

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI**

Qunduz Xo‘jayeva

AMALIY OTORINOLARINGOLOGIYA

O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim
vazirligi tomonidan tibbiyot mutaxassisligi uchun o‘quv
qo‘llanma sifatida tavsiya etilgan

Toshkent
«IQTISOD—MOLIYA»
2006

Qo'llanmada LOR a'zolariga, shuningdek, boshqa a'zolar va sistemalarga oid asosiy simptomlar aks ettirilgan. Qishloq va shahar vrachlar shoxobchalari (QVSH, SHVSH) umumiy amaliyot vrachining kundalik faoliyatida bilishi shart bo'lgan qiyosiy tashxislash, davolash taktikasi, birinchi shoshilinch yordam berish, amaliy ko'nikmalar, profilaktik va reabilitatsion tadbirlarni bajara olishning asosiy tamoyillari bayon qilingan. Kitob rasmlar, jadvallar va sxemalar bilan boyitilgan, vaziyatli masalalar va retseptura ro'yxati berilgan.

Taqrizchilar: Toshkent pediatriya tibbiyot institutining quloq, tomoq va burun kasalliklari kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor **S.A. Hasanov**
Toshkent tibbiyot akademiyasining Umumiy amaliyot vrachini tayyorlash kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor **A.G. Gadoyev**

Q. Xo'jayeva

Amaliy otorinolariningologiya: Umumiy amaliyot vrachini tayyorlash uchun o'quv qo'llanma/Q.Xo'jayeva; Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. T.: «IQTISOD—MOLIYA», 2006 y. 288 bet.

BBK 56.8 ya7

KIRISH

Mazkur qo‘llanma umumiy amaliyot vrachlarini tayyorlashga mo‘ljallangan yangi konsepsiyaga muvofiq yozilgan. Umumiy amaliyot vrachini tayyorlash talablariga ko‘ra tibbiyot institutlarining talabalari otorinologiyadan nazariy va amaliy ko‘nikmalarga ega bo‘lishlari, LOR a‘zolariga oid simptomlarning asosiy ta‘riflarini, quloq va boshqa a‘zolar hamda sistemalarning turli kasalliklarini qiyosiy tashxislashni, LOR a‘zolari kasalliklarida UAV taktikasini bilishlari, shuningdek, anamnez yig‘ish, ularni ko‘zdan kechirish va maxsus tekshirish metodlarini o‘tkazish bo‘yicha amaliy ko‘nikmalarga ega bo‘lishlari kerak.

Zamonaviy o‘quv jarayonida talabalarning bilim darajasini oshirish, ularning tajribalarini qishloq va shahar vrachlik shoxobchalarida joriy etishga alohida ahamiyat beriladi. Mazkur qo‘llanmada umumiy amaliyot vrachini tayyorlashda dolzarb bo‘lgan yo‘nalishlar batafsil ko‘rib chiqilgan, shu jumladan LOR a‘zolarining klinik anatomiyasi va fiziologiyasining xususiyatlariga, LOR a‘zolarining patologiyasida bemorlarni QVSH va SHVSH sharoitlarida davolashda differensial yondashuvga katta ahamiyat berilgan.

O‘quv qo‘llanmada LOR a‘zolarining patologiyasida va boshqa a‘zolar hamda sistemalarda uchrashi mumkin bo‘lgan kasalliklarning asosiy simptomlari, qiyosiy tashxislash, davolash taktikasi va birinchi yordamning asosiy tamoyillari bayon qilinadi. Umumiy amaliyot vrachi bularni o‘tkazishni bilishi, shuningdek u amaliy ko‘nikmalarni, profilaktik va rehabilitatsion tadbirlarni bajara olishi kerak. Jumladan, darslikning birinchi qismida muallif birinchi marotaba O‘zbekistonda otorinologiya fani rivojlanishining qisqacha tarixini yoritishga intildi va ushbu soha shakllanishining eng muhim tomonlarini aks ettirdi. Ikkinchi qismida LOR a‘zolarining klinik anatomiyasi va fiziologiyasi bayon etilgan. LOR kasalliklar propedevtikasi, shu jumladan QVSH va SHVSH sharoitlarida umumiy amaliyot vrachi

bilishi shart bo'lgan LOR a'zolari tekshirish uslubi darslikning uchinchi qismida batafsil bayon etilgan. O'quv qo'llanmaning to'rtinchi qismi kitobning asosini tashkil qiladi. Bunda LOR patologiyasidagi asosiy simptomlar, LOR a'zolariga oid boshqa a'zolar hamda sistemalarning turli kasalliklarini qiyosiy tashxislash, LOR a'zolari kasalliklarida UAV taktikasi aks ettirilgan. Ushbu bo'limda mualliflar QVSH va SHVSH sharoitlarida UAV to'liq va to'g'ri tashxis qo'yishlari shart bo'lgan nozologik birliklarga alohida ahamiyat berilgan. Muallif navbatma-navbat QVSH va SHVSH sharoitlarida umumiy amaliyot vrachi, oilaviy vrachning kasbiy tavsifnomasiga taalluqli LOR a'zolarini to'liq tekshirish va zarur bo'lgan muolajalarni amalga oshirishni bayon etgan. Qo'llanmaning beshinchi qismida umumiy amaliyot vrachi egallashi shart bo'lgan amaliy ko'nikmalar batafsil bayon etilgan. Oltinchi bo'limda LOR a'zolari kasalliklarining profilaktikasi, bemorlarni reabilitatsiya qilish va dispanserlash masalalari ko'rib chiqilgan. Tez-tez kasalliklarga chalinuvchi bemorlarni, shuningdek QVSH, SHVSH va boshqa muassasalarda davolangan va maxsus parvarish hamda kuzatuv talab etadigan bemorlarni reabilitatsiya qilish va dispanserlash masalalariga alohida e'tibor qaratilgan.

O'quv qo'llanmasi rasmlar, sxemalar, situatsion masalalar va retseptura ro'yxati bilan boyitilgan, ular auditoriya mashg'ulotlariga tayyorlanishda, keyinchalik, amaliy faoliyatda ham yordam beradi.

Amaliy otorinolingologiya bo'yicha yaratilgan mazkur qo'llanma oilaviy vrach va tez yordam vrachi uchun dasturilamal sifatida xizmat qiladi, degan niyatdamiz. Zero, ular chaqiriqlarda, ambulatoriya qabulida, bemorni uyiga borib ko'rganda turli-tuman kasalliklarga duch keladi. Shu ma'noda, kitob amaliyot vrachi, QVSH, SHVSH va endi ish boshlagan otorinolingolog faoliyatida ko'makdosh bo'ladi.

Muallifning mazkur o'quv qo'llanmasi tibbiyot institutlari o'qituvchilari, davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlarining VI-VII kurs talabalariga dars jarayonida qo'l keladi, deb o'ylaymiz. Kitobning mazmuniga doir yo'llangan tanqidiy fikr-mulohazalaringiz va takliflaringizni bajonidil qabul qilamiz.

O'ZBEKISTONDA OTORINOLARINGOLOGIYA FANI RIVOJLANISHINING QISQACHA TARIXI

Otorinolariningologiya — bu quloq, tomoq, burun, halqum va hiqildoq kasalliklarini o'rganadigan fan (yunoncha otos — quloq, rhinos — burun, laryngos — hiqildoq va logos — ilm). LOR so'zi (L — laryngos, O-otos, R — rhinos) akademik V.I. Voyachek tomonidan tibbiy muomalaga taklif qilingan.

Otorinolariningologiya XIX asrning o'rtalaridan boshlab rivojlana boshlagan. Hozirgi vaqtda otorinolariningologiya o'zida ko'p sonli mikroxirurgik operatsiyalarni, shuningdek, bosh va bo'yin o'smalarida xirurgik aralashuvlarni mujassamlashtirgan. Bu fandan audiologiya, vestibulogiya, surdologiya, foniatriya, LOR-onkologiya va otonevrologiya kabi yo'nalishlar mustaqil fan sifatida ajralib chiqqan.

Birinchi ToshTANing "quloq, tomoq va burun kasalliklari" kafedrasini 1920- yilning aprelida O'rta Osiyo davlat universiteti qoshida tashkil etilgan. O'shanda kafedra mudiri lavozimiga Rossiyaning atoqli olimlaridan biri, professor S.F. Shteyn tayinlangan edi.

1922- yilda S.F. Shteyn vafotidan so'ng kafedra mudiri lavozimini S.F. Kaplan egallagan edi. I.M. Rozenfeld va N.M. Blum ham kafedraning xodimlari edilar. O'sha yili kafedra Poltoratskiy nomidagi kasalxonaning yangi binosiga ko'chirildi. Shu davrda kafedraga LOR asboblari, o'quv anjomlari sotib olindi, laboratoriya tashkil qilindi. Kafedra shundan so'ng tuzilgan reja asosida pedagogik, ilmiy tekshirish va davolash ishini boshladi. 1925- yilda O'zbekiston Otorinolariningologlarining ilmiy tibbiyot jamiyatiga asos solindi, S.F. Kaplan uning birinchi raisi etib saylandi. S.F. Kaplan vafotidan so'ng, 1927- yildan 1930- yilgacha kafedra mudiri vazifasini I.M. Rozenfeld bajarib keldi.

1930- yilda kafedraga professor S.G. Borjim rahbarlik qildi. U LOR kasalliklarini xirurgik davolash va diagnostika qilishning yangi usullarini amaliyotga tatbiq qildi. Shu yili uchta fakultet: davolash, sanitariya-gigiyena va pediatriya fakultetlari ochildi, vrachlar malakasini oshirish kurslari tashkil qilindi. 1934- yilda dotsent N.B. Blumning "Tonzillar muammolar to'g'risida" nomli monografiyasi bosmadan chiqdi, 1937-

yilda esa assistent N.N. Krimnyov "Odam tanglay murtaklari yuzasining sezuvchanligi" monografiyasini nashr qildirdi. Xuddi shu yillarda dotsent N.A. Novikov birinchi marta bolalar hiqildog'ida yot jismlarni bevosita laringoskopiya yordamida olib tashlashni amaliyotda qo'lladi.

1939-1944- yillarda kafedraga professor V.P. Chekurin mudirlik qildi, 1945- yilda uni professor S.I. Shumskiy boshqarib, mahalliy aholi o'rtasidan ilmiy kadrlar tayyorlashga g'oyat katta e'tibor bergan. Uning rahbarligi ostida O'zbekistonda professor Q.J. Mirazizov, dotsent S.A. A'zamov, dotsent R.A. Hamroyeva, dotsent L.G. Bussel, assistent R.N. Qayumova kabi ko'plab tanikli otorinolingologlar o'z faoliyatini boshlaganlar. Ikkinchi Jahon urushi yillarida evakuatsiya qilingan olimlar L.T. Levin, D.I. Zimont, Ya.L. Kots, O.G. Kalina, A.A. Skript kabi professorlar kafedrada ishlashgan. Ular harbiy gospitallarda ishlab, quloq, burun va tomoqdagi o'q yaralarni tashxis qilish va xirurgiya yo'li bilan davolash uslubini joriy etishdi.

S.I. Shumskiy rahbarligi ostida kafedraning ilmiy-tadqiqot ishlari quloqni sanatsiya qiladigan operatsiyalardan so'ng trepanatsion jarohatlarning bitishi va tonzillar muammosini chuqur o'rganishdan iborat bo'lgan. 1946-1948- yillarda eshitishning audiologik metodlari keng qo'llanila boshlandi, surdologiya xonasi tashkil etildi. Eshitish faoliyati buzilgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish usullari takomillashtirildi. Surdologik xizmat rivojlanishiga Yu.S. Krivitskaya katta hissa qo'shdi. Professor S.I. Shumskiy rahbarligi ostida o'zbeklardan birinchi bo'lib S.A. A'zamov "Eshitish o'tkirligini nutq bilan tekshirish va o'zbek tilining fonetik xususiyatlari to'g'risida"gi nomzodlik dissertatsiyasini yoqlagan. Yosh olim tadqiqotlarining natijalari faqat o'zbek tilini biladigan mahalliy aholida eshitish funksiyasini aniqlash uchun muhim ahamiyatga ega bo'ldi. O'zbek tilida u yaratgan maxsus jadvallar eshitishni nutq bilan tekshirishda hanuzgacha qo'llanilib kelinadi.

S.I. Shumskiy rahbarligi ostida klinikada LOR ambulatoriyasi ochildi va bemorlarni qabul qila boshladi. Klinikaning o'rinlari 60 tagacha ko'paytirildi. Shu yillarda kafedrada "Tonzillit va ichki quloq funksiyasi" degan mavzu bo'yicha yo'nalish ishlab chiqilayotgan edi. Professor S.I. Shumskiy kafedraga 10 yil davomida mudirlik qildi. Shu davr ichida u ko'plab yuksak malakali mutaxassislarni yetishtirdi. S.I. Shumskiy boshchiligida E.A. Ladijenskaya (1944), Yu.D. Vasilenko (1951), S.A.

A'zamov (1953), R.A. Hamroyeva (1954), B.A. Kontuashvili (1956), G'.J. Mirazizovlar (1957) nomzodlik dissertatsiyalarini yoqladilar.

1955- yilda uning vafotidan so'ng kafedraga Omsk tibbiyot institutida ishlagan professor Yu.I. Laskov mudir etib tayinlandi. Uning rahbarligi ostida L.G. Bussel (1961), M.Sh. Milman (1961), G.A. Feygin (1961), Yu.S. Krivitskaya (1963), A.U. Usmonova (1966) nomzodlik dissertatsiyalarini muvaffaqiyatli yoqladilar.

Yu.I. Laskov tobora rivoj topib borayotgan otorinolarologiyaning talablarini to'la-to'kis qondira oladigan klinika qurish va uni kengaytirishga mablag'lar ajratilishiga muvaffaq bo'ldi. Shu yillarda klinika ko'pgina apparatlar, bronxoskoplar, xirurgik mikroskoplar xarid qildi. Kafedra binosi qo'shimcha imoratlar qurish hisobiga kengaytirildi, klinikada o'rinlar soni ko'paytirildi.

1965- yilda akademik B.S. Preobrajenskiy rahbarligi ostida birinchi o'zbek otorinolarolog, Q.J. Mirazizov "Otogen kalla suyagi ichi asoratlarining etimologiyasi, patogenezi, tashxisi va davolash" degan mavzuda doktorlik dissertatsiyasi yoqladi. 1968- yilda I.Yu. Laskov olamdan ko'z yumganidan so'ng Q.J. Mirazizov kafedra mudiri etib tayinlandi. Bu davrda kafedraning kengayishi boshlandi, yangi o'quv xonalari, funksional tekshiruv xonalari tashkil etila boshlandi, zamonaviy tibbiyot asbob-uskunalari xarid qilindi.

1970- yilda foniatriya xonasi ochildi, unda tovush funksiyasida buzilishlari bo'lgan bemorlar (kasb-kori tovush bilan bog'liq shaxslar), shuningdek traxeya va hiqildog'ida og'ir operatsiyalarni o'tkazgan patsiyentlar ixtisoslashgan yordam olish imkoniyatiga ega bo'ldilar. Foniatrik xizmatning asoschisi dotsent R.A. Hamroyeva edi. U boshlagan ishning davomchisi, shogirdi vrach-foniater V.N. Savinkina bo'ldi.

1972- yilda O'rta Osiyo Pediatriya meditsina instituti tashkil etildi. Shu institutning LOR kafedrasiga professor A.N. Dadamuhamedov boshchilik qildi.

70- yillarning o'rtalarida otorinolarologiyada eshitishni saqlaydigan va endolarologik xirurgik aralashuvlar davri boshlandi. 1974-75- yillarda LOR bo'limi operatsiya qiladigan mikroskopik mikroxiirurgik instrumentariy — Klainzasser laringoskopi bilan jihozlandi.

1976- yilda ToshMI klinikasida Markaziy Osiyoda birinchi marta krioxirurgiya metodi qo'llanildi, 1979- yildan boshlab esa ultratovush

to'liqlari negizida ishlaydigan xirurgik apparatlardan foydalanish boshlandi. Kafedrada "Quloq va yuqori nafas yo'llari kasalliklari asoratlarning tashxisi va davolash" degan mavzu ishlab chiqila boshlandi. Birinchi marta quloq, burunning yondosh bo'shliqlari, hiqildoqning yiringli kasalliklarida anaerob infeksiyaning roli o'rganildi. Shuningdek, o'smirlarda burun-halqum angiofibromasining tashxisi va davolash muammosi hal etildi. Hiqildoq o'smalarini erta tashxis qilish va lazer yordamida otorinogen yiringli asoratlarni davolash metodlari ishlab chiqildi.

Yil sayin talabalar soni ko'paygani bois, 1975- yilda ikkita mustaqil kafedra tashkil qilindi. Ikkinchi davolash va stomatologiya fakultetlari LOR kafedrasiga professor G'.J. Mirazizov rahbarlik qilgan edi. Kafedra va klinikada dotsent L.G. Bussel, assistentlar R.N. Qayumova, M.M. Odilov, Z.S. Abdurahimova, V.P. Osipov, I.M. Musayev, G'.A. Xo'jayeva, ordinatorlar V.M. Tobias, E.I. Ibodov, N.F. Gushinskaya, L.S. Demochko, A.M. Mirzarasulov, G.N. Bayazitova ishlaganlar.

Birinchi davolash va sanitariya-gigiyena fakultetlarining kafedrasiga A.I. Mo'minov mudirlik qilgan. Kafedrada dotsentlar R.A. Hamroyeva, A.U. Usmonova, A.M. Hakimov, assistentlar Sh.A. Maxsumova, X.M. Matquliyev, X.E. Shayxova, ordinator K.J. Jabborov va boshqalar ishlaganlar.

70- yillarning o'rtalaridan boshlab respublikada ilmiy-pedagogik kadrlarning tez sur'at bilan o'sishi kuzatiladi. G.A. Feygin, A.I. Mo'minov, G.T. Ibragimov, A.N. Dadamuxamedov, S.A. Hasanov, L.G. Bussel va boshqalar professor unvoniga ega bo'lishdi.

1990- yilda Toshkent tibbiyot instituti ikkita oliy o'quv maskaniga bo'lindi. Professor Q.J. Mirazizov rahbarligidagi kafedra Birinchi ToshDavTI da qoldi. Ikkinchi ToshDavTI otorinologiya kafedrasini professor A.I. Mo'minov boshqardi. Birinchi ToshDavTI LOR klinikasi bazasida yuqori nafas yo'llari rekonstruksiyasi va quloq mikroxirurgiyasi markazi tashkil etildi. Markazda yumshoq va qattiq to'qima transplantatlaridan foydalanilgan holda hiqildoq va traxeyada bir bosqichli rekonstruksiya va tiklaydigan operatsiyalarning metodlari ishlab chiqilgan edi. Xususan, hiqildoq va traxeyaning tekisligi bo'yicha nuqsonlarni tiklash uchun birinchi marta qon aylanishi o'qqa oid arteriallashgan laxtaklardan foydalanildi, bu V.V. Xromsovskiyning doktorlik va N.N. Abdullayevaning nomzodlik dissertatsiyalarida o'z

ifodasini topgan. O'shanda hajmli nuqsonlarni tiklash uchun birinchi marta mineralsizlashtirilgan suyak transplantatlari qo'llanilgan edi.

Ikkinchi ToshDavTI da professor A.I. Mo'minov tomonidan eshish va nutqni tiklash ilmiy markazi ochildi.

1991- yilda Birinchi va Ikkinchi ToshDavTI filiallari, ularda esa o'z navbatida LOR kasalliklari kafedralari ochilgan edi, bu filiallar Buxoro, Nukus, Urganch va Farg'onada respublika aholisiga ixtisoslashgan tibbiy yordam ko'rsatib kelmoqdalar.

1991- yil — O'zbekiston uchun muhim yil bo'ldi: respublika mustaqillikka ega bo'ldi. Mustaqillik yillarida respublikada milliy kadrlarning tez sur'at bilan o'sishi kuzatildi. Istiqloqning ilk kunlarida otorinologiyaga ixtisoslashgan Ilmiy kengash va ilmiy darajalar hamda unvonlar ta'sis etish bo'yicha Oliy attestatsiya komissiyasi tashkil qilindi.

Q.A. Xo'jayeva, A.M. Hakimov, K.J. Jabborov, X.M. Matquliyev, S. Orifov, Sh.E. Omonov, V.V. Xramsovskiy, X.E. Shayxova, B.B. Palvanov va N.N. Abdullayevlar doktorlik dissertatsiyalarini yoqladilar va professor unvonini oldilar.

1997- yil sentabr oyidan boshlab Birinchi ToshDavTI "Quloq, tomoq va burun kasalliklari" kafedrasini professor Q.J. Mirazizov va professor L.G. Busselning shogirdi professor Q.A. Xo'jayeva mohirlik bilan muvaffaqiyatli boshqarib kelmoqda. Hozirgi kunda professor Q.A. Xo'jayevaning rahbarligida bitta doktorlik, o'nta nomzodlik dissertatsiyalari yoqlangan. Kafedrada hiqildoq va traxeyaning surunkali stenozlari bilan kasallangan bemorlarni jarrohlik usuli bilan davolash ilmiy jihatdan asoslab berilgan va amaliyotga tatbiq etilgan. Hozirgi vaqtda hiqildoq va traxeyaning turg'un deformatsiyalarini, shuningdek, bunday bemorlarda immun status holatlariga doir tekshirishlar izchillik bilan davom ettirilyapti. Hiqildoq va traxeya nuqsonlarining plastikasi uchun transplantatlarning har xil turlaridan (kindik va b.) foydalanish bo'yicha tekshirishlar olib borilyapti. Fizik davolash metodlari (kriodestruksiya, kvant terapiyasi, ultratovush dezintegratsiyasi, bo'shliqlardagi operatsiyalarda tomirlar koagulatsiyasi) va turli LOR patologiyalarida so'nggi avlodga mansub antibiotiklar bilan davolash keng qo'llanilmoqda. Eshish va nutqni qayta tiklash bo'yicha mikrojarrohlik amaliyotlari muvaffaqiyatli bajarilyapti.

O'zbekistonda tibbiy ta'limini isloh qilish sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishning davlat dasturiga muvofiq holda, "umumiy amaliyot vrachi" ixtisosligining joriy qilinishi otorinologiya fani bo'yicha o'qitish dasturini o'zgartirishni talab qildi. O'quv jarayonida ilg'or pedagogik texnologiyalar, obyektiv strukturalangan klinik imtihon (OSKI) qo'llaniladi. Kafedraning moddiy-texnik bazasi ancha mustahkamlandi, yangi zamonaviy uskunalar, operatsion mikroskoplar, sinusoskoplar, kompyuter ensefaloaudiometri va boshqalar sotib olindi. Quloq va yuqori nafas yo'llari kasalliklarini diagnostika qilish, konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolashning yangi, birmuncha takomillashgan usullarini ishlab chiqish davom ettirilyapti.

Kafedra tashkil topganidan buyon 9 ta doktorlik va 50 dan ziyod nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilindi, 1000 dan ortiq ilmiy maqolalar, ratsionalizatorlik takliflari nashr qilindi, mualliflik guvohnomalari, ixtirolarga patentlar olindi.

Birinchi Toshkent Davlat tibbiyot instituti respublikada eng keksa, biroq yagona tibbiyot o'quv yurti hisoblanmaydi. Chunki 1930- yilda Samarqand davlat universiteti tashkil etilganda, uning tarkibida davolash fakulteti bor edi. 1931- yilning fevralida respublika Samarqand kasalxonasining LOR bo'limi bazasida otorinologiya kafedrasini tashkil qilindi. Kafedraning tashkilotchisi va uning birinchi rahbari professor A.V Savelyev edi. Aytish kerakki, u davolash fakulteti dekani va ilmiy kotib lavozimlarini bir yo'la muvaffaqiyatli va samarali ado etib kelgan. 1935- yilda fakultet Samarqand tibbiyot institutiga aylantirilgan va uning qoshida ochilgan LOR klinikasi ixtisoslashgan shoshilinch yordam ko'rsatish bo'yicha markaz bo'lib qolgan. Ikkinchi Jahon urushi yillarida (1941-1945- yillar) otorinologiya kafedrasini professor V.I. Voyachek boshqargan, chunki o'sha davrda harbiy-medsina akademiyasi Leningraddan Samarqandga evakuatsiya qilingan edi. Akademiya Leningradga ko'chirilgandan keyin kafedraga yana professor A.V Savelyev boshchilik qila boshlagan. Uning rahbarligi ostida ikkita nomzodlik dissertatsiyasi yozildi (S.K. Chengeri, M.V Kachurova). 1950- yilda A.V. Savelyev Kursk tibbiyot institutiga taklif qilingan edi. Undan keyin kafedraga dotsent S.K. Chengeri (1950-1951- yillar va 1956-1965- yillar), professor M.S. Lure (1951-1956-

yillar), R.V. Sadriyeva (1965-1970- yillar), V.A. Gorchakov (1970-1986- yillar) mudirlik qildilar. 1986- yili professor T.X. Nasriddinov kafedraga mudir etib tayinlandi. U bitta doktor va beshta tibbiyot fanlari nomzodlarini, shuningdek, ko'p sonli ilmiy-pedagogik kadrlarni yetishtirdi. Qishloq tumanlarida otorinolarologik xizmatni rivojlantirishga, mutaxassislarning malakasini oshirishga katta e'tibor berildi. 1995- yilda kafedra ikkiga bo'lindi: davolash fakulteti kafedrasini (kafedra mudiri professor T.X. Nasriddinov), pediatriya fakulteti otorinolarologiya kafedrasini va vrachlar malakasini oshirish kursi (kafedra mudiri professor A.I. Mo'minov). 1997- yilda VMOF tashkil qilingandan so'ng ikki kafedra birlashtirildi, unga professor T.X. Nasriddinov mudirlik qildi. 2002- yildan boshlab VMOF kafedrasini t.f.d., professor U. Lutfullayev boshqarib kelmoqda. V-VII bosqich talabalari uchun otorinolarologiya kafedrasiga professor T.X. Nasriddinov mudirlik qilmoqda. Hozirgi vaqtda SamTIda uchta fan doktori va 20 dan ortiq tibbiyot fanlari nomzodlari faoliyat ko'rsatmoqdalar.

