрсатмалар бўлса, бодомча безларга крио ёки ултратовуш билан таъсир кўрсатилади.



66- расм. Тонзиллэктомия: шиллик пардани олдинги равоқча чеккаси бўйлаб кесиш.



67- расм. Тонзиллэктомия: бодомча безни кесиб, чиқариб ташлаш.

БОДОМЧА БЕЗЛАР ГИПЕРТРОФИЯСИ

Бодомча безлар танглай равокчалари доирасидан чикмаслиги керак деган тахминлар бор. Бодомча безларнинг равокчалари устидан чикиб туришини гипертрофия белгиси ҳисобланади. Болаларда танглайнинг бодомча безлари гипертрофияси лимфоид тўқиманинг умумий гиперплазияси аломати сифатида кузатилади. Гипертрофияда яллиғланишга хос ўзгаришлар бўлмайди. Ёш улғайган сари бодомча безлар қайта ривожланиб, одатдаги ўлчамгача кичраяди. Кўпинча гипертрофияланган бодомча безлар нормал нафас олиш, овқат ейиш ва гапириш учун механик тўсиқ ҳисобланади. Бодомча безлар гипертрофиясига мубтало бўлган болалар одатда нимжон бўлиб, болалар касалликларини оғир кечиришади. Хирургик йўл билан даво қилинади. Бунда бодомча безларнинг чикиб турган қисми олиб ташланади. Операция тонзиллотомия деб аталади.

АДЕНОИДЛАР

Аденоидлар — бурун-ютқин бодомча безининг гипертрофияси бўлиб, кўпинча 3 дан 8 ёшгача бўлган болалар орасида учраб туради. Аденовирус инфекцияси, грипп, кизамик, скарлатина, бўғма (дифтерия), ринитлар ва синуситлар бурун-ютқин бодомча безининг ўсиб кетишига сабаб бўлади. Бунда бурундан нафас олиш қийинлашиб, аденоидлар юз скелети ва кўкрак қафасининг қийшайишига, калла ичи босмининг ошиб кетишига, ривожланаётган бола организмнинг функционал ўзгаришларига олиб боради.

Аденоидлар бурун-ютқин гумбазидаги асосий жойни эгаллаб, бурун-ютқинни қисман ёки томомила тўлдириб туради (68-расм). Катта-кичиклигига кўра, аденоидларнинг 3 босқичи фарқ қилинади:

1-босқичи — аденоид ўсимталари димоғ суягининг юқори учдан бир қисмини ёпиб туради.

2-босқичи — пастки бурун чиғаноклари орқадаги учларининг дамида туради.

3-босқичи — хоаналарни бутунлай ёпиб туради.

Касаллик бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, шиллиқ ажралманинг оқиб туриши, бурунга кириш жойида тери таъсирланиши билан характерланади. Бунда бола оғзини очиб ухлайди, уйқуси нотинч бўлади. Тунда сийдикни тута олмаслик, ларингоспазм кузатилади. Бундан ташқари, бола тез-тез шамоллаб туради. Юзи

шишинқираб, ўзига хос ифодаси бўлади, оғзи очик туради, бурун-юткин бурмаси силликлашиб, тишлар қийшайиб ўсади. Олдинги риноскопияда бурун чиганоқлари кўкариб, шишиб чикқани кўринади, умумий бурун йўлида шиллик ажралади. Қариоз тишлар кўп бўлади, каттик танглай баланд туради. Ноғора пардалар пуштиранг, билдирув нукталари аник ифодаланган бўлади.

Қасаллик бурундан нафас олишнинг қийинлашувига, ўзига хос ташки ифода (юзнинг «аденоид» типи), олдинги ва орқа риноскопия, бурун-юткинни бармоқ билан текшириш маълумотларига, бурун-юткинни оптика ёрдамида текшириш, юткин рентгенографиясига асосланиб аникланади.

Хирургик даво қилинади. Аденоидлар борлиги ва улар туфайли организмда пайдо бўлган патологик ўзгаришлар операция қилишни талаб қилади. Қон касалликлари, юрактомир системаси патологияси, яқинда бошдан кечирилган ўткир юқумли касалликлар бу хасталикни юзага келишига сабаб бўлади. Аденомия операцияси махсус ҳалқасимон пичок — аденотом ёрдамида амалга оширилади (69-расм). Тўқима батамом олиб ташланмаганда қон



68- расм. Аденоидлар.



69- расм. Аденомия.

кетиши мумкин. Бу операциядан кейинги асоратлар ҳисобланади. Бу ҳолда аденомомияни такрор бажариш зарур. Қон оқаверса, буруннинг орқа тампонадаси бажарилади.

ЮТҚИН КУЙИШИ

Термик ва кимёвий ютқин куйиши фарқ қилинади. Термик куйиш буғ, газ, иссик ҳаво ва суюқлик орқали бўлиши мумкин. Суюқликдан куйиш кўпроқ болалар орасида учрайди. Бу қайноқ сув ёки бошқа қайнаб турган суюқликни ичиб юбориш натижасида юзага келади. Куйишнинг 4 даражаси фарқ қилинади. Биринчи даражасида ютқин шиллик пардасининг қип-қизил ёйилган гиперемияси кузатилади, баъзан шиллик парда шишуви ривожланади. Беморни айниқса ютинганда оғриқ қийнайди. Одатда куйишнинг 1-даражасида барча аломатлар 5-кунга келиб босилади. Куйишнинг 2-даражасида шиллик парда шишиб оқимтир рангли некротик қарашлар юзага келади. Баъзан шиллик пардада пуфакчалар бўлади. Беморни доимий оғриқ, кўп сўлак оқиши безовта қилади. Шиш ютқинга тарқалганда нафас олиш қийинлашади. Нафасни тиклаш учун дори-дармонлар билан дестенозлаш ёки интубация ўтказилади. 2-даражали куйишда патологик ўзгаришлар 2-ҳафта охирига бориб йўқолади. Ютқиннинг 3-даражали куйишида (у камроқ ҳолларда кузатилади) тўқиманинг некрози ривожланиб, яллиғланиш реакцияси яққол намоён бўлади. Патологик ўзгаришлар 3—4-ҳафтанинг охирида ўтиб кетади. 4-даражали куйишда некротик тўқима кўчиб тушгандан кейин грануляцион жараён ривожланади, чандиклар шаклланади, булар ҳиқилдоқ устининг шаклини ва ҳаракатчанлигини ўзгартириши мумкин. Тил илдизи ва ҳиқилдоқ устининг тил юзаси ўртасида, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмалари соҳасида чандикли битишма ҳосил бўлади. Баъзан ютқиннинг чандикли деформациялари барқарор стенозга, ютинишнинг бузилишига олиб боради.

Давоси. 1—2-даражали куйишда асоратларни профилактика қилиш учун мойли ингаляциялар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратларни тайинлашдан иборат. 3—4-даражали куйишда дезинтоксикацион даво, антибиотиклар, кортикостероидлар тайинланади, ҳиқилдоқнинг ўткир стенози рўй берганда трахеотомия қилинади. Битишмалар ҳосил бўлса, ютқиннинг нафас орқали овқат ўтказиш функцияси бузилса, пластик операция қилинади.

Ютқиннинг кимёвий куйишлари бирмунча оғир кечиб,

тўсатдан захарланганда ёки ўз ҳаётига суиқасд қилишга уринганда юзага келади. Сирка кислотаси, каустик сода, аммиак эритмаси кўпинча куйишга сабаб бўладиган захарли моддалардан ҳисобланади. Ана шу моддалардан куйганда ютқиндан ташқари, ҳикилдоқ, қизилўнгач ҳам зарарланади. 3-даражали куйиш кўпроқ учраб туради.

Беморнинг аҳволи оғирлашади. Оғрик синдроми кимёвий модданинг организмга қанчалар таъсир қилганини кўрсатади. Ютқиннинг шиллиқ пардаси шишиб, дирилдоққа ўхшаб кетади. Кулрангсимон қарашлар билан қопланган, қаткалоқлар ҳосил бўлади. Ютиниш қийинлашиб, сероб саливация кузатилади.

Давоси. Беморга оғриксизлантирувчи, антигистаминли препаратлар, гормонлар, нейролептиклар, антибиотиклар, витаминлар, юрак дорилари юборилади. Шунингдек суюқ, эзилтириб пиширилган овқатлар берилади. Биринчи ҳафтанинг охирларида жараён енгил кечгани учун беморга умумий овқатлар берилади. Ютқин функциясининг бузилишига олиб келган чандикли битишмалар ҳосил бўлганда, пластик операция қилинади.

ЮТҚИН ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Ёт жисмлар ёки қониқарсиз операциялар натижасида ютқин девори ичидан шикастланиши мумкин. Санчилган ва кесилган яралар кўринишидаги ютқиннинг ташқаридан шикастланиши бирмунча оғир кечади. Ютқиннинг ўқ тегишидан бўладиган яраланиши камроқ учрайди.

Унинг ўзига хос белгилари қуйидагилардир: қон оқиши, ютинишнинг қийинлашиши, нафас олиш ва нутқнинг бузилиши, кўпиксимон балғам туфуриш. Ташҳис юқорида санаб ўтилган симптомлар, бўйинни кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш, барча ютқин бўлимларини кўздан кечириш асосида қўйилади.

Ютқини шикастланган беморга қуйидагича биринчи ёрдам кўрсатилади: қон кетишини тўхтатиш, нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш, қарахтликка қарши курашиш, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш, ёт жисмларни олиб ташлаш, гематомани бартараф этиш шулар жумласидандир. Йирингли асоратларни профилактика қилиш мақсадида антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар тайинланади. Парентерал ёки бурун-қизилўнгач зонди орқали овқатлантирилади.

ЮТҚИННИНГ ЁТ ЖИСМЛАРИ

Юткинга овқат билан (суяк, дарахт новдалари, дон) тушган нарсалардан бошқа турли нарсалар яъни, (тиш протези ва бўлаклари, тангалар, майда ўйинчоқлар, мих ва бошқалар) тасодифан ютиб юборилганда тикилиб қолган ёт жисмлар фарқланади. Овқат ейилаётганда бирданига йўталиш, аксириш, гаплашиш ҳам юткинга ёт жисмлар тикилиб қолишига сабаб бўлади. Ёт жисмлар кўпроқ ёш болаларда ва тиши тушиб кетган кекса кишиларда кузатилади.

Ўрта Осиё ва Қозоғистон регионларида чўпонлар ва уларнинг оила аъзолари орасида хиқилдоқ-юткин соҳасидаги ёт жисмлар айниқса (зулуклар) кўп кузатилади. Бурун-ҳалқумнинг ёт жисмлари камдан-кам кузатилади. Улар асосан бурун бўшлиғи орқали ва бурун олди бўшлиқлари шикастланганда тушади. Баъзан бурун бўшлиғининг ёт жисмлари олиб ташланмоқчи бўлинганда бурун-юткинга тушиши мумкин. Бурун-юткинга қайт қилиш пайтида ҳам овқат тикилиб қолиши мумкин.

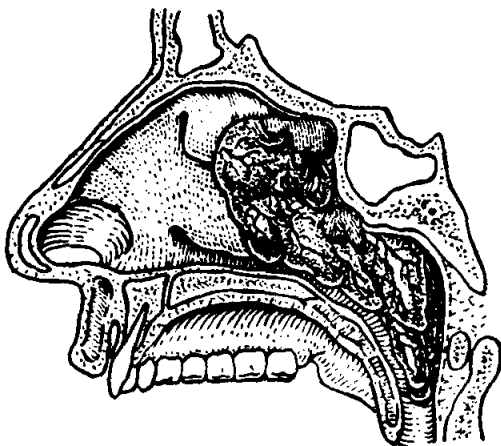
Симптомлар — ёт жисм борлигини сезиш, йўталганда, ютинганда оғриқнинг кучайиши, хиқилдоқ-юткин соҳасида катта ёт нарса бўлганда нафас олишнинг қийинлашуви кузатилади. Юткиндаги ёт жисмларни ташхислаш унчалик қийин эмас (характерли анамнез борлиги ва аниқ кўрингани учун). Ташхис фарингоскопияга, фиброскопияга, оптика, рентгенологик текшириш усуллариغا, назофарингоскопияга суянган ҳолда қўйилади. Лекин баъзи ҳолларда анестезия йўли билан юткиннинг барча бўлимларини кўздан кечириш, қўл етадиган бўлимларини бармоқлар билан текшириш мумкин.

Давоси. Ёт жисмларни юткиндан олиб ташлаш унча қийин эмас. Юткиннинг ўрта бўлимидан ёт жисмлар махсус қисқичлар (одатдаги фарингоскопияда) олиб ташланади. Пастки бўлимлардан эса ёт жисмлар бевосита ёки билвосита ларингоскопия, фиброскопия йўли билан олиб ташланади. Бурун-юткиндаги ёт жисмларни орқариноскопия ёки бурун-юткин фиброскопияси ёрдамида олиб ташланади.

ЮТҚИН ЎСМАЛАРИ

Юткиннинг хавфсиз ва хавфли ўсмалари фарқ қилинади.

1. Юткиннинг хавфсиз ўсмалари фибромалари, папилломалар, гемангиомалар кўринишида учраб туради.



70- расм. Бурун-юткин ангиофибромаси.

Бурун-юткинда ёшлар ангиофибромаси (калла асоси фибромаси) кўп кузатилади (70- расм). Бу хавфсиз ўсма 10—25 ёшлардаги кишилар орасида учрайди. Баъзан ўсма қайта ривожланиши ҳам (қайталаниши) мумкин. Ўсманинг ривожланиш сабаби аниқланмаган. Асосан юткин фасциясида ўсади. Ўсма стромаси эластик толалар ва қон томирлар кўп бўлган зич бириктирувчи тўқимадан иборат. Ўсма бурун, бурун олди бўшлиқлари соҳасига, қаноттанглай чуқурчасига, кўз қосаси, калла бўшлиғига тарқалиши, операциядан кейин кўпинча қайталаниши мумкин. Операция пайтида кўп қон кетиши баъзан ўлимга олиб боради.