1932- yilda Toshkentda vrachlar malakasini oshirish instituti ochilgan edi. 1934- yilning 20 martida institut direktori M.I. Slonim quloq, tomoq va burun kasalliklari bo'yicha sikl tashkil qilish to'g'risidagi buyruqni imzoladi. 8 yil o'tgach, 1942- yilning 1 martida shoshilinch yordam instituti bazasida otorinolarologiya kafedrasini ochildi. Kafedraning birinchi mudiri L.T. Levin edi. Ayni vaqtda u ToshMI "Quloq, tomoq va burun kasalliklari" kafedrasining assistenti vazifasini ham bajarardi, kafedraning birinchi assistenti B.E. Lubetskaya bo'lgan. Professor L.T. Levin vafotidan so'ng kafedraga professor S.I. Shumskiy boshchilik qilgan (1944-1948- y.). Undan keyin kafedraga K.A. Drennova rahbarlik qildi (1948-1963- y.). K.A. Drennova II Jahon urushi yillarida LOR xirurgiyadan katta tajriba to'plagan iste'dodli va mohir jarroh edi. Kafedra uning rahbarligi ostida o'rta quloqda, burun yondosh bo'shliqlarida, burun-halqumda xirurgik aralashuvlarni keng joriy eta boshladi. Kafedraning birinchi dotsenti E.A. Ladijenskaya, birinchi aspiranti G.T. Ibragimov bo'lgan (1972-1994- y.). Keyinchalik, professor E.A. Ladijenskaya kafedraga rahbarlik qiladi (1963-1972- y.), undan keyin professor G.T. Ibragimov (1972-1994- y.), 1995- yildan to hozirgi vaqtgacha kafedraga dotsent T.Sh. Mamatova rahbarlik

qilib kelmoqda. Kafedra katta pedagogik va ilmiy-tadqiqot ishlarini olib boradi. Tinglovchilar bir necha shakllarda: ixtisoslashtirish, umumiy malaka oshirish, ko'chma tematik sikllar, tematik malaka oshirish bo'yicha o'qitiladi. 1934- yildan 2003- yillargacha bo'lgan davrda kafedrada qariyb 4000 nafar LOR mutaxassislar tayyorlandi. Kafedra xodimlari tomonidan 8 ta monografiya, qator risolalar, 443 ta bosma asarlar, 8 ta uslubiy tavsiyanomalar, 9 ta ratsionalizatorlik takliflari e'lon qilindi, ixtiro uchun bitta patent olindi, 3 ta doktorlik va 16 ta nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilindi.

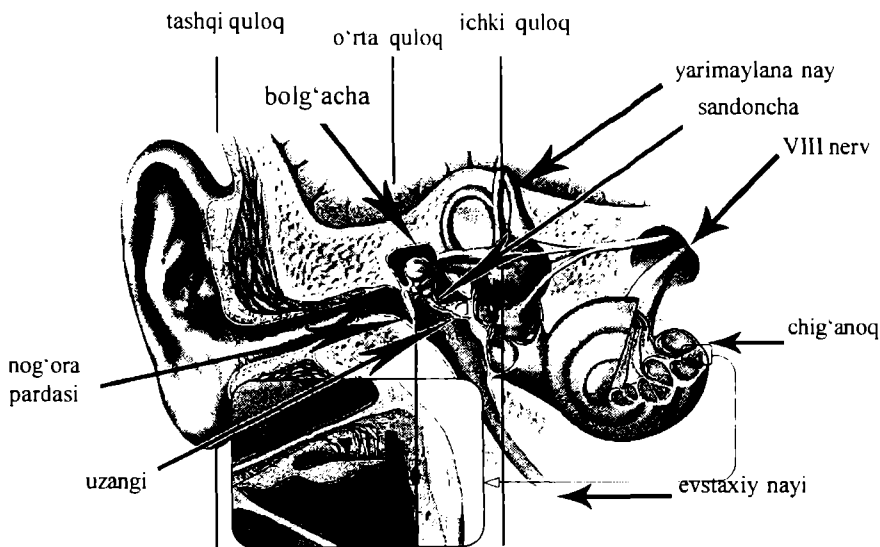
Andijon tibbiyot instituti 1955- yilda ochilgan. Uning tarkibida 1959- yilda LOR kafedrasini tashkil etilib, viloyat kasalxonasining 40 o'rinli LOR bo'limi kafedraning bazasi bo'lgan. Birinchi kafedra mudiri t.f.d., professor M.S. Lurye bo'lgan, undan keyin 1959-1960- yillarda kafedraga bo'lim mudiri E.A. Arutunova rahbarlik qilgan. 1960- yildan 1968- yilning apreligacha kafedrani dotsent S.M.Gordiyenko boshqargan. U nafaqaga chiqqanidan so'ng I.A. Alimov kafedraga mudir etib tayinlangan, u hanuzgacha kafedrani boshqarib kelmoqda. Kafedra xodimlari t.f.d. K.K. Qosimov, dotsentlar F.B. Boltaboyev, K.P. Norboyev, assistentlar N.V. Saynazarov, N.N. Yusupov va boshqalardir. Kafedra yuqori nafas yo'llarining fiziologiyasi va patologiyasi muammolari bilan shug'ullanadi. Shu yillar ichida kafedraning 9 nafar xodimlari nomzodlik dissertatsiyalari yoqladilar. LOR ixtisosligi bo'yicha 28 ta ilmiy maqolalar va 15 ta o'quv-uslubiy qo'llanmalar chop etildi.

Buxoro tibbiyot instituti 1991- yilda tashkil etilgan. Uning birinchi rektori va otorinologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., professor A.I. Mo'minov bo'lgan. Hozirgi vaqtda Buxoro tibbiyot instituti otorinologiya kafedrasining xodimlari t.f.n., dotsent N.X. Vohidov va t.f.n. A.Nurov rahbarligida malakali kadrlarni tayyorlash va yetishtirish, Buxoro viloyatining aholisiga ixtisoslashgan yordam ko'rsatish bo'yicha katta ilmiy -pedagogik ishlarni olib bormoqdalar.

Respublikaning tibbiyot institutlaridagi "Quloq, burun va tomoq kasalliklari" kafedralarining xodimlari o'z ilmiy va kasb mahoratlarini Rossiya, Ukraina, AQSH, Isroil, Janubiy Koreya, Germaniya, Avstraliyaning turli shaharlarida va boshqa mamlakatlarda oshirmoqdalar. Ular AQSH, Isroil, Janubiy Koreya, Germaniya, Avstraliya,

Rossiya, Turkiya va boshqa mamlakatlarda o'tkaziladigan xalqaro anjumanlar va simpoziumlar ishida faol qatnashib kelmoqdalar. 2000-yilda O'zbekiston otorinolarining I syezdi, 2005- yil may oyida esa II syezdi bo'lib o'tdi, ularning ishida Rossiya, Qozog'iston, Qirg'iziston va boshqa mamlakatlarning atoqli otorinolarining ishtirok etdilar.

Hozirgi kunda O'zbekistonda qishloq va shahar aholisiga ixtisoslashgan yordam ko'rsatayotgan 1000 dan ortiq otorinolarining asstoydil xizmat qilmoqdalar, ulardan 16 tasi fan doktorlari va 60 dan ziyodrog'i tibbiyot fanlari nomzodlaridir.



1- rasm. Quloq anatomiyasi.

Quloqning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi

Quloq uch qismdan: tashqi, oʻrta va ichki quloqdan iborat. Tashqi quloq — quloq supراسi va tashqi eshituv yoʻlini oʻz ichiga oladi. Quloq supراسining asosini egiluvchan togʻay tashkil qiladi. Pastdan quloq supراسi togʻaydan mahrum boʻlgan va faqat teri bilan qoplangan yogʻ kletchatkasidan tashkil topgan quloq solinchogʻi (yumshogʻi) bilan tugallanadi. Tashqi eshituv yoʻli uzunligi boʻyicha katta odamlarda qariyb 2,5 sm boʻlgan egilgan naychadan iborat. Uning kavagi diametri 0,7-0,9 sm gacha boʻlgan ellipsga yaqin keladi. U tashqi va oʻrta quloqni chegaralab turadigan nogʻora pardada tugaydi. Tashqi eshituv yoʻli ikki qismdan iborat boʻlib, tashqi-pardasimon togʻay va ichki-suyak boʻlimlarni tashkil qiladi. Tashqi boʻlim eshituv yoʻli uzunligining uchdan ikki qismini tashkil etadi. Bunda uning faqat oldingi va pastki devorlari togʻaydan, orqa va yuqori devorlari esa zich fibroz-biriktiruvchi toʻqimadan hosil boʻlgan. Tashqi eshituv yoʻlining togʻay plastinkasida fibroz toʻqima bilan toʻlgan ikkita koʻndalang joylashgan santorining yoriqlari bor; bu joyda gʻovak kletchatka borligidan eshituv yoʻli pastdan yashirin (intim) quloqoldi soʻlak bezi bilan chegaralanadi, aksariyat yalligʻlanish jarayonining tashqi quloqdan quloqoldi beziga oʻtishi va aksincha boʻlishi shu bilan izohlanadi. Bola hayotining dastlabki 6 oylarida tashqi eshituv yoʻliga kirish yoriq koʻrinishiga ega boʻladi, chunki yuqori devori pastki devoriga deyarli zich yopishib turadi. Tashqi eshituv yoʻlining eng tor qismi suyak boʻlimi oʻrtasida joylashadi va boʻyin nomi bilan yuritiladi. Tashqi eshituv yoʻlining oldingi devori pastki jagʻ boʻgʻimini tashqi quloqdan chegaralab turadi, shuning uchun unda yalligʻlanish jarayoni paydo boʻlganda chaynash harakatlari qattiq ogʻriq paydo qiladi. Qator hollarda iyak bilan yiqilishda oldingi devorining shikastlanishi kuzatiladi. Tashqi eshituv yoʻlining yuqori devori tashqi bosh suyagi oʻrta chuqurchasi bilan chegaralangan, shuning uchun kalla suyagi asosining sinishlarida qon yoki likvor oqib tushishi mumkin. Tashqi quloqning orqa devori soʻrgʻichsimon oʻsimtaning oldingi devori hisoblanib, mastoiditda aksariyat jarayonga tortiladi. Bu devor asosidan yuz nervi oʻtadi. Pastki devori quloqoldi bezini tashqi quloqdan chegaralab turadi. Yiringli parotitlar yoki quloqoldi

bezi absessi otitlarga o'xshab ketishi mumkin. Pardasimon-tog'ay bo'limida yog' bezlarining o'zgargan ko'rinishi hisoblangan sera bezlari bo'ladi. Ular nim jigarrang sekret ajratib, yog' bezlarining ajralmasi va terining ko'chgan epiteliysi bilan birga quloq serasini tashkil qiladi. Quloq serasi qurigach, odatda, eshituv yo'lidani tushadi; bunga chaynash vaqtida eshituv yo'lining pardasimon-tog'ay bo'limining tebranishlari imkon beradi.

Tashqi quloqdan limfa oqimi supacha oldida, so'rg'ichsimon o'simtada va tashqi eshituv yo'lining pastki devori ostida joylashgan tugunlar yo'nalishida sodir bo'ladi. Bu yerdan limfa bo'yinning chuqur limfatik tugunlariga oqib tushadi (tashqi eshituv yo'li yallig'langanda bu tugunlar kattalashadi va paypaslaganda keskin og'riq beradi).

Tashqi quloq **n. auriculotemporalis** (n. trigemini III tarmog'i), **n. auricularis magnus** (bo'yin chigali tarmog'i), shuningdek **n. vagi r. auricularis**ning sezuvchan tarmoqlaridan innervatsiyalanadi. Shu munosabat bilan ayrim kishilarda adashgan nerv innervatsiya qiladigan tashqi eshituv yo'lining orqa va pastki devorlarini mexanik ta'sirlantirish reflektor yo'tal paydo qiladi.

Tashqi quloqni o'rta quloqdan chegaralab turadigan nog'ora pardasi balandligi 10 mm va eni 9 mm, juda tarang, kam qayishqoq va 0,1 mm gacha juda yupqa ovaldan iborat. Bolalarda u deyarli yumaloq shaklda va teri hamda shilliq parda qalinligi, ya'ni tashqi va ichki qavatlari hisobiga kattalarnikidan qalinroq. Parda nog'ora bo'shlig'i ichkarisiga voronkasimon botib kirgan. U uchta qavatdan tashqi eshituv yo'li terisining davomi bo'lgan teri (epidermal qavat), ichki-nog'ora bo'shlig'i shilliq pardasining davomi hisoblangan shilliq parda va o'rta-biriktiruvchi to'qima qavatlardan iborat. Nog'ora bo'shlig'ining ichki va o'rta qavatlari bilan bolg'acha dastasi zich yopishgan, uning pastki uchi nog'ora parda o'rtasidan bir muncha quyiroqda varonkasimon chuqurcha-kindik hosil qiladi. Bolg'acha dastasi kindikdan yuqoriga va qisman oldinga davom etib, pardaning uchdan bir yuqori qismida tashqaridan ko'rinib turadigan qisqa o'simta beradi, u tashqariga chiqib, pardani bo'rttiradi, shunda ikkita oldingi va orqa burmani hosil qiladi. Pardaning kalta o'simta va burmalar yuqorisida joylashgan kichikroq qismida o'rta (fibroz) qavat bo'lmaydi va qolgan tortilgan (tarang) qismidan farqli ravishda tortilmagan yoki solqi qismi nomi bilan yuritiladi.

Nog'ora pardasi sun'iy yoritilishda sadafsimon-kulrang, biroq yoritish manbaya pardaning tashqi ko'rinishiga jiddiy ta'sir qilishini, xususan yorug'lik konusi hosil qilishini nazarda tutish lozim. Amaliy maqsadlarda nog'ora bo'shlig'ini shartli ravishda ikki chiziq bilan to'rtta kvadratga bo'ladi; chiziqlardan biri bolg'acha dastasi bo'ylab pardaning pastki chetigacha, ikkinchisi esa unga perpendikulyar kindigi orqali o'tkaziladi. Shunday bo'linish tufayli uning oldingi-yuqori, orqa-yuqori, oldingi-pastki va orqa-pastki kvadratlari farq qilinadi.

O'rta quloq o'zaro tutashdigan bir necha havoli bo'shliqlardan: nog'ora bo'shlig'i, eshituv nayi, g'or dahlizi, so'rg'ichsimon o'simtaning g'or va u bilan bog'liq havo katakchalaridan iborat. O'rta quloq eshituv nayi orqali burun-halqum bilan tutashadi; normal sharoitlarda bu o'rta quloqning hamma bo'shliqlarini tashqi muhit bilan yagona tutashmasidir.

Nog'ora bo'shlig'i

Bola tug'ilgandan keyin unda oltita suyak devorlarining nog'ora bo'shlig'i shakllangan bo'ladi: uning bo'shlig'i miksoid to'qima bilan to'lgan bo'lib, keyingi 6 oy ichida so'rilib ketadi. Miksoid to'qima infeksiya rivojlanishi uchun yaxshi oziqli muhit bo'lgani bois, o'rta quloqda yallig'lanish jarayoni, ayniqsa, oson paydo bo'ladi. Nog'ora bo'shlig'ini hajmi 1 sm^3 gacha bo'lgan noto'g'ri kub bilan taqqoslash mumkin. Unda oltita devor: yuqori, pastki, oldingi, orqa, tashqi va ichki devorlar farq qilinadi.

Yuqori devori yoki nog'ora bo'shlig'ining tomi nog'ora bo'shlig'ini bosh suyagining o'rta chuqurchasidan ajratib turadi, unda mayda teshikchalar bo'lib, ular orqali qonni qattiq miya pardasidan o'rta quloq shilliq pardasiga tashiydigan tomirlar o'tadi. Ba'zan yuqori devorida degissensiyalar bo'ladi; bunday hollarda nog'ora bo'shlig'ining shilliq pardasi bevosita qattiq miya pardasiga yopishadi.

Hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda chakka suyagining piramidasi bilan tangachasi orasidagi chegarada bitmagan yoriq bo'ladi. Bu esa o'rta quloq o'tkir yallig'langanda, ularda miya simptomlari paydo bo'lishiga sababchi hisoblanadi. Keyinchalik, bu joyda chok paydo bo'ladi va kalla suyagi bilan tutashma (aloqa) joyda tugaydi.

Nog'ora bo'shlig'i tubi (pastki bo'yinturuq devori) uning ostida yotgan bo'yinturuq chuqurchasi bilan chegaradosh chuqurchada bo'yinturuq venasining piyozchasi joylashadi. Bu devor ba'zan juda yupqa yoki degissensiyali bo'lishi mumkin, vena piyozchasi ular orqali ba'zan nog'ora bo'shlig'iga bo'rtib chiqadi, shuning uchun paratsentezda yoki nog'ora bo'shlig'i tubidan granulyatsiyalarni qo'pollik bilan qirganda bo'yinturuq venaning piyozchasiga jarohat yetishi va bu qattiq qon oqishi bilan o'tishi mumkin.

Oldingi devori (nay yoki uyqu devori) tashqi tomonida ichki uyqu arteriyasi joylashgan yupqa suyak plastinkasidan hosil bo'lgan. Unda eshituv nayining nog'ora og'izchasiga teshik bor. Bundan tashqari, oldingi devori qator hollarda degissensiyaga ega, shuningdek, nog'ora bo'shlig'iga ular orqali tomirlar va nervlar o'tadigan yupqa kanalchalar bilan ta'minlangan.

Nog'ora bo'shlig'ining orqa (so'rg'ichsimon) devori so'rg'ichsimon o'simta bilan chegaradosh. Bu devorning yuqori bo'limida nog'ora parda usti bo'shlig'ini so'rg'ichsimon o'simtaning doimiy katagi-g'or bilan tutashtiradigan enlik yo'l bor. Orqa devorining pastki bo'limi ichida yuz nervi kanalining pasayib boradigan tizzasi o'tadi.

Nog'ora bo'shlig'ining tashqi (pardasimon) devori nog'ora bo'shlig'i va qisman attik sohasida suyak plastinkasidan hosil bo'lgan, u tashqi eshituv yo'lining yuqori suyak devoridan chiqadi.

Nog'ora bo'shlig'ining ichki (labirint, medial, promontorial) devori labirintning tashqi devori hisoblanadi va uni o'rta quloq bo'shlig'idan ajratib turadi.

Nog'ora bo'shlig'ining ichki devori bo'ylab dahliz darchasi ustida oldindan orqaga yo'nalishda yuz nervi suyak kanalining gorizontall tizzasi o'tadi, u antrum ichki devoridagi gorizontall yarim doira kanal do'ngigacha borib, vertikal pastga buriladi, pasayib boradigan tizza va bigiz, so'rg'ichsimon teshik orqali kalla suyagi asosiga chiqadi. Yuz nervi suyak kanalida bo'ladi (fallopdiy kanali). Yuz nervi kanalining gorizontall bo'lagi dahliz darchasi ustidan nog'ora bo'shlig'iga suyak bolishchasi ko'rinishida chiqib turadi. Bu yerda uning devori juda yupqa, unda aksariyat degissensiyalar bo'lib, yallig'lanishning o'rta quloqdan nervga tarqalishiga va yuz nervining falaji paydo bo'lishiga yordam beradi.

Eshituv suyakchalari

Bolg'acha, sandon va uzangi o'zaro bo'g'imlar bilan bog'langan, anatomik va funksional jihatdan nog'ora pardasidan to dahliz darchasigacha cho'zilgan yagona zanjirdan iborat.

Yuqorida qayd etilganidek, eshituv (evstaxiy) nayi u orqali nog'ora bo'shlig'i tashqi muhit bilan tutashadigan va burun-halqum sohasida ochiladigan tuzilma hisoblanadi. U ikkita qismdan: kalta suyak qism kanalning 1/3 qismi va uzun tog'ay qism 2/3 qismidan iborat. Uning uzunligi katta odamlarda 3,5 *sm* ga, chaqaloqlarda 2 *sm* ga teng. Tog'ay qismi suyak qismiga o'tayotgan joyda eng tor qismi (diametri 1-1,5 *mm*) bo'yni hosil bo'ladi. Bolalarda eshituv nayi anchagina kalta, keng va gorizontal joylashgan bo'lgani uchun burun va burun-halqumdagi patologik ajralmalarning o'tib ketishiga sabab bo'ladi, emizish paytida esa patogen mikroorganizmlar uchun ozuqa muhiti bo'ladigan sut ham o'tib ketadi.

So'rg'ichsimon o'simta

Chaqaloqda so'rg'ichsimon o'simta rivojlanmagan, uning shakllanishi, asosan, bola hayotining 6-yili oxirida va 7- yili boshida ro'y beradi. So'rg'ichsimon o'simtaning ichki tuzilishi bir xil emas va asosan havo saqlovchi bo'shliqlar hosil bo'lishiga bog'liq. Pnevmatiklik tabiatiga ko'ra quyidagilarni farq qilish lozim: 1) so'rg'ichsimon o'simtaning pnevmatiktpdagi tuzilishi, bundahavo tashuvchi kataklar soni ancha ko'p. Ular deyarli butun o'simtani to'ldirib turadi va ba'zan hatto chakka suyagi tangasiga, piramidaga, eshituv nayining suyak qismiga, yonoq o'simtasigatarqaladi; 2) tuzilishini diploetik(spongioz, g'ovaksimon) tipi. Bu holda havoli kataklar miqdori unchalik ko'p emas, ular trabekulalar bilan chegaralangan kichikroq bo'shliqlarga o'xshaydi va asosan g'or yaqinida joylashadi; 3) tuzilishining sklerotik (kompakt) tipi; 4) turli tuzilishlarning uchastkalarini o'zidabiriktirgan tuzilishning aralash tipi. So'rg'ichsimon o'simta faqat zich suyak to'qimasidan hosil bo'lgan.

Agar so'rg'ichsimon o'simtaning pnevmatiktpdagi tuzilishi bola normal rivojlanayotganda kuzatilsa, diploetik va sklerotik modda almashinuv jarayonlarining buzilishlari oqibati yoki boshdan kechirilgan umumiy va mahalliy yallig'lanish kasalliklarining natijasi

bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda so'rg'ichsimon o'simtaning pnevmatiklanish jarayoniga ba'zi bir genetik yoki konstitutsional omillar, shuningdek, ular bilan bog'langan rezistentlik va organ-to'qima reaktivligi muayyan ta'sir ko'rsatadi, degan fikr mavjud.

So'rg'ichsimon o'simtaning havo saqlovchi kataklari bir-biri bilan va g'or bilan tutashadi, u g'orga kirish vositasida nog'ora bo'shlig'ining nog'ora usti bo'shlig'i bilan tutashadi. Eng yirik katak g'or. O'rta kalla suyagi chuqurchasining qattiq miya pardasidan g'orni suyak plastinkasi ajratib turadi, yiringli jarayon plastinkani yemirganda yallig'lanish miya pardalariga ham o'tishi mumkin. G'orni va havo saqlovchi kataklarni qoplab turgan shilliq parda nog'ora bo'shlig'i shilliq pardasining davomi hisoblanadi. So'rg'ichsimon o'simtaning ichki orqa yuzasida tarnovsimon chuqurcha bo'ladi. Unda sigmasimon venoz sinus bo'lib, miyadan bo'yinturuq vena sistemasiga venoz qon oqib kelishi amalga oshiriladi. Orqa kalla suyagi chuqurchasining qattiq miya pardasi so'rg'ichsimon o'simtaning katak sistemasidan yetarlicha zich bo'lmagan, yupqa suyak plastinkasi vositasida chegaralanadi. Qator hollarda kataklarning yallig'lanishi shu plastinkaning yemirilishiga olib kelishi mumkin. Ba'zan so'rg'ichsimon o'simtaning shikasti sigmasimon sinus devori butunligining buzilishiga va hayotga xavf soladigan qon oqishiga sabab bo'lishi mumkin. So'rg'ichsimon o'simta kataklari yaqinida yuz nervining so'rg'ichsimon qismi joylashgan bo'ladi. O'rta quloqning o'tkir va surunkali yallig'lanishlarida yuz beradigan falajlar va yuz nervi parezlari ba'zan ana shu yaqinlik oqibatida paydo bo'ladi.

Ichki quloq asosini chakka suyagi piramidasining ichkarisida tarkibida pardasimon labirint bo'lgan suyak labirinti tashkil qiladi. Medial tomondan u chig'anoq suv yo'li (vodoprovodi), shuningdek, berk holda tugaydigan dahliz suv yo'li vositasida tutashadigan orqa kalla suyagi chuqurchasi bilan tutashadi. Labirint uch bo'limdan: dahliz, uning orqasida uchta yarimdoira kanallar sistemasi va dahlizdan oldinda chig'anoqdan iborat.

Dahlizda sferik va ellipssimon xaltacha bo'ladi. Uchta o'zaro perpendikulyar tekisliklarda-uchta yarimdoira kanal farq qilinadi: (1) tashqi yoki gorizontal, gorizontal tekislikka nisbatan 30 burchak ostida joylashadi; (2) oldingi yoki frontal vertikal, frontal tekislikda bo'ladi;

(3) orqa yarimdoira kanal yoki sagittal vertikal, sagittal tekislikda joylashadi. Har bir kanalda ikkita tizza: silliq va kengaygan ampulyar tizza bo'ladi. Yuqori va orqa vertikal kanallarning silliq tizzasi dahlizga ochiladigan bitta umumiy tizzaga qo'shilgan. Chig'anoq odamda suyak o'qi atrofida ikki yarim marta aylanadigan suyak spiral kanalidan suyak spiral plastinkasi chiqib, ikkita koridor hosil bo'ladi. Yuqorigisi dahliz narvoni, pastkisi nog'ora narvoni. Dahliz narvoni dahliz bilan tutashadi, nog'ora narvoni chig'anoq darchasi (dumaloq darcha) vositasida nog'ora bo'shlig'i bilan to'la-to'kis chegaradosh. Suyak labirinti perilimfa bilan to'lgan, undagi pardasimon labirintda esa endolimfa bor.

Pardasimon labirint, asosan, suyak labirinti shaklini takrorlaydigan kanallar va bo'shliqlarning berk sistemasidan tashkil topgan. Pardasimon labirint hajmi bo'yicha suyak labirintidan kichik, shu tufayli ularning orasida perilimfa bilan to'lgan perilimfatik bo'shliq hosil bo'ladi. Pardasimon labirint anatomik berk va endolimfa bilan to'lgan endolimfatik bo'shliq hosil qiladi. Perilimfa va endolimfa quloq labirintining gumoral sistemasidan iborat; bu suyuqliklar biokimyoviy tarkibi bo'yicha har xil. Perilimfa chig'anoq vodoprovodi vositasida subaraxnoidal bo'shliq bilan tutashadi va turi o'zgargan (asosan oqsil tarkibi bo'yicha) orqa miya suyuqligidan iborat. Endolimfa pardasimon labirint yopiq sistemasida bo'lgani holda miya suyuqligi bilan bevosita tutashmasi yo'q. Labirintning ikkala suyuqligi funksional jihatdan o'zaro chambarchas bog'liq.