Бурундан сабабсиз қон оқиши, буруннинг бир томонлама битиб қолиши, кейинчалик эса бурун орқали нафас ололмаслик, бурундан ажралма оқиб чиқиши касалликнинг бошланғич клиник белгиси ҳисобланади. Қулоқ битиши, юқори жағ деформацияси, экзофтальм, бурундан кўп қон кетишидан (улар кўпинча камқонликка сабаб бўлади) беморнинг тинкаси қуриydi. Одатда товуш оҳанги ўзгаради, оғиз очилиб туради.

Ташхис риноскопия, фиброскопия, бармоқ билан текшириш, рентгенография, томография маълумотларига асосланиб қўйилади.

Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғи қизғиш рангда, баъзан гадир-будур (хатто зонд сал-пал тегиб турганда), салга қонайдиган янги тузилма билан тўлган бўлади. Орқа риноскопияда бурун-юткинни тўлдириб турадиган

думалок шаклдаги кизғиш ўсма кўриниб туради. Ўсма пайпасланиб кўрилганда зич, асоси кенг бўлиб, қонаб туради. Кечиктириб юборилган ҳолларда рентгенологик текширувда ўсманинг кенг тарқалганлигини аниқлаш мумкин. Биопсияга асосланиб узил-кесил ташҳис қўйлади.

Давоси. Агар ангиофиброма фақат бурун-юткин бўшлиғини тўлдириб турган бўлса, уни бурун бўшлиғи орқали интратрахеал наркоз остида олиб ташланади. Ўсма кўшни аъзоларга ўсиб кирганда юз, юқори жағ бўшлиғи, танглай орқали операция қилинади.

Оғиз-юткинда, танглай равоқчаларида, юмшоқ танглайда кўпинча папиллома деб аталадиган ўсма учраб туради, у ясси эпителийдан ривожланади. Одатда у пуштиранг, оёқчасида юмшоқ консистенцияли яккам-дуккам тузилмалар бўлади. Улар олиб ташланиши зарур, кейин эса ультратовуш ёки лазер нури билан даво қилинади.

Оғиз-юткин фибромалари камдан-кам учрайди. Улар асосан оёқчали бўлиши мумкин ёки секин-аста танглайнинг бодомча безларида (ичида) ҳам ривожланади. Томоқда ёт жисм борлиги сезилиши, ютиниш ва нафас олишнинг бузилиши касаллик белгиларидан ҳисобланади.

Хирургик даво қилинади. Ўсма оғиз бўшлиғи орқали ёки фарингостома орқали олиб ташланади. Оғиз-юткинда томир ўсмалари ҳисобланган гемангиомалар учрайди, улар кўкимтир рангда бўлиб, бир қанча тугунсимон тузилмалар кўринишида бўлади. Улар ультратовуш ёки лазер нури билан даволаниб, электрокоагуляция ёрдамида олиб ташланади.

1. Ҳикилдоқ-юткиннинг хавфсиз ўсмалари (папилломалар, ангиомалар, фибриомалар) ноксимон синус деворларида, тил илдизида, юткиннинг ён ва орқа деворларида жойлашади. Ҳолати ва катта-кичиклигига қараб, ўсмалар ҳикилдоқ ичи ёки ташқи йўлидан олиб ташланади.

2. Юткиннинг хавфли ўсмалари саркома, рак, меланобластлар, шунингдек ўта хавфли тонзилляр ўсмалар (ретикулосаркома, лимфоэпителиома) кўринишида учраб туради.

Оғиз-юткиннинг хавфли ўсмаларининг дастлабки босқичларида ёт жисм борлиги ҳисси, ютинишда оғриқ сезилиши мумкин. Кейинчалик симптомлар ўсманинг атрофдаги тўқималарига тарқалади.

Ўсманинг парчаланиши, ютинганда турадиган кучли оғриқ беморнинг тинка-мадорини қуритади.

Куйн дифференциялашган (радийга нисбатан сезувчан) тонзилляр ўсмалар энг хавфли ўсмалар ҳисобла-

нади. Бунда айникса танглайнинг бодомча безлари кўпрок зарарланади. Улар тез ўсиши, регионар лимфатик тугунларга, ичкаридаги аъзоларга эрта метастаз-бериши билан фарқ қилади. Касаллик клиник жихатдан бодомча безлардан бирининг катталашуви билан намоён бўлади. У зич ва эластик бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма катталашиб, юткиннинг ён атрофига тарқалиб ва ярала-ниб боради.

Давоси комбинациялашган — операция қилиниб, нур-лантирилади.

Ҳикилдок-юткин ўсмалари аксари чўмичсимон бурма-ларда жойлашади. Эрта белгилари куйидагилар: томоқ оғриши, ютинишда кийнаलिш. Кейинчалик нафас олиш ва ютинишнинг кийинлашиши кузатилади, овоз бўғилади. Юткиннинг барча бўлимларидан хавфли ўсмалари кўпин-ча регионар лимфа тугунларига ҳам (бўйиннинг чуқур лимфа томирлари, юткин орти лимфа тугунлари), ички аъзоларга ҳам (жигар, ўпка, суяклар) метастаз беради.

Дастлабки боскичларда бурун-юткиннинг хавфли ўсмалари белгисиз кечади. Рақда саркомадагига кара-ганда бу давр анча узокка чўзилади. Бурундан нафас олишнинг бузилиши ва бурундан қон аралаш шиллик ажралиши касалликнинг дастлабки белгилари ҳисоблана-ди. Кейинчалик қулоқ битиши, эшитувнинг пасайиши, қулоқ ва бошда оғриқ туриши безовта қилади. Агар бурун-юткин ўсмаси ўз вақтида аниқланмаса, у калла бўшлиғига, бурун бўшлиғига, қанот-танглай чуқурчасига, орбитага тарқалади, бу неврологик симптомларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Ташҳис пухта йиғилган анамнез, бурун бўшлиғи, бурун-юткинни, рентгенологик текши-ришлар ва биопсияга асосланиб қўйилади.

Давоси: комбинацияланган. Илк боскичда — опера-ция, нурлантириш, кимёвий операция. Бурун-юткиннинг ўсмалари аксари радиёга жуда сезувчан бўлади, шу сабабли нур терапияси барча ҳолларда қўлланилади.

ЮТКИННИНГ ЮҚУМЛИ ГРАНУЛЕМАЛАРИ

Юткин сили кам учрайди, жараён иккиламчи бўлиб ҳисобланади. Юткин ўпка силидаги балғам билан контакт бўлганда зарарланади. Шунинг ҳисобга олиш керакки, ўпка силининг оғир турига учраган беморларда баъзан умумий маҳаллий иммунитет жуда ҳам сусайган бўлади. Бемор одатда оториноларинголог томонидан сил яраси боскичида кўздан кечирилади, чунки инфильтрация босқичи шико-ятларсиз кечади. Ютинишда кучли оғриқ сезилиши

касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади, бу беморнинг овқатланишдан бош тортишига мажбур қилади. Нутқи тушунарсиз бўлиб, бурун орқали эшитилади. Борди-ю, иккиламчи инфекция кўшилиб қолса, оғиздан қўланса ҳид келиб, беморнинг умумий аҳволи янада оғирлашади. Фарингоскопияда четлари ғадир-будур, оч пушти ранг, йирингли караш билан қопланган ясси яра аниқланади. Унинг тагида суст грануляцияланган жараён бўлади. Яра юткиннинг орқа деворида ёки орқа равоқчада жойлашади. Юмшоқ танглай кескин инфилтратсияланади.

Давоси. Маҳаллий тарзда антисептик препаратлар: анестетиклар берилади. Ультратовуш ва куйи энергетик лазер билан таъсир қилинади.

Юткин захми. Бирламчи захм камроқ учрайди. Бунда фақат бодомча безларгина зарарланади. Бирламчи захмнинг эрозив, ярали ва ангинага ўхшаш турлари тафовут қилинади. Ўртача ўткир кечиши, жараённинг бир томонлама бўлиши, бодомча безларнинг катталашуви ва уларнинг оғрик бериши ана шу барча турларга хос умумий белги ҳисобланади. Эрозив турида битта бодомча безда катталиги 0,5 дан 2 см гача келадиган, туби силлиқ қизғиш рангли, атрофдаги тўқималар билан реакцияга киришадиган эрозия пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда бодомча безларнинг зичлашуви сезилади. Ангинага ўхшаган турида бодомча без жуда ҳам катталашиб, каттик оғрик пайдо бўлади, умумий ҳолсизлик, ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Юткинда кўпинча захмнинг иккиламчи аломатлари учраб туради. Эритемалар ва папулалар кузатилади. Бемор томоқдаги оғриқдан, қуруқлик, ачишиш хисси, ҳароратнинг кўтарилиб кетганидан нолийди. Бирламчи захмда олдинги равоқчалар қип-қизариб, у кейин бодомча безларга ва юмшоқ тўқималарга тарқалади. Иккиламчи турида бодомча безларда, юмшоқ ва каттик танглайда папулалар ҳосил бўлади, улар юзасида чикиб туради. Чикиб турган қисми оқимтир бўлиб, доирасида пуштисимон гардиш бўлади. Папулалар қайталаниши мумкин.

Кўпинча юткинни захмнинг учламчи тури зарарлантиради, у аксари юткиннинг орқа деворини шикастлаб, бу инфилтратив ёки гумбаз турида яққол намоён бўлади. Гуммалар тез парчаланиб, четлари қирқилган, туби ёғли ва чеккали инфилтрати бўлган ўзига хос ярани ҳосил қилади. Кейинчалик яралар битиб кетиб, чуқур юлдузсимон чандиқлар ҳосил қилади.

Давоси. Умумий, специфик ва маҳаллий симптоматик.

ҲИҚИЛДОҚ ҚАСАЛЛИҚЛАРИ

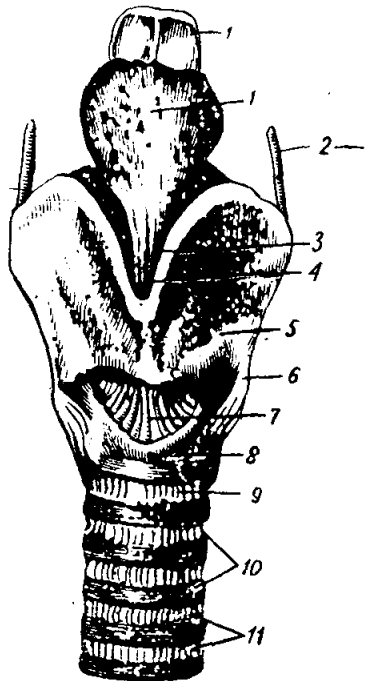
ҲИҚИЛДОҚ АНАТОМИЯСИ

Ҳиқилдоқ бўйиннинг олдинги сатҳидаги ковак аъзо бўлиб, тил ости суяги ва биринчи кекирдакнинг ярим ҳалқаси орасида жойлашган. Ҳиқилдоқ скелети унинг асосини ташкил қилади, у тоғайдан иборат. Ҳиқилдоқда қатор бойламлар бўлиб, улар тоғайларни бир-бири билан бирлаштиради ва унинг тил ости суяги ва кекирдак билан алоқасини таъминлайди. Ҳиқилдоқ мушакларини икки гуруҳ ташки ва ички мушакларга ажратиш қабул қилинган. Ҳиқилдоқ қатор аъзолар — ютқин, қалқонсимон без, кизилўнгач билан чамбарчас боғланган бўлади.

Ҳиқилдоқ скелети тоқ тоғайлардан узуксимон, қалқонсимон, ҳиқилдоқ усти ва жуфт тоғайлар — чўмичсимон, понасимон ва шохсимон тоғайлардан иборат (71- расм).

Узуксимон тоғайни ҳиқилдоқ асоси деб ҳисобланади. Узукка ўхшайди, чунки унинг ҳалқаси ёки ёйи бўлиб, улар олдинга йўналган ва орқа деворида «тамғачаси» бўлади.

Қалқонсимон тоғай катта бўлиб, квадрат шаклидаги иккита тоғай пластинкасида иборат. Бу бўртма ёки бурчак «ошқовок» ёки «Адам олмаси» деб юритилади. Бу бўртма эркакларда анча ифодаланган бўлади. «Қовок» устидан пайпасланганда юқори қалқонсимон кесим аниқланади. Қалқонсимон тоғайнинг ҳар бир пластинкаси бир жуфт бўртмага эга бўлиб (қалқонсимон тоғай шохлари), юқори шохлари билан қалқонсимон тоғай тил ости суягининг катта шохлари бириккан бўлади. Паст-



71- расм. Ҳиқилдоқ скелети (ҳиқилдоқ тоғайлари ва бойламлари).

1 — epiglottis; 2 — cornu superior, cartilaginosis thyreoideae; 3 — ligamentum thyreoideae; 4 — incisura thyreoideae; 5 — lamina sinistra; 6 — cornu inferius; 7 — ligamentum cricothyreoideum um medium; 8 — cartilago cricoidea; 9 — ligamentum cricotracheale; 10 — cartilagines tracheales; 11 — ligamenta annularia

ки, кичик шохлар чин бўғимлар воситасида қалқонсимон тоғайни узуксимон тоғайнинг ён сатҳи билан бирлаштиради. Қалқонсимон тоғайнинг бу элементлари қалқонсимон тоғайнинг узуксимон тоғайга нисбатан бўлган ҳаракатчанлигини таъминлайди. Бу ҳиқилдоқнинг ишлаб туриши учун ниҳоятда муҳимдир.

Ҳиқилдоқ усти япроқни эслатиб, унинг кенгайган қисми тепага қараган бўлади, дастаси эса юқори қалқонсимон кесик остида кекирдақнинг икки сатҳига маҳкамланади. Шаклига кўра чўмичсимон тоғайлар чўмичга ўхшаб кетади. Уларнинг бирида «асос» ва чўққи бўлади. Чўмичсимон тоғай асоси ёнида иккита ўсимта бўлади. Улардан бири олдинга йўналган бўлиб, унга товуш бурмаси бирикади. Шунинг учун у товуш ўсимтаси деб аталади. Иккинчи ўсимта ён, латерал томонга қараган бўлиб, унга товуш ёриғини торайтирувчи мушаклар бирикади, шунинг учун у мушак ўсимтаси деб аталади.

Чўмичсимон тоғайлар чин бўғимлар орқали узуксимон тоғай «тамғачаси»нинг юқори чаккаси билан бирлашади. Шу муносабат билан чўмичсимон тоғай мушакларнинг ишлаб туриши туфайли фронтал текисликда ҳам (яъни чўмичсимон тоғайлар бир-бирига яқинлашиши эҳтимол), ҳар бир тоғай учун вертикал ўқ атрофида ҳам айланиши мумкин. Бу, товуш ёриғининг ёпилишига ва кенгайиб туришига имкон беради.

Понасимон тоғайлар бойламлар ичкарасида бўлиб, бу бойламлар чўмичсимон тоғайларни ҳиқилдоқ усти билан бирлаштиради. Шохсимон тоғайлар ҳар бир чўмичсимон тоғайнинг чўққисидан жойлашган бўлиб, тоғайлар чин бўғимга ана шу чўққи орқали бирикади.

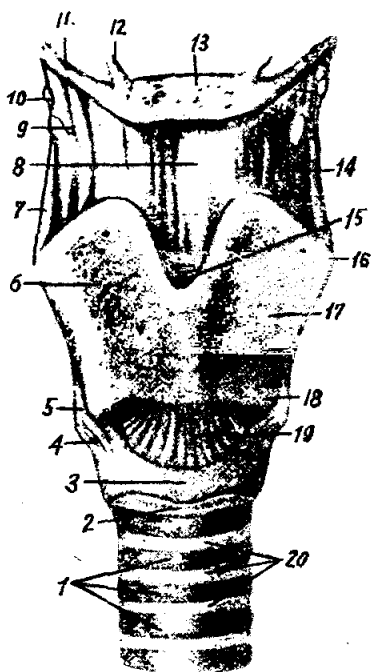
Қалқонсимон-тил ости бойлами қалқонсимон тоғай пластиналари чеккасининг сатҳидан шохларга ва тил ости суяги танасига сербар парда бўлиб кўтарилади. Конуссимон бойлам ўрта чизик бўйича бўлиб, узуксимон тоғай равоғини қалқонсимон тоғайнинг пастки чеккаси билан бирлаштиради ва конус шаклида бўлади. Узуксимон тоғай ҳам кекирдақнинг биринчи ҳалқаси билан ана шу бойлам билан бирлашган (72- расм).

Ҳиқилдоқнинг ташқи мушаклари тўш дастасини тил ости суяги, қалқонсимон тоғай, шунингдек қалқонсимон тоғайни тил ости суяги билан бирлаштиради. Тўш-тил ости, тўш-қалқонсимон ва қалқон-тил ости деган номлар ана шундан келиб чиққан. Бу мушаклар ишлаб турганда ҳиқилдоқ тепага кўтарилиб ва пастга тушиб туради.

Ҳиқилдоқнинг ташқи мушаклари икки гуруҳга ажратилади: товуш ёриғини кенгайтирувчи ва торайтирувчи

72- расм. Ҳикилдок бойламларининг олд томондан кўриниши:

1. lig. annularis 2. lig. cricotrachealis 3. arcus cartilaginis cricoideae. 4. art. cricothyreoidea. 5. cornu inferius cartilaginis thyreoideae. 6. cartilago thyreoidea. 7. cornu superius cartilaginis thyreoideae 8. lig. thyreochoideum medianum 9. cartilago triticea. 10. lig. thyreochoideum laterale 11. cornu majus ossis hyoidei 12. cornu minus ossis hyoidei 13. corpus ossis hyoidei 14. membrana thyreochoidea 15. incisura thyreoidea superior 16. tuberculum thyreoideum superior 17. lamina sinistra cartilaginis thyreoideae 18. art. cricoarytaenoidea 19. lig. cricothyreoideum 20. cartilagineae tracheales



мушаклар шулар жумласидандир. Ҳикилдокнинг товуш йўлини фақат узук-чўмичсимон мушак кенгайтиради. Бу мушак узуксимон тоғай тамғачасининг орқа сатҳида бошланиб, бошқа учи билан чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсимтасига маҳкамланган. Бир қанча мушаклар товуш ёриғини торайтириб туташтиради. Ён тарафдаги узук чўмичсимон мушак узуксимон тоғайнинг ён

сатҳида бошланади ва чўмичсимон тоғайнинг товуш ёриғига маҳкамланади. Бу мушак орқа узук-чўмичсимон мушак антагонистидир. Кўндаланг чўмичсимон мушак чўмичсимон тоғайларнинг орқа сатҳларини бирлаштиради. У қисқарганда товуш ёриғи орқа бўлимларида туташади. Қия чўмичсимон мушаклар (чўмичсимон тоғайнинг бирдан иккинчи тоғай асосига боровчи) қисқаришда чўмичсимон тоғайларни яқинлаштиради. Товуш мушаклари товуш бурмаларининг асосини ташкил қилади. Улар чўмичсимон тоғайларнинг товуш ўсимталаридан чикиб, олдинга йўналади, қалқонсимон кесик остидаги кекирдакнинг ички сатҳига бирикади. Олдинги узук-қалқонсимон мушак узуксимон тоғай ёнининг юқори чеккасидан бошланиб, қалқонсимон тоғай иккала пластинканинг ички юзасига бирикади. Бу мушакларнинг қисқариши товуш ёриғининг тарайишига олиб келади ва товушни ҳикилдок ёрдамида маҳкамлаштиришга ёрдам беради (73- расм). Ҳикилдок бўшлиғини қоплаб турадиган шиллик парда юткин пардасининг давоми ҳисобланади. Эпителей товуш бурмаларида, чўмичсимон бўшлиқ орасида, ҳикилдок устининг



73- расм. Ҳикилдоқнинг нафас олишда
(а) ва фонацияда кўриниши (б)

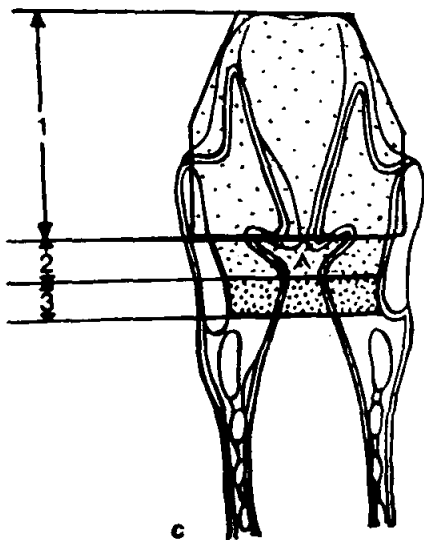
бўш чеккасида ясси бўлади. Қолган сатҳида у кўп қаватли, милтилловчи бўлади. Шиллиқ ости қатлами турли бўлимларда хилма-хил ривожланган. У вестибуляр соҳада, чўмичсимон-ҳикилдоқ усти бурмаларида товуш ости бўшлиғида айниқса ифодаланган бўлади.

Ҳикилдоқни 3 қаватга бўлиб ўрганилади: юқори ҳикилдоққа кириш, вестибуляр бўртмалар: ўрта — товуш бурмалари, товуш ёриғи; пастки — бурма ости ёки товуш ости бўшлиғи (74- расм) шулар жумласидандир. Бундай ажратишга сабаб фақат анатомик хусусиятларгина эмас, балки ҳикилдоқнинг турли патологиясида ўзига хос клиник аломатлар борлигидир. Нормада товуш бурмалари оқимтир рангда, ҳикилдоқнинг қолган бурмалари пушти-сарғимтир рангда бўлади.

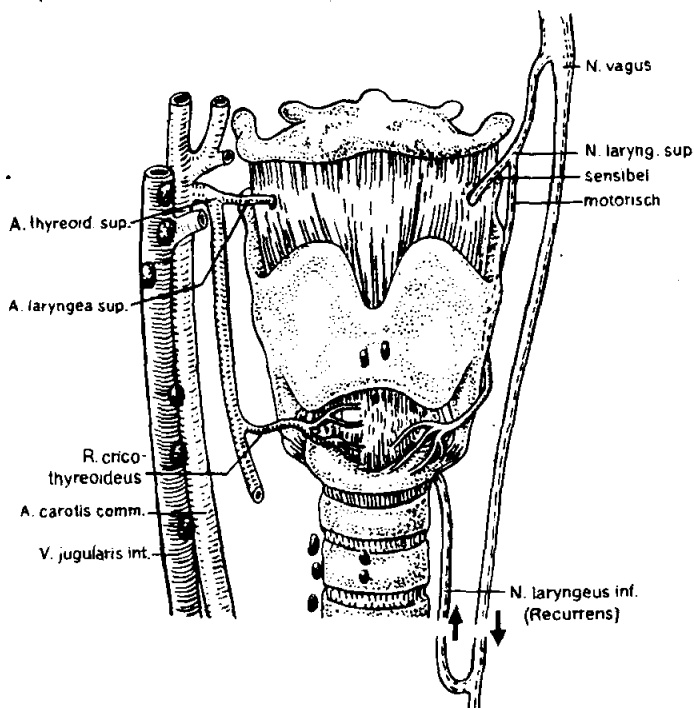
Қон таъминоти юқори қалқонсимон артерия ҳисобига амалга оширилади. Ҳикилдоқ юқори ва пастки ҳикилдоқ нервлари орқали иннервацияланади. Юқори ҳикилдоқ нерви бўйиндаги сайёр нервдан чиқади, иккита ҳикилдоқнинг шиллиқ пардасига яқинлашувчи сезувчан ва ҳаракатлантирувчи шохлари бўлади. Пастки ҳикилдоқ нерви ҳам сайёр нервдан чиқса-да, лекин ундан пастрок, чап тарафдагиси кўкрак бўлимида бошланиб, аорта равоғини айланиб ўтади ва бўйинга қайтади, ўнг томондагиси — ўмров ости артериясини айланиб ўтади ва бўйинга қайтади. Улар ҳикилдоқнинг ички мушакларини иннервация қилади. Ҳикилдоқ устининг олдинги сатҳи тил-юткин нерви шохлари билан таъминланади (75- расм).

74- расм. Хиқилдок қаватлари.

1 — вестибуляр бўлими. 2 — ўрта бўлим, 3 — ластки бўлимнинг бойлам ости бўшлиғи.



75- расм. Хиқилдок артериялари ва иннервацияси.



ҲИКИЛДОҚ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ҳикилдоқ нафас, ҳимоя ва товуш ҳосил қилиш функциясини бажаради. Ҳикилдоқнинг нафас функцияси олинган ҳавони пастки бўлимларига ўтказишдан иборат. Нафас олинаётганда товуш ёриғи очиқ туради ва унинг кенглиги организмнинг кислородга бўлган эҳтиёжига боғлиқ бўлади. Товуш ёриғи рефлектор равишда очилиб туради. Бунда нафас актига қовурғалараро мушаклар ва диафрагма кўшилгани туфайли нафас ҳаракатлари мароми ва чуқурлиги ўзгаради. Рефлекс ёй нафас марказининг қок ўртасида туташади.

Ҳикилдоқнинг ҳимоя функцияси товуш ёриғининг рефлектор торайишига ва ўпкага таркибида чанг, газ ва бошқа зарарли аралашмалар бўлган ҳаво оқимининг секинлашувидан иборат. Ҳикилдоқ овқатнинг нафас йўлларига тушиб қолишидан ҳимоя қилади. Ютиниш акти пайтида ҳикилдоқ усти ҳикилдоққа кириш жойини ёпиб туради, юқорига кўтарилиб ва тил илдизи остига келади. Ички мушаклар эса ҳикилдоқ тешигини ёпиб қўяди. Ҳикилдоққа ёт жисмлар тушиб қолганда пайдо бўладиган рефлектор йўтал ҳикилдоқ ҳимоя функциясини аломати ҳисобланади. Бунда товуш ёриғи ёпилиб ёт жисм йўтал туфайли ҳикилдоқдан сурилиб чиқиб кетади. Лекин товуш ёриғининг ёпилиб қолишининг салбий томони ҳам бор: ёт жисм кекирдакка тушиб қолганда товуш ёриғи организмдаги ёт жисмни ташқарига чиқариб юборишга уринганда бирданига ёпилиб қолади.

Ҳикилдоқнинг товуш ҳосил қилувчи функцияси бутун мушаклар гуруҳининг ишлаши ҳисобига фонацияда товуш бурмалари юмилади ва шунинг учун чиқаверишда ўтадиган ҳаво бурмаларини ён верига айириб юборса-да, лекин мушакларнинг таъсири остида бурмалар қайтадан зич бўлиб ёпилиб қолади. Нафасдан чиқариладиган ҳаво устунининг босими ана шу ёпилиш ва очилишнинг навбатлашувига ёрдам беради, ўз навбатида ҳаво кўкрак қафаси мушакларининг ишлаб туриши ҳисобига тепага кўтарилиб, товуш ости соҳасини босиб туради. Товуш бурмаларининг ёпилиши ва очилиши нафасдан чиқариладиган ҳаво оқимининг тебранишига ёрдам беради. Бу тебранишлар атроф-мўҳитга тарқар экан, у товуш сифатида эшитилади.