Anatomik va fiziologik nuqtayi nazarlardan ichki quiloqda ikkita retseptor apparat farq qilinadi: (1) eshituv apparati, pardasimon chig'anoqlarda va (2) vestibulyar apparat, bu dahliz xaltachalari va uchta pardasimon yarimdoira kanalni kengaygan qismida.

Eshituv analizatorining periferik (retseptor) bo'limi Korti organini (spiral organ) hosil qiladi. Chig'anoq spiral plastinkasi asosida spiral tugun joylashgan, uning har bir ganglioz katagi ikkita tolaga: periferik va markaziy tolaga ega. Periferik tolalar retseptorlarga boradi. Markaziy lari VIII nerv eshituv (chig'anoq) porsiyasining tolalari hisoblanadi. VII nerv ko'prik-miyacha burchagi sohasida va to'rtinchi qorincha tubida ikkita ildizga: yuqori (vestibulyar) va pastki (chig'anoq) ildizlarga bo'linadi. Chig'anoq nervi tolalari dorsal va ventral yadrolari bo'ladigan eshituv do'mboqchalarida tugaydi.

Shunday qilib, spiral gangliy kataklari Korti organi neyroepitelial tukli kataklariga boradigan periferik tolalar, cho‘zinchoq miya yadrolarida tugaydigan markaziy o‘simtalar bilan birga eshituv analizatorining I neyronini tashkil qiladi. Cho‘zinchoq miyadagi ventral va dorsal eshituv yadrolaridan eshituv apparatining II neyroni boshlanadi. Bunda bu neyron tolalarining kamroq qismi shu nomdagi tomon bo‘yicha boradi, ko‘proq qismi esa **stria acusticae** ko‘rinishida qaramaqarshi tomonga o‘tadi. II neyron tolalari yon qovuzloq tarkibida boshlikka qadar yetadi, shu yerdan to‘rt do‘nglik yadrolariga va medial tizzasimon tana yadrolariga boradigan II neyron boshlanadi. IV neyron miyaning chakka bo‘lagiga boradi va Geshlning, asosan, ko‘ndalang chakka egatlarida joylashib, eshituv analizatorining po‘stloq bo‘limida tugaydi.

Vestibulyar apparat ham xuddi shunday tuzilgan. Ichki eshituv yo‘lida hujayralari ikkita o‘simtadan iborat vestibulyar gangliy joylashgan. Periferik o‘simtalar neyroepitelial ampulyar va otolit retseptorlarning tukli hujayralariga, markaziy o‘simtalar esa VIII nervning (n. sochleovestibularis) vestibulyar porsiyasini tashkil qiladi. Cho‘zinchoq miya yadrolarida birinchi neyron tugaydi. To‘rtta guruh yadrolari farq qilinadi: Deyters lateral yadrolari; medial, uchburchakli Shvalbe va yuqori burchakli Bexterev, pasayib boruvchi Roller yadrolari. Har bir yadrodan, asosan, kesishgan ikkinchi neyron boradi. Vestibulyar analizator vestibulyar yadrolar vositasida markaziy nerv sistemasining har xil yadrolari bilan aloqada bo‘ladi.

1) vestibulospinal aloqalar vestibulospinal yo‘l tarkibidagi lateral yadrolardan boshlanadi va orqa miyaning harakat yadrolarida tugab, vestibulyar retseptorlarning mushak sistemasi bilan aloqasini ta‘minlaydi;

2) vestibulo- ko‘zni harakatlantiruvchi aloqalar orqa bo‘ylama dasta sistemasi orqali: medial va pasayib boradigan yadrolardan kesishgan yo‘l, yuqori yadrodan esa -ko‘zni harakatlantiruvchi yadrolarga kesishmagan yo‘l orqali amalga oshiriladi;

3) vestibulovegetativ aloqalar yadroning medial uchburchagining pastki bo‘limlaridan diensefal sohaning adashgan nerv yadrolari orqali amalga oshiriladi;

4) vestibulomiyacha yo‘llari miyacha pastki oyoqchasining ichki bo‘limidan o‘tadi va vestibulyar yadrolarni miyacha yadrolari bilan bog‘laydi;

5) vestibulokortikal aloqalar to'rtala yadrolardan ko'ruv do'mbog'iga boradigan vertikal tolalar sistemasi tomonidan amalga oshiriladi. Ko'ruv do'mbog'ida uzilib, sanab o'tilgan tolalar bosh miya qobig'ining chakka bo'lagiga borib, bu yerda vestibulyar analizator tarqoq vakillikka ega bo'ladi. Qobiq va miyacha vestibulyar apparatga nisbatan boshqaruvchi vazifani bajaradi.

Eshituv analizatori fiziologiyasining asoslari

Eshituv analizatorida ikkita qism tovush o'tkazuvchi (quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li, nog'ora pardasi, eshituv suyakchalari, labirint suyuqliklari) va tovushni qabul qiluvchi chig'anoqda joylashgan spiral (Korti) organ va miya markazigacha nerv yo'li farq qilinadi. Eshituv analizatorini adekvat (monand) ta'sirlovchi tovush deganda shunday mexanik tebranishlar tushuniladiki, ular eshituv retseptoriga ta'sir qilib, tovush qabul qilinadigan muayyan fiziologik jarayonni hosil qiladi. Eshituv analizatorining asosiy xossalariga uning tovush balandligini (chastota tushunchasi), kuchini (intensivlik tushunchasi) va asosiy ton hamda obertonlarni o'z ichiga olgan tembrni farq qilish qobiliyati kiradi. Klassik fiziologik akustikada qabul qilinganidek, inson qulog'i 16 dan 20000 *Gs* gacha (12-24 dan 18000-24000 *Gs* gacha) tovush chastotalari maydoni(ko'lami)ni qabul qiladi. Tovush amplitudasi nechog'lik katta bo'lsa, eshitish shunchalik yaxshi bo'ladi; biroq bu ma'lum darajagacha bo'lib, undan keyin tovush yuklamasi (og'ir ta'siri) boshlanadi. Yosh o'tgan sayin eshitish asta-sekin yomonlashadi, eng ko'p sezuvchanlik zonasi ham past chastotalar tomoniga suriladi. Chunonchi, 20-40 yoshda u 3000 *Gs* sohasiga suriladi. Eshitishning yuqori va pastki chegaralari eshituv a'zosi kasalliklarida o'zgarishi mumkin, natijada eshituvni idrok qilish sohasi torayadi. Bolalarda eshitishning yuqori chegarasi 22000 *Gs* ga yetadi. Qari kishilarda u past va odatda 10000-15000 *Gs* dan oshmaydi. Quloq inson tovushini qabul qilish uchun ahamiyatli bo'lgan 1000-4000 *Gs* zonadagi tovushlarga nisbatan eng yuqori sezuvchanlikka ega. Tovush sezishni chaqirish qobiliyati bo'lgan tovush tebranishlarining minimal energiyasi eshituv sezgisi bo'sag'asi deyiladi. Logarifmning o'ndan 0,1- detsibel - ushbu tovush kuchining

bo'sag'a darajasiga nisbati. Shivirlash nutqi kuchi taxminan 30 *dB*, so'zlashuv nutqi taxminan 40-60 *dB*, ko'cha shovqini 70 *dB*, qattiq nutq 80 *dB*, quloq oldida qichqirish 110 *dB*, reaktiv dvigateli shovqini - 120 *dB* ni tashkil qiladi. Odam uchun maksimal tovush kuchi bo'sag'asi 120-130 *dB* intensivlik hisoblanadi; shunday kuchdagi tovush quloqlarda og'riq paydo qiladi. Eshituv a'zosining tovush ta'sir kuchiga fiziologik moslashuvi adaptatsiya deyiladi. U shuni bildiradiki, tovushning eshituv analizatoriga ta'siri tovush nechog'li kuchli bo'lsa, sezuvchanlik o'tkirligining shunchalik pasayishiga olib keladi. Adaptatsiya faqat tovushga emas, balki sokinlikka nisbatan ham ro'y beradi; bunda sezuvchanlik kuchayadi (o'tkirlashadi), analizator eng past kuchdagi tovushlarni idrok etishga tayyorgarlik ko'radi (moslashadi). Adaptatsiya (moslashish) kuchli va davomli tovushlarga qarshi himoya vazifasini ham bajaradi. Adaptatsiya turli kishilarda turlicha kechadi va sezuvchanlikning tiklanishi singari o'z individual xususiyatlariga ega. Adaptatsiya jarayonlari quloq kasalliklarida turlicha kechadi va ularni o'rganish differensial diagnostika uchun qimmatli ma'lumot beradi. Eshituv analizatorining charchashini adaptatsiyadan farq qilish lozim, u qayta-qayta ta'sirlanishda ro'y beradi, asta-sekin tiklanish bilan o'tadi. Bu jarayon, adaptatsiyadan farqli ravishda, hamma vaqt eshituv a'zosi ish qobiliyatini pasaytiradi. Dam olgandan keyin toliqish hodisalari o'tadi, biroq tovushlar tez-tez va uzoq vaqt ta'sir qilganda va intensivligi yuqori shovqinlarda eshitish funksiyasining turg'un buzilishlari rivojlanadi. Quloq kasalliklari eshitish toliqishining tezroq rivojlanishiga moyillik tug'diradi.

Vestibulyar analizator funksiyasi

Vestibulyar funksiya yarimdoira kanallar va dahliz xaltachalari faoliyati vositasida amalga oshiriladi. Tezlanishlarning har xil turlari vestibulyar retseptorlarning adekvat ta'sirlovchilari hisoblanadi. Burchakli tezlanishlar ampulyar retseptorlarda qo'zg'olish generatsiyasiga olib keladi; to'g'ri chiziqli tezlanishlarning hamma turlari (markazdan qochuvchi, markazga intiluvchi va gravitatsion) dahliz sensor dog'laridagi ta'sirlanishga olib keladi. Bundan tashqari, hozirgi

vaqtda aniqlanganidek, sakkulusda vibratsion stimul(rag‘bat)larning retsepsiyasi ro‘y beradi.

Vestibulyar yadrolarning assotsiativ bog‘lanishlariga muvofiq vestibulyar reaksiyalarning beshta tipi bo‘ladi.

1. Vestibulosomatik reaksiyalar vestibulospinal bog‘lanishlar mavjudligiga bog‘liq, ular organizmga tezlanishlar ta‘sirida mushak tonusining qayta taqsimlanishini ta‘minlaydi.

2. Vestibuloko‘zni harakatlantiruvchi bog‘lanishlarga aloqador okulomotor reaksiyalar nistagm paydo bo‘lishini belgilaydi. Vestibulyar nistagm deganda ko‘z soqqalarining ikki fazali sekin va tez almashinadigan beixtiyor ritmik, odatda, qo‘shilib keladigan uchish harakatlari tushuniladi. Sekin harakat bir tomonga, tez harakat qarama-qarshi tomonga sodir bo‘ladi. Ko‘ndalang-targ‘il muskulaturaga ta‘sir qiladigan hamma vestibulyar reflekslar tonik hisoblanadi. Faqat nistagm ikki fazali klonik tabiatga ega. Bunda sekin fazali ampulyar retseptor ta‘sirilanishiga, tez fazasi esa ko‘zni harakatlantiruvchi markazning kompensatsiya qiladigan ta‘siriga bog‘liq (ko‘z soqqalarining dastlabki holatga qaytishi).

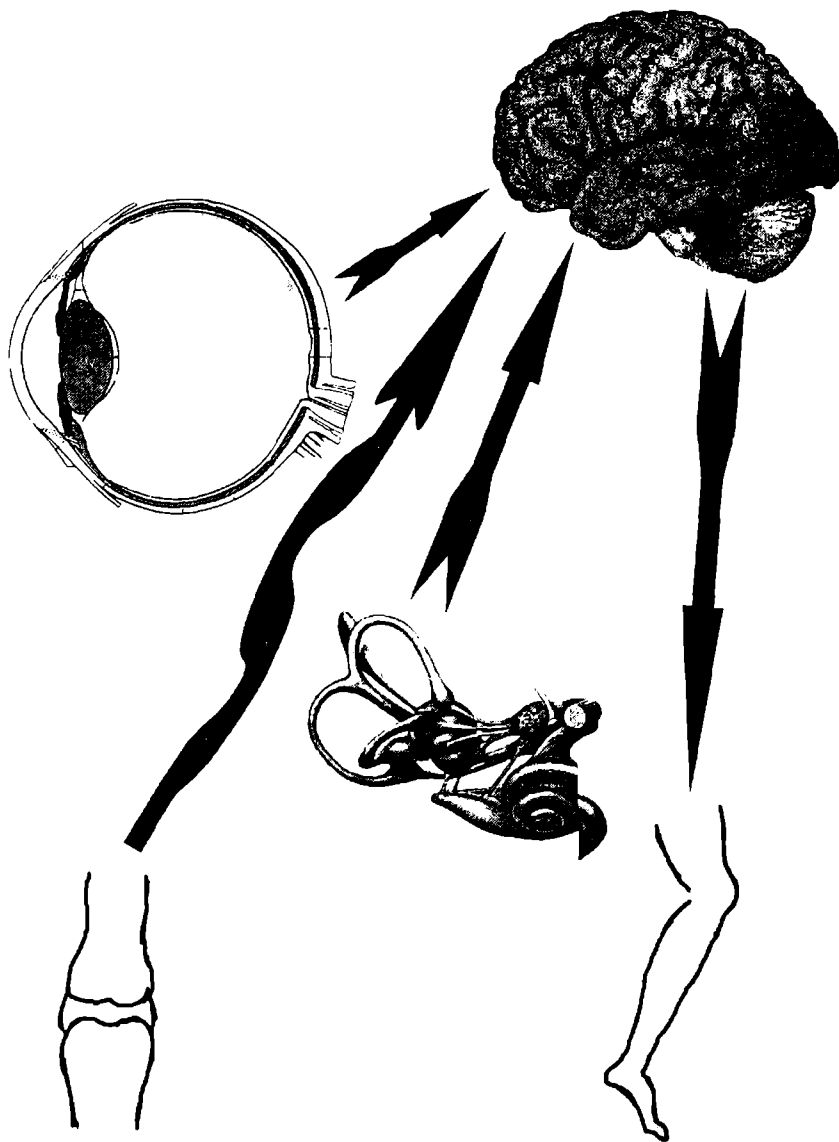
Nistagmning fiziologik ma‘nosi aylanishda atrof-muhit fragmentlarini "rasmga olishdan" iborat.

3. Vestibulovegetativ reaksiyalar, shuningdek, adaptatsion tabiatga ega va arterial bosimning oshishi, yurak urishining tezlashishi, tezlanishlar ta‘sirida ko‘ngil aynish va hatto qusish paydo bo‘lishidan iborat.

4. Vestibulomiyacha reaksiyalar tana holatini makonda mushak tonusini organizmning dinamik holatida qayta taqsimlanishi vositasida quvvatlab turishga qaratilgan. Boshqacha qilib aytganda, tezlanishlar ta‘siri fonida aktiv harakatlar qilinadi.

5. Markaziy analiz va vestibulosensor reaksiya korreksiyasi (bosh aylanishi) bosh miya qobig‘i bilan vestibulokortikal bog‘lanishlar borligiga bog‘liq.

Muvozanatni sezuvchi va harakatlantiruvchi komponentlar



2- rasm. Vestibulyar analizatorning sezuvchi va harakatlantiruvchi komponentlari

Burun va burun yondosh bo'shliqlarining klinik anatomiyasi va fiziologiyasi

Tashqi burun va burun yondosh bo'shlig'ining klinik anatomiyasi

Tashqi burun (nusus externus) teri bilan qoplangan piramida shaklidagi suyak-tog'ay skeletidan iborat. Burunning pastki uchdan bir qismidagi teri yog' bezlariga boy. Burun dahlizi cheti orqali bukilib va burun kataklarini hosil qilib, burun dahlizi devorlarini 4-5 mm masofada qoplab turadi (vestibulum nasi). Teri bu yerda ko'p miqdordagi tuklar bilan ta'minlanib, chipqonlar va sikoz paydo bo'lishiga imkoniyat tug'diradi. Tashqi burun, yuzning hamma yumshoq to'qimalari singari, mo'l qon ta'minotiga ega. Unga tashqi va ichki uyqu arteriyalar sistemasidan tegishlicha yuqori jag' va ko'z kosasi arteriyalaridan o'zaro anastomozlovchi tarmoqlar boradi. Burun va uning yondosh bo'shliqlari venalari qonni qisman oldingi yuz venasi orqali ichki bo'yinturuq venasiga olib boradi, biroq oqim talaygina miqdorda burun bo'shlig'i venalari orqali ro'y beradi, keyin ko'z kosasi venalari orqali qanot-tanglay chuqurchasining venoz chigaliga (plexus pterygoideus), g'orsimon sinus (sinus cavernosus), o'rta miya venasi (v.meningea media) orqali ichki bo'yinturuq venada (v. Jugularis interna) tugaydi. Burun va bo'shliqlarining venalarida klapanlar bo'lmaydi, shuning uchun infeksiya kalla skeleti bo'shlig'iga tez tarqaladi va kalla suyagi ichi og'ir asoratlariga olib keladi. Tashqi burundan limfa oqimi, asosan, jag'osti limfatik tugunlariga keladi.

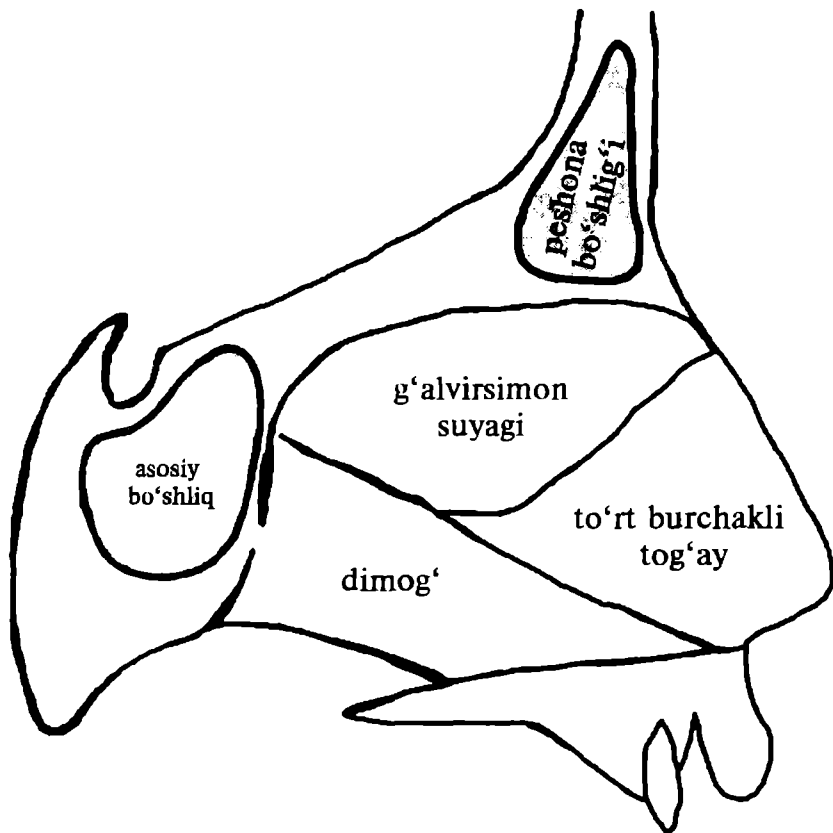
Tashqi burun mushaklari yuz nervi tarmoqchalari (n. facialis), teri-uch shoxli nervning I va II tarmoqlaridan (n.n.supraorbitalis et infraorbitalis) innervatsiya qilinadi. Yuzning turtib chiqqan yuzasi bo'lgan burun, ko'pincha, shikastga uchraydi. Burunning suyak bo'limiga kuchli mexanik ta'sir, ko'pincha, burun suyaklarining aksariyat bo'laklari siljib sinishi, birmuncha jiddiy sinishlarda esa yuqori jag'ning peshona o'simtalarining sinishi bilan o'tadi.

Burun bo'shlig'i (cavum nasi) og'iz bo'shlig'i bilan oldingi kalla suyagi chuqurchasi o'rtasida, yon tomonlardan esa, juft yuqori jag'lar va juft g'alvirsimon suyaklar o'rtasida joylashadi. Burun bo'shlig'ining to'rtta devori bor: pastki, yuqori, medial va lateral; burun bo'shlig'i orqa tomondan xoanalar vositasida burun-halqum bilan tutashadi,

oldingi tomondan ochiq qoladi va teshiklari (kataklari) orqali tashqi havo bilan tutashadi. Pastki devori (burun bo'shlig'ining tubi) yuqori jag'ning ikkita tanglay o'simalari va orqadan kichkina qismda - tanglay suyagining ikkita gorizontal plastinkalaridan hosil bo'lgan. O'rta chiziq bo'ylab bu suyaklar chok vositasida birikkan. Bu birikmadagi chetga chiqishlar har xil nuqsonlarga olib keladi (tanglay, yuqori lab kemtigi). Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda burun bo'shlig'i tubi yuqori jag' tanasida joylashadigan tish pushtlariga tegib turadi. Burun bo'shlig'ining yuqori devori (tomi) oldingi tomondan burun suyaklaridan, o'rta bo'limlarida- teshilgan plastinka (lamina cribrosa) va g'alvirsimon suyak kataklari (tomning eng katta qismi) dan, orqa bo'limlari esa ponasimon bo'shliqning oldingi devoridan hosil bo'lgan. Yuqori devorining shikastlari hid bilishning buzilishi, g'alvirsimon arteriyalarning shikastlanishi va likvoreya bilan o'tadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda **lamina cribrosa fibroz** plastinkadan iborat bo'ladi va 3 yoshligida suyaklanadi. Medial devori yoki burun to'sig'i (septum nasi) oldingi tog'ay va orqa suyak bo'limlardan tashkil topgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqda g'alvirsimon suyakning perpendikulyar plastinkasi pardasimon tuzilma sifatida bo'ladi, uning suyaklanishi bola hayotining 6- yiliga kelgandagina tugaydi. Burun bo'shlig'ining lateral (tashqi) devori birmuncha murakkab tuzilgan. Uning oldingi va o'rta qismlari shakllanishida medial qismi va yuqori jag'ning peshona o'simtasi, ko'z yoshi suyagi, burun suyagi, g'alvirsimon suyakning medial yuzasi qatnashadi va orqa qismida tanglay suyagining perpendikulyar o'simtasi va ponasimon suyakning qanot-tanglay o'simalari xoanalari chetlarini hosil qiladi. Tashqi devorida uchta burun chig'anoqlari (conchae nasalis): pastki (conchae inferior), o'rta (conchae media), yuqori (conchae superior) chig'anoq va o'rta burun yo'li joylashadi. Burun to'sig'i bilan burun chig'anoqlari o'rtasida yoriq ko'rinishida erkin bo'shliq- umumiy burun yo'li.

Burun bo'shlig'ining shilliq pardasi uning hamma devorlarini uzluksiz qatlam bilan qoplaydi, burunning yondosh bo'shliqlari, halqum va o'rta quloqda davom qiladi. U shilliq parda osti qavatiga ega emas, u hiqildoqning tovush osti bo'limidan tashqari nafas yo'llarida umuman bo'lmaydi. Burun bo'shlig'ini ikkita bo'limga: oldingi - burun dahlizi (vestibulum nasi) va asl burun bo'shlig'i (cavum nasi) ga bo'lish mumkin. Burunning nafas sohasi burun tubidan yuqoriga to o'rta chig'anoqning pastki qirrasigacha bo'shliqni egallaydi. Bu sohada

shilliq pardasi ko'p qatorli silindrsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan. Orqa uchlari, o'rtacha chig'anoqning erkin chekkasi va ularning orqa uchlari sohasida shilliq parda g'orsimon to'qima borligi hisobidan qalinlashgan. G'orsimon tana qismlari ba'zan burun to'sig'ida, ayniqsa, uning orqa bo'limida uchrashi mumkin. G'orsimon to'qimaning qon bilan to'lishi va bo'shalishi turli-tuman fizik, kimyoviy, psixogen ta'sirlovchilar hisobiga reflektor ravishda ro'y beradi. Bolalarda g'orsimon venoz tuzilmalar 6 yoshlarga to'lganda to'liq takomilga yetadi.



3- rasm. Burun to'sig'ining tuzilishi.

Burun to'sig'i vaskulyarizatsiyasining xususiyati shilliq pardada uning oldingi uchdan bir sohasida quyuc tomirlar tarmog'ining hosil bo'lishi hisoblanadi (locus Kisselbachii), bu yerda shilliq parda aksariyat yuqqalashgan bo'ladi. Bu joyda, boshqa sohalarga nisbatan ko'proq burundan qon ketishlar sodir bo'ladi, shuning uchun u burunning qonaydigan zonasi, degan nom olgan. Vena tomirlari to'g'ridan- to'g'ri arteriyaga o'tadi. Burun bo'shlig'iga nisbatan venoz oqimining xususiyati uning venoz chigallari (plexus pterigoideus, sinus cavernosus) aloqasi hisoblanadi, venalar ularning vositasida kalla skeleti, ko'z kosasi, halqum venalari bilan tutashadi, bu infeksiyaning ana shu yo'llar bo'ylab tarqalishiga, rinogen kalla suyagi ichi, orbital asoratlar, sepsis va shu kabilar paydo bo'lishiga imkon yaratadi.

Klinikasi uchun hid bilish sohasi limfatik sistemasining hid bilish nerv tolalarining perinevral yo'llari bo'ylab amalga oshiriladigan pardalararo bo'shliqlar bilan aloqadorligini ko'rsatib o'tish muhim. G'alvirsimon labirintdagi operatsiyadan so'ng meningit paydo bo'lishi shu bilan izohlanadi.

Burun bo'shlig'ining sezgi innervatsiyasi uch shoxli nervning birinchi (n.ophthalmicus) va ikkinchi (n.maxillaris) tarmoqlaridan amalga oshiriladi. Uch shoxli nerv tarmoqlari o'zaro anastomoz hosil qiladi, og'riqning burun sohasi va burun yondosh bo'shliqlaridan tishlar sohasi, ko'z, qattiq miya pardasi (peshona, ensa sohasidagi og'riq) irradiatsiyasi (o'tishi) shu bilan izohlanadi.

Burun yondosh bo'shliqlarining klinik anatomiyasi

Burun yondosh bo'shliqlari burun bo'shlig'i atrofida joylashadi va u bilan tutashadi. Havo saqlovchi bo'shliqlar to'rt juft bo'ladi: yuqori jag', g'alvirsimon labirint kataklari, peshona va ponasimon bo'shliqlar. Xususan, oldingi bo'shliqlarning burun bo'shlig'i bilan aloqasi o'rta burun yo'li orqali, orqa bo'shliqlar esa yuqori burun yo'li orqali bo'ladi, bu diagnostik jihatdan muhim; orqa, ayniqsa, ponasimon bo'shliqlarning kasalliklari oldingi bo'shliqlarga nisbatan birmuncha kam uchraydi. Yuqori jag' bo'shlig'ining yuqori devori ayni vaqtda ko'z kosasining pastki devori ham hisoblanadi; bu devor eng yuqqa, undan pastki ko'z kosasi nervi kanali va shu nomdagi tomirlar o'tadi;

bu yerda ba'zan faqat shilliq parda bilan yopilgan degissensiyalar (suyaklarga tug'ma teshiklar) uchraydi. Ba'zi bir hollarda bo'shliqning yuqori va medial devorlari bir-biridan yaqin masofada bo'ladi, bunday sharoitlarda sinusni burun yo'li orqali punksiya qilish ignaning ko'z kosasiga tushishi va unda yiringli yallig'lanish yuzaga kelishi mumkinligi sababli xavflidir. Yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi bo'shliqning pastki devori yoki tubi hisoblanadi; ko'pchilik hollarda katta yoshdagi odamlarda sinus tubi burun bo'shlig'i tubidan pastda bo'ladi. Katta yoshdagi odamlarda 2- premolyar va 1- molyarning sinus tubiga juda yaqinligini, ayrim hollarda tish ildizlarining uchlari bo'shliqqa chiqib turishini va faqat shilliq parda bilan yopilganini qayd etib o'tish muhimdir. Yallig'lanish jarayonining aksariyat tegishli tishlardan bo'shliqqa tarqalishi shu bilan tushuntiriladi. Bo'shliqning orqa devori qalin, yuqori jag' do'mbog'idan hosil bo'lgan.

G'alvirsimon bo'shliqlar (g'alvirsimon labirint) g'alvirsimon suyakning havo tashuvchi kataklaridan tashkil topgan. G'alvirsimon kataklar joylashuvining eng ko'p uchraydigan variantlari oldingi yoki orqa bo'limlarining orbitasiga tarqalishi hisoblanadi. Bu holda ular oldingi kalla suyagi chuqurchasi bilan ham turli masofalarda chegaradosh bo'ladi.

Peshona bo'shlig'i (sinus frontalis) peshona suyagi tanchasi (qoplamasi) da bo'ladi. Bo'shliqning to'rtta devori bor: oldingi (peshona dungi), kalla suyagi chuqurchasi bilan chegaradosh orqa (miya), o'zining ko'proq qismi ko'z kosasining yuqori devori hisoblangan, ozroq masofasida g'alvirsimon suyak kataklari va burun bo'shlig'i bilan chegaradosh pastki (ko'z kosasi) va pastki bo'limda, odatda, o'rtta chiziq bo'yicha turgan, yuqori tomonlarga og'ish ehtimoli bo'lgan medial (bo'shliqlararo) qism.

Ponasimon bo'shliqlar (sinus sphenoidalis) ponasimon suyak tanasida joylashadi, har bir sinusda oldingi, orqa, yuqori, tashqi va ichki devorlar farq qilinadi. Bo'shliqlararo to'siq yoki ichki devor bo'shliqlarni ajratib turadi; ularning har biri oldingi devori yuqori burun yo'liga olib boradigan chiqaruv yo'liga ega (ostium sphenoidale). Bo'shliqning pastki devori qisman burun-halqum gumbazini tashkil qiladi, yuqori devori turk egarining pastki yuzasini tashkil etadi; bu devorga yuqoridan, gipofizdan tashqari, miyaning hidlov pushtalari bilan peshona

bo'lagining bir qismi tegib turadi. Orqa devori ensa suyagining bazilyar bo'limiga o'tadi. Ponasimon bo'shliqning lateral devori ichki uyqu arteriyasi va g'orsimon sinus (sinus cavernosus) bilan chegaradosh; bu yerdan ko'zni harakatlantiruvchi, uch shoxli nervning birinchi tarmog'i, g'altak nerv va uzoqlashtiruvchi nervlar (kalla suyagi nervlarining III, IV, V, VI juftlari) o'tadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda faqat ikkita sinus - yuqori jag' bo'shlig'i va g'alvirsimon labirint bo'ladi.

Burun va burun yondosh bo'shliqlarining klinik fiziologiyasi

Inson uchun burun orqali nafas olish normal sanaladi. Burun nafas olish funksiyasidan tashqari, himoya, rezonatorlik va hidlov funksiyalarini bajaradi, shuningdek, nafas va ko'z yoshi ajratishni idora qilishda qatnashadi. Ko'krak bo'shlig'idan manfiy bosimga bog'liq bo'lgan nafas olish vaqtida havo burunning ikkala yarmiga yo'naladi. Nafas olish vaqtida burunning qo'shimcha bo'shliqlaridan havo qisman chiqadi, bu nafasga olinadigan havoning isishiga va namlanishiga, shuningdek, uning hidlov sohasiga diffuzlanishiga imkon beradi. Nafas chiqarishda havo bo'shliqlarga tushadi. Nafas yo'llari qarshiligining deyarli yarmi (45%) burun bo'shlig'iga taalluqli, bu-burun yo'llarining nisbatan torligi, ulaming qayrilganlik tabiati va nafas yo'llari yuzasining notekisligiga bog'liq. Bu qarshilikning fiziologik izohi bor: burun shilliq pardasidagi havo oqimining bosimi nafas refleksi qo'zg'olishida qatnashadi. Agar nafas og'iz orqali amalga oshirilsa, nafas olish unchalik chuqur bo'lmaydi, bu organizmga tushayotgan kislorod miqdorini kamaytiradi. Bunda ko'krak qafasi tomonidan manfiy bosim ham kamayadi, bu esa, o'z navbatida kalla, suyagi gemodinamikasini izdan chiqaradi. Burunning himoya funksiyasi nafas olishda havo burun yo'llari orqali o'tayotganda havoni isitadigan, namlaydigan va tozalaydigan mexanizmlardan iborat bo'ladi.

Havo burun devorlari sathidan chiqadigan issiqlik hisobiga isiydi, burun devorlari notekis bo'lganligi bois uning maydoni katta bo'ladi. Pastki va qisman o'rta chig'anoqlar shilliq pardasida joylashgan g'orsimon tanalar havo oqimini idora qiladigan tomirlar apparatidan iborat. Havoning burun bo'shlig'ida namlanishi shilliq pardani qoplab

turadigan namlikdan to'yinish hisobiga ro'y beradi. Burun shillig'i qon tomirlar, shilliq parda bezlari, ko'z yoshi bezlari suyuqligi va to'qimalararo yoriqlardan limfa tutishi yo'li bilan hosil bo'ladi. Katta yoshdagi odamda bir kecha-kunduzda burun bo'shliqlaridan bug' ko'rinishida 500 ml dan ko'proq suv ajralib chiqadi, biroq bu hajm tashqi havoning hajmi va haroratiga, burunning holatiga va boshqa omillarga bog'liq.

Burunda havoning tozalanishi havo oqimi burun dahlizi orqali o'tganda ro'y berib, yirik chang zarrachalari dahliz terisidagi yetarlicha quyuv tuklar tomonidan tutib qolinadi, mikroblar bilan birga birinchi filtdan o'tgan birmuncha mayda chang shilimshiq ajralma bilan qoplangan shilliq pardaga cho'kadi: burun yo'llarining torligi va qayrilmaligi changning cho'kishiga imkon beradi. Nafas orqali olinadigan chang zarrachalari va mikroblarning 40-60%i shilliqda tutilib qoladi va u bilan birga chiqariladi. Burundan shilliqni haydaydigan vosita hilpillovchi epiteliy hisoblanadi. Ki prikchalarning tebranish harakatlari shilliqni burun-halqum tomonga shunday suradiki, ularning orqaga harakati cho'zilgan holatida, qaytishi esa bukilgan holatda sodir bo'ladi. Burun kasalliklariga davo qilinayotganda burunga, ayniqsa, uzoq vaqt har qanday tomchilar tomizish davolovchi ta'siri bilan bir qatorda hilpillovchi epiteliyning drenaj funksiyasiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Shuning uchun burunga moyli, sodali, tomir toraytiruvchi va boshqa tomchilarni uzoq vaqt yubor-maslik kerak.

Ko'z yoshi bezlari ajralmasida va burun shillig'ida bo'ladigan lizotsim zararsizlantiruvchi natija beradi. Shilliq burun-halqumdan so'lak bilan birga, odatda, yutib yuboriladi va me'dada uning uzil-kesil zararsizlanishi ro'y beradi.

Himoya mexanizmlariga, shuningdek, aksirish va shilliq ajratish refleksi taalluqli. Odamda hidlov funksiyasi burun shilliq pardasining hidlov zonasi bilan ta'minlanadi, unda xemoretseptorlardan iborat duksimon hidlov hujayralari (kataklari) bo'ladi. Hidlov sohasi (regio olfactoria) hidlov yorig'idan (rimma olfactoria) boshlanadi, u o'rta chig'anoqning pastki cheti bilan to'sig'i o'rtasida bo'ladi va eni 3-4 mm ga boradi.

Burun yondosh bo'shliqlarining himoya funksiyasi, birinchidan,

bo'shliqlar borligining o'ziyoq yuz va miya kalla skeletining birmuncha chuqur va hayotiy muhim tuzilmalarini tashqi ta'sirlardan himoya qiladi. Ikkinchidan, bo'shliqlar ilitilgan va namlangan, shuningdek, tozalangan havoning qo'shimcha rezervuarlari hisoblanadi. Burun yondosh bo'shliqlarining rezonatorlik funksiyasi tovushning original temбри va boshqa sifatlarining shakllanishida muhim rol o'ynaydi.

Burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlarining rezonatorlik funksiyasi turli tovush tonlarini kuchaytirishdan iborat. Kichkina bo'shliqlar (g'alvirsimon labirint kataklari, ponasimon bo'shliqlar) birmuncha yuqori tovushlarni rezonatsiya qilsa, ayni vaqtda, yirik bo'shliqlar (yuqori jag' va peshona bo'shliqlari) birmuncha past tonlarni rezonatsiya qiladi. Katta yoshdagi odamda normada sinus bo'shliqlar hajmi o'zgarishligi tufayli tovush temбри ham bir umrga doimiy bo'lib saqlanib qoladi. Tovush tembrining o'zgarishlari bo'shliqlar yallig'langan mahalda shilliq pardaning qalin tortishi munosabati bilan sodir bo'ladi (buni xonandalar yaxshi his qiladilar). Yumshoq tanglayning holati rezonansni ma'lum darajada tartibga soladi. Yumshoq tanglay falaji (yoki yo'qligi) ochiq manqalik (rhinolalia aperta), burun-halqum, xoanalar, burun bo'shliqlarining obturatsiyasi (adenoidlar, poliplar, burun chig'anoqlari gipertrofiyasi, o'sma va b.) yopiq manqalik (rhinolalia clausa) bilan o'tadi.

Halqumning klinik anatomiyasi

Halqum (pharynx) hazm yo'lining va nafas yo'llarining boshlang'ich bo'limiga kiradi. U mushaklar, fassiyalardan tuzilgan va ichki tomondan shilliq parda bilan qoplangan ichi bo'sh a'zodan iborat. Halqum burun bo'shliqlarini hiqildoq va qizilo'ngach bilan birlashtiradi, eshituv naylari vositasida halqum o'rta quloq bilan tutashadi. Halqumda uchta bo'lim: yuqori burun-halqum, o'rta og'iz-halqum va pastki hiqildoq-halqum tafovut qilinadi. Burun-halqum (nasopharynx yoki epipharynx) nafas funksiyasini bajaradi, uning devorlari puchaymaydi va harakatsiz bo'ladi. Har bir eshituv nayi og'zining orqasida burun-halqumning yon devorida o'yiqlik-halqum cho'ntagi yoki Rozenmuller chuqurchasi bo'lib, unda odatda limfadenoid to'qima yig'ilgan bo'ladi. Bu limfadenoid tuzilmalar nay murtaklari nomini olgan halqumning V va VI murtaklaridir. Burun-halqumning yuqori va orqa devorlari orasi chegarasida halqum (III yoki burun-halqum) murtagi bo'ladi. Halqum murtagi normada faqat bolalik yoshida yaxshi rivojlangan bo'ladi. Balog'atga yetish davridan boshlab, u kichraya boradi va 20 yoshga kelib faqat kichkina alenoid to'qima ko'rinishida bo'lib qoladi, xolos. Yosh ulg'aygan sayin u atrofiyaga uchrab boradi. Og'iz-halqumning oldingi tomonida teshik-bo'g'iz (yutqun) bo'lib, u yumshoq tanglay cheti, oldingi va orqa tanglay yoychalari va til ildizi bilan chegaralangan. Tanglay yoychalari orasida uchburchakli kamgaklarda tanglay murtaklari (I va II) bo'ladi. Tuzilishi jihatidan halqumning boshqa murtaklardan farqi shundaki, har bir tanglay murtagi lakunalar yoki kriptalar nomini olgan 16-18 ta chuqur yoriqlardan iborat.

Patologiya jihatidan muhim omil hisoblangan chuqur va daraxtsimon shoxlangan lakunalarning bo'shalib turishi ularning torligi, chuqurligi va sertarmoqligi, shuningdek, lakunalar og'zining chandiqli torayishlari sababli oson izdan chiqadi, ularning bir qismi ustiga-ustak tanglay murtagining oldingi-pastki bo'limida shilliq pardaning yassi burmasi (Gis burmasi) bilan yopilgan bo'ladi. Bu anatomik topografik sharoitlar tanglay murtaklarida surunkali yallig'lanish paydo

bo'lishi uchun qulay sharoitlar hozirlaydi. Murtak yuqori qutbining tuzilishi bu jihatdan, ayniqsa, noqulay; odatda, xuddi ana shu joyda yallig'lanish ko'p kuzatiladi.

Limfadenoid to'qima, shuningdek, halqumning orqa devorida granulalar yoki follikular nomini olgan mayda (nuqtasimon) tuzilmalar ko'rinishida, tanglay yoychalari ortida halqumning yon devorlarida bo'ladi. Bundan tashqari, hiqildoq dahlizi oldida va hiqildoqning noksimon bo'shliqlarida limfadenoid to'qimaning uncha katta bo'lmagan uyumlari bo'ladi. Til ildizida til yoki halqumning IV murtagi joylashgan.

Halqumning hiqildoq qismi hiqildoq-halqum (hypopharynx). Og'iz-halqum bilan hiqildoq-halqum o'rtasida hiqildoq usti qopqog'ining yuqori cheti va til ildizi chegara bo'lib xizmat qiladi; hiqildoq-halqum pastga tomon voronkasimon torayib boradi va qizilo'ngachga o'tadi.

Halqum shilliq pardasi uning yuqori qismida burun-halqumning nafas funksiyasi bilan muvofiq ravishda ko'p qatorli hilpillovchi epiteliy bilan o'rta va pastki qismlarida ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Halqum shilliq pardasida, ayniqsa, burun-halqumda, yumshoq tanglayning halqum yuzasida va til ildizida ko'p sonli shilimshiq bezlar bo'ladi. Limfadenoid to'qima, jumladan, murtaklar shilliq parda osti qavatida joylashadi. Hiqildoqning fibroz pardasi yuqoridan ensa suyagining asosiy qismiga, qanotsimon o'simtaning medial plastinkasiga va kalla suyagi asosining boshqa suyaklariga yopishadi. Fibroz qavat halqum tomondan shilliq parda bilan, tashqi tomondan - mushak qavati bilan qoplangan.

Halqumning mushak qavati ko'ndalang - targ'il tolalardan iborat va halqumni qisadigan va ko'taradigan aylanma (sirkulyar) hamda bo'ylama mushaklardan tashkil topgan. Halqumga uchta: qisuvchi-yuqori, o'rta va pastki qisuvchi mushaklar kiradi.

Bo'ylama mushaklar halqumni ko'taradi. Ularga ikkita mushak: orqa tanglay yoychasini hosil qiladigan bigizsimon-halqum (asosiy) va tanglay halqum mushaklari kiradi. Halqum mushaklari qisqarib, peristaltikati pidagi harakatni amalga oshiradi. Bundan tashqari, halqum yutish paytida yuqoriga ko'tariladi va shu tariqa ovqat luqmasi pastga qizilo'ngach og'ziga suriladi.

Halqumning orqa devori bilan umurtqaoldi fassiya o'rtasida siyrak biriktiruvchi to'qima bilan to'lgan yassi yoriq ko'rinishidagi halqum orti bo'shlig'i joylashadi. Bolalarda oraliq to'siq yonida limfatik tugunlar bo'lib, unga tanglay murtaklari, burun va og'iz bo'shliqlarining orqa bo'limlaridan limfatik tomirlar quyiladi; yoshi ulg'aygan sayin bu tugunlar atrofiyalanadi; bolalarda ular halqumorti absessi hosil qilib, yiringlashi mumkin. Halqumdan yon tomonlarda kletchatka bilan to'lgan halqum oldidagi bo'shliq joylashadi, undan nerv-tomirlar dastasi o'tadi va bo'yinning asosiy limfatik tugunlari bo'ladi.

Tanglay murtaklari turli variantlar bilan, asosan, tashqi va ichki uyqu arteriyalarining sistemalari orqali qon bilan ta'minlanadi. Halqumdan limfa bo'yinning chuqur va orqa limfatik tugunlariga (nodi lymphatici cervicales profundi et retropharyngealis) oqib tushadi. Halqumorti limfatik tugunlarining xususiyati shundaki, ular, odatda, faqat ilk go'daklik yoshidagi bolalarda bo'ladi. Halqum murtaklari halqumning qolgan hamma limfadenoid tuzilmalariga ega emas.

Halqumning klinik fiziologiyasi

Ovqat o'tkazish va nafas yo'llarining bir qismi bo'lgan halqum: 1) ovqat qabul qilish akti so'rish va yutishda; 2) tovush va nutq hosil qilishda; 3) nafas olishda; 4) ovqat qabul qilish va nafas olishning himoya mexanizmlarida qatnashadi.

Qizilo'ngachning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi

Qizilo'ngach (oesophagus) oldingi orqa yo'nalishda puchaygan (yassi), uzunligi 24-25 smli mushak nayidan iborat. U uzuksimon tog'ay (VI bo'yin umurtqasi)ning pastki cheti sathidan halqumning davomi hisoblanadi. Qizilo'ngachning me'daga o'tishi, odatda, XI ko'krak umurtqasi sathida ro'y beradi, bu VII qovurg'a tog'ayining to'sh suyagiga yopishgan joyiga to'g'ri keladi. Katta yoshdagi odamlarda oldingi tishlardan og'iz, halqum va qizilo'ngach orqali me'dagacha umumiy masofa 38-42 smni tashkil qiladi. Qizilo'ngachda ikkita fiziologik torayma (egrilik) bor: - aorta bilan kesishgan sohasida va kardial qizilo'ngachning me'daga o'tish joyida. Shilliq pardasi ko'p qavatli

yassi epiteliy bilan qoplangan va bo'ylama yo'nalishda boradigan burmalarga yig'ilgan. Qizilo'ngachning yuqori bo'limi mushaklari ko'ndalang-targ'il tolalardan, pastki bo'limi esa silliq tolalardan iborat.

Ko'p sonli shilimshiq bezlari shilliq parda osti qavatida yotadi, unda limfatik tugunchalar kamroq uchraydi. Qizilo'ngachning bo'yin bo'limidagi qon ta'minoti qizilo'ngach arteriyalari (a.a.oesophageae) va pastki qalqonsimon arteriya vositasida amalga oshiriladi. Ko'krak bo'limi aortaning ko'krak bo'limidan chiqadigan tarmoqchalardan, qorin bo'limi - diafragmal arteriyadan va chap qorincha arteriyasidan ta'minlanadi. Qizilo'ngachdan qonning oqib kelishi bo'yin bo'limida pastki qalqonsimon venalarga, ko'krak bo'limida - toq (v.azygos) va yarimtoq (v.hemiazygos) venalarda amalga oshiriladi; qorin bo'limida venalar qopqa vena sistemasi bilan bog'langan. Qizilo'ngach limfatik sistemasi tarkibiga yuza va chuqur tarmoq kiradi. Yuza tarmoq mushak devori ichidan boshlanadi, chuqur tarmoq esa shilliq pardada va shilliq parda osti qavatida joylashgan. Bo'yin bo'limida yuqori paratraxial va chuqur bo'yin tugunlariga, ko'krak va qorin bo'limlarida - me'da kardial qismining paratraxial va parabronxial tugunlariga limfaning oqib kelishi ro'y beradi. Qizilo'ngach innervatsiyasi adashgan va simpatik nervlarning tarmoqlaridan amalga oshiriladi.

Qizilo'ngachning asosiy funksiyasi ovqatni me'daga aktiv o'tkazish hisoblanadi.

Hiqildoqning klinik anatomiyasi

Hiqildoq tilosti suyagi ostida, bo'yinning oldingi yuzasida joylashadi. Katta yoshdagi erkaklarda hiqildoqning yuqori cheti IV va V bo'yin umurtqalari chegarasida bo'ladi, pastki cheti esa VI bo'yin umurtqasiga to'g'ri keladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, navqiron yoshdagi odamlarda va ayollarda hiqildoq birmuncha yuqorida, keksa kishilarda esa, aksincha, pastroqda joylashgan. Hiqildoqning pastki-yonbosh yuzalari yaqinida qalqonsimon bezning yon bo'laklari yotadi, ularning orqasida bo'yinning tomir-nerv dastalari bo'ladi.

Yutish va fonatsiya vaqtida hiqildoqning tashqi mushaklari uni yuqoriga ko'taradi va pastga tushiradi. Hiqildoqning skeleti yoki asosiy shakli bo'yicha uchi qirqilgan piramidaga o'xshaydi, u boylamlar bilan

birikkan tog'aylardan iborat. Ular orasida uchta toq: hiqildoq usti, qalqonsimon, uzuksimon va uchta juft: cho'michsimon, shoxsimon, ponasimon tog'aylar bor. Hiqildoq skeletining asosi uzuksimon tog'ay hisoblanadi.

Traxeya va bronxlarning klinik anatomiyasi

Nafas olinadigan tomoq hiqildoqning davomi hisoblanadi, u hiqildoq bilan uzuksimon-traxéal boylam vositasida bog'langan. Traxeya (kekirdak) silindsimon uzun nay (uning uzunligi 11-13 *sm*), VII bo'yin umurtqasi tanasining sathidan boshlanadi, IV - V ko'krak umurtqalari sathida esa ikkita bosh bronxga bo'linadi. Traxeyani ajratib turgan to'siqning boshlanishi-suyak pixi (shpora), bo'linish joyi esa - bifurkatsiya deyiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda traxeyaning pastki uchi III- IV ko'krak umurtqasi sathida, 2-6 yoshdagi bolalarda

IV ko'krak umurtqasi sathida turadi. Traxeya devori 16-20 ta taqasimon shakldagi gialin tog'aylaridan iborat, ularning erkin uchlari orqaga yo'nalgan. Ularning orasida traxeya devorining ko'p sonli kollagen va elastik tolalardan tuzilgan pardasimon qismi tortilgan. Chuqur qatlamlarida silliq mushak tolalar bo'ladi. Tog'aylar o'zaro halqasimon boylamlar bilan birikkan. Traxeya kovagi (bo'shlig'i) nafas olganda kengayadi va nafas chiqarganda torayadi. Traxeya bo'shlig'i eni doimiy qiymat sanalmaydi: erkaklarda u 15 dan 22 *mm* gacha, ayollarda - 13 dan 18 *mm* gacha, emadigan bolada -6-7 *mm*, 10 yashar bolada - 8-11 *sm* atrofida o'zgarib turadi. Traxeya ichki tomondan shilliq parda silindsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan. Kiprikchalarining ishchi harakati yuqoriga yo'nalgan. Traxeyaning shilliq pardasida oqsil-shilimshiq sekret ishlab chiqaradigan bezlar ko'p. Orqa devori sohasida shilliq pardasi mayda burmachalar hosil qiladi. Traxeyani o'rab turgan g'ovak biriktiruvchi to'qimada, ayniqsa, bifurkatsiya sohasida ko'p miqdorda limfatik tugunlar bo'ladi. Traxeya devorining orqa pardasimon qismi qizilo'ngachning oldingi devoriga taqaladi. Traxeostomiya o'tkazishda bunday nisbatni hisobga olish lozim, chunki bu operatsiyada qizilo'ngach devorlari yaralanishi va keyinchalik traxeo-qizilo'ngach oqmasi paydo bo'lishi mumkin.

Traxeyaning oldingi va yon devorlariga yirik tomirlar taqalib, bundan tashqari, traxeyaning oldingi yuzasida bo'yin qismida qalqonsimon bez bo'yinchasi, 14-16 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'krak bo'limida - ayrisimon bez bo'ladi. Bifurkatsiya joyida pix chapga birmuncha og'ib turadi. Ikkita bosh bronxlardan birinchisi chapdagiga qaraganda kaltaroq va enliroq. O'ng bronx uzunligi 3 *sm*, chap bronxniki - 5 *sm*. Bosh bronxlar diametri o'rta hisobda 10-16 *mm* ga teng. O'ng bronx traxeyaning deyarli davomi hisoblanadi, shuning uchun yot jismlarning aksariyat, aynan unga tushadi. Bosh bronxlardan har biri o'pkaga kirib shoxlanadi, torayadi, pastga va orqaga o'pkaning asosiga boradi. Bronxial daraxtga peristaltik harakatlarga o'xshash harakatlar xos (nafas olishda bronx uzayadi va kengayadi, nafas chiqarishda esa aksincha).

Traxeya va bronxlarning qon bilan ta'minlanishi pastki qalqonsimon va bronxial arteriyalar hisobiga amalga oshiriladi, ularning tarmoqlari traxeya va bronxlarning yon devori bo'ylab o'tadi, shuningdek, aylanma boylamlardagi tog'aylar o'rtasida ko'ndalang yo'nalishda o'tib, chigal hosil qiladi. Traxeya va bronxlarning venalari pastki qalqonsimon venalarga quyiladi.

Traxeya va bronxlarning innervatsiyasi qaytuvchan nerv, adashgan nerv va uning nafas yo'llarining pastki bo'lagida traxéal chigal hosil qiladigan traxéal tarmoqchalari hisobiga ro'y beradi. Bronxlarda joylashgan mushak tolalari adashgan simpatik nervlarning nerv tomiridan ta'minlanadi.

Hiqildoq, traxeya va bronxlarning klinik fiziologiyasi

Hiqildoq, traxeya va bronxlarga uchta funktsiya: nafas, himoya va tovush hosil qilish vazifalari xos.

Nafas funktsiyasi Hiqildoq nafas yo'lining qismi hisoblanadi; u nafas olishda havoni quyida joylashgan bo'limlarga- traxeya, bronxlar va o'pkaga o'tkazadi, nafas chiqarishda havo teskari yo'nalishda o'tadi. Nafas aktini nafas muskulaturasi amalga oshiradi, hiqildoqda esa tovush yorig'ini kengaytiradigan orqa uzuksimon-cho'michsimon mushaklarning qisqarishidan amalga oshadi. Nafas olishda tovush yorig'i hamisha ochiq, bunda uning katta-kichikligi va shakli nafasning chuqurligiga bog'liq.

Himoya funksiyasi Hiqildoq va traxeya yot jismlarning quyida joylashgan nafas yo'llariga tushishiga to'sqinlik qiladigan to'siq hisoblanadi, shuningdek nafasga olinadigan havoning namlanishiga, isishiga va tozalanishiga imkon beradi. Himoya funksiyasi mexanizmi hiqildoq shilliq pardasining uchta refleksogen zonalarining borligi bilan bog'liq. Ulardan biri hiqildoq dahlizi atrofida joylashgan (hiqildoq usti qopqog'ining hiqildoq yuzasi, cho'michhiqildoqusti burmalarining shilliq pardasi). Ikkinchi zonasi cho'michsimon tog'aylarning oldingi yuzasini egallaydi (cho'qqisidan to asosigacha) va cho'michsimon tog'aylarning tovush o'simtalari o'rtasidagi oraliqqacha davom etadi. Uchinchi zonasi uzuksimon tog'ayning ichki yuzasidagi tovushosti bo'shlig'ida joylashgan. Havoni changdan tozalashga shilliq pardaning hilpillovchi epiteliysi va u ishlab chiqaradigan shilimshiq imkon beradi.

Tovush funksiyasi Tovushlarni shakllantirishda nafas apparatining uch asosiy bo'limi ishtirok etadi: 1) ko'krak qafasi - o'pka, bronxlar, traxeya (pastki rezonator); 2) hiqildoqning tovush apparati; 3) tovushni shakllantiruvchi og'iz bo'shlig'i, burun va halqumni rezonatsiya qiluvchi, til, pastki jag', lablar, tanglaylar va lunjlar harakati tufayli o'z shaklini o'zgartiruvchi (yuqori rezonator). Tovushni talaffuz qilish paytida tovush yorig'i avvaliga yopiq, ya'ni tovush burmalari tarang va berk holatda turadi. So'ngra o'pka, traxeya va bronxlardagi havo bosimi ostida u juda qisqa vaqtga ochiladi va shu zahoti havo qisman tovush yorig'i orqali otilib chiqadi, shundan so'ng tovush burmalari yana yopiladi, bu-havo tovush to'lqinlarini hosil qiladi; bu tebranish harakatlarining chastotasi taralayotgan ton balandligiga mos keladi. Shunday qilib, fonatsiyada pastki rezonatordan chiqayotgan havo oqimi vaqti-vaqti bilan muayyan chastotada uzilib turadi, ya'ni tebranish harakati holatida turadi. Ana shu havo tebranishlari tovushni hosil qiladi. Uning balandligi shunga o'xshash tebranishlar soniga yoki sekund hisobidagi tanaffuslarga bog'liq: tovushning balandligi va tembriga tovush burmalarining katta-kichikligi, ularning kuchi (tarangligi) va rezonatorlarning xususiyatlari ta'sir qiladi. Tovush balandligi, tembri va kuchi bo'yicha farq qiladi. Tovush balandligi tovush burmalarining tebranishlari chastotasiga, o'z navbatida, ularning uzunligi va quvvatiga bog'liq. Odamning o'sish

davrida tovush burmalarining o'lchami o'zgaradi, bu tovushning o'zgarishiga olib keladi.

LOR kasalliklari propedevtikasi

LOR a'zolarini tekshirish uslubiyati (metodologiyasi)

LOR a'zolarini endoskopik tekshirish uchun alohida xona (kabinet) yoki xonaning bir burchagida otorinolaringologning jihozlangan ish joyi bo'lishi kerak. Xonaning uzunligi kamida 5 m, u tashqi shovqinlardan xoli qilingan bo'lgani ma'qul, chunki unda eshitish qobiliyati tekshiriladi. Xonada bemorni ko'zdan kechirish zarur bo'ladigan asboblardan stol, ikkita stul, kushetka, yozuv stoli bo'lishi kerak.

Ish joyini tayyorlash

LOR a'zolarini tekshiruvdan o'tkazish uchun quyidagilar bo'lishi kerak:

- 1) tashqi shovqinlar eshitilmaydigan, uzunligi kamida 5 m bo'lgan xona;
- 2) bemorni ko'zdan kechirish uchun asboblardan qo'yiladigan stol;
- 3) yorug'lik manbasi (yorug'lik manbasi sifatida asboblardan qo'yiladigan stolda elektr lampasi turishi kerak);
- 4) ikkita stul.

Ish joyidagi jihozlar

Asboblardan:

- burun ko'zgulari (burun kengaytirgichlar);
- burun zondlari;
- peshona reflektori (Simanovskiyniki);
- quloq voronkalari 1,2,3,4,5 raqamli;
- quloq zondlari;
- quloq pinseti (tizzasimon yoki nayzasimon);
- quloqlarni puflash uchun ballon (Politser balloni);
- Janne quloq shpritsi;
- shpatellar;

burunning halqum ko'zgulari;

hiqildoq ko'zgulari;

hiqildoq va burun halqum ko'zgulari uchun dasta;

- spirtovka.

Dori-darmonlar:

- 0,1% adrenalin eritmasi;

- 2% dikain eritmasi.

Hidlov funksiyasini aniqlash uchun eritmalar:

- 0,5% sirka kislotasi eritmasi (1 eritma - kuchsiz hidli);

- vino spirti 70% (2 eritma - o'rtacha hidli);

- oddiy valeriana nastoykasi (damlamasi) (3 eritma - o'tkir hidli);
nashatir spirti (4 eritma - o'ta o'tkir hidli);

- distillangan suv (5 eritma - nazorat).

Bog'lov materiallari:

- gigroskopik paxta;

- quloqqa tiqiladigan doka turundalar (pilikchalar);

- doka salftokalar.

Bemorni ko'rikdan o'tkazish tartibi

1. Bemorni o'tqazganingizda yorug'lik manbayi uning o'ng tomonida bo'lsin.

2. Tekshirilayotgan odamning ro'parasiga o'z oyoqlaringizni stol tomonga qo'yib o'tiring, uning oyoqlari esa sizning oyoqlaringizdan tashqarida bo'lsin.

3. Yorug'lik manbayini patsiyentning o'ng tomoniga quloq suprasi sathida joylashtiring.

Peshona reflektoridan foydalanish qoidalari

Ko'zdan kechiriladigan sohaga yorug'lik tushirish uchun peshona reflektoridan foydalaning:

1) reflektorni qo'lga oling,

2) reflektorni peshona tutqichi yordamida mahkamlang,

3) reflektor teshigini chap ko'zingiz ro'parasiga joylashtiring.

Reflektor tekshirilayotgan a'zodan 25-30 sm masofada turishi kerak (fokus masofa).

4) Reflektordan qaytgan yorug'lik dastasini bemor burniga

yo'naltiring (yorug'lik tekshirilayotganning chap tomonidan tushadi). So'ngra o'ng ko'zingizni yuming, chap ko'zingiz bilan esa reflektor teshigi orqali qarang va bemor yuzida yorug'lik dastasi ko'ringuncha uni aylantiring. O'ng ko'zingizni oching va ikkala ko'zingiz bilan qarashni davom ettiring. Chap ko'zning ko'ruv o'qi yorug'lik dastasi markazida turibdimi-yo'qmi va fokus masofasiga amal qilinganligini vaqti-vaqti bilan nazorat qilib turish lozim. Peshona reflektori ikkala ko'z bilan qaraganda "shaytoncha" ("zaychik") joyidan surilmasa, tekshirilayotgan sohaga to'g'ri yo'naltirilgan hisoblanadi.

Tadqiqotchining xatti-harakatlar taktikasi

Mazkur tekshirish metodini amalga oshirish uchun zarur xatti-harakatlarni birin-ketin bajaring. Tadqiqotchining qo'llarini va asboblarni ishonch bilan mohirona harakatlantirishi va ishlatishi bemorda shifo topishga umid tug'diradi. Tekshirishni tinch sharoitda bemorning yoshini va ahvolini hisobga olgan holda o'tkazing. Agar tadqiqotchi bolalarni ko'p sonli otorinologik asboblardan foydalanmasdan ko'zdan kechirsa, yaxshi natijaga erishadi.

Quloqni tekshirish - otoskopiya

Quloqni tekshirishdan avval ham qunt bilan anamnez yig'ilishi kerak. Umumiy ma'lumotlardan tashqari, quloq kasalligining sababini bilishga, uning qancha vaqt davom etganligi va asosiy belgilarining tabiatini aniqlashga alohida e'tibor berish zarur.

Tashqi ko'rikdan o'tkazish metodikasi (usuli):

1) ko'rikni bemorning otoskopik ko'rinishi va uning sog'lom qulog'i bilan taqqoslash uchun sog'lom quloqdan boshlang. Quloq suprasini, eshituv yo'lining tashqi teshigini, quloq orqasi sohasini va tashqi eshituv yo'li sohasini ko'zdan kechiring;

2) quloq suprasini ko'zdan kechirishda uning shaklini (to'g'rimi yoki uning xususiyatlari - shalpangquloqligi, chandiqlari, nuqsonlari borligi), uni qoplab turgan terining rangi (normal, qizargan), uning holati va katta kichikligini aniqlang;

3) katta yoshdagi odamlarda o'ng eshituv yo'lining tashqi teshigini

ko'zdan kechirish uchun quloq suprasini chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan ushlab, quloq suprasini gajagidan orqaga va yuqoriga cho'zing (torting). Chapdan ko'zdan kechirish uchun quloq suprasini o'ng qo'l bilan boyagidek torting;

4) quloq orqasini ko'zdan kechirish uchun o'ng qo'l bilan tekshirilayotganning o'ng quloq suprasini oldinga torting. Quloq orqasi burmasiga (quloq suprasining so'rg'ichsimon o'siqqa yopishgan joyi) ahamiyat bering, normada u yaxshi konturlanadi.

Paypaslash o'tkazish uslubi:

1) O'ng qo'l barmoqlari bilan o'ng quloq suprasini paypaslang;

2) O'ng qo'lning bosh barmog'i bilan o'ng quloq supachasini astagina bosing. Supachani me'yorida bossa og'rimaydi, katta odamda og'riq o'tkir tashqi otitda, bolada esa o'rta quloq otitida ham paydo bo'ladi;

3) So'ngra chap qo'lning bosh barmog'i bilan so'rg'ichsimon o'siqni uchta nuqtada: antrum proyeksiyasida, sigmasimon sinus va so'rg'ichsimon o'siq uchida paypaslang. Chap so'rg'ichsimon o'siqni paypaslashda quloq suprasini chap qo'l bilan torting, palpatsiyani esa o'ng qo'l barmog'i bilan amalga oshiring;

4) Chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan o'ng quloqning regional (mahalliy) limfatik tugunchalarini tashqi eshituv yo'lini old tomondan, pastdan, orqadan paypaslang. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan chap quloqning tegishli limfatik tugunlarini paypaslab tekshiring. Bemorning boshi oldinga birmuncha engashtiriladi. Limfatik tugunlarni o'ng tomonda paypaslashda vrachning o'ng qo'li bemorning tepa suyagida yotadi, chap qo'l falangalarining uchlarini to'qimaga chuqur va ohista kiritib uqalash harakatlari qilinadi. Chap tomondagi limfatik tugunlarni paypaslaganda chap qo'l boshning tepa suyagi ustida turadi, o'ng qo'l bilan esa paypaslash o'tkaziladi. Normada limfatik tugunlar kattalashmagan, og'riqsiz bo'ladi va paypaslanmaydi.

Otoskopiya o'tkazishda asboblardan foydalanish qoidalari

1. Diametri tashqi eshituv yo'lining ko'ndalang diametriga mos keladigan voronka tanlang. Quloq voronkasi eshituv yo'lining pardasimon tog'ay bo'limiga uni to'g'rilangan holatda ushlab turish

uchun kiritiladi. Voronkani eshituv yo'lining suyak bo'limiga kiritish mumkin emas, chunki bu og'riqqa sabab bo'ladi. Voronkani kiritishda uning uzun o'qi eshituv yo'lining o'qi bilan to'g'ri kelmasligi kerak, aks holda voronka eshituv yo'lining biror bir devoriga taqalib qoladi.

2. Chap qo'l bilan quloq suprasini orqaga va yuqoriga cho'zing. Chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmog'i bilan quloq voronkasini tashqi eshituv yo'lining pardasimon tog'ay qismiga kiriting. Chap quloqni ko'zdan kechirishda quloq suprasini o'ng qo'l bilan cho'zing, voronkani esa chap qo'lning barmoqlari bilan kiriting.

3. Nog'ora pardaning hamma qismlarini birin ketin, batafsil ko'zdan kechirish uchun voronkaning tashqi uchini asta-sekin, ehtiyotlik bilan harakatlantiring.

4. Voronka kiritishda eshituv yo'li terisidagi adashgan nerv tarmoqchasi oxirining ta'sirlanishiga bog'liq bo'lgan yo'tal tutishi mumkin.

Otoskopik ko'rinish (manzara)

1. Otoskopiyada pardasimon tog'ay bo'limining terisida tuklar borligi ko'rinadi, odatda, shu joyning o'zida quloq serasi (chirki) bo'ladi. Eshituv yo'lining uzunligi 2,5 *sm*.

2. Nog'ora parda kulrang sadafsimon tusda.

3. Nog'ora pardaning quyidagi tanish belgilari bor:

- bolg'achaning qisqa o'sig'i,
- bolg'achaning dastasi (uzun o'sig'i),
- oldingi va orqa burmalar,
- yorug'lik konusi (refleks),
- umbo (kindik).

4. Oldingi va orqa burmalardan pastroqda nog'ora pardaning tarang qismi, bu burmalardan yuqorida salqi (tortilmagan) qismi ko'rinib turadi.

5. Nog'ora pardada xayolan ikkita o'zaro perpendikulyar chiziqlar o'tkazilganda hosil bo'ladigan 4 ta kvadrat farq qilinadi. Bitta chiziq bolg'acha dastasi bo'ylab pastga, ikkinchisi umbo markazi va bolg'acha dastasining pastki uchi orqali unga perpendikulyar o'tkaziladi. Bunda hosil bo'ladigan kvadrantlar quyidagicha nomlanadi: oldingi yuqori va orqa yuqori, oldingi pastki va orqa pastki.

Ko'rilganlarni sharhlash

Quloq suprasining shakli to'g'ri (yoki xususiyatlari ko'rsatilsin). So'rg'ichsimon o'siqning supachasi paypaslanganda og'rimaydi (yoki og'riydi). Tashqi eshituv yo'li keng (tor), uning ichi, terisining holati bayon qilinsin. Regionar limfa tugunlarda o'zgarishlar yo'q.

Nog'ora parda - sadafsimon tusli kulrang (giperemiyada - uning intensivligi va tarqalganligi ko'rsatilsin). Bolg'achaning kalta o'simtasi va dastasi, yorug'lik konusi, oldingi va orqa burmalari yaxshi bilinadi (agar o'zgargan bo'lsa, o'zgarishlarning qandayligi ko'rsatilsin). Patologiyasiga misollar: nog'ora ichiga botgan, qalinlashgan, yorug'lik konusi kaltalashgan, yo'q, teshigi bor, uning o'lchamlari va shakli), eshituv yo'lida ajralma yo'q yoki unda yiringli ajralma (quyuq va hidli, paxtali zondni ikki marta ho'llab artib chiqarilgan) bor. Chap tomonni ko'zdan kechirish natijalari ham xuddi shu tariqa o'tkaziladi.

Tadqiqotchi xatti-harakatlari taktikasi

Mazkur tekshirish usulini amalga oshirish uchun zarur xatti-harakatlarni birin-ketin bajaring. Tadqiqotchining mohirona harakatlar bajarishi va asboblarni chaqqonlik bilan ishlatishi bemorda davolashning muvaffaqiyatli tugashiga ishonch hissini tug'diradi. Tekshirishni bemorning yoshi va ahvolini hisobga olgan holda tinch sharoitda o'tkazing. Agar tadqiqotchi bolalarni ko'p sonli otorinologik asboblardan foydalanmay ko'zdan kechirsa, u yaxshiroq natija beradi. Ko'pincha, bola qulog'ini quloq voronkasini ishlatmay, yaxshi ko'zdan kechirish mumkin. Qulog'ini ko'rikdan o'tkazishda quloq suprasini picha orqaga, quloq suprasi supachasini esa oldinga cho'zish kerak, bu bola keskin harakatlar qilganda shikastlanishning oldini oladi.

Oldingi rinoskopiya, burun funksiyalarini tekshirish

Tekshirishdan oldin bemorning shu paytda nimalardan shikoyat qilayotganini so'rab-surishtirish: burunda og'riq borligi, burun orqali nafas olishning qiyinligi, patologik ajralma borligi, hid bilishning buzilganligi va h.k. So'ngra kasallikning paydo bo'lgan vaqti va kechish sharoitlari (o'tkir yoki surunkali jarayon) aniqlanadi. Keyin, ba'zi burun kasalliklari qator infeksiyon kasalliklar, shuningdek, ichki a'zolar kasalliklarining oqibati bo'lishi mumkinligini inobatga olib,

burunning hamma bo'lib o'tgan kasalliklarini aniqlash va ularning bo'lib o'tgan yoki hozir mavjud umumiy kasalliklari bilan aloqasini bilib olish kerak.

Tashqi ko'rikdan o'tkazish uslubi

Tashqi burunni, shu soha terisini (chipqon, ekzema, sikozi), yuzda burun yondosh bo'shliqlari proyeksiyasini ko'zdan kechiring. Tashqi burun shakli (o'zgarmagan, agar o'zgargan bo'lsa, qay darajada, deformatsiyalari borligi), peshona va yuqori jag' bo'shliqlari devorining yuz proyeksiyasi sohasi (o'zgarishlarsiz, agar o'zgarishlar bo'lsa, ular qanday).

Paypaslash uslubi:

1) tashqi burunni paypaslang: ikkala qo'lning ko'rsatkich barmoqlarini burun qirrasini bo'ylab joylashtiring va yengil uqalovchi harakatlar bilan burun ildizi, qiyaligi, qirrasini va burun uchi sohasini paypaslab ko'ring. Burun dahlizini ko'zdan kechiring. O'ng qo'lning bosh barmog'i bilan burun uchini picha ko'taring va uni hamda burun dahlizini ko'zdan kechiring. Normada burun dahlizi ochiq, tuklari bor;

2) peshona bo'shliqlarining oldingi va orqa devorlarini paypaslang: ikkala qo'lning bosh barmoqlarini peshonaga, qoshlar ustiga qo'ying va ohista bosib, so'ngra bosh barmoqlarni ko'z kosasi ichki burchagining yuqori devori sohasiga ko'chiring va yana bosib. Uch shox tarmoqli nerv birinchi tarmoqlari chiqadigan nuqtani paypaslang. Normada peshona bo'shliqlarini paypaslaganda og'riq bo'lmaydi;

3) yuqori jag' bo'shliqlarining oldingi devorlarini paypaslang: qo'llarning ikkala bosh barmoqlarini yuqori jag' suyagining oldingi yuzasidagi qoziq tish chuqurchasi sohasiga qo'ying va kuch ishlatmay bosib. Uch tarmoqli nerv ikkinchi tarmoqlarining chiqish nuqtalarini paypaslang. Normada yuqori jag' bo'shlig'i oldingi devorini paypaslashda og'riq bo'lmaydi;

4) jag' osti va bo'yin limfatik tugunlarini paypaslang. Jag' osti limfatik tugunlari tekshirilayotgan odamning boshini oldinga bir oz engash-tirgan holda barmoqlar falangalarining yengil uqalovchi harakatlari bilan jag' osti sohasi o'rtasidan pastki jag' cheti tomon yo'nalishda paypaslanadi. Chuqur bo'yin limfatik tugunlari avvaliga bir tomondan,

keyin esa ikkinchi tomondan paypaslanadi. Limfatik tugunlar o'ng tomondan paypaslanganda vrachning o'ng qo'li tekshirilayotgan kishi boshining tepa qismida turadi, chap qo'l bilan esa to'sh o'mrov so'rg'ichsimon mushak oldingi cheti oldidan falangalarining uchini to'qimaga yumshoq kiritib, uqalovchi harakatlar qilinadi. Limfatik tugunlarni chap tomondan paypaslashda chap qo'l boshning tepa qismida yotadi, o'ng qo'l bilan esa paypaslanadi. Normada limfatik tugunlar paypaslanmaydi (qo'lga unnamaydi).

Burunning nafas olish va hid bilish funksiyalarini aniqlash uslubi:

1) burun orqali nafas olishni aniqlash uchun avvalo tekshirilayotgan kishining yuziga e'tibor qarating: og'izning ochiqligi burun orqali nafas olishning qiyinlashgani belgisidir;

2) yaxshiroq aniqlash uchun patsiyentga burun orqali nafas olishni taklif qiling, bunda burnining goh bir, goh ikkinchi katagiga paxta tolasi, doka i pchasi yoki qog'oz parchasini galma-gal yaqinlashtiring. Ularning nafas olinayotgan havo oqimidagi harakati burunning bir yoki ikkinchi yarmidagi o'tkazuvchanlik darajasini ko'rsatadi. Buning uchun burunning o'ng qanotini chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan burun to'sig'iga bosib, o'ng qo'l bilan esa kichkina paxta bo'lakchasini burunning chap dahliziga yaqinlashtiring va bemordan odatdagi kuch bilan nafas olish va nafas chiqarishni yana so'rang. Paxta tolasining og'ishi bo'yicha siz burunning nafas funksiyasi to'g'risidagi masalani hal qilishingiz kerak: "tolaning" harakat amplitudasiga ko'ra u "bemalol", "qoniqarli", "qiyinlashgan" yoki "umuman" nafas olmayotgan bo'lishi mumkin. Burun orqali nafas olishni tekshirish uchun ko'zgudan foydalanish mumkin: nafasga olinadigan iliq nam havo ko'zguning sovuq yuzasidan kondensatlanib, terlash dog'lari (o'ng va chap) hosil qiladi. Bu dog'larning o'lchamiga yoki yo'qligiga qarab burun orqali nafas olishning darajasi to'g'risida xulosa chiqariladi;

3) hid bilish funksiyasini (odorimetriya) burunning har bir yarmi uchun olfaktometrik yig'madan olingan hidli moddalar yoki olfaktometr asbobi yordamida galma-gal aniqlang. Hid bilishni tekshirishning keng tarqalgan usuli turli xil hidli moddalar bilan

tekshirib aniqlashdir. Shu maqsadda hidlar kuchi bo'yicha oshib boradigan tartibdagi standart eritmaları ishlatilgani:

- 1- eritma - 0,5% sirka kislotasi eritmasi (kuchsiz hid),
- 2- eritma - 70% vino spirti (o'rtacha hidli),
- 3- eritma - oddiy valeriana nastoykasi (damlamasi)(kuchli hid),
- 4- eritma - nashatir spirti (o'ta kuchli hid),
- 5- eritma - distillangan suv (nazorat uchun).

Hid bilishni Bernshteyn shkalasi bo'yicha tekshiring, u saqlanib qolgan yoki buzilgan bo'lishi mumkin (I, II, III va IV darajasi).

O'ng tomondagi hid bilish funksiyasini aniqlash uchun o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan burun to'sig'ini qattiq qising, chap qo'l bilan esa hidli moddasi bo'lgan flakonni olib, bemordan burun o'ng yarmidan nafas olish va shu modda hidini aniqlashni so'rang. Burun chap tomonida hid bilish qobiliyati shu tariqa aniqlanadi, faqat burunning o'ng qanoti chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan qisiladi, olfaktiv modda esa burun chap yarmiga o'ng qo'lda yaqinlashtiriladi. Hid bilish normal (normosmiya), pasaygan (giposmiya), bo'lmasligi (anosmiya), shuningdek, yo'q narsaning hidi (kakosmiya) bo'lishi mumkin. Hamma hidlar sezilganda-hid bilish I darajali, o'rtacha va birmuncha kuchli hidlar aniqlanganda 2 darajali, kuchli va o'ta kuchli hidlar aniqlanganda - hid bilish 3 darajali sanaladi. Faqat nashatir spirti aniqlanganda hid bilish funksiyasi yo'qligi to'g'risida xulosa chiqariladi, biroq uch tarmoqli nerv funksiyasi saqlanib qolgan hisoblanadi, chunki nashatir spirti nerv tarmoqchalarini ta'sirlantiradi. Nashatir spirti hidini sezishga layoqatsizlik anosmiyadan va shuningdek uch tarmoqli nerv qo'zg'aluvchanligining yo'qligidan dalolat beradi. Suvli flakon dissimulatsiyani aniqlash uchun qo'llaniladi.

Oldingi rinoskopiya o'tkazishda asbobdan foydalanish (burunga kiritish va chiqarish) qoidalari

Oldingi rinoskopiyaning galma-gal - burunning bir va ikkinchi yarmida o'tkazilgani.

1. Chap qo'lning ochilgan kaftiga burun kengaytirgichning tumshug'ini pastga qilib qo'ying, chap qo'lning bosh barmog'ini

burun kengaytirgich vinti ustiga, ko'rsatkich va o'rta barmoqlarni branshi bo'ylab tashqariga qo'ying, to'rtinchi va beshinchi barmoqlar burun kengaytirgich branshlari orasida turishi kerak. Chap qo'l tirsagini pastga tushiring, burun kengaytirgichni ushlagan qo'l panjasi harakatchan bo'lishi kerak, o'ng qo'l kaftini bemor boshiga kerakli holat berish uchun boshining tepa sohasiga qo'ying.

2. Burun kengaytirgich tumshug'i yopiq holda bemor burnining o'ng yarmi dahliziga 0,5 *sm* kiritiladi. Burun kengaytirgich tumshug'ining o'ng yarmi burun dahlizining pastki-ichki burchagida, chap yarmi-dahlizning yuqori-tashqi burchagida (burun qanoti oldida) turishi kerak.

3. Chap qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmoqlari bilan burun kengaytirgich branshini bosib va o'ng burun dahlizini kengaytirgich tumshug'ining uchlari burun shilliq pardasiga tegmaydigan qilib oching.

4. Boshni tik holatda tutib burunning o'ng yarmini ko'zdan kechiring.

5. Bemor boshini picha pastga engashtirib burunning o'ng yarmini ko'zdan kechiring. Bunda pastki burun yo'lining oldingi bo'limlari, burun tubi yaxshi ko'rinadi. Normada pastki burun yo'li ochiq.

6. Bemor boshini orqaga va o'ngga bir oz tashlattirib, burun o'ng yarmini ko'zdan kechiring. Bunda o'rta burun yo'li ko'rinadi.

7. To'rtinchi va beshinchi barmoqlar bilan burun kengaytirgich branshlarini to'liq bo'lmasa-da yopiladigan qilib o'ng branshini suring va kengaytirgichni burundan chiqaring.

8. Burunning chap yarmi quyidagicha ko'zdan kechiriladi: chap qo'l burun kengaytirgich ushlab turiladi, o'ng qo'l esa bosh tepasiga qo'yiladi. Bunda burun kengaytirgich tumshug'ining o'ng yarmi burundan chapda burun dahlizi yuqori-ichki burchagida, chap yarmi esa pastki-tashqi burchagida turadi.

Rinoskopik ko'rinish (manzara) va ma'lumotlarni sharhlash

Oldingi rinoskopiya: burun dahlizi (normada burun dahlizi bo'sh (ochiq), tuklari bor), burun to'sig'i (o'rta chiziq bo'ylab yoki

qiyshayish xarakteri, tikanlar, qirralar borligi ko'rsatilsin), burun shilliq pardasi (pushti rang, nam, silliq yoki ko'kimtir, oqimtir, shishgan, gipertrofiyalangan, quruq, atrofiyagauchragan). Burunning har bir yarmida uchta burun chig'anog'i (yuqori, o'rta va pastki) va to'rtta burun yo'llari (yuqori, o'rta, pastki va umumiy) bor. Normal burun chig'anoqlari kamdan-kam bir xil o'lchamda bo'ladi, shunga qaramay, o'ta katta tafovutlarni qayd etish zarur. Ko'kimtir-kulrang yoki oqish-pushti rang shishgan va yumshoq burun chig'anoqlari allergiya simptomi hisoblanadi. Burun yo'llari (bo'sh, chig'anoqlar kattalashmagan, burun yo'llarida ajralma yo'q yoki patologiya - yiring, poliplar konkret tasvirlansin). Burun yo'llaridagi poliplar o'rtaburun yo'llari devorlarida chiqib turadigan yumaloq yoki uzunchoq shakldagi tuzilmalar ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Pastki va o'rta burun chig'anoqlarining oldingi uchlari, pastki, o'rta va umumiy burun yo'llari, odatda, ko'z ilg'aydigan bo'ladi.

Og'iz va halqum bo'shlig'ini tekshirish - stomofaringoskopiya

Og'iz va halqum bo'shlig'ini tekshirishdan oldin qunt bilan anamnez yig'ish kerak. Umumiy ma'lumotlardan tashqari, og'iz bo'shlig'i yoki halqum kasalligining sababini, uning davomiyligini va asosiy belgilari xarakterini aniqlash zarur.

Tashqi tomondan ko'zdan kechirishni o'tkazish uslubi

Bo'yin sohasi va lab shilliq pardasini ko'zdan kechiring (lablar yuzasi silliq, shikastlanmagan yara-chaqalar, pilakchalar, pufakchalar yoki tugunli qalinlashmalar bo'lmasligi kerak). Patsiyentdan lablarni qattiq yumib tabassum qilishni so'rang, shu usul yordamida bir vaqtning o'zida yuz nervi (VII juft) funksiyasiga va tishlar jipslashishi (prikusining) to'g'riligigabaho berish mumkin.

Paypaslash o'tkazish uslubi

Halqumning regionar (mahalliy) limfatik tugunlarini: jag'-osti, retromandibulyar chuqurchalar, chuqur bo'yin, orqa bo'yin, o'mrov usti va o'mrov osti chuqurchalardagi tugunlarni paypaslang. Jag'osti limfatik tugunlari tekshirilayotgan odamning boshini oldinga bir oz engashtirib, jag'osti sohasida pastki jag'ning o'rtasida chetiga tomon

yo'nalishda barmoq falangalari uchlarini mayin uqalovchi harakatlar bilan paypaslanadi. Chuqur bo'yin limfatik tugunlari avval bir tomonidan, keyin ikkinchi tomonidan paypaslanadi. Bemorning boshi bir oz oldinga egilgan. Limfatik tugunlar o'ng tomondan paypaslanganda vrachning o'ng qo'li bemor boshining tepa qismida turadi, chap qo'l bilan esa to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak oldingi cheti oldida falangalarning uchlarini to'qimaga mayin, chuqur kiritib uqalovchi harakatlar bajariladi. Limfatik tugunlar chapdan paypaslanganda chap qo'l bosh tepa qismida bo'ladi, o'ng qo'l bilan esa paypaslanadi. Normada limfatik tugunlar paypaslanmaydi (qo'l unnamaydi).

Stomofaringoskopiya o'tkazishda asboblardan foydalanish qoidalari

Tekshirish o'tkazishdan oldin patsiyentdan og'iz shilliq pardasi, milklar va tishlarni tadqiq qilish uchun tishlardan hamma moslamalarni chiqarib olishni so'rang.

1. Shpatelni chap qo'lga olib, uni bosh barmoq pastdan, ko'rsatkich va o'rta (nomsiz barmoq ham bo'lishi mumkin) barmoqlar yuqoridan tutib turadigan qilib ushlang. O'ng qo'lni bemorning boshi tepasiga qo'ying.

2. Bemordan og'zini ochishni so'rang, shpatel bilan chap va o'ng og'iz burchaklarini galma-gal yon tomondan cho'zing. Og'iz dahlizi, shilliq pardasi, lunj yuzasida yuqori premolyar sathida turgan quloq oldidagi bezlarning chiqarish yo'llarini ko'zdan kechiring.

3. Og'iz bo'shlig'ini qarab chiqing: tishlar (qaysi tishlar yo'q, ulardan qaysilari qimirlaydi yoki kariyesga uchraganini qayd eting), milklar, qattiq tanglay, til (til yuzasini ko'zdan kechiring, uning silliqligini, rangi va so'rg'ichlari holatiga baho bering, patsiyentdan tilini chiqarishni so'rang, uning nechog'lik simmetrikligini tekshiring), tilosti va jag'osti so'lak bezlarining chiqaruv yo'llari, og'iz tubini tekshiring. Og'iz bo'shlig'ining tubi tekshirilayotgan bemordan til uchini ko'tarishni so'rash yoki uni shpatel bilan bir oz ko'tarib ko'rish mumkin. Og'iz tubida tilosti va jag'osti bezlarining chiqaruv yo'llari bo'ladi, ba'zan ular birga qo'shilib ketadi.

4. Shpatelni chap qo'lda ushlab tilning 2/3 oldingi qismini asta-

sekin, bir me'yorda, biroq yetarli darajadagi kuch bilan pastga va birmuncha oldinga, uning ildiziga tekkizmay qising. Shpatel og'izning o'ng burchagi orqali kiritiladi, tilni shpatel yuzasi bilan emas, balki uning uchi bilan bosing. Bemor ko'zdan kechirish paytida tilini chiqarishi yoki nafasini tutib turmasligi kerak, chunki bu tekshirishga xalaqit beradi. Shpatelni og'izning naq ichkarisigacha kiritmang, chunki til ildiziga tekkizilganda darhol qusish holati paydo bo'ladi. Tikka ko'tarilgan, qalin va eplab bo'lmaydigan tilni tez va tazyiq bilan bosib bo'lmaydi, chunki bunda uni tekshirish battar qiyinlashadi. Bunday hollarda bemordan og'izni bamaylixotir, zo'riqmasdan ochishni so'rang.

5. Shpatelni qo'yib, yumshoq tanglayning harakatchanligi va simmetrikligini aniqlang, buning uchun kallaning bosh miya nervlari IX juftining falajini istisno qilish maqsadida bemordan "a" tovushini talaffuz qilishni so'rang. Yumshoq tanglay shilliq pardasi, uning tilchasi, oldingi va orqa tanglay yoychalarini ko'ring. Tanglay murtaklarining o'lchamini aniqlang, buning uchun tilcha va yumshoq tanglay o'rtasidan o'tadigan oldingi tanglay yoychasi bilan vertikal chiziq o'rtasidagi masofani uch qismga taqsimlang. Bunday masofaning 1/3 gacha chiqib turadigan murtak o'lchamini birinchi darajaga, 2/3 gacha chiqib turishini ikkinchi darajaga, halqumning o'rta chizig'igacha chiqib turadigan murtak uchinchi darajaga kiritiladi.

6. Murtaklar shilliq pardasini ko'zdan kechiring. Murtak lakunalari-dagi moddalarni aniqlang. Buning uchun o'ng va chap qo'lga ikkita shpatel oling. Bitta shpatel bilan tilni pastga bosing, ikkinchisi bilan oldingi yoycha orqali murtakni uning uchdan bir yuqori sohasida mayinlik bilan bosing. O'ng murtakni ko'zdan kechirishda tilni chap qo'ldagi shpatel bilan, o'ng murtakni ko'zdan kechirishda o'ng qo'ldagi shpatel bilan bosing.

7. Halqum orqa devori shilliq pardasini ko'zdan kechiring.

Stomofaringoskopik ko'rinish (manzara)

Normada og'iz bo'shlig'i va halqumning shilliq pardasi silliq, nam, pushti rang, shishlar va shikastlarsiz, dog'simon, to'q rangli pigmentatsiya terisining rangi to'q bo'lgan kishilar uchun normal bo'lishi mumkin, yumshoq tanglay yaxshi harakatchan, yoychalari

ko‘rinib turadi. Murtaklar shilliq pardasi pushti rang, nam, uning yuzasi silliq, lakunalarining og‘zi berk bo‘ladi. Normada lakunalarda epitelial tiqinlar ko‘rinishidagi yiringi bo‘lmagan ozroq modda bo‘ladi yoki u umuman bo‘lmaydi. Halqumning orqa devori normada pushti rang, nam, tekis, uning sathida siyrak, o‘lchami 1 *mm* gacha bo‘lgan limfoid granulalar ko‘rinib turadi.

Ko‘rilganlarni sharhlash

Og‘iz bemaolol, oson ochiladi, agar qiyin bo‘lsa, lab, milklar, lunjning ichki yuzasi shilliq pardasi pushti rangli, nam yoki o‘zgarishlari xarakteri tasvirlansin. So‘lak bezlari: quloqoldi, jag‘osti va tilosti chiqaruv yo‘llari og‘zining ahvoli qayd etilsin. Til - toza, karash qoplagan, nam, quruq, rangi, (qattiq va yumshoq tanglayning shilliq pardasi, masalan, pushti rang) nam, yumshoq tanglay harakatchan (patologiyasi qayd etilsin va konkret ta‘riflansin). Tishlarning ahvoli yoritilsin. Tanglay yoychalari (ko‘rinib turadi, pushti rangli yoki ularning chetlari giperemiyalangan, infiltratlangan, shishgan, murtaklar bilan yopishib ketgan), tanglay murtaklari (I, II, II darajali kattalashgan, yuzasining xarakteri), lakunalar (kengaymagan, kengaygan), lakunalardan patologik ajralama olinmagan yoki kazeoz, yiringli tiqinlar bor, suyuq, quyuq ajralma va b. Halqumning orqa devori nam (quruq), pushti rangli, limfoid granulalar gipertrofiyalangan (atrofiyalangan). Halqum refleksi saqlangan (patologiyasi konkret ta‘riflab berilsin).

Og‘iz bo‘shlig‘ini ko‘zdan kechirishga urinib ko‘rilganda jag‘larini mahkam qisib oladigan bolalarni yordamchi ushlab turishi kerak. Agar burnining ikkala yarmi qisilgandan keyin ham bola og‘zini ochmasa, shpatelni orqa jag‘ tish orqasida til ildizigacha og‘iz burchagi orqali o‘tkazishga kirishing. Bu qusish harakatini chaqiradi, natijada bola og‘zini ochishga majbur bo‘ladi. Shu paytda shpatel bilan tilni tezda bosish va halqumni tekshirish kerak.

Burun-halqumni tekshirish-orqa rinoskopiya (epifaringoskopiya)

Burun-halqumni tekshirishdan oldin qunt bilan anamnez yig‘ish lozim. Umumiy ma‘lumotlardan tashqari, burun-halqum tomonidan bo‘lgan shikoyatlarga, kasallikning qancha vaqtdan buyon borligiga va asosiy belgilari xarakteriga alohida e‘tibor qaratilishi lozim.

Tashqi ko'rikdan o'tkazish uslubi

Bilvosita belgilarga asoslanib burun-halqumda patologik jarayon borligini taxmin qilishga imkon beradi (tashqi "adenoidizm" belgilari: yuz shishgan, og'iz ochiq, burundan har xil tabiatdagi ajralmalar ajralishi, "tovuqsimon" ko'krak, shuningdek burun orqali nafas olish buzilishlari).

Paypaslash o'tkazish uslubi

Regionar jag'osti, ensa va bo'yin limfatik tugunlarini paypaslang. Jag'osti limfatik tugunlari tekshirilayotgan bemorning boshini oldinga bir oz engashtirib, barmoq falangalarining uchlarini bilan jag'osti sohasini pastki jag'ning o'rtasidan chetiga tomon nozik uqalovchi harakatlar bilan paypaslanadi. Chuqur bo'yin limfatik tugunlari avvaliga bir tomondan, keyin boshqa tomondan paypaslanadi. Bemorning boshi oldinga bir oz engashtiriladi. Limfatik tugunlarni o'ngdan paypaslashda vrachning o'ng qo'li bemorning boshi tepasida turadi, chap qo'l bilan paypaslashda esa falangalarning uchlarini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi cheti yuqorisida to'qimaga ohista chuqur kiritib, uqalovchi harakatlar qilinadi. Limfatik tugunlarni chapdan paypaslashda chap qo'l bemor boshining tepa qismida turadi, o'ng qo'l bilan esa paypaslanadi. Normada limfatik tugunlar paypaslanmaydi (qo'l unnamaydi).

Orqa rinoskopiya o'tkazishda asboblardan foydalanish qoidalari

1. Burun -halqum ko'zqusini oling, uni hiqildoq va burun-halqum ko'zgulari uchun dastaga mahkamlang, 40-45 C gacha issiq suvda isiting, salfetka bilan arting.

2. Chap qo'lga ushlangan shpatel bilan tilning oldingi 2/3 qismini bosing. Bemordan burun orqali nafas olishini so'rang.

3. Burun-halqum ko'zqusini o'ng qo'lga xat yozish uchun ushlaganday ushlab, og'iz bo'shlig'iga kiriting, ko'zgu yuzasi yuqoriga yo'naltirilishi lozim, so'ngra ko'zguni yumshoq tanglay orqasiga til ildizi, yumshoq tanglay va halqumning orqa devoriga tekkizmay o'tkazing, chunki bu qusish refleksini chaqiradi va ko'zdan kechirishga xalaqit beradi.

4. Ko'zguni sekin harakatlantirib burun-halqumda dimog' suyagini,

uning ikkila tomonida-bo'shlig'ida pastki va o'rta burun chig'anoqlarining uchlari yotgan xoanalarni toping. Shuningdek, burun-halqumning gumbazi va eshituv (Evstaxiy) naychalarning halqum teshiklari bo'lgan yon devorlari ko'zdan kechiriladi, ular pastki burun chig'anoqlarining orqa uchlari sathida turadi.

Burun -halqumni barmoq bilan tekshirish

Orqa rinoskopiyaning, ayniqsa, halqum refleksi kuchli kishilarda, shuningdek, kichkina bolalarda hamma vaqt ham amalga oshirib bo'lmaydi. Bunday hollarda refleksni yo'qotish uchun halqumning orqa devori shilliq qavati va til ildiziga 2% dikain eritmasi, 3-5% kokain eritmasini surtish yoki 10% lidokainni purkatish, kichkina bolalarda esa burun-halqumni barmoq bilan tekshirish zarur. Burun-halqumni paypaslashni katta yoshdagi odamlarda ham, ayniqsa, ularda o'sma jarayoniga shubha bo'lganda qo'llash lozim. Chunki bunda orqa rinoskopiya aniqlanmaydigan qator holatlarni (tuzilma konsistensiyasi, uning shakli va tarqalganligi va h.k.) bilib olish mumkin.

1. Bemorni stulga o'tqazing, o'zingiz esa uning orqasida va o'ng tomonida turing.

2. O'z badaningiz va chap qo'lingiz orasiga bemorning boshini quchoqlab chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan og'zi ochiq patsiyentning tishlari o'rtasidagi chap lunjini asta bosib.

3. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan burun-halqumdan yumshoq tanglay orqasiga tezda o'ting va xoanalar, burun-halqum gumbazi va yon devorlarini ushlab ko'ring. Bunda burun-halqum murtagi ko'rsatkich barmoqning orqa tomondagi uchi bilan seziladi.

Orqa rinoskopiya dagi ko'rinish, ko'rilganlarni sharhlab

Normada katta yoshdagi odamlarda burun-halqum gumbazi bo'sh (ochiq), shilliq pardasi pushti rang, xoanalari ochiq. Dimog' suyagi o'rta chiziq bo'ylab joylashgan, burun chig'anoqlarining orqa uchlari shilliq pardasi pushti rang, yuzasi silliq, burun chig'anoqlarining oxirlari (uchlari) xoanalardan chiqib turmaydi, burun yo'llari ochiq. Burun-halqum yon devorlarida pastki burun chig'anoqlarining orqa uchlari sathida kichik-kichik chuqurchalar eshituv naychalarning halqum og'izchalari aniqlanadi.

Taxminiy bayoni: burun-halqum gumbazi bo'sh (yoki III murtak I, II, III darajada kattalashgan, dimog' suyagini yopish bo'yicha, burun-halqum shilliq pardasi pushti rang, nam, xoanalar ochiq (yoki pastki, o'rta, yuqori burun chig'anoqlarining orqa uchlari qalinlashgan yoki xoanal polip, o'sma bor va h.k.). Eshituv naylarining og'zi yaxshi differensiyalashgan (patologiyasi tasvirlansin).

Mazkur tekshirish metodini amalga oshirish uchun zarur xatti-harakatlarni izchillik bilan bajarang. Tadqiqotchi qo'lining ishonch bilan bajaradigan harakatlari, asboblarni chaqqonlik bilan ishlatishi bemorda sog'ayib ketishga umid bag'ishlaydi. Tekshirishni tinch sharoitda bemorning yoshini va ahvolini hisobga olib o'tkazing. Tadqiqotchi ko'p sonli otorinologik asboblarni ishlatmasa, bolalarni ko'zdan kechirish birmuncha yaxshi natija beradi.

Bola burun-halqum bo'shlig'ini u keskin harakatlar chog'ida shikastlanib qolmasligi uchun asboblarni qo'llanmay yaxshi tekshirish mumkin. Buning uchun burun-halqumni barmoq bilan tekshirish qo'llaniladi. Burun-halqumini paypaslashga urinishda jag'ini mahkam qisib oladigan bolalarni yordamchi ushlab turishi kerak, bordi-yu bola og'zini ochmasa, burnining ikkala yarmini qising. Og'zi ochilgandan so'ng chap qo'lni ko'rsatkich barmog'i bilan og'zi ochiq patsiyentning tishlari orasidagi chap lunjini ohista bosing, o'ng qo'l bilan esa barmoq yordamida tekshiring.

Hiqildoqni tekshirish - bilvosita laringoskopiya

Hiqildoqni tekshirishdan oldin qunt bilan anamnez yig'ish kerak. Umumiy ma'lumotlardan tashqari, hiqildoqqa oid shikoyatlarga, kasallikning qancha vaqtdan buyon davom qilayotganiga va asosiy belgilariga e'tiborni qaratish lozim.

Tashqi tomondan ko'zdan kechirishni o'tkazish uslubi

Bo'yinning oldingi va yon tomonlarida nuqsonlar, teri qoplamlarining buzilishlari yo'qligini aniqlash uchun ko'rib chiqing, hiqildoq konfiguratsiyasini aniqlang. Agar traxeostoma bo'lsa, uning holatini tasvirlang.

Paypaslash o'tkazish uslubi

1. Hiqildoqni paypaslang. Bunda chap qo'lining barmoqlarini tekshirilayotgan odamning ensasiga qo'ying, o'ng qo'lining ko'rsatkich va bosh barmoqlarini esa hiqildoq bo'ylab joylashtiring va yengil uqalovchi harakatlar bilan uning uzuksimon va qalqonsimon tog'aylarini ushlab ko'ring. Hiqildoq tog'aylarining g'ichirlashini aniqlang.

2. Hiqildoq regional, limfatik tugunlarini: jag'osti, chuqur bo'yin, orqa bo'yin, prelaringeal, pretraxeal, paratraxeal, o'mrovusti va o'mrovosti chuqurchalarida paypaslang. Jag'osti limfatik tugunlari tekshirilayotgan odamning boshi oldinga bir oz engashtirilib, jag'osti sohasida barmoq falangalarini pastki jag'ning o'rtasidan chetiga tomon yo'nalishda yengil uqalovchi harakatlar bilan paypaslanadi. Chuqur bo'yin limfatik tugunlari avval bir tomondan, so'ngra ikkinchi tomondan paypaslanadi. Bunda bemorning boshi oldinga birmuncha egiladi. Limfatik tugunlarni o'ng tomondan paypaslashda vrachning o'ng qo'li tekshiriluvchi boshining tepa qismida turadi, chap qo'l bilan esa falangalar uchlarini to'qimaga yumshoq chuqur kiritgan holda uqalovchi harakatlar qilinadi. Limfatik tugunlar chap tomondan paypaslanganda chap qo'l boshning tepa qismida yotadi, o'ng qo'l bilan esa paypaslanadi. Normada limfatik tugunlar paypaslanmaydi (qo'l unalmaydi).

Bilvosita laringoskopiya o'tkazish uchun asboblardan foydalanish qoidalari

1. Hiqildoq ko'zglasini oling, uni hiqildoq va burun-halqum ko'zgulari dastasiga mahkamlang.

2. Issiq suvda yoki spirtovka alangasi ustida 2-3 sekund mobaynida 40-45 C gacha isiting. Isiganlik darajasi ko'zguni panja yuzasining orqa tomoniga qo'yib aniqlanadi.

3. Bemordan og'zini ochishini, tilini chiqarishi va og'iz orqali nafas olishini so'rang.

4. Til uchini doka salfetka bilan yuqoriga va pastga qayiring, uni chap qo'l barmoqlari bilan tilning yuqori sathiga, o'rta barmoq tilning pastki sathiga, ko'rsatkich barmoqni esa yuqori labni ko'tarib turadigan qilib qo'ying. Tilni o'zingizga va pastga asta torting.

5. Hiqildoq ko'zqusini o'ng qo'lga olib, xat yozish uchun ruchka ushlagandek qilib ushlang, uni til ildizi va halqum orqa devoriga tekkizmay og'iz bo'shlig'iga til yuzasiga parallel qilib ko'zguli tomoni bilan kiriting. Yumshoq tanglayga yetgach, ko'zguning orqa tomoni bilan tilchani oz-moz ko'taring va ko'zgu yuzasini 45 burchak ostida halqumning o'rta o'qiga qo'ying, zarurat bo'lsa, yumshoq tanglayni yuqoriga picha ko'tarish mumkin, reflektordan tushadigan yorug'lik dastasini ko'zguga aniq yo'naltiring.

6. Bemordan "i" tovushini cho'zib aytishni, so'ngra nafas olishni so'rang. Shunday qilib, siz hiqildoqning ikki fazadagi: fonatsiya va nafas olishdagi fiziologik faoliyatini ko'rasiz. Hiqildoq manzarasi aks ettirilmaguncha ko'zgularni joylashtirishni to'g'rilashda davom eting, biroq buni mayda-mayda nozik harakatlar bilan juda ehtiyotkorona bajaring.

7 Hiqildoqdan ko'zguni chiqarib oling, dastasidan ajrating va dezeritmaga solib ko'ying.

Bilvosita laringoskopiya ko'rinishi va ko'rilganlarni sharhlash

Normada hiqildoq og'riqsiz, passiv lateral harakatchan, tog'aylarning g'archillash simptomi yuzaga chiqqan. Regionar limfatik tugunlar paypaslanmaydi (qo'lga unnamaydi). Laringoskopiya hiqildoq hamma bo'limlarining simmetrikligi va harakatchanligiga, shilliq pardasining rangiga, chin va soxta tovush burmalarining hajmi va rangiga, chin tovush burmalarining fonatsiyada yumilish xarakteri va yuzaga chiqqanligiga va ichki chetlarining holatiga asosiy e'tibor bering.

Bilvosita laringoskopiya

1. Hiqildoq ko'zqusidagi tasvir haqiqiy tasvirdan quyidagicha farq qiladi: hiqildoqning oldingi bo'limlari ko'zguda yuqorida turadi (ular go'yo orqada bo'ladi), orqa bo'limlari-pastda (go'yo oldinda) turadi. Ko'zguda hiqildoqning o'ng va chap tomonlari haqiqatga to'g'ri keladi (o'zgarmaydi).

2. Hiqildoq ko'zqusida dastavval til murtagi, hiqildoq-halqum, so'ngra

yozilgan gulbarg ko'rinishidagi hiqildoq qopqog'i joylashgan til ildizi ko'rinadi. Hiqildoq qopqog'ining shilliq pardasi odatda och pushti rang yoki sarg'imtir rangli. Hiqildoq qopqog'i bilan til ildizi orasida ikkita kichkina chuqurchalar - o'rta va til hiqildoq qopqog'i burmalari bilan chegaralangan vallekullar ko'rinib turadi.

3. Fonatsiya vaqtida tovush burmalari ko'rinadi, normada ular oq sadaf rangli bo'ladi. Burmalarning oldingi uchlarini qolqonsimon tog'aydan chiqqan joylarida oldingi komissurani hosil qiladi.

4. Tovush burmalari ustida pushti rangli vestibulyar burmalar ko'rinib turadi, tovush va vestibulyar burmalar orasida har ikkala tomondan chuqurchalar - hiqildoq qorinchalari bo'ladi.

5. Ko'zguning pastida hiqildoqning orqa bo'limlari ko'rinib turadi: cho'michsimon tog'aylar, ular silliq yuzali pushti rang, ikkita do'mboqchalari bo'lib, bu tog'aylarning tovush o'simtlariga tovush burmalarining orqa oxirlari yopishgan bo'ladi, tog'aylarning tanalari o'rtasida cho'michsimon tog'aylararo bo'shliq joylashadi.

6. Cho'michsimon tog'aylardan yuqoriga hiqildoq qopqog'i gulbargi tashqi chekkalariga cho'michsimon hiqildoq qopqog'i burmalari boradi, ular silliq yuzali pushti rangda. Cho'michsimon hiqildoq qopqog'i burmalaridan lateralroqda noxsimon bo'shliqlar (halqumning pastki bo'limi) joylashgan, ularning shilliq pardasi pushti rang, silliq.

7. Nafas olish va fonatsiyada hiqildoq ikkala yarmining harakatchanligi aniqlanadi.

8. Nafas olishda tovush burmalari orasida tovush yorig'i degan nom olgan bo'shliq hosil bo'ladi, u orqali hiqildoqning quyi bo'limi-tovush- boylamosti bo'shlig'i ko'rinadi, ko'pincha, traxeyaning pushti rang shilliq parda bilan qoplangan oldingi devorining yuqori halqalarini ko'rishga muvaffaq bo'linadi.

Normada bilvosita laringoskopiyaning taxminiy bayoni: hiqildoq qopqog'i gulbarg ko'rinishida ochiq, hiqildoq qopqog'i shilliq pardasi, cho'michsimon tog'aylar, cho'michsimon tog'aylararo bo'shliq va vestibulyar burmalar sohasidagi shilliq parda pushti rang, yuzasi silliq va nam; tovush burmalari sadaf kulrang, harakatchan, fonatsiyada to'liq yumiladi. Nafas olishda tovush yorig'i keng, simmetrik, burmalarosti bo'shlig'i bo'sh; tovush jarangdor, nafas erkin (patologiyani konkret bayon qilinsin va ta'riflansin).

Kichkina bolalarda bilvosita laringoskopiya o'tkazishning iloji bo'lmaganda to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya amalga oshiriladi.

Eshituv analizatori funksiyalarini tekshirish

Nutqni eshitishni tekshirish (shivirlash nutqini-sh.n. va so'zlashuv nutqini sh.n.).

Nutqni tekshirishni o'tkazish qoidalari:

a) tekshirilayotgan odamni o'zingizdan 6 *m* masofaga qo'ying, tekshiriluvchi quloq tekshirayotgan kishi tomoniga qaratilishi, shifokor yordamchisi esa ko'rsatkich barmog'i bilan qarama-qarshi quloq supachasini eshituv yo'li teshigiga mahkam qisib turishi kerak;

b) tekshiruvdan o'tayotganga eshitgan so'zlarini qattiq takrorlashi kerakligini tushuntiring;

c) aytilayotgan so'zlarni lablardan ilg'ab olishiga yo'l qo'ymaslik uchun bemor tekshirayotgan kishi tomoniga qaramasligi kerak;

d) tekshirayotgan odam nafas chiqarishdan so'ng o'pkada qolgan havodan foydalanib past tovushli so'zlarni (masalan, nomer, nora, mnogo, moroz, more va h.k.), so'ngra yuqori tovushli so'zlarni (masalan, chash, uj, shi va h.k.) shivirlab talaffuz qiladi.

e) agar bemor 6 *m* masofadan eshitmasa, tekshirayotgan odam tekshirilayotgan odam oldiga talaffuz qilinayotgan so'zlarni eshitib takrorlamaguncha 1 *m* dan tobora yaqinlashib kelaveradi;

f) bu tekshirishning miqdoriy ifodalanishi metrlarda hisoblanib, tekshiriluvchining shivirlab talaffuz qilingan so'zlarni eshitadigan masofasini ko'rsatadi;

g) so'zlashuv nutqini tekshirish ham xuddi shu qoidalar bo'yicha o'tkaziladi. Agar bemor quloq suprasi oldidagi so'zlashuv nutqini eshitmasa, quloq suprasi oldida qichqirish yordamida tekshiriladi (har qanday so'zlarni).

Kamertonlar bilan tekshirish

Tekshirish uslubi:

1) C 128, C 512, C 2048 kamertonlar to'plamini oling, tekshirishni past chastotali kamertonlar - S128dan boshlang. S128 va bundan yuqori kamerton branshlarini ikki barmoq yordamida yoki chap qo'l kafti yuzasiga, S2048 esa tirnoq bilan chertib tebrantiriladi.

Tekshirilayotgan odamga tekshiruvchiga kamertonni eshitmay qolgani haqida zudlik bilan xabar berish to'g'risida aniq topshiriq beriladi;

2) Sado berib turgan kamertonni ikkita barmoq bilan oyog'idan tutib turib, tekshirilayotgan odamning tashqi eshituv yo'liga 0,5-1 *sm* masofada yaqinlashtiring, tekshirilayotgan odam mazkur kamerton sadosini eshitayotgan vaqtni sekundomer bilan o'lchang, vaqt kamerton tebrana boshlagan paytdan hisoblanadi;

3) Bemor eshita olmagan kamertonni quloqdan uzoqlashtirish va o'sha ondayoq yana yaqinlashtirish zarur (qayta tebrantirmay). Odatda, kamerton shunday uzoqlashtirilgandan so'ng bemor yana bir necha sekund tovushni eshitadi. Bemorning oxirgi javobi bo'yicha vaqt uzilkesil qayd qilinadi.

Rinne tajribasi (R)

Tekshirish uslubi:

1) S128 sado beruvchi kamertonni so'rg'ichsimon o'siq maydonchasiga oyog'i bilan perpendikulyar qo'ying. Qabul qilish davomiyligini kamerton qo'zg'olgan paytdan boshlab, shuningdek, sekundomer bilan sanang. Tovushning to'qima orqali qabul qilinishi to'xtagandan so'ng kamertonni qo'zg'otmay tashqi eshituv yo'liga taqaladi. Bunda normada tekshiriluvchi kamerton tebranishlarini havo orqali eshitadi - Rinne tajribasi musbat (R+);

2) Agar tekshiriluvchi so'rg'ichsimon o'siqda kamerton to'xtagandan so'ng jarangini va tashqi eshituv yo'li oldida havo orqali ham eshitmasa, bunday natija manfiy hisoblanadi (R-).

Rinne tajribasida normada tovushning havo orqali o'tkazuvchanligi suyak orqali o'tkazuvchanlikdan ikki marta ustunlik qilishi (R+) kuzatiladi, manfiyda aksincha, suyak orqali o'tkazuvchanlik havo orqali o'tkazuvchanlikdan ustun bo'ladi, bu tovush o'tkazuvchi apparat zararlanganda kuzatiladi. Tovush qabul qiluvchi apparat kasalliklarida, normadagi singari, havo orqali o'tkazuvchanlik suyak o'tkazuvchanligidan yuqori bo'ladi, bunda ham havo orqali, ham suyak orqali o'tkazuvchanlikning sekundlarda ifodalangan kamertonning qabul qilish davomiyligi normaga qaraganda kam, biroq Rinne tajribasi musbatligicha qoladi.

Veber tajribasi (W)

Tekshirish uslubi: sado berayotgan C 12 8 kamertonini tekshiriluvchi boshining tepa qismiga qo'ying, uning oyoqchasi boshning o'rtasida turishi kerak. Kamerton branshlari o'z tebranishlarini frontal tekislik bo'ylab, ya'ni o'ng quloqdan chap quloqqa tomon amalga oshirishlari kerak.

Normada tekshiriluvchi kamerton tovushini boshi o'rtasida yoki ikkala quloqlarida bir xil eshitadi (norma W). Tovush o'tkazuvchi apparat bir tomonlama kasallanganda tovush kasal quloqqa laterallanadi (masalan, chapga: W), tovush qabul qiluvchi apparat bir tomonlama kasallanganda tovush sog'lom quloqqa laterallanadi (masalan, o'ngga: W). Quloqlar har xil darajada yoki turlicha tabiatda kasallanganda tajriba natijalarining hamma omillarini hisobga olgan holda baholash kerak.

Shvabax tajribasi (Sch)

Tekshirish uslubi: sado berayotgan kamertonni tekshirilayotgan odam boshining tepa qismiga taqab qo'ying va eshitmay qolguncha uni tutib turing. So'ngra tadqiqotchi (normal eshitadigan) kamertonni o'z boshi tepasiga qo'yadi, agar u kamertonni eshitishda davom etsa, tekshirilayotganda Shvabax tajribasi qisqargan, agar, shuningdek eshitmasa, bu holda tekshirilayotgan odamda Shvabax tajribasi normal bo'ladi. Shvabax tajribasining qisqarishi tovush qabul qiladigan apparat kasalliklarida kuzatiladi. Shu tariqa tajriba har bir quloqda o'tkaziladi: kamerton so'rg'ichsimon o'siq maydonchasiga qo'yiladi.

Jelle tajribasi (G)

Tekshirish uslubi: sado berayotgan kamertonni so'rg'ichsimon o'siqqa taqab qo'ying va ayni vaqtda shu quloq tashqi eshituv yo'lida havo bosimi Politser baloni yordamida oshiriladi. Havo kompressiyasi chog'ida normal tekshiriluvchi qabul qilishning pasayishini his qiladi (Jelle tajribasi musbat), bu oval darcha o'ymasiga uzangining bosilishi natijasida tovush qabul qilish sistemasi harakatchanligining saqlanganligi bilan bog'liq. Uzangi harakatsiz bo'lganda (otoskleroz) tashqi eshituv yo'lida havo quyuvlashgan vaqtda eshitishda hech qanday o'zgarish bo'lmaydi. (Jelle tajribasi manfiy). Tovush qabul qiladigan apparat kasallanganda tovushning normadagidan susayishi ro'y beradi, ya'ni Jelle tajribasi musbat bo'ladi.

Eshituv pasportini to'ldirish

Eshitishni kamerton bilan tekshirish natijalari eshituv pasportiga keyingi tahlil uchun yozib qo'yiladi. Quyida o'ng tomonda eshitishi normal va chapda eshitish qabul qilishi buzilgan tekshirilayotgan odamning eshituv pasporti sxemasi keltiriladi.

AD		AS
Yo'q	ch.sh	bor
6 m	sh.n	0,5
6 m	ch.n	2
120"	B=N 120 c C ₁₂₈	80"
60"	K=N 60 s	—
50"	B=N 50 c C ₂₀₄₈	15"
+	Rinne sinamasi (R)	+
←	Veber sinamasi (W)	
Norma	Shvabax sinamasi (Sch)	Qisqargan
+	Jelle sinamasi (G)	+

Xulosa: chap quloqda tovush qabul qilish tipi bo'yicha eshitish pasayishi bor: chap tomonlama neyrosensor og'irquloqlik.

Eshituv nayining o'tkazuvchanligini tekshirish

Eshituv nayi o'tkazuvchanligini (quloqlar barofunksiyasi) aniqlash uchun quyidagi sinamalar qo'llaniladi: oddiy yutinish, burunni qisib turib yutish (Toynbi sinamasi), qisilgan burun bilan puflash (zo'r berib puflash) (Valsalva tajribasi) va quloqlarni Politser usulida puflash. Avval o'ng, keyin esa chap quloqning tashqi eshituv yo'llariga alohida har bir eshituv naychalar orqali havoning o'tish darajasini tekshirish uchun otoskop olivasi kirg'iziladi.

Toynbi usuli og'iz va burun yopiqligida yutish harakatini qilishda eshituv naylari o'tkazuvchanligini aniqlashga imkon beradi (normada quloqda turtki seziladi).

Valsalva usuli Tekshirilayotgandan chuqur nafas olish, so'ngra esa og'iz va burunni mahkam yopib turib kuchli ekspiratsiya (puflash)

soʻraladi. Nafas bilan chiqarilayotgan havo bosimi ostida eshituv n aylari ochiladi va havo kuch bilan nogʻora boʻshligʻiga kiradi; bu yengil chirs etgan tovush bilan oʻtib, uni tekshirilayotgan his qiladi, vrach esa otoskop orqali oʻziga xos shovqinni eshitadi. Eshituv n aylari shilliq pardasi kasallanganda Valsalva tajribasi chiqmaydi.

Politser usuli Politser ballonining boshchasi oʻng tomondagi burun dahliziga kiritiladi va uni chap qoʻlning II barmogʻi bilan tutib turiladi, I barmoq bilan esa burunning chap qanoti burun toʻsigʻiga bosiladi. Otoskopning bitta boshchasini tekshirilayotganning tashqi eshituv yoʻliga, boshqasini esa vrach qulogʻiga kiritiladi va bemordan "paroxod" yoki "bir, ikki, uch" soʻzlarini talaffuz qilish soʻraladi. Unli tovush talaffuz qilinayotganda ballonni oʻng qoʻlning toʻrtta barmogʻi bilan qisiladi (I barmoq tayanch vazifasini bajaradi). Puflash vaqtida unli tovush talaffuz qilinganda yumshoq tanglay orqaga ogʻadi va burun-halqumni ajratadi; havo burun-halqumning yopiq boʻshligʻiga kiradi va hamma devorlarini bir tekisda bosadi, havoning bir qismi kuch bilan eshituv n aylari ogʻziga oʻtadi, bu otoskopda oʻziga xos tovush bilan aniqlanadi. Politser boʻyicha havoni puflash burunning chap yarmi orqali ham xuddi shunday bajariladi.

Eshituv n aylarining oʻtkazuvchanligini tekshirish natijalari quyidagicha baholanadi:

- eshituv n aylari yutishda oʻtkazuvchan - barofunksiya I darajada;
- eshituv n aylari Toynbi sinamasida oʻtkazuvchan - barofunksiya II darajada;
- eshituv n aylari Valsalva sinamasida oʻtkazuvchan - barofunksiya III darajada;
- eshituv n aylari Politser boʻyicha puflashdagina oʻtkazuvchan barofunksiya IV darajada.

Vestibulyator funksiyasini tekshirish

Spontan (oʻz-oʻzidan boʻladigan) nistagmni tekshirish: tekshirilayotgan odamga taxminan 50 *sm* masofadagi koʻrsatkich barmogʻiga nigoh tashlash (qarash) taklif qilinadi. Bunda barmoq galma-gal goh bir, goh boshqa tomonga, soʻngra yuqoriga va pastga 45 dan katta burchakka suriladi. Quyidagi nistagmlar farq qilinadi:

1) ko'z soqqalarining tebranishlari ro'y beradigan tekislik bo'yicha: gorizontal, vertikal va rotatorli (ko'z soqqalarining aylanma harakati). Nistagm tekisligi ta'sirlanayotgan yarimdoira kanal tekisligiga muvofiq keladi. Vestibulyar apparat zararlanishlarida aksariyat gorizontal nistagm uchraydi;

2) yo'nalishi bo'yicha-o'ngga, chapga, yuqoriga, pastga;

3) kuchi bo'yicha I, II, III darajali. I darajali nistagm tez komponent tomoniga qaralgandagina paydo bo'ladi, agar u to'g'rida qaralganda ham paydo bo'lsa-II darajali, agar nistagm sekin komponent tomoniga qaralganda ham saqlanib qolganda - III darajali;

4) ko'z soqqalarining tebranishlar amplitudasi bo'yicha keng ko'lamlı, o'rtacha ko'lamlı va mayda ko'lamlı nistagmlar farq qilinadi. Aksariyat vestibulyar nistagm o'rtacha ko'lamlı bo'ladi (ko'z soqqalarining tebranishlari 4-5 mm).

Muvozanat va odimlash (yurish) buzilishlarini aniqlash

Romberg holatida barqarorlikni tekshirish: bemor ko'zlarini yumib, tovonlari hamda oyoq panjalarini birlashtirib turadi. Vestibulyar apparat patologiyasida spontan nistagm sekin komponenti tomoniga yiqilish qayd qilinadi, bosh holatini o'zgartirish (aylantirish) esa og'ish yoki yiqilish yo'nalishini ham o'zgartiradi. Markaziy zararlanishlarda (masalan, miyacha) Romberg pozasida og'ish va yiqilish nistagm yo'nalishi bilan bog'liq emas, bosh holatini o'zgartirishlar esa yiqilish yo'nalishini o'zgartirishga sabab bo'lmaydi. Romberg oddiy sinamasini qo'llarni oldinga cho'zish (Soldblat usuli) yoki oyoq panjalarini bir chiziqda ketma-ket qo'yib sensibilizatsiya qilish (tandem-usul) bilan murakkablashtirish mumkin.

Yon tomonlama odimlash (yurish): bemor ko'zlarini yumib, shifokor ro'parasida turib goh bir tomonga, goh ikkinchi tomonga yoni bilan yuradi. Vestibulyar apparat kasalliklarida yonga odimlash yaxshi bajariladi, miyacha shikastlanganda (abscess, o'sma va h.k.) zararlangan tomonga yurish qiyinlashadi yoki yurib bo'lmaydi.

Barani ko'rsatkich sinamasi: bemor ro'paraga o'tqaziladi, ko'rsatkich barmoqlaridan tashqari, hamma barmoqlarini musht qilib bukib, uzatilgan qo'llari kaftini yuqoriga qaratib o'z tizzalariga qo'yish, so'ngra qo'llarni tirsak bo'g'imida bukmay ko'tarish va ko'rsatkich

barmoqlari bilan tekshiruvchining uzatilgan ko'rsatkich barmoqlarini topishga harakat qilish so'raladi. Tajriba avvaliga ko'zlari ochiq, so'ngra esa ko'zlari yumilgan holatda o'tkaziladi. Vestibulyar apparat zararlanganda bemor nistagmning sekin komponenti tomoniga ikkala qo'lini tekkiza olmaydi. Miyacha zararlanganda adashish zararlangan tomondagi bitta qo'lda qayd qilinadi.

Barmoq-burun sinamasi: tekshirilayotgan odam tizzasidan boshlab asta-sekin harakat qilib, avvaliga ochiq ko'zlari, keyin esa yumuq ko'zlari bilan ikkala qo'lining ko'rsatkich barmog'ini galma-gal o'z burni uchiga tekkizishi kerak. Bunda ham ko'rsatkich sinamadagi kabi tekkiza olmaslik qonuniyati qayd etiladi.

Eksperimental sinamalar

Aylanish sinamasi maxsus aylanadigan Barani o'rindig'ida ko'zlarini yumib o'tirgan tekshirilayotgan odamni aylantirish yo'li bilan bajariladi. Odatda, gorizontalar yarimdoira kanallar funksiyasi tekshiriladi. Buning uchun boshni 30 ga oldinga engashtiriladi, chunki gorizontalar yarimdoira kanalning gorizontalar tekislikka nisbatan tekisligi 30 li burchak hosil qiladi. Avvaliga bir tomonga, keyin esa ikkinchi tomonga aylantiriladi. 20 s ichida 10 marta aylantiriladi (sekundiga 180). O'rindiq to'xtatilgandan so'ng aylanishga qarama-qarshi tomonga nistagm paydo bo'ladi (aylantirishdan keyingi nistagm), u normada 20-30 s davom etadi. Chapga aylantirilgandan keyin (soat miliga teskari) o'ngga yo'nalgan gorizontalar nistagm kuzatiladi. O'ngga aylantirilgandan so'ng (soat mili bo'yicha) gorizontalar nistagm chapga yo'nalgan bo'ladi. Bu aylantirishdan keyin, asosan endolimfa harakati ampulaga yo'naltirilgan gorizontalar yarimdoira kanal ta'sirlanishi bilan izohlanadi. Frontal yon tomonlamar yarimdoira kanallarni tekshirishda bemorning boshini 90 ga oldinga yoki orqaga engashtiriladi. Aylantirishdan keyingi nistagm rotatorli bo'ladi. Sagittal kanallarni tekshirish uchun bemorning boshini goh bir, goh ikkinchi yelkasiga engashtiriladi. Bu holda aylantirgandan keyin nistagm vertikal bo'ladi.

- Kalorik sinama (har bir labirint funksional holatini alohida-alohida tekshirish): tashqi eshituv yo'liga Jane shpritsi yordamida 100-150 ml sovuq (20 C) yoki iliq (45-48 C) suyuqlik quyish. Suyuqlikni

nisbatan sekin (10-20 s mobaynida) tashqi eshituv yo'lining orqa-yuqori devoriga yo'naltirib quyiladi. Bunda bosh to'g'ri turishi yoki 60 orqaga og'gan holda joylashtirilishi mumkin. Normada 25-30 s o'tgach, gorizontaI-rotatorli nistagm paydo bo'ladi. Sovuq suyuqlik quyilganda nistagm tekshirilayotgan quloqning qarama-qarshi tomoniga yo'nalishi mumkin (endolimfaning ampulofugal oqimi), iliq suyuqlik quyilganda nistagm tekshirilayotgan quloq tomonga yo'naladi (endolimfaning ampulopetal oqimi).

- **Pressor sinama (fistula simtomiga sinama):** Politser balloni yordamida tashqi eshituv yo'lida havo bosimini oshirish va pasaytirishdan iborat. Normada bu sinama hech qanday vestibulyar hodisalarga sabab bo'lmaydi, biroq gorizontaI labirintning suyak kapsulasida birorta yemirilish natijasida nuqson bo'lsa, bemorda bosh aylanishi, nistagm paydo bo'ladi.

- **Otolitli reaksiya (OR):** tekshirilayotgan Barani o'rindig'iga o'tiradi va boshini 90 ga engashtiradi, ko'zlari yumilgan bo'lishi kerak. Barani o'rindig'ini 1 s da 180 tezlik bilan 10 s mobaynida aylantiriladi, ya'ni 2 s da 1 aylanish (oborot) tezlik bilan 5 marta aylantiriladi. Shundan so'ng o'rindiqlar to'xtatiladi, tekshirilayotgan odam avvalgi holatida qoladi, boshi egilgan va ko'zlari yumilgancha qoladi. 5 sekund o'tgach, unga ko'zlarini ochmasdan qaddini rostlash taklif qilinadi. Quyidagi reaksiya variantlari yuz berishi ehtimol:

- XX (himoya harakati) - himoya va vegetativ reaksiya-

- XX- O - gavdaning og'ishi yo'q;

- XX - I - gavdaning oz-moz og'ishi, tekshirilayotgan odam butun irodasini jamlab, qaddini rostlashga muvaffaq bo'ladi;

- XX II gavdasining ko'proq og'ishi, tekshirilayotgan odam gavdasini rostlashga urinib ko'radi, biroq buning uddasidan chiqmaydi;

- XX- III - gavdasining keskin og'ishi, bunda tekshirilayotgan odam o'rindiqlarda o'zini tuta olmaydi;

- VR O vestibulovegetativ reaksiyalarning yo'qligi;

- VR I - oz-moz ko'ngli aynishi;

- VR II VR - I ning o'zi va obyektiv ravishda qayd qilinadigan vestibulovegetativ reaksiyalar: yuzning oqarishi yoki qizarishi (ko'proq oqarishi), sovuq terlash, salivatsiya, puls va nafas tezligining o'zgarishi va b.;

VR III VR - II ning o'zi, biroq reaksiya birmuncha yaqqol, qusish.

Vestibulyar pasport (chap labirint qo'zg'olganda)

O'ng tomon	Testlar	Chap tomon
0	Subyektiv sezgilar	+
0	Spontan nistagm	+
+	Kalorik nistagm	+
25 c	Aylantirishdan keyingi nistagm	50 c
0	Pressor nistagm	0

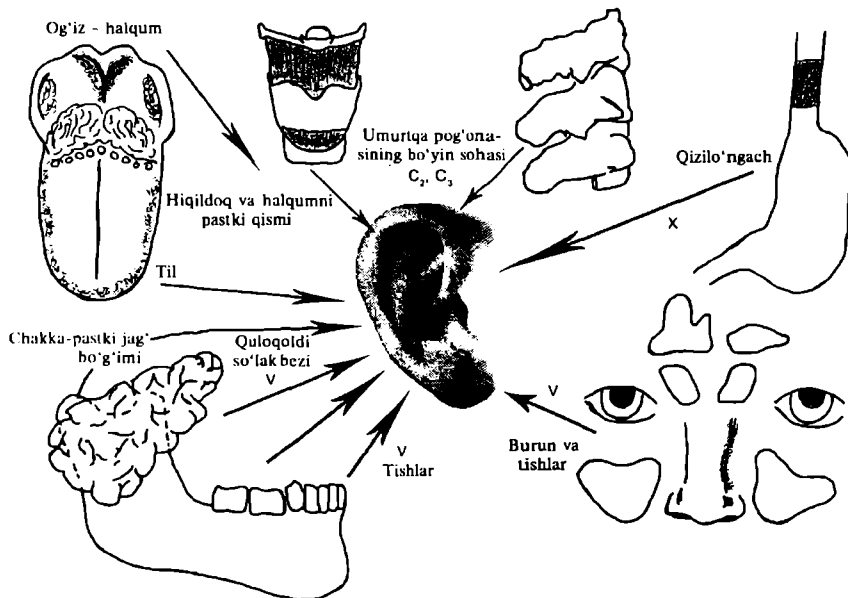
Xulosa: chap labirintning qo'zg'olishi hisobiga vestibulyar apparat funksiyasida asimetriya bor.

LOR patologiyasidagi asosiy simptomlar va UAV taktikasi:

Quloqdagi og'riq

Quyidagi kasalliklar quloqda og'riq bilan o'tadi:	Quyidagi kasalliklarda og'riq quloq sohasida o'tadi (tarqaladi): (irradiatsiya)
— tashqi eshituv yo'li chipqoni	— anginalar
— quloq supراسi perixondriti	— paratonzillyar abscess
— tashqi quloq saramasi	— halqum o'smalari
— herpes Zoster	— halqum sili (tuberkulyozi)
— o'tkir o'rta quloq otiti	— ensa nervi nevrалgiyasi
— yevstaxiit	— hiqildoq xondroperixondriti
— mastoidit	— halqumdagi yot jism
— quloq zaxmi	— tish kariyesi
— quloq shikasti	— gingivit
— quloqning xavfli o'smalari	— tish chiqishining qiyinlashuvi
	— sialoadenit
	— bigizsimontilosti sindromi
	— chakka – pastki jag' bo'g'imi artriti

Quloqdagi og'riq (Rasm 5) quloq kasalliklaridan hamda bosh va bo'yinning yaqin va uzoq sohalaridagi kasalliklardan bo'lishi mumkin. Quloqda og'riq uning yallig'lanish kasalliklarida quloq supراسida va tashqi eshituv yo'li devorida joylashgan og'riq retseptorlarining nog'ora bo'shlig'i shilliq pardasining eksudati va shishidan bosilishi natijasida paydo bo'ladi. Agar quloq tomonidan patologiyani topmasalar (quloqdagi og'riq shikoyatlarida) burun, halqum, hiqildoq va og'iz bo'shlig'ini qunt bilan tekshirish zarur. Uch shoxli nerv tarmoqlanishi sohasida yoki adashgan nerv ta'sirlanganda quloqda irradiatsiyalovchi og'riqlar bo'lishi hammaga ma'lum. Quloq sohasida og'riqlar quyidagi ta'sirlar hisobiga vujudga kelishi mumkin:



5- rasm. Quloq og'rig'i sabablari

1) Uch shoxli nervning chakka-eshituv tarmog'i hisobiga, masalan, karioz tishlarda, molyarlar qiyinlik bilan yorib chiqqanda, chakka-yuqori jag' bo'g'imi yoki tilning har xil zararlanishlarida;

2) til-halqum nervining nog'ora bo'shlig'i tarmog'i hisobiga (tonzillektomiya, tonzillit, paratonzillyar abscess, til ildizi karsinomi, til-halqum nervi nevrologiyasi);

3) n.vagus sezuvchan tarmog'i hisobiga, masalan, herpes-zoster bo'lganda;

4) n.vagus eshituv tarmog'i hisobiga, masalan, hiqildoq karsinomi, noksimon chuqurcha karsinomi yoki qalqonsimon bez orqasidagi karsinomada;

5) eshituv nervi (S2-3) va kichik ensa nervi (S2) hisobiga, masalan, bo'yin spondilyozida.

Quloqqa og'riq halqum va hiqildoqning pastki bo'limlaridan yaraga aylangan raxlarda, sil yaralarida, hiqildoqning o'tkir perixondritlarida va boshqa kasalliklarda berilishi mumkin.

Quloqdan chiqadigan ajralmalar

Miqdori (mo‘l, juda kam), davriyligi (doimiy, ma’lum vaqt oraliqlarida), rangli (oq, sariq, qon aralash, ko‘kimtir, qora, jigar rang va h.k.) va konsistensiyasi (suyuq, quyuq, yiringsimon, shilliqli, tangachasimon va h.k.) bo‘yicha tavsiflanadi.

Quloqdan ajralmalar quyidagi kasalliklarda uchrashi mumkin:

- tashqi eshituv yo‘li chipqonida,
- tashqi otitda,
- otomikozda,
- quloqoldi bezi absessida,
- o‘tkir yiringli o‘rta otitda,
- surunkali yiringli o‘rta otitda,
- tashqi quloq ekzemasida.

Eshitishning buzilishi

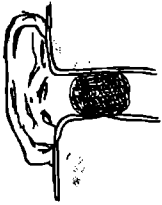
Surdologiya audiologiyaning garanglikni o‘rganish bilan shug‘ullanadigan bo‘limi hisoblanadi. Biroq hozirgi vaqtda bu termin aksariyat eshituvning og‘irquloqlik ko‘rinishidagi buzilishlarini belgilash uchun ishlatiladi.

Og‘irquloqlik - atrofdagi kishilarning nutqi yaxshi eshitilmaydigan yoki yetarlicha aniq eshitishning pasayishi. Bunda bemor odatdagi nutqi yordamida kishilar bilan muloqotga qiyin kirishadi. (6- rasm)

Og‘irquloqlik rivojlanishi bilan paydo bo‘lish ehtimoli bo‘lgan kasalliklar

- quloq kiri (sera);
- o‘tkir o‘rta otit;
- surunkali yiringli o‘rta otit;
- sekretor o‘rta otit;
- tubootit;
- adgeziv o‘tkir otit;
- otoskleroz;

- labirintit;
- tashqi eshituv yo'lining orttirilgan atreziyasi;
- nog'ora parda yirtilishi;
- quloqning rivojlanish nuqsonlari;
- kalla suyagi asosining sinishi;
- koxlear nevrit;
- Menyer kasalligi;
- qarilik og'irquloqligi.



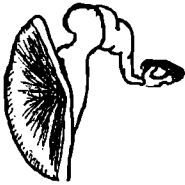
Tashqi eshituv yo'lining to'silishi (yopilishi)



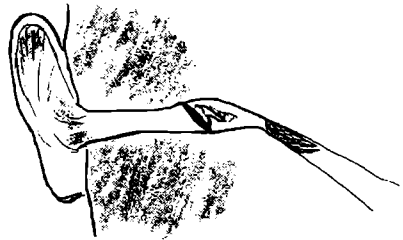
Nog'ora parda perforatsiyasi (teshik)



Eshitish suyaklarida uzulish



Eshitish suyaklarining harakati chegaralanishi



Eshitish nayining obstruksiyasi (to'silishi)

6- rasm. Konduktiv og'irquloqlik

Og'irquloqlikning ajratib turadigan belgilaridan biri uning nutq buzilishlari paydo bo'lishi bilan chambarchas bogliqligidir. Chunki eshituv va nutq kishilarning bir-biri bilan muloqot qilishida yagona jarayon hisoblanadi. Gapirishni biladigan odamda paydo bo'ladigan og'irquloqlikda keyinchalik, nutqning monotonlik, noritmlik singari ko'rinishdagi buzilishlari rivojlanadi, chunki og'irquloqlik o'z tovushi ustidan nazorat qilishga to'sqinlik qiladi.

Og'irquloqlikli bemorlar rehabilitatsiyasi Tovush o'tkazuvchi apparat zararlanganda (tashqi va ichki quloq) tegishli konservativ yoki xirurglik davolash eshitishni anchagina yaxshilashi, ba'zan esa tiklashi ham mumkin. Tovush qabul qiluvchi apparat zararlanganda og'irquloqlik qaytmas va odatda avj olib boradigan xarakter kasb etadi hamda garanglik bilan chegaradosh og'ir formasi rivojlanadi. So'zlashuv tilini (nutqini) 2 m dan kam masofada idrok qiladigan bolalarni maxsus maktabda o'qitish darkor, zararlanish kamroq bo'lganda odatdagi maktabda o'qishlari mumkin.

Davolash Aloe, FiBS, vitamin VI va b. inyeksiyalar. Lablarga qarab o'qishni o'rganish, maxsus kuchaytiruvchi apparatlar yordamida eshituv qobiliyatini rivojlantirish bo'yicha mashqlar.

Og'irquloqlikni davolashda xirurgik, medikamentoz va fizioterapevtik vositalarning katta imkoniyatlaridan foydalaniladi. Biroq og'irquloqlikning perseptiv formalarini va tovush o'tkazuvchi sistemaning ba'zi bir kasalliklarini davolash naf bermaydi yoki kam naf beradi va eshituv darajasini sotsial jihatdan yaroqli darajagacha oshirmaydi. Mana shu sharoitda bemorlarni rehabilitatsiya qilish birinchi o'ringa chiqadi. Eshitishni protezlash tushunchasiga birlashtiriladigan tadbirlar majmuasi alohida qiziqish uyg'otadi. U og'irquloqlikni konservativ yoki xirurgik davolash metodlari foyda bermagan yoki biror sabablarga ko'ra tovushni kuchaytiradigan eshituv apparatini rad qiladigan shaxslarga shunday eshituv apparatlarini tanlashni ko'zda tutadi. Uzatiladigan tovushlar yoki nutq nechog'lik kam o'zgarsa, apparat shunchalik takomillashgan hisoblanadi. Tovush o'tkazuvchi apparati zararlangan bemorlarda eshitishni bemorlarda protezlash bo'yicha eng ko'p, neyrosensor og'irquloqlikda esa eng kam natijaga erishiladi. Buning boisi shundaki, mazkur formada tovush sezgilari bo'sag'asi bilan diskomfort bo'sag'asi o'rtasida juda kichkina uzilish

bo'ladi. Shunday qilib, tovushning kuchayishi uni ko'tara olmaslik chegarasi bilan cheklanadi, shundan so'ng tovushni yanada kuchaytirish og'riq, noxush sezgi, shular bilan birga, nutqni tushunib olishni yomonlashtiradi. Zamonaviy eshituv apparatlari tovushning kuchini avtomatik boshqarish va tovushlar o'tkazilishining chastotali spektrini qisish imkonini berib, bu bilan og'irquloqlikning neyrosensor formalarida eshitishni protezlash ko'rsatmalarini ma'lum darajada kengaytiradi. Hozirgi vaqtda shakli jihatidan eshituv yo'lga mos tushadigan apparatlarining katta guruhi bor. Agar apparatning shakli o'lchami bo'yicha to'g'ri kelmasa, begona tovushlar paydo bo'lishi va bemor bunday protez orqali eshita olmasligi mumkin. Elektrodi bevosita bemorning qulog'iga kiritib qo'yiladigan "hamma narsa quloqda" deyiladigan birmuncha takomillashgan (va qimmat) protezda tovush yaxshi va aniq eshitaladi.

Yaqinda suyak-fiksatsiya qilingan eshituv protezi (KFSP) ishlab chiqilgan. Chakka suyagiga implantatsiya qilinadigan titan vint suyakning o'zi bilan birikadi, teri orqali fiksatsiya esa maxsus eshituv protezini tovushni suyak orqali chig'anoqqa transformatsiya qilib moslashtirishga imkon beradi. Bunday apparat, asosan, eshituv kanali yo'q yoki odatdagi protezlardan foydalanish naf bermaydigan surunkali quloq kasalliklari bo'lgan bemorlar uchun mo'ljallangan.

Chig'anoqqa qo'yiladigan implantatlar AQSHda, Avstraliyada va Yevropaning ko'pgina mamlakatlarida eshituv nervini stimulyatsiya qilish uchun chig'anoqqa elektrodni implantatsiya qilish bo'yicha ko'p sonli tadqiqotlar o'tkazilgan. Apparat mikrofon, elektron datchik va bir yoki ko'p kanalli, chig'anoqqa implantatsiya qilinadigan elektroddan iborat. Koxlear implantatsiya operatsiyasi faqat total garanglikda o'tkaziladi. Intrakoxlear ko'p kanalli apparatning ish natijalari maqtovga loyiq, chunki patsiyentlar endi bemolol gaplasha oladilar. Ko'pchilik bemorlarda eshitish ancha yaxshilanadi. Hozir implantatsiya bolalarda eshituv buzilishlarini davolashda keng qo'llanilmoqda.

Elektron protez Ko'pgina zamonaviy protez eshituv sistemasini stimulyatsiya qiladigan tasmacha bilan yaratiladi, bu telefonlardan foydalanishni soddalashtiradi. Avtomatik tovush diagnostikasi bo'lgan apparatlar yaqin kelajakda talab qilinishi mumkin.

Ma'lumki, eshituv apparati eshitishni yaxshilab, bemorga o'z nutqini korreksiya qilishga imkon berishi mumkin, biroq quloq ichidagi patologik jarayonga aslo ta'sir qilmaydi. Bolalarning eshitishini protezlash nutqi va psixikasining normal rivojlanishiga imkon beradi. Eshituv apparatining samaradorligiga undan foydalanish vaqtdan boshlab 2 hafta o'tgach, baho berilishi kerak. Bu davr ichida bemor pribor orqali kelayotgan ko'p sonli tovushlarga o'rganadi va qabul qilinadigan nutqning odatdan tashqari balandligiga ko'nikadi.

Eshitishni protezlash bir tomonlama og'irquloqligi bo'lgan bemorlar uchun maqsadga muvofiq. Agar bemor eshituv apparatidan foydalana olmasa, uni lab qimirlashidan o'qishga o'rgatish zarur.

Eshitishni protezlashda ishning kosmetik tomoni ham ahamiyatli. Quloq orqasiga o'rnatiladigan mo'jaz apparatlar va bevosita tashqi eshituv yo'liga qo'yiladigan apparatlar yaxshi kosmetik natija beradi. Kelajakda elektrodni mikrofondan chig'anoqqa xirurgik implantatsiya qilish vazifasi turibdi, biroq bu ish endigina boshlangan. Bu elektrodni amaliyotga joriy qilish uchun bir qator jiddiy ilmiy nazariy va genetik masalalarni hal qilish talab etiladi. Bu sohada yutuqlarni qo'lga kiritish muqarrar, biroq elektron moslamaning o'z qiymati va keyingi rehabilitatsiya xarajatlari juda yuqoridir.

Garanglik odam bevosita qulog'i ostida aytilgan qattiq gapni eshitmaydigan holat.

Bolalar garangligi Eshitish pasayishi to'xtovsiz avj olib borganda bolalik yoshida garanglikni erta tashxis qilish zarur. 8 oylik bo'lgan hamma go'daklar ommaviy tekshiruvdan o'tkazilishi kerak. Nazorat natijalari shubha tug'dirgan hollarda ular audiologik markazning LOR - mutaxassisiga birmuncha sinchikab tekshirish uchun yuborilishlari kerak. Bu guruhga quyidagi patologiyalari bo'lgan bolalar kiritiladi:

- 1) oy-kuni to'lmasdan chala tug'ilgan va tana og'irligi kam;
- 2) perinatal gipoksiya;
- 3) gemolitik kasallik;
- 4) irsiy garanglikning oilaviy anamnezi;
- 5) ona qornidagi ekspozitsiya (qizilcha, sitomegalovirus va VICH kabi virusli infeksiyalar ta'siri).

Bolaning ahvoriga ona tomonidan baho berilishi juda muhim. Agar onasi bolaning eshitish qobiliyati unchalik yaxshi emasligini aytsa,

bunga ishonish kerak. Neonatal davrda xavfli guruhdagi bolalarni tekshirish hozirgi vaqtda ko'pgina markazlarda eshitish potentsiallarini qayd qilish bilan o'tkaziladi (obyektiv metod).

Kar-soqovlik tug'ma yoki hayotda orttirilgan (3 yoshgacha) garanglik natijasida rivojlanadi. Tug'ma kar-soqovlik homiladorlikning zararli omillari ta'siri ostida embrional holatda (virusli kasalliklar, zaxm, toksinli moddalar, dori-darmonlar, avitaminozlar va b.) paydo bo'ladi. Ichki va o'rta quloqning rivojlanish nuqsonlari bilan birga uchraydigan irsiy formalari bir-biridan farq qilinadi. Birmuncha ko'proq uchraydigan orttirilgan formalari boshdan o'tkazilgan infeksiyalar, ototoksik dori preparatlarini qo'llash oqibati bo'lishi mumkin. Soqovlik (gunglik) kar bo'lib qolish oqibatida rivojlanadi. Kar-soqov bola nutqni eshitmaydi, shuning uchun unda normal gapira olish qobiliyati bo'lmaydi. Davolash kam natija beradi. Asosiy vazifa maxsus muassasalarda gapirishni o'rgatishdan iborat. Zamonaviy metodikalar yordamida yaxshi ijtimoiy rehabilitatsiya (tiklash) ga erishish mumkin.

To'satdan yuz beradigan neyrosensor garanglik. To'satdan ro'y beradigan neyrosensor garanglik to'satdan bo'ladigan qon ketishlari kabi zudlik bilan davolashni talab qiladi. Shoshilinch ravishda LOR klinikasiga gospitalizatsiya qilinishi shart, chunki vaqtni qo'ldan boy berish tuzalmaydigan garanglikka olib kelishi mumkin. To'satdan boshlanadigan garanglik bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin va ko'pchilik hollarda virusli yoki tomirlardan bo'lishi mumkin.

To'satdan yuz beradigan neyrosensor garanglikka quyidagilar sabab bo'ladi:

- tomir buzilishlari;
- chig'anoq shishi;
- qon kasalliklari;
- quloq zaxmi;
- Menyer kasalligi;
- kontuziya;
- kalla suyagi asosi sinishi;
- yumaloq darcha membranasi yirtilishi.

Quloqlardagi shovqin

Quloqlardagi shovqin Quloqning har xil patologiyasida tez-tez uchraydigan simptom. Quloqlarda shovqin paydo bo'lishiga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

- quloq kiri;
- o'tkir o'rta otit;
tubootit;
- surunkali o'rta otit;
otoskleroz;
koxlear nevrıt;
eshituv nervi nevrinomasi;
Menyer kasalligi.

Quloqdagi shovqin qisqa muddatli, davomli yoki doimiy bo'lishi mumkin. Uning intensivligi (kuchi) ham har xil, aksariyat shovqin tinch sharoitda kuchayadi. Shovqin xarakteri g'oyat turli-tuman: o'rmon shovqini, dengiz to'lqini, chigirtka chirillashi va h.k. Shovqin eshitish analizatorining har qanday sohasidagi kasalliklarida: tashqi quloq (quloq kiri), o'rta quloq (turli xil otitlar), ichki quloq (nevritlar, chig'anoq kasalliklari) va markaziy eshitish buzilishlarida paydo bo'lishi mumkin. Otoklerozda shovqin, ayniqsa, qattiq azob beradi. Bemorda shovqin bo'lganda otoskopiya o'tkazish, eshitish zararlanishining xarakterini aniqlash uchun eshituv faoliyatini tekshirish (so'zlashuv nutqi, kamertonlar, audiometriya orqali tekshirish o'tkazish) zarur.

Davolash: ko'pincha, funksional buzilishlar bilan o'tadigan, unchalik qattiq bo'lmagan quloqdagi shovqinlar ba'zan hech qanday davolashsiz yo'qolib ketadi. Turmush va mehnat tartibining bir me'yordaligi (normal ovqatlanish, uyqu, ochiq havoda sayr qilish, sport bilan shug'ullanish, chekishdan va ichkilik ichishdan voz kechish, doimiy shovqin bilan bog'liq bo'lmagan sharoitlarda toliqishsiz jismoniy va aqliy mehnat bilan shug'ullanish) katta ahamiyatga ega. Quloqdagi shovqin sababi aniqlanganda asosiy kasallik: otoskleroz, koxlear nevrıt, Menyer kasalligi, quloqning yallig'lanish kasalliklari, gipertoniya kasalligi va boshqalar davolanadi.

Bosh aylanishi (vertigo)

Bosh aylanishi - tevarak-atrofdagi narsalar, o'z tanasining go'yo aylanayotgandek, harakat qilayotgandek his qilish yoki bosh ichida aylanish sezgisi bo'lishidir. O'zining yoki atrofdagi narsalarning aylanayotgandek bo'lishi vestibulyar va ko'ruv analizatorlarining o'zaro ta'siri buzilganda va odamning makon oriyentatsiyasini (mo'ljal olishini) ta'minlaydigan chuqur sezuvchanlik buzilganda paydo bo'ladi. U bilan ko'proq katta yoshdagi odamlar kasallanadilar. Bosh aylanishini, ayniqsa, go'dak yoshdagi bolalarda aniqlash katta qiyinchilik tug'diradi. Hayotining birinchi yoshini yashab kelayotgan bolada bosh aylanishini uning xatti-harakatlari ustidan kuzatib taxmin qilish mumkin: ko'zlarini yumib yuz tuban o'ringa qattiq yopishib yotadi va uni surilganda bezovtaligini bildiradi. Bir yildan so'ng bola mustaqil yura boshlagach bolada bosh aylanishi borligini u atrofdagi narsalarni mahkam ushlab qimirlamay tik turishidan, yuzidagi qo'rquv alomatidan bilib olish mumkin. Faqat bolalar emas, balki kattalar ham ko'z oldi qorong'ilashuvi, umumiy behollik, boshdagi quyilish sezgisi, ko'z oldida mayda narsalar uchib yurishi, go'yo muvozanatni yo'qotgandek bo'lish va shu kabilarni bosh aylanishi sirasiga kiritadilar. Bular, odatda, umumsomatik kasalliklarda, anemiyada, vegetotomirlar distoniyasida va boshqa kasalliklarda paydo bo'ladi hamda ularning chin ma'nodagi bosh aylanishiga amalda aloqasi bo'lmaydi. Bosh aylanishi kasallikning belgilaridan biri bo'lishi yoki vestibulyar apparatga oshirilgan yuklamalar tushganda rivojlanadigan qisqa fursatli reaksiya bo'lishi ham mumkin. Deyarli hamma odamlar fiziologik deb nom olgan vestibulyar bosh aylanishi: dengiz kasalligida bosh aylanishni, tog' yo'llarida avtomobilda uzog' vaqt yurish, samolyotda uchganda o'zini yomon his qilish, arg'imchoq yoki charxpalakda uchish, harakatdagi narsalarga uzoq tikilish, balandlikda, ko'p miqdorda alkogol ichishdan keyin bosh aylanishini his qilganlar. Bunday holatlar vestibulyar disfunktsiya va vestibulyar qo'zg'oluvchanlikning past bo'sag'asi bilan bog'liq. Bosh aylanishi aksariyat somatosensor epileptik (tutqanoq) xurujining birdan-bir ko'rinishi yoki ikkilamchi avjiga chiqqan talvasa xurujining eng yaqin darakchisi (aura) bo'ladi.

Epileptik vertigo - epileptik xuruj ekvivalentlaridan biridir. Bosh aylanishi miyaning o'zi zararlanishi oqibatida ham, masalan, tarqoq sklerozda u miya o'zagidagi yallig'lanish o'zgarishlari natijasida paydo bo'ladi. Migrenda, bazillyar yoki umurtqa arteriyalari torayganda bosh aylanishi miyaning orqa bo'limlarida qon aylanishining vaqtincha kamayishi bilan bog'liq. Bosh aylanishiga miya o'smalari ham sababchi bo'lishi mumkin (ko'pincha, xavfsiz o'smalari IV korincha o'smalari yoshlardagi ependimoma yoki qariyalardagi metastazlar). Bosh aylanishlari holatning o'zgarishi yoki boshning to'satdan harakati sababli ham bo'lishi mumkin. VIII nerv zararlanganda bosh aylanishi, odatda, eshitishning pasayishi va quloqlarda shovqin bilan birga uchraydi; bunda bosh aylanishi kamdan-kam holda bo'lishini aytib o'tish lozim. VIII juft nevrinomasi eng ko'p uchraydigani hisoblanadi. Bosh aylanishi ko'pgina dori preparatlarini qabul qilishda yoki vestibulyar sistemaning shikastlanishi oqibatida yoki qo'shimcha effekt sifatida paydo bo'lishi mumkin. Chunonchi, streptomitsin labirintga toksik ta'sir ko'rsatadi, shuningdek vestibulyar yadro va miyachani shikastlashi mumkin, barbituratlar va antikonvulsantlar (difenin) bosh aylanishini, uyquchanlikni va ataksiyani keltirib chiqaradi, markaziy vestibulyar va miyacha aloqalariga ta'sir qiladi. Gipoglikemiya singari metabolik buzilishlarda, ehtimol, bosh aylanishining shunday mexanizmi bo'lsa kerak. Aksariyat nosistem bosh aylanishiga xavotirlanish holatlaridagi giperventilyatsiya (tezlashgan nafas) sababchi hisoblanadi. O'tkir xavotirlik holati bosh aylanishi xurujlariga nisbatan rivojlanish ehtimoli borligini ko'rsatib o'tish lozim. Ayrim bolalarda xavotirlik yengib bo'lmaydigan darajaga yetib, vahima yoki agorafobiyaga (olomon yoki jamoat joylaridan qo'rqish) olib keladi. Bu ikkilamchi simptomlar diqqat bilan o'rganishni talab qiladi, chunki vahima sindromning asosiy komponenti bo'lib qolishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarga psixoterapiya va bo'shashtirish usullaridan foydalanish yordam beradi. O'tkir bosh aylanishi umurtqa yoki orqa pastki miyacha arteriyasining okkluziyasi oqibatidagi o'zak yon infarkt-larining doimiy simptomidir. O'zak ishemiyasi tufayli o'tkinchi xurujlar bazilyar migrenda, asosiy arteriya anevrizmasi yoki o'zak

angiomasi bo'lgan bemorlarda, shuningdek vertebrobazillyar yetishmovchiligida ko'p uchraydi. Miya o'zagining o'tkinchi ishemiyasi vertebral arteriyalarida aterosklerozi bo'lgan bemorlarda, ayniqsa, bo'yin spondilezi bo'lganda boshning harakati bosh aylanishiga sabab bo'ladi.

Odatdagi bosh aylanishi deganda, ko'pincha, turli-tuman holatlar tushuniladi: tana yoki atrofdagi narsalarning makonda soxta aylanishi; muvozanatni yo'qotishdan qo'rqish; tananing makonda mo'ljal olishining buzilishlarini sezish; mastlik holatini sezish; ko'ngil behuzur bo'lishi; boshdagi tuman; xushni yo'qotishdan oldingi holat. Patsiyentlar o'z sezgilarini o'ziga xos tasvirlaydilar: "boshim ichida bir g'alati narsa bordek", "boshim bo'm-bo'sh", "xuddi mast odamga o'xshayman", "boshim go'yo aylanmoqda", "hamma narsa tushib ketyapti", "hamma narsa aylanadi", "oyog'im ostidagi yer yurib ketayotgandek" "men qayoqqadir uchmoqdaman", "o'zimni yaxshi his qilmayapman" va h.k. Bu sezgilar qisqa va davomli, boshni burish va tana holatini o'zgartirish bilan bog'liq yoki bog'liq bo'lmasligi mumkin. Ular har xil simptomlar bilan o'tishi mumkin: ko'ngil behuzurligi, qusish, ko'z oldi qorong'lashishi, havo yetishmasligi, quloqlarda shovqin, umumiy behollik, vahima, qo'rquv, yurak urib ketishi, arterial bosimning pasayishi, bosh og'rishi, eshitishning pasayishi, ko'zga narsalarning qo'shaloq bo'lib ko'rinishi va b. Bosh aylanishi infeksiya, kalla-miya shikastlari, emotsional stress