Шивирлаб гапириш кўндаланг чўмичсимон мушак иштирокисиз юзага келиб, у товуш ёриғини орқа бўлимларини торайтиради. Товуш ёриғининг орқа бўлимларидаги учбурчак шаклидаги ёриқ тораймай қолади холос. Товуш

бурмалари ўз массасида ўзгармасдан қолаверади, лекин ҳаво заррачаларининг кўрсатиб ўтилган учбурчак шаклидаги ёриқ соҳасида ишқаланишни биз шивирлаган товушдек эшитамиз.

Эркакларнинг ғайритабiiй баланд товуши — фальцет ҳам ўзгариб туради. Бу ҳолларда товуш бурмалари ҳам ўзининг эркин четлари орқали тебраниб туради. Бундан ташқари, фальцетда товуш бурмалари ёпилмасдан, орасида чўзинчок ёриқ қолади.

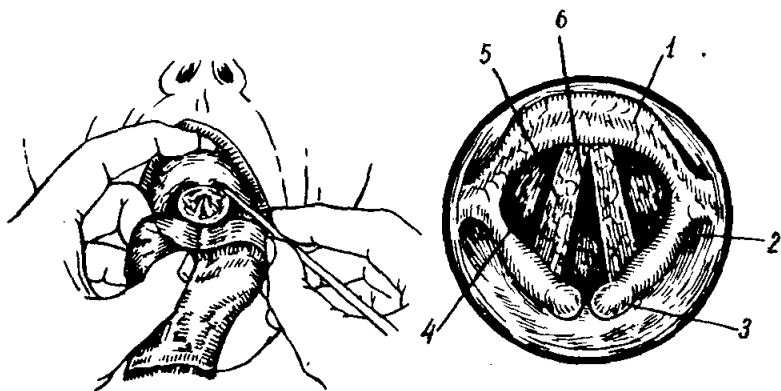
Товуш кучи товуш бурмаларининг тебраниш амплитудасига боғлиқ. Бунга сабаб — ҳаво босимининг қиймати, яъни ташқарига чиқариладиган ҳаво кўчидир. Товуш баландлиги товуш бурмаларининг узун-қисқалигига ва кенглигига, товуш бурмаларининг таранглигига, тебранишларнинг частотасига боғлиқ бўлади. Мутация, яъни ўғил болаларда «товуш ўзгариши» ҳиқилдоқнинг олдинги-орқа ўлчамларининг тез ўсиши ҳисобига юзага келади. Жанубий вилоятларда мутация вақти 10—12 ёшга, шимолий вилоятларда эса 14—15 ёшга тўлганда тўғри келади. Бу даврда паст тонлардан бирданига баланд тонларга ўтиш ҳоллари кузатилади, товуш бурмалари йўғонлашиб қизаради. Жинсий безлар ривожланиши издан чиққан тақдирда мутация кузатилмайди.

Гапириб турганда нафас ўлчамлари ўзгаради. Бу нафас ҳаракатлари сони бир дақиқада 8—10 га тенг бўлиши билан таърифланади. Яъни 2 барабар камаяди, демак, нафас ҳаракатларининг бутун цикли одатдаги нафасга қараганда 5—8 марта узайган бўлади.

ҲИҚИЛДОҚНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳиқилдоқни ташқаридан текшириш тоғай тўқимасида, янги тузилмаларда, яллиғланиш жараёнларида унинг ассиметрияси ҳақида фикр юритиш имконини беради. Ҳиқилдоқни пайпаслаб кўриш, суриладиган тоғайларнинг шиқирлашини аниқлаш имконини берадиган ҳиқилдоқнинг горизонтал текисликда фаол силжиши (булар бўлмаганда ҳиқилдоқда хавфли ўсма бор деб гумон қилинади) муҳим диагностик усул ҳисобланади. Ҳиқилдоқ бўшлиғини кўздан кечириш учун билвосита ларингоскопия усулидан фойдаланиш зарур. Билвосита ларингоскопия ҳиқилдоқнинг дастали кўзгуси ёрдамида, бевосита ларингоскопия эса махсус асбоблар — автоном ёритувчиси бўлган ларингоскоплар ёрдамида бажарилади.

Билвосита ларингоскопияда (76-расм) бемор ўтирган ҳолатда бўлиб, ёруғлик манбаи унинг ўнг қулоғи



76- расм. Билвосита ларингоскопия, хиқилдок кўзгусининг оғиз-юткин-даги вазияти.

77- расм. Билвосита ларингоскопия, хиқилдоқнинг одатдаги (нормадаги) кўриниши.

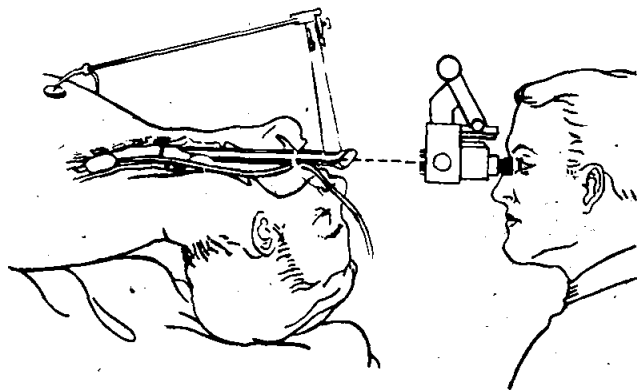
1 — хиқилдок усти тоғайи, 2 — чўмичсимон хиқилдок ости бурмаси, 3 — чўмичсимон тоғайлар, 4 — сохта бойламлар, 5 — чин товуш бойламлари, 6 — товуш ёриғи.

рўпарасида ўрнатилади. Дастлаб ёруғлик нурини топиш, кейин эса хиқилдок кўзгусини бир оз иситиш зарур, бемордан тилини чиқариш сўралади, тилни салфетка билан ўралади ва шу ҳолатда фиксация қилинади. Бунда оғиз орқали нафас олиши керак бўлади ва юз томони пастга қараган кўзгу оғиз бўшлиғига, юмшоқ танглайга тегмайдиган қилиб киритилади (77- расм). Бемордан «и» дейиш сўралади, бу хиқилдоқни нафас олаётган пайтда ва фонацияда кўриш имконини беради. Хиқилдок шиллиқ пардасининг рангига, товуш бурмаларининг тусига, фонация пайтида эса уларнинг ҳаракатчанлигига ва ёпилишига эътибор берилади. Бурмалар ҳаракатининг симметриклиги қайд қилинади.

Рефлекс ошган тақдирда маҳаллий оғриксизлантиришга ўтилади, бунда анестезияловчи эритма (1—3 % лидикаин, медикаин)лар танглайнинг шиллиқ пардасига, ютқиннинг орқа деворига, тил илдизига пуркалади. Шунингдек суртиш учун пахтали зонддан ҳам фойдаланиш мумкин.

Билвосита ларингоскопия касалликни аниқлаш учун етарли бўлмайди. Бундай ҳолларда бевосита ларингоскопия ва микроларингоскопия қилинади, у наркоз остида, махсус микроскоп ёки ларингостробоскопия ёрдамида ўтказилади (78- расм).

Ташҳисни ойдинлаштиришда хиқилдоқни фронтал текисликда рентгенографик текшириш, шунингдек компь-



78- расм. Бевосита ларингоскопия.

ютерли томография катта аҳамият касб этади. Бу ҳикилдоқнинг барча бўлимлари ахволини аниқлаш имконини беради.

ЎТКИР ЛАРИНГИТ

Ўткир ларингит ҳикилдоқ шиллик пардасининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири ҳисобланади. Алоҳида касаллик сифатида ўткир ларингит товушнинг ўта таранглашуви оқибатида юзага келиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда у ўткир респиратор хасталиклар, грипп билан бирга кечади. Баъзан касаллик саноат корхоналаридаги чангнинг, газларнинг ишчиларга бўлган салбий таъсирига боғлиқ. Ўткир катарал ларингитда ҳикилдоқ шиллик пардасининг ўзгаришлари барча ҳикилдоқ бўлимларининг гиперемияси билан ифодаланган шиш билан характерланади, бу айниқса товуш бурмаларида билинади. Нормада товуш бурмаларининг чеккаси юпка бўлади, фонация давомида булар зич туташади. Яллиғланишда бурмалар йўғонлашиб, четлари буришиб қолади, бурмаларнинг таранглашиш ва ёпилиш хусусияти ўзгаради, бу — дисфонияга олиб боради. Яллиғланиш секретини нафас ёриғининг бўшлиғида тўпланиб, бурмаларнинг ёпилиб қолишига халал беради.

Симптомлари: товуш ўзгариб дағаллашади, томоқ ачишади, одам йўталади, турли даражадаги дисфония кузатилади. Афония юзага келиши ҳам мумкин, бунда товуш тамомила йўқолади. Ларингоскопияда барча ҳикилдоқ бўлимларининг бир хил қизариши, нафас ёриғида ёпишқоқ йирингли модда тўпланиши аниқланади.

Давоси. Эҳтиёт чораларини кўриш, яъни қаттиқ гаплашмаслик зарур. Борди-ю, касалнинг касб-кори кўп гапириш билан боглик бўлса, товуш функцияси тамомила тикланмагунига қадар бемор ишдан озод қилинади. Даволашда овқатланиш режими муҳим ўрин тутати. Бунда совук, жуда ҳам иссиқ, аччиқ овқат ейиш ман қилинади. Ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси илиқ сут, илитилган минерал сув, бўйинга иситувчи компресс қўйиш йўли билан иситилади. Оёқларга иссиқ ванналар килиш, буғли ингаляция даволаш воситалари қаторига киради. Аэрозоллар, хусусан пенициллин аэрозолини антибиотиклар сифатида ишлатиш таъсирчан воситалардан ҳисобланади. Шунингдек, мой-ишкорли эритмалар, ҳам ишлатилади, булар ҳикилдоқ ёриғида куриб қоладиган пўстлоқларнинг ҳўлланишига ва кўчиб тушишига ёрдам беради ва йўтални камайтиради. Шишли жараёнлар рўй берган ҳолларда томир деворларининг ўтказувчанлигини камайтирувчи (пипольфен, димедрол, супрастин, кальций хлорид), чалғитувчи воситалар сифатида болдир мушакларига хантал ишлатилади.

СУРУНҚАЛИ ЛАРИНГИТ

Касалликнинг уч тури учрайди: катарал, гиперпластик ва атрофик турлар. Ҳикилдоқ товуш функциясининг бузилиши барча турларга хосдир. Касб-кор зарарлари, чекиш, кўп гапириш ҳикилдоқнинг сурунқали яллиғланишига сабаб бўлади.

Сигарет тутуни ҳикилдоқ, кекирдак ва бронхларнинг шиллиқ пардасига қирувчи таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, сигарет тутуни шиллиқ парданинг барқарор гиперемиясига ёрдам беради, бу ўз навбатида кўплаб микдорда балғам ажралиши (бу эса айниқса эрталаблари қаттиқ йўталишга сабаб бўлади) билан давом этувчи яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Бунга сабаб — сигарет тутуни ҳикилдоқ, кекирдак ва бронхларнинг митилловчи эпителийсининг фаолиятини сусайтиришидир. Шунинг учун кун бўйи йўтал рефлeksi пасайгандек бўлади. Йиғилиб қолган балғамнинг товуш ости бўшлиғига тушиши қийинлашади. Тунда хирилловчи эпителийнинг ишлаш қобилияти маълум даражада тикланиб йиғилиб қолган балғам йўталга сабаб бўлади (йўталга ажралманинг кекирдакдан кўчиб тушиши сабаб бўлади). Йўтал кучли бўлади, чунки балғам деворларига ёпишиб қолиб, кўчиши анча қийин бўлади. Бунда ҳикилдоқ шиллиқ пардаси микрозарарланиши мумкин, бунда ҳам яллиғланиш жараёни кузатилади.

СУРУНҚАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Барча ҳикилдоқ бўлимлари шиллиқ пардаларининг турғун, унчалик ифодаланмаган бир маромли гиперемияси, бундан ташқари, уларнинг ўртамиёна шишганлиги қайд қилинади. Ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси, айниқса товуш бурмалари соҳасида ва чўмичсимон бўшлиғида ёпишқоқ шиллиқ билан қопланган бўлади. Товуш бурмалари узунасига ёки орқа бўлимларида ёпилмайди.

Давоси. Томоқни авайлайдиган мойли ингаляция қиладиган аэрозоллардан фойдаланиш, ҳикилдоққа абрикос мойи ва гидрокортисон қўшилган стрептомицинни қуйишдан иборат.

СУРУНҚАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК (ГИПЕРТРОФИК) ЛАРИНГИТ

Товуш, даҳлиз олди бурмалари, чўмичсимон бўшлиқдаги шиллиқ парданинг қалинлашуви гипертрофик ларингитга хосдир. Товуш бурмаларининг қалинлашуви товуш ёриғини тамомила ёпиб қўяди. Бу ҳикилдоқ мушакларининг тезроқ ишлашини талаб қилади, натижада уларнинг ўта толиқиб қолишига ва оқибат товушнинг барқарор бузилишига олиб боради. Товуш бурмаларининг қалинлашиши диффуз ва чегараланган бўлиши мумкин. «Ашулачи тугунлари» сурунқали ларингит турларидан бири ҳисобланади. Бундай ҳолларда товуш бурмаларининг бўш чеккасида олдинги ва ўрта учдан бир қисми чегарасида кичкина тугунлар пайдо бўлади, уларнинг юзага келишини одатда товушнинг ўта зўриқиши билан боғлашади.

Комплекс даво қилинади, шиллиқ пардага таъсир кўрсатувчи дори воситаларидан фойдаланилади. Шунингдек лазер коагуляцияси, криодеструкция ва шиллиқ парданинг гипертрофияланган жойларини олиб ташлашга қаратилган хирургик аралашувлар ҳам қўлланади.

СУРУНҚАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТ

Атрофик ларингит давоси қийин бўлган хасталиқдир, бунда атрофик ларингитга хос белгиларни бартараф этишга қаратилган полиатив даволаш усулларидан фойдаланса бўлади. Фақат ҳикилдоқнинг шиллиқ пардасидагина эмас, балки бурун, ютқин, кекирдакнинг шиллиқ пардаларида юзага келадиган дистрофик жараёнлар сурунқали ларингитга хос белгилардир. Бу, шиллиқ парданинг системали касаллигидир. Бемор оғзи қуриши-

дан, томоғида гўё ёт жисм борлигидан, товушнинг ҳатто афониягача бузилганидан, қатқалоқлар пайдо бўлишидан шикоят қилади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллик пардасининг рангсизланиб, товуш бурмалари юққалашгани аниқланади. Бурмалар ўрта чизик бўйича ёпилмайди. Товуш ёриғида сарғимтир тусли қуриб қоладиган ёпишқоқ балғам кўринади.

Давоси. Шиллик парданинг намланишига, пўстлоқларнинг кўчиб тушишига, шиллик парданинг нафас олиш пайтида ҳаводан қуриб қолмаслигига ёрдам берадиган эритмаларни махсус ҳиқилдоқ шприци ёрдамида ҳиқилдоқ ёриғига қуйиш керак бўлади. Шиллик пардани таъсирловчи, шиллик безлар функциясини яхшиловчи воситалардан фойдаланиш лозим.

Ишқорли ингаляциялар ёпишқоқ балғамни йўтал йўли билан кўчиришга ёрдам беради ва пўстлоқларни юмшатади. Ингаляциялар қунига бир неча марта қилиниши керак бўлганидан беморнинг ўзи уй шароитида чўнтак ингаляторидан, чанглатувчи мойли препаратлардан фойдаланиши мумкин. Стационар ингаляторийлар фақат ҳиқилдоқ ва кекирдакнигина эмас, балки майда бронхлар ва альвеоаларгача етиб борадиган аэрозолли аппаратлар билан жиҳозланган. Бу аппаратлар ёрдамида организмга тушадиган дори моддалари жигардан ўтиб, қон айланишининг кичик доирасига тушади, бу — уларнинг узок вақт таъсирчан бўлишини таъминлайди. Шуни ҳисобга олиш керакки, аэрозол ҳарорати медикаментоз препаратларнинг фармакологик хоссаларига ва ҳиқилдоқ, бронхлар, кекирдак ҳилпилловчи эпителийсининг фаолиятига таъсир қилади. Хусусан, ҳилпилловчи эпителий тукчалари ҳарорат 38 даража бўлгандаёқ ҳаракат қилмай кўяди.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНҚАЛИ СТЕНОЗЛАРИ

Товуш ёриғи торайишига олиб борадиган патологик жараёнлар ҳиқилдоқ касалликларининг алоҳида тоифасини ташкил қилади.

Ҳиқилдоқ шиллик пардасининг яллиғланиш касалликларигина эмас, балки баъзи бир дори воситаларини кўтара олмаслик оқибатида юзага келадиган шикастланишлар, аллергияк шишлар товуш ёриғининг ўткир бошланадиган торайишига сабаб бўлиши мумкин. Қатор ҳолларда нафас ёриғининг учкун тезлигида авж оладиган торайиш деганда гап товуш ёриғини кенгайтирувчи мушаклар спазми, ёт жисмлар (овқат заррачалари, ичиладиган суюқлик, олиб кўйиладиган тиш протезлари-

нинг бўлаклари ва бошқ.) нинг тушиб қолиши натижасида юз берадиган торайиш устида гап кетади. Ичкилик ичиб маст бўлган одам нафас ёриғининг овқат қолдиқларидан ёпилиб қолиши каби ҳодисалар кўп учраб туради. Бунда оғиз бўшлиғи, юткин, кекирдок рефлектор соҳаларининг назорат қилиш хусусияти сусайиб кетади.

Ҳикилдоқнинг ўткир стенозининг оғир-енгиллигига қараб врачнинг беморга кўрсатадиган ошиғич ёрдамнинг режаси тузилади, яъни бунда консерватив ёки хирургик чоралар кўриш белгиланади. Бунда беморни жиддий текшириш керак бўлади. Бу текшириш товуш ёриғининг торайиш даражасига қараб ҳикилдоқ стенозининг клиник манзарасини билиш имконини беради.

Маълумки, тинч ҳолатда катта ёшдаги одам бир дақиқа мобайнида қарийб 7 л ҳаво ютади. Бу соф кислороднинг 225 куб метрини ташкил қилади. Бордию, нафас ёриғи торайган бўлса, ўпкада нафас актининг қайта тузилиши рўй бериши зарур, бу қайта тузилиш нафас олиш — пауза — нафас чиқаришдан иборат. Нафас акти автоматик бошқарилади. Унга қонда эриган карбонат ангидрид миқдори таъсир қилиб, нафас марказини таъсирлантиради. Карбонат ангидрид миқдори ошиб кетган ҳолларда (бу нафас ёриғи торайганда рўй беради) нафас акти қайта тузилади, ана шу торайган ёриқдан зарур миқдордаги ҳаво ўтиши учун нафас олиш узок муддатли, пауза нафас чиқариш сингари, қисқарок бўлиб қолади. Шундай қилиб, инспиратор типдаги хансираш рўй беради, яъни бу ҳолларда нафас олиш анча қийинлашади.

Клиник нуқтаи назардан бемор ҳаётини сақлаб қолиш ва врач томонидан қандай ёрдам кўрсатишни белгилаш учун ҳикилдоқ стенози тўрт босқичга ажратилади.

1 - компенсация босқичи. Бу босқичда бутун нафас актини бошқарувчи механизмлар ҳисобига торайган нафас ёриғида ҳаво компенсацияси ва ўрни тўлдирилиши рўй беради, нафас ҳаракатлари сони камаяди, нафас шовқинли бўлади, нафас олиш сезиларли даражада узаяди, нафас олиш билан нафас чиқариш орасидаги пауза қисқаради, шундан кейин пауза яна узаяди. Тинч одам хансирамаслиги мумкин, буни жисмоний зўриқишда аниқлаш мумкин бўлади. Одатда бу босқичда бемор безовта бўлмайди.

2 - босқич — нисбий компенсация босқичидир. Бунда организм кўшимча механизмларни сафарбар этиши ҳисобига юз берган нафас ёриғининг торайишини ҳам удалай олади, лекин керакли ҳаво алмашинувини эндиликда анча зўриқиб амалга оширади. Инспиратор типдаги

хансираш бирмунча ифодали бўлиб узок нафас олиш яна кийинлашади, узок нафас олиш билан нафас чиқариш орасида кескин калта пауза йўқолади, нафас бундан ҳам сийраклашиб қолади. Кўкрак қафасининг юмшоқ жойлари — ковурагалараро ораликлар, ўмов суюги чуқурчаси, тўш дастаси усти соҳасининг ичга ботгани аниқ кўриниб қолади. Одам мажбурий ҳолатни эгаллашга ҳаракат қилади — бошини орқага ташлаган ҳолда ўтиради, шунда кўллари билан ўрин четларини маҳкам ушлаб олади. Бемор ҳаяжонланиб, безовта бўлади, акроцианоз пайдо бўла бошлайди.

3 - боскич — декомпенсация боскичи ҳисобланади. Бемор ниҳоятда безовталанади, у хонада у ёқдан-бу ёққа югура бошлайди, ҳаво етишмагандан кийим-бошини йиртиб ташлаши ҳам мумкин. Юзини ёпишқоқ, совуқ тер босади, кўзлари чиқиб кетай дейди, уларда кўркинч аломатлари сезилади. Юзлари кўкариб, бу ранг бирпасда бўйин ва кўкракка таркала бошлайди. Бу боскичда нафас тезлашса-да, лекин у юзаки билинар-билинемас даражада бўлиб қолади, чунки кўкрак қафаси деярли кимирламайди ва фақат ҳикилдоқ дўнгги (адам олмаси) тепа ва пастга тез-тез ҳаракат қила бошлайди. Товуш ва йўтал эшитилмайди, томир уриши тезлашади, эс-хуш йўқолмайди.

4 - боскич — асфиксия (бўғилиш) боскичи бўлиб, бу боскичга эс-хушнинг йўқолиши, яъни кирарли-чиқарли бўлиб қолиши характерлидир, нафас ҳаракатлари сезилмайди ёки Чейн — Стокс нафаси типиди бўлади. Юрак ишлаб туради, кўз қорачиклари кенгайди.

Ҳикилдоқ ўткир стенозида консерватив ва хирургик чора белгиланади. Консерватив усулдан ҳикилдоқ стенозининг биринчи боскичида фойдаланиш мумкин. У бурма ости бўшлиғидаги, чўмичсимон тоғайлар соҳасидаги ва чўмичсимон бўшлиқ орасидаги ҳикилдоқ устининг тил соҳасидаги шиллик парданинг яллиғланиши ёки аллергия шилуви сабабли пайдо бўлади. Шунинг унутмаслик керакки, ҳикилдоқнинг ҳар қандай бўлимида юзага келган шиш тезда товуш бурмалари соҳасига, бурмалар ости бўшлиғига тарқалиши мумкин. Шу сабабли шишнинг ҳар қандай жойлашувида бемор зудлик билан кулоқ, томоқ, бурун касалликлари бўлимига ётқизилиши зарур, бу ерда касалга тўлиқ тиббий ёрдам кўрсатилади. Шиш туфайли пайдо бўлган ҳикилдоқ стенозига қарши қуйидаги муолажалар мажмуидан фойдаланилади: чалғитувчи воситалар — оёқларга иссиқ ванналар қилиш (бемор оёқлари тиззасигача иссиқ сув солинган ваннага ботириб қўйилади), болдир мушакларига хантал қўйиш (хантални

иссик сувга ботирмаслик керак, чунки бунда унинг таъсир кучи камаяди), тўқималар шишини камайтирадиган дори воситалари (фуросемид, лазикс), томир деворларининг ўтказувчанлигини камайтирувчи воситалар (димедрол, венага 10 % ли кальций хлорид эритмаси, пипольфен, супрастин, гидрокортизон, 40 % ли глюкоза эритмаси), нафас олиш марказини рағбатлантирувчи дори воситалари (лобелин, 10 %, 1, Омл), антибиотиклар аэрозоллари (200 000 ТБ), кислород ингаляциялар шулар жумласидандир.

ОШИҒИЧ ХИРУРГИК ЁРДАМ

Ҳикилдоқнинг нафас ёриғи торайишига ошиғич ёрдам кўрсатиш зарурати туғилганда врач шароитга қараб нафас йўлларини очиш услубини танлай билиши зарур. Бунда беморнинг нафас ололмай қолганлиги сабабини тезда аниқлаш ва бу ҳолатни бартараф қилишга киришиш керак бўлади. Вена томирларнинг қон билан тўлалиги, баъзан эса бемор бўйнининг анатомик тузилиш хусусиятлари, ёғ клетчаткасининг қалинлиги, бўйин калталиги жарроҳлик ишини қийинлаштиради. Классик трахеотомияни ўтказиш шароити бўлмаганда врач беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш имконини берадиган ва беморни трахеотомия қилинадиган даволаш муассасасига олиб келгунга қадар қилинадиган бошқа ёрдам чораларини кўрсата билиши керак. Баъзан шароит тақозоси билан (транспортда кета туриб, кўчада, жамоат жойларида) қилинадиган хирургик аралашувни коникотомия деб аталади.

Коникотомия — узуксимон тоғай ҳалқасининг юқори бўлимларини қалқонсимон тоғайнинг пастки чеккаси билан бирлаштирадиган ҳикилдоқнинг коник бойлами жойлашган ерида нафас йўлини очишдир. Коник бойлам соҳасида (у бошни орқага ташлаб турганда дуруст пайпасланадиган узуксимон тоғай билан қалқонсимон тоғай чеккалари орасидаги кичкина чуқурликни ёпиб туради) йўғон қон томирлар бўлмайди. Тери ана шу бойламни деярли ёпиб туради, бу бойлам орқасида ҳикилдоқ бўшлиғи бўлади. Унинг пастки товуш ости бўлими кесилганда нафас йўлига кириш анча осонлашади, бунда тўқималар қонамайди (айни пайтда қўл остида бўлган ҳар қандай нарса — ошхона пичоғи, соқол олиш лезвияси — устара, қайчини ишлатса бўлади). Шундай йўл билан нафас йўлига киргандан кейин ҳосил қилинган тешикка диаметри бироз кичик, ковак най киритилиши зарур. Бу — беморга бироз қийинчилик туғдирса-да,

трахеотомия қилинганча нафас олиб туриш имконини беради.

Коникотомия қилинганда узуксимон ёки қалқонсимон тоғай ва товуш ости бўшлиғини шикастланишидан эҳтиёт бўлиш керак бўлади. Аксинча бу кейинчалик грануляциялар, перихондритнинг авж олишига ва чандикли тўқима ҳисобига товуш ости бўшлиғининг торайишига сабаб бўлади. Бу ўз навбатида коникотомиядан кейин анча вақт ўтгандан сўнг нафас йўлининг торайиб қолишига сабаб бўлади. Шунинг учун бу операция танлов операцияси деб номланиб, бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг бошқа иложи қолмаганда қилинади.

Найни ҳосил қилинган тешиқда иложи борица, ҳаттоки қўл билан ушлаб турган ҳолда ҳам маҳкамлаб қўйиб, врач беморни касалхонага олиб бориш имконига эга бўлади. Касалхонада эса беморга ҳақиқий трахеостома қўйилади. Коникотомияни бажариш учун бемор боши орқага ташланган ҳолда ётқизилади. Шунда коник бойламнинг жойлашган ери аниқ билинади, лекин яхшиси, буни қалқонсимон тоғайнинг олдинги чеккаси бўйлаб бориб то врач бармоғининг учи кичик чуқурчага тушгунча суриб бориб аниқлаган маъқул. Жойни аниқлаб олгач вақтни бой бермасдан анестезия қилмай, кесувчи асбобни санчиб, терини ва бойламни горизонтал кесиб товуш ости бўшлиғи ёриғига киритиш керак бўлади. Ана шу соҳанинг орқа бўлимларини шикастлашдан эҳтиёт бўлиш керак. Қесикка киритилган найча жуда ҳам йўғон бўлмаслиги лозим, акс ҳолда бу найча атрофидаги тўқималарни босиб қўйиб, уларни яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

Трахеотомия — ҳикилдоқнинг турли хил касалликларида ва шикастланишларида бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг қадим замонлардан маълум бўлган операция усули. Лекин ҳозирги кунда ҳам бу операция жуда мурракаб жарроҳлик аралашувлари қаторига киради, чунки ўз вақтида ва тўғри қилинган трахеотомия ҳақиқатан ҳам бемор ҳаётини сақлаб қолиш билан бирга, унинг кейинчалик тамомила соғайиб кетишига сабаб бўлади.

Турли сабабларга кўра, масалан, ўткир респиратор — вирусли касалликлар ва бошқа инфекциялар, оғир калламия шикастланишлари натижасида юзага келадиган ўткир нафас ёриғининг торайиши трахеотомия қилишни талаб қилади. Трахеотомия «пастки бронхоскопия»ни ўтказиш учун ҳам зарур бўлади, бунда бронхоскоп оғиз бўшлиғи орқали эмас, балки олдиндан тайёрланган трахеотомия орқали киритилади. Трахеостома қуйидаги қоидаларга амал қилиб ўрнатилади:

— чалқанча ётиш энг кўп тарқалган вазият бўлса-да, лекин қатор ҳолларда трахеотомия бемор бошини орқага ташлаб ўтирган ҳолатида ҳам қилинади. Қулайлик туғдириш учун бўйин орқасига болишча қўйилади. Кейинчалик бу болишча трахеяда муолажани осонлаштириш учун елка томонга суриб қўйилади.

Трахеотомия шошилиш операция ҳисоблангани сабабли, кўпчилик ҳолларда маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланилади, лекин айрим ҳолларда операция ҳеч қандай оғриқсизлантиришсиз ҳам қилинади.

Бордию, операция режалаштирилган асосда қилинадиган бўлса, интубацион наркоздан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки бунда жарроҳлик аралашуви вақтида нафас олишни бошқариб турилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун новокаин ёки тримекаин (1 % ли) эритмалари ишлатилади.

Трахеяга яқинлашиш учун бўйин олди деворини аниқлашга ёрдам берадиган белгиларга ҳикилдоқ бурмаси, узуксимон тоғай равоғи, бўйинтуруқ кесимтаси киради. Бўйиннинг олдинги юзасидаги кесилган тери чизиғи аниқ ўртадан ўтиши зарур. Акс ҳолда жарроҳ кекирдикни тополмай қолиши мумкин.

Трахеотомия турига қараб (юқориги, ўрта ёки пастки) жарроҳ қуйидаги вазиятда туради: юқориги ва ўрта трахеотомия ўтказишда ўнгда, пастки трахеотомияда чапда, бу кекирдикнинг турлича катталиқда очишга ёрдам беради. Тери ҳикилдоқ бўртмаси ўртасидан бўйинтуруқ кесик тарафига 5—6 см узунликда кесилади. Тери ва тери ости клетчаткаси скальпел (учи ўткир скальпел) билан кесилганда ҳикилдоқ тепага-пастга бемалол сурилиб турганда скальпел учи анча ичкарига киради, бунда фақат мушак тўқимасигина эмас, балки қалқонсимон безнинг бўйинчаси ҳам шикастланиши мумкин. Тўш-тил ости мушакларининг бирлашган жойидан, бўйиннинг оқ чизиғи топилади. Тери ён-верига чўзилганда ярада бу чизик кўриниши операция тўғри бажарилаяпганидан далолат беради.

Бўйиннинг оқ чизиғи бутун тери узунлигида кесилади. Бунда бўйин оқ чизиғи жойлашган қалқонсимон без бўйинчасини шикастламаслик учун, скальпел эмас, балки қайчи ишлатилади. Бу кесикка тепадан ва пастдан тарновсимон зонд киритилади ва шу зонд бўйлаб бўйиннинг оқ чизиғи бор бўйича кесилади.

Мушаклар ён тарафга олингандан кейин қалқонсимон безнинг қонга тўлгани яхши кўринади. Юқори трахеотомия

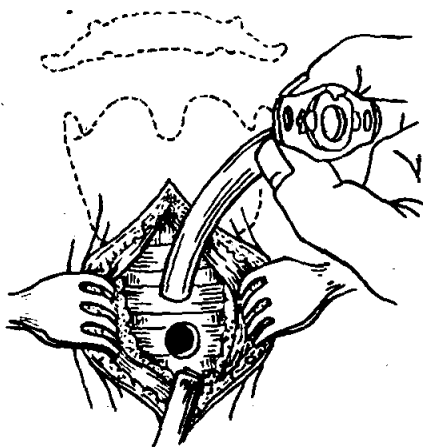
ни бажармок учун кесишган фасция ҳисобига олдиндан тайёрланган қалқонсимон без бўйинчаси учи тўмтоқ илгак билан пастга тортилади ва кекирдакнинг дастлабки ҳалқалари очиб кўйилади. Бордию, пастки трахеотомия ўтказиш керак бўлса, қалқонсимон без бўйинчасини тепага суриб, кекирдакнинг 3—5 ҳалқалари соҳаси очилади.

Кекирдак ёригини очишдан олдин қон оқишини тўхтатиб кўйиш лозим. Йўтал рефлексини бартараф этиш учун кекирдакнинг шиллиқ пардаси 5 % ли кокаин ёки 1 мл миқдордаги 10 % ли диканн эритмаси суртилади. Юқори трахеотомия бажариб бўлингач, кекирдакнинг иккинчи ва учинчи ҳалқалари ўрта трахеотомияда эса — учинчи ва тўртинчи ҳалқалари пасткисида — тўртинчи ва бешинчи ҳалқалари кесилади. Юқори трахеотомияда иккинчи ҳалқани кесишида, товуш ости бўшлиғининг шиллиқ пардасини шикастлашдан эҳтиёт бўлиш керак. Шу соҳа тўқималари шикастланиб, трахеотомия найчаси узок вақт қолиб кетиши натижасида грануляциялар пайдо бўлиб, ҳикилдоқ ёригини торайтирадиган барқарор чандик ҳосил қилади. Оқибат-натижада бемор узок вақт бу найча билан юришга мажбур бўлади.

Ҳикилдоқ стенозида ҳикилдоқ ва кекирдакнинг ўзи тепага-пастга мунтазам сурилиб тургани учун, унинг деворини тўғри кесишда ҳикилдоқни маҳкам ушлаб туриш зарур. Бунинг учун ёрдамчи врач узуксимон тоғай ёйига бир тишли илгак санчиб

ҳикилдоқ очилгунича уни тепага кўтариб туради. Кекирдак ҳалқачалари учи ўткир скальпел билан кесилади (89-расм).

Кекирдакнинг орқа деворини шикастлан-тирмаслик учун скальпел қоринчасининг учидан 0,5 мм қолдирилиб, қолган қисмига ҳўл пахта ўралади. Иккита ҳалқа ёки ҳалқа орқасидаги бойламни кесилиб тешикка кенгайтиргич киритилади. (79-расм) ва тегиш-



79-расм. Трахеотомия, трахеотомик найчани киритиш усули.

ли рақамли трахеотомик найча қўйилади. Бордию, жароҳатнинг (кекирдак тешигининг) катталиги канюля диаметрига мос келмаса ёки бор бўйига тикиб қўйилган бўлса, нафас олиш ва йўталиш пайтида тери ости клетчаткасига ҳаво кириб, эмфизема ҳосил қилади ва у бўйин, юз, кўкрак соҳасига ҳам тарқалиши мумкин.

Зудлик билан трахеотомия қилингандан кейин, барча ҳаракатлар ҳиқилдоқнинг ўткир стенози ривожланишини юзага чиқарган сабабларни бартараф этишга қаратилиши лозим.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНКАЛИ СТЕНОЗИ

Кўпчилик ҳолларда хавфсиз ўсмалар, масалан, ҳиқилдоқ папилломатози, струмэктомия пайтида қайталанадиган нервларнинг жароҳатланиши оқибатида иннервациянинг бузилиши, чандиқли жараёнлар туфайли юзага келади. Сурункали стенозлар шунингдек ҳиқилдоқнинг шикастланиши ва куйиши оқибатида юз бериб бу, ҳиқилдоқ юмшоқ тўқималари тоғайларининг яллиғланишига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқнинг сурункали стенозига ташҳис қўйиш қийин бўлмай, унинг оғир-енгиллиги нафас ёриғининг тор-кенглиги билан белгиланади. Чандиқ тўқимасини хирургик йўл билан олиб ташлаб, кейинчалик беморнинг ҳиқилдоқ ёриғига Т-симон найча қўйилади. Патологик тўқима криодеструкция, ультратовуш асбоблари, лазер нурлари билан олиб ташланади.

Ҳиқилдоқнинг сурункали стенозига учраган беморни даволашдаги асосий вазифа — келгусида беморнинг трахеотома орқали эмас, балки табиий йўл билан нафас олишга эришишдир.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ

Фибромалар ҳиқилдоқнинг кўп учраб турадиган хавфсиз ўсмалари бўлиб, улар товуш бурмалари чеккасида, олдинги бўлимларга яқин ёки ана шу бурмаларнинг юқори юзасида жойлашади. Гистологик нуқтаи назардан фибромалар бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, эпителий билан қопланган бўлади. Ташки кўринишидан улар сферик шаклда, кулрангсимон тусли бўртмаларга ўхшаб кетади, товуш бурмалари чеккасидан бошланадиган ингичка оёқчаси бўлади. Баъзан бундай ўсманинг бириктирувчи тўқимасида жуда кўп қон томирлар бўлиб, қизғиш-қўқимтир тусга киради. Бундай ҳолларга ангиофиброма дейилади. Бу ўсмалар жуда секин ўсади ва уларнинг

жойлашувига қараб эрта (ўсма бойламнинг эркин чеккасида жойлашиб, фонацияда ёпилишга ҳалал беради) ёки кечиккан белгилари бўлади (ўсма бурманинг ёпилишига тўсқинлик қилмайди).

Ҳикилдоқ фибромасига учраган беморлар асосан товуши ўзгарганидан шикоят қилишади. Бунда товуш хириллаб, чиқмай қолади. Билвосита ўтказилган ларингоскопия ташҳис қўйиш имконини беради — ҳикилдоққа қўйилган кўзгуда оёқчали гугурт бошчасидек келадиган ва бундан кўра каттароқ ўлчамли ўсма борлиги яққол кўриниб туради.

Хирургик даво қилинади. Бунда ҳикилдоқ фибромаси махсус қисқичлар билан маҳаллий анестезия ёрдамида олиб ташланади. Бунда операцияда ишлатиладиган микроскопдан ва микро (митти) асбоб-ускуналардан фойдаланилади.

Болаларда хавфсиз ўсмалардан кўпроқ папилломалар учраб туради. Сурункасига қайталаниб турадиган, ҳикилдоқнинг ҳамма бўлимларига ва ҳатто кекирдакка тарқалишига мойиллиги бўлган касаллик ҳикилдоқ папилломатози деб ном олган.

Бу касалликда қайта-қайта қилинадиган операция (оғиз орқали ёки ҳикилдоқ кесиб олингандан — ларингостомия қилингандан кейин) поллиатив чора ҳисобланади. Бунда лазер нуридан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Ларингоцеле (ҳикилдоқнинг ҳаво ўсмаси) ҳикилдоқ ўсмаси каторига қиради, у бурма даҳлизи ичида ривожланади. Каттагина кўринишга эга бўлган бу ўсма жағ ости соҳасида сферик шаклидаги шиш кўринишида аниқланади. Бу шиш одатдагидек оғриксиз бўлиб, юмшоқ эластик консистенцияга эга бўлади, билвосита ларингоскопия қилинганда бурма даҳлизидан бошланган сферик шишни кўрса бўлади, бу шиш нафас ёриғини ёпиб қўйиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда рентгенограммада ташқарига тарқаладиган бурма даҳлизи соҳасида ҳаволи бўшлиқ аниқланади. Хирургик даво қилиниб, ларингоцеле пардаси олиб ташланади.

ҲИКИЛДОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

Ҳикилдоқнинг бошқа бўлимларини ҳам зарарлантирадиган рақ ҳикилдоқнинг хавфли ўсмалари каторига қиради. Касалликнинг бу тури билан асосан эркаклар касалланади, айни пайтда чекувчиларда ҳикилдоқ рақи, чекмайдиганларга қараганда 25 марта кўпроқ учрайди.

Ҳикилдоқ хавфли ўсмаси белгиларининг зўрайиши ўсма овоз бойламларида жойлашганида унинг белгилари тезда сезилади. Шу сабабли, биринчидан, одам врачга эртароқ мурожаат қилади, чунки товуш бурмалари бироз ўзгарганида ҳам товуш ўзгаради, иккинчидан, ўсма овоз бурмачаларида гистологик тузилиши жиҳатидан секин ўсади, шу тариқа метастаз ҳам кечроқ юзага чиқади. Бурма даҳлизи ўсмаси бир қадар тезроқ авж олиб, бўйин лимфа тугунларига эртароқ метастаз беради ва анча вақтгача ҳеч қандай симптомсиз кечади, шу сабабли жуда кеч аниқланади. Товуш ости соҳаси раки ҳам кеч аниқланган ўсмалар турига киради, чунки бемор ўзида ҳеч қандай ўзгариш сезмай юраверади, у врачга фақат нафас олиши кийинлашиб қолганидагина мурожаат қилади.

Бемор касаллик бошланишида томоқнинг ҳикилдоқ бўлагига (ҳикилдоқ усти, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон-ҳикилдоқ усти бурмалари) ачишиш, гоҳида оғрик сезиши мумкин. Шундай қилиб, қайси соҳа врач бўлишига қарамадан агар унга мурожаат қилган бемор ўзида юқорида айтганимиздек ўзгаришлардан шикоят қилса, унга зудлик билан отоларинголог врачига учрашишни буюриши керак. Бу касалликни эртароқ аниқлаш имконини беради. Ўсманинг қанчалик тарқалганлигига қараб, ҳикилдоқ ракиннинг 4 босқичга ажратилади. (80^{а, б, в, г} — расмлар).

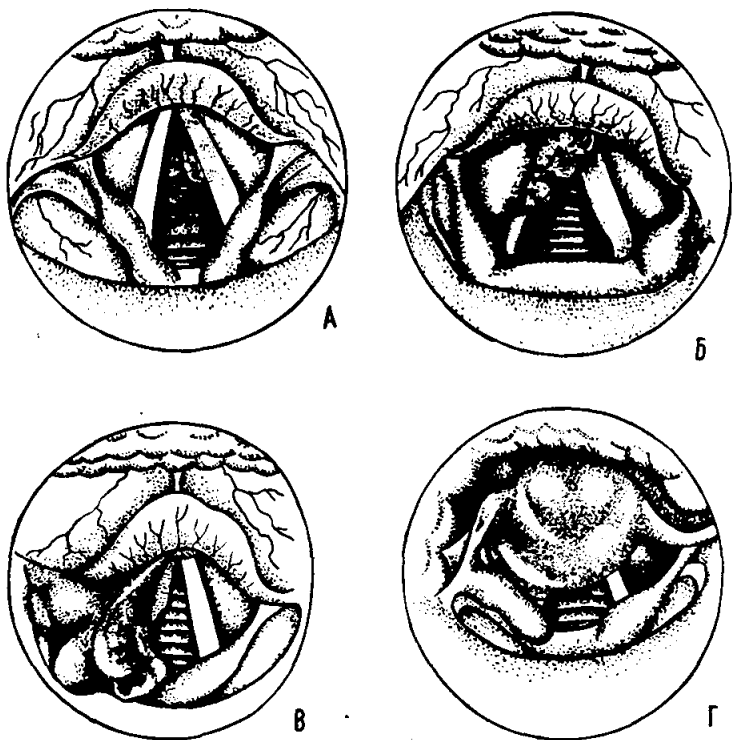
1 - босқич — ўсма ҳикилдоқ бўлимларининг чегарасида, масалан, товуш бурмасида жойлашиб, метастаз бермаган бўлади;

2 - босқич — ўсма ҳикилдоқнинг ҳамма бўлимларини (бутун товуш бурмасини) қамраб олиб, метастаз бермаган бўлади;

3 - босқич — ўсма ҳикилдоқнинг бошқа бўлимларига ҳам тарқалади (товуш бўғимлари, даҳлиз олди бурмасига, ҳикилдоқ устига) регионар лимфа тугунларига метастаз беради;

4 - босқич — ҳикилдоқнинг каттагина ўсмаси қўшни аъзолар (тил илдизини, кизилўнгач)га тарқалади, регионар метастазлар беради, кахексия кузатилади.

Ўсманинг ташқи кўринишига қараб ҳикилдоқ ракига аниқ ташҳис қўйиб бўлмайди. Товуш бурмасининг қам ҳаракат қилиши ёки унинг бутунлай ҳаракатланмаслиги, ҳикилдоқ турли бўлимлари рангининг ассиметрияси (битта товуш бурмаси одатдаги рангда бўлса, бошқаси қизарган бўлади) катта аҳамият касб этади. Ҳикилдоқнинг фронтал проекцияда қилинган томографияси ҳикилдоқнинг ўсмадан зарарланганлигини билдиради. Биопсия ташҳис қўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.



80- расм. А, Б, В, Г. Хиқилдок раки босқичлари (I, II, III, IV).

Қўшма даво хирургик, нур билан, кимёвий — терапевтик усулда қилинади. Ҳозирги вақтда ўсманинг эрта аниқлаш усуллари йўлга қўйилганлиги авайловчи хирургик даволаш усулларининг ишлаб чиқилганлиги муносабати билан ҳиқилдоғи бутунлай олиб ташланган беморлар сони анчагина камайди. Лекин тотал ларингэктомия, баъзан регионар лимфа тугунлари, тери ости клетчаткаси, вена ва томирларни олиб ташлаш усулларини хали ҳам ларингологлар қўллаб келишмоқда.

ҲИҚИЛДОК СИЛИ ВА ЗАХМ

Ҳиқилдок сили иккиламчи касаллик бўлиб, бунда бирламчи ўчоқ ўпкада жойлашган бўлади. Бемор мунтазам балғам ажратиб йўталиши оқибатида ҳиқилдок шиллик пардасини қоплаган эпителий қисман шикастла-

нади. Ўзида сил микобактерияларини сақлайдиган балғам шикастланган шиллик пардага тушиб, бу ерда ўзига хос яллиғланишнинг авж олишига сабаб бўлади. Инфилтрат, бўртма ҳосил бўлиб, у кейин творогсимон ярага айланади. Ҳикилдоқ яллиғланиши ривожланишнинг ҳар бир босқичи ўзига хос аломатлар билан белгиланади, улар кўп жиҳатдан ўчоқнинг жойлашувига боғлиқ бўлади. Ўпка силига учраган беморда хириллаш пайдо бўлади, ларингоскопияда ҳикилдоқ бўлимлари рангининг ассимметрияси яққол кўриниб туради ёки кучли оғрик берадиган яра пайдо бўлади, бундай манзара ҳикилдоқнинг силдан яллиғланишига жуда ўхшаб кетади.

Яралар жуда чуқур бўлиб, улар перихондрит ривожланишига сабаб бўлади. Махсус даво (стрептомицин, фтивазид, ПАСК) қилиниб беморни ихтисослаштирилган муассасада кузатиб борилади.

Ҳикилдоқ захми ҳар қандай босқичда учраши мумкин. Бошланғич босқичи, рак ва силда бўлгани сингари, ҳикилдоқ шиллик пардаси рангининг ўзгариши (ассиметрик бўлиши) билан таърифланади: битта товуш бурмаси одатдаги рангда бўлса, иккинчиси қизариб туради. Бундай ларингоскопик манзарадан врач огоҳ бўлиши керак ва ташҳисни ойдинлаштириб, беморни ихтисослашган муассасага (пухта анамнез, шикоятларни таҳлил этиш, серологик текширув ва ларингоскопия, биопсия қилиш) юбориш чорасини кўриши зарур.

ҚИЗИЛЎНГАЧ АНАТОМИЯСИ. ЁТ ЖИСМЛАР

Ютқин еттинчи дамида қизилўнгачга ўтади, қизилўнгач катта ёшдагиларда узунлиги 25 см келадиган мушак найчасидан таркиб топган. Қизилўнгач тешиги шиллик парда билан қопланган бўлиб, унинг остида яхши ривожланган шиллик ости қатлами бўлади. Бу ҳол қизилўнгачнинг шиллик пардасига узунасига ҳам, кўнданлангига ҳам осонликча сурилиб туриши имконини беради, бу овқат лукмасининг меъдага бемалол ўтиши учун жуда ҳам муҳимдир.

Шиллик парда бурмалар ҳосил қилиб, турли бўлимларда қизилўнгач тешиги турлича бўлади. Қизилўнгачнинг бошланғич бўлимида «қизилўнгач оғзи» бўлади. У ёпик ҳолда бўлиб, фақат ютинганда ва сўлак ҳамда овқат ўтаётган пайтда мушакларнинг ишлаб туриши туфайли очилади.

Мушаклар қизилўнгач деворининг асосини ташкил

қилади. Қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида кўндаланг-тарғил ва силлиқ толалардан, пастки учдан бир қисми фақат силлиқ мушак толаларидан таркиб топган. Бу, қизилўнгач деворларининг қисқарувчанлик хусусиятига сабаб бўлади. Юқори бўлимда кескин спастик қисқаришлар юзага келади (бу, овқат лукмасини эзиб уни қизилўнгач тешигига суриб қўйиш учун керак бўлади). Пастда ётадиган бўлимларда қизилўнгач деворларининг перистальтик қисқаришлари пайдо бўлиб, улар овқат лукмасининг муттасил ҳаракат қилиб туришига ёрдам беради.

Қизилўнгач деворларини ташкил қилган мушак толалари узунасига ҳам, айланасига ҳам ҳаракат қилади. Улар қисқарганда овқат аста-секин меъдага қараб йўналади.

Қизилўнгач тешигининг уч «физиологик» торайиши тафовут қилинади. Биринчиси — қизилўнгачга кираверишда, иккинчиси — қизилўнгач деворларининг аортага тегиб турадиган соҳаси, учинчиси — қизилўнгачнинг диафрагма орқали ўтиш жойида ва қизилўнгачнинг меъдага қўшилиб кетадиган ери ҳисобланади.

Бу торайишлар маълум даражада қизилўнгач тешигига кириб қоладиган ёт жисмларни фиксация қилишга сабаб бўлади, айни пайтда торайишлар қуйдирадиган суюқлик ичиб юборилганда қизилўнгачнинг қанчалик зарарланганлигини билдиради, чунки худди шу жойларда кислота ёки ишқор қизилўнгач девори билан бирмунча узоқ вақт контактда бўлади.

Артериал қон таъминоти аортадан бошланадиган артериялар ҳисобига амалга оширилади. Иннервацияда сайёр (адашган) нерв ўз навбатида қизилўнгачга тармоқланади.

Қизилўнгач ва кекирдак деворлари орасидаги тарновчада тепага қараб қайтувчи ҳикилдоқ нервлари кўтарилади. Шу сабабли қизилўнгач деворининг ўсма касалликларида ҳикилдоқ мушаклари фалажи юз бериши мумкин, бу ана шу касалликнинг илк белгиси ҳисобланади ёки шу ерда жойлашган лимфа тугунларининг метастатик зарарланганлигидан гувоҳлик беради. Одатда бу товуш бузилиши билан кечади ва бемор бошида отоларингологга мурожаат қилади. Шиллиқ парда рецепторларининг тактил тарзда таъсирланиши қизилўнгач шиллиқ пардасининг асосий таъсиротчиси ҳисобланади. Овқат лукмаси ёки ёт жисмининг босиб туришидан баъзан спазмга олиб борадиган қизилўнгач мушакларининг қисқариши юз беради.

Қизилўнгачни текшириш билвосита ларингоскопия қилинадиган пайтда қизилўнгачга кириш жойини кўздан

кечиришдан, қизилўнғачни ён томонлама контрастсиз рентгенография қилишдан, тешикни контрастловчи воситалар билан рентгенологик текширишдан; қизилўнғач тешигини эластик ёки қаттиқ эзофагоскоплар ёрдамида кўздан кечиришдан иборат.

Ёт жисмлар қизилўнғачга кўпинча шошиб-пишиб овқатланганда, яхшилаб чайналмаган овқат билан бирга тушади. Олинадиган тиш протезлари таққанда (протезлар овқат лукмасининг ўтишини назорат қилмайди), шунингдек маст ҳолда рефлексларнинг зарарланиши ана шу ҳодисаларга сабаб бўлади.

Қизилўнғачнинг ёт жисмлари орасида гўшт, парранда ва балиқ суяклари, тиш протезлари кўпроқ учраб туради. Болалар аксарият танга, тугмаларни ютиб юборадилар.

Қизилўнғачнинг ёт жисмларини аниқлаш қийин эмас. Овқатни қийналиб ютиш ёки унинг мутлақо ўтмай қолиши, тўш ортида оғриқ туришининг асосий белгиларидан ҳисобланади. Ташҳис рентгенологик текшириш ва эзофагоскопияда тасдиқланади.

ЭЗОФАГОСКОПИЯ УСУЛЛАРИ

Ютқиннинг шиллиқ пардасини, қизилўнғачга кириш жойини маҳаллий оғриқсизлантирилиб ёки умуман оғриқсизлантириб (дори-дармонларни бериб бўлгандан кейин) қизилўнғачнинг барча бўлимлари текшириб кўрилади. Эзофагоскопия қилишда бемор қизилўнғачига эзофагоскоп найини киритиш учун бемор кулай вазиятни таъминлайдиган махсус курсида ўтириши, у кўкраги билан тиралиб турадиган суянчикли стулда ўтириб олиши, чалқанчасига, ёнбошлаб ёки орқасини ўгириб ётиши мумкин.

Бунда қизилўнғач мушакларини бўшаштирадиган (2 % ли промедол эритмаси), ортиқча саливацияни сусайтирадиган дорилар (0,1 % ли атропин эритмаси) ишлатилиши зарур.

Қизилўнғачга кириш жойидан ўтиш асосий тўсик ҳисобланади. Кириш жойи одатда спазм ҳолатида бўлади. Эзофагоскоп найини ютқиннинг орқа девори бўйлаб «қизилўнғач оғзи» йўналишида қатъий ўртадан ўтказиш ва най учини қизилўнғачга кириш жойи тешигига босиб туриш эҳтиёткорлик билан эзофагоскоп найини аввал қизилўнғачнинг юқори бўлимига киритиш, кейин эса аста-секин пастга қараб суриб бориб қизилўнғачнинг барча бўлимларини текшириб кўриш имконини беради.

Фиброэзофагоскопияни бемор энгилроқ кўтаради. Эзофагоскопияда аниқланган ёт жисмлар врач назорати остида махсус кискичлар ёрдамида чиқариб олинади.

КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАР АНАТОМИЯСИ. ЁТ ЖИСМЛАР

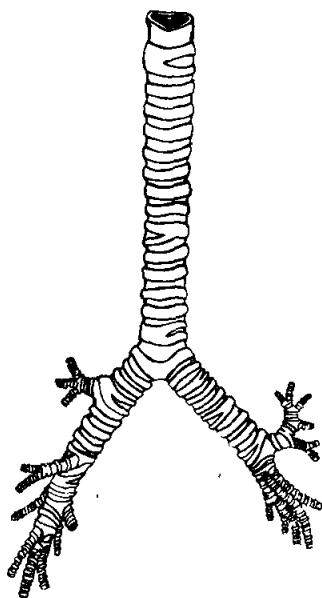
Катта ёшдагилар кекирдагининг узунлиги 10—12 см бўлиб, 16—20 та ярим ҳалқалардан иборат бўлади. Кекирдакнинг орқа девори чиғаноқсимон фиброз тўқимадан таркиб топган бўлиб, қизилўнгач девори билан чамбарчас боғланган бўлади.

Кекирдакнинг бўйин бўлими калқонсимон безнинг бўйинчаси билан ёпилган бўлади. Кекирдак ва қизилўнгач орасидаги тарновчадан қайтувчи ҳиқилдоқ нервлари ўтиб, улар кекирдак деворларига тармоқланади. Кекирдак иккита бронхга бўлинган бўлиб, улар пояли деб аталади. (81-расм).

Ўнг бронх чапдагисига қараганда калтароқ ва бирмунча кенг бўлиб, у кекирдакнинг давоми ҳисобланади, чапдагиси бирмунча тўмтоқ бўлиб бурчак остида бошланади, шу сабабли ёт жисмлар кўпинча айнан ўнг бронхга

тушиб қолади. Кекирдак ва бронхлар толали оптика билан таъминланган эгилувчан бронхоскоплар ҳамда кемтик бронхоскоплар ёрдамида текширилади. Бемор оғзи орқали ўтказиладиган бронхоскопия устки, илгари қўйилган трахеостома орқали қилинадигани пастки бронхоскопия деб аталади.

Оториноларингологларга асосан кекирдак ва бронх касалликларига чалинган беморлар мурожат қилиб буларга шошилиш керак бўлади (ёт жисмлар). Кекирдак ва бронхларда ёт жисмлар кўпинча ёш болалар орасида (5 ёшгача) учраб туради. Болалар ўйнаётган пайтда ўйинчокларининг металл ёки пластмасса бўлақларидан тортиб, то турли хил уруғлар (тарвуз,



81-расм. Трахеобронхиал дарахт.

кунгабоқар, ёнғок ва бошқ.) ни ютиб юборишлари мумкин. Катталарда тиш протези бўлақларининг майда суюқларни ютиб юбориш учраб туради. Бронхга тушган ёт жисмнинг клиник манзараси кўпгина омилларга: ёт жисмнинг катта-кичиклиги, юзаси, материалга боғлиқ бўлади. Бунда олдин йўтал тутади, у анчагина давом этиб, кейин босилади. Бу йўтал рефлексининг сусайиши билан боғлиқ бўлади. Қатор ҳолларда кекирдак тешигига тушиб қолган ёт жисмлар кўчиб юриб, яъни йўталганда кекирдакда суриладиган бўлади. Одатда, бу кунгабоқар ёки тарвуз уруғини ютиб юборганда кузатилади. Бундай ёт жисм нафас ёриғига тушиб, йўтал рефлексига сабаб бўлади, бу рефлекснинг ўз навбатида товуш ёриғи кенг очилган ҳолда кечиши нафас олишдан ва кучли нафас чиқаришдан иборат бўлади. Чиқарилаётган ҳаво оқимиغا дуч келиб қолган ёт жисм тепага қараб йўналади ва нафас ёриғидан ўтиб, товуш бурмаларига тегмасдан ўз-ўзидан чиқиб кетади. Лекин талайгина ҳолларда ёт жисм бурма ости бўшлиғининг рефлексоген соҳасига тушгандек бўлса, ўша захоти товуш ёриғини ёпиб қўядиган мушаклар қисқаришига сабаб бўлади ва ёт жисм яна пастга тушиб, бифуркацияга етади ёки пояли бронхга тушади. Ёт жисмнинг ана шундай кўчиб юриши узоқ чўзилиши мумкин, бунда йўтал рефлeksi сусаяди ёки ёт жисм бронхда тикилиб қолади. Бронхда ёт жисм бўлганда ёт жисмнинг ўнг пояли бронхга тамомила ёки қисман тушишига боғлиқ бўлади, у гўё кекирдакнинг давоми ҳисобланади, чапдаги бронх эса ундан бирмунча ўткир бўлмаган бурчак остида йўналади. Бордию, ёт жисм ўлчами бронх ёриғига мос келса ва уни бутунлай ёпиб қўйса, ўпка қоллапси юзага келади, бунда ўпка чегаралари сурилади, товуш титрайди, аускультацияда нафас йўқолади, қарама-қарши томонда эмфизема кузатилади. Росмана ҳансираш аниқланади. Бундай манзара ўткир ёки аста-секин ривожланиши мумкин, бунда тикилиб қолган ёт жисм бронх шиллиқ пардасининг яллиғланиши ва унинг шишишига сабаб бўлади.

Бунда умумий текширув (кўздан кечириш, перкуссия, аускультация) дан, пухта анамнез тўплашдан ташқари, кўкрак қафасини рентгенография қилиш зарур. Рентгеноконтраст ёки жисм бўлганда бу жисм суратда росмана кўринади. Рентгенонегатив ёт жисмларни аниқлашда рентгенконтраст эритмалар билан бронхография ўтказишга тўғри келади.

Бронхоскопия кекирдак ва бронхларга ёт жисмлар тушиб қолганда тез ёрдам кўрсатиш усули ҳисобланади:

оғиз бўшлиғи орқали бажариладиган юқори ва олдиндан трахеотомия қилишга тўғри келадиган пастки бронхоскопия шулар қаторига киради. Пастки бронхоскопия узокка чўзилиб кетган ва такрор-такрор қилиниши лозим бўлган ҳолларда ишлатилади.

Ҳозирги вақтда бронхоскопияда оптикиси толалардан ишланган эгилувчан ва дистал учидā ёритгичи бўлган металл найчадан иборат эгилмайдиган асбоблар ишлатилади. Бронхларни наркоз остида текшириш ва бўлакларга ажратилган бронхларни кўздан кечириш имконини берадиган нафас олиш бронхоскоплари мавжуд. Ёт жисм махсус қискичлар ёрдамида чиқариб олинади.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
Оториноларингологиянинг ривожланиш тарихига доир қисқача маълумотлар	3
Ўзбекистон Республикасида аҳолига оториноларингологик ёрдам кўрсатиш ва унинг ривожланиш истикболлари	7
Кулок касалликлари	8
Кулок анатомияси	8
Кулок физиологияси	22
Кулокни текшириш усуллари	26
Эшитув анализаторларини текшириш	30
Вестибуляр анализаторни текшириш усуллари	34
Спонтан нистагми аниқлаш	35
Ташқи кулок касалликлари	38
Ташқи кулокнинг туғма касалликлари	38
Кулок супрасининг совук уриши	38
Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисмлар	40
Ташқи кулок шикастлари	40
Оталгия	42
Ўрта кулок касалликлари	43
Ўткир ўрта отит	43
Еш болаларда ўткир отит	46
Отоген калла ичи асоратлари	57
Миянинг отоген абсцесси	58
Кулокнинг йирингсиз касалликлари	61
Сурункали (ўрта кулок катари) адгезив ўрта отит	62
Отосклероз	62
Меньер касаллиги	64
Кохлеар неврит	65
Бурун ва бурун олди бўшлиқлари касалликлари	67
Бурун ва бурун олди бўшлиқлари анатомияси	67
Бурун бўшлиғи	67
Бурун олди бўшлиқлари	70
Бурун ва бурун олди бўшлиқлари физиологияси	71
Бурун ва бурун олди бўшлиқларини текшириш усуллари	73
Бурун ва бурун олди бўшлиқларининг шикастланиши	77
Бурун тўсиғи гематомаси ва абсцесси	79

Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар ва ринолитлар	80
Бурундан кон окиши	81
Ташқи бурун касалликлари	84
Бурун бўшлиғи касалликлари	85
Бурун олди бўшлиқлари касалликлари	91
Бурун олди бўшлиқларининг ўткир яллиғланиши	91
Юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши (гайморит)	91
Ғалвирсимон лабиринт хужайраларининг ўткир яллиғланиши (этмодит)	92
Пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши (фронтит)	93
Понасимон бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши (сфеноидит)	94
Бурун олди бўшлиқларининг сурункали яллиғланиши	94
Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши (гайморит)	95
Ғалвирсимон лабиринт хужайраларининг сурункали яллиғланиши (этмодит)	96
Пешона бўшлиғининг сурункали яллиғланиши (фронтит)	98
Понасимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланиши (сфеноидит)	99
Юқори жағ бўшлиқлари кисталари	99
Бурун ён бўшлиқларининг яллиғланиш асорати сифатидаги кўз косаси ичи касалликлари	100
Серозли ва йирингли менингит	102
Бурун ва бурун олди бўшлиқлари ўсмалари	103
Юткин касалликлари	104
Юткиннинг клиник анатомияси	104
Юткин физиологияси	108
Юткинни текшириш усуллари	108
Ўткир фарингит	109
Сурункали фарингит	110
Юткин орти абсцесси	111
Фарингомикоз	111
Ангина	112
Паратонзилляр абсцесс	114
Сурункали тонзиллит	116
Бодомча безлар гипертрофияси	118
Аденоидлар	118
Юткин куйиши	120
Юткин шикастланишлари	121
Юткиннинг ёт жисмлари	122
Юткин ўсмалари	122
Юткиннинг юқумли гранулемалари	125
Ҳикилдоқ касалликлари	127
Ҳикилдоқ анатомияси	127
Ҳикилдоқ физиологияси	132
Ҳикилдоқни текшириш усуллари	133
Ўткир ларингит	135

Сурункали ларингит	136
Сурункали катарал ларингит	137
Сурункали гиперпластик (гипертрофик) ларингит	137
Сурункали атрофик ларингит	137
Ҳикилдоқнинг ўткир ва сурункали стенозлари	138
Ошиғич хирургик ёрдам	141
Ҳикилдоқнинг сурункали стенози	145
Ҳикилдоқнинг хавфсиз ўсмалари	145
Ҳикилдоқнинг хавfli ўсмалари	146
Ҳикилдоқ сили ва захм	148
Қизилўнгач анатомияси. Ёт жисмлар	149
Эзофагоскопия усуллари	151
Кекирдак ва бронхлар анатомияси. Ёт жисмлар	152

Уқув нашри

МУМИНОВ АКРОМ ИБРОҲИМОВИЧ
тиббиёт фанлари доктори, профессор

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИҚЛАРИ

Тошкент 700 129, Ибн Сино номидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси,
Навобий кўчаси, 30.

Учебное издание

МУМИНОВ АКРАМ ИБРАГИМОВИЧ
доктор медицинских наук, профессор

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА

Тахририят мудири *Б. Мансуров*
Мухаррир *Ш. Иноғомова*
Бадний мухаррир *М. Эргашева*
Тех. мухаррир *В. Мещерякова*
Мусаххих *С. Абдунабиева*

ИБ 2030

Босмахонага 07.12.94 да берилди. Босишга 09.08.94 да рухсат этилди. Бичими 84×108¹/32. Газета қоғози. Офсет босма. Адабий гарнитурга. Шартли босма табоқ 8.4. Шартли бўёк-оттиски 8,61. Нашр. босма табоқ 8,77. 54—92 рақамли шартнома. Жами 15 000 нусха. 7906 рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон республикаси Давлат матбуот кўмитаси Тошкент матбаа комбинатининг ижара корхонаси. Тошкент, Навобий кўчаси, 30.

Ибн Сино номидаги матбаа-нашриёт бир-лашмаси 1994 йилда қуйидаги дарсликларни босмадан чиқаради:

В. Г. Михайлов. Ҳарбий-дала терапия-сидан қўлланма

Мазкур ўқув қўлланмасида ҳарбий-дала терапияси фанининг асосий масалалари кўриб чиқилади. Қитобда шунингдек уруш пайтида ярадор бўлганларга қандай тиббий ёрдам кўрсатиш кераклигига оид маълумотлар ҳам келтирилган ва бунга махсус боб ажратилган. Қўлланма тиббиёт институтларида ҳарбий-дала терапиясини ўқитиш дастурига мувофиқ тузилган.

С. М. Маҳкамов ва бошқ. Тайёр дорилар технологияси.

Ушбу дарсликда дори тайёрлаш технологияси, дори воситалари ва тайёр дори олишнинг назарий асослари ва ишлаб чиқариш жараёнлари келтирилган. Қитоб шунингдек ўқув дастурига биноан ёзилган ва тиббиёт институтлари талабаларига мўлжалланган.

Ибн Сино номидаги матбаа-нашриёт бирлашмаси 1994 йилда қуйидаги дарсликларни босмадан чиқаради:

Х. Х. Холматов, Ў. А. Аҳмедов
Фармакогнозия.

Фармакогнозия фани фармацевтика институтларида ўқитиладиган асосий фанлардан бирidir.

Дарсликда ҳар бир доривор ўсимликнинг ўзбекча ва латинча номлари, анатомик тузилиши, географик тарқалиши, кимёвий таркиби, тиббиётда ишлатилиши ва доривор препаратлари келтирилган.

М. Н. Исмоилов. Болалар ва ўсмирлар гигиенаси.

Дарслик ўқув дастурига мувофиқ тузилган бўлиб, унда болаларнинг ва ўсмирларнинг мактабда ва бошқа ўқув юртларида таълим олаётганда санитария ва гигиена қоидаларига онгли равишда риоя қилишларига доир маълумотлар ишонарли ва илмий тарзда асослаб берилган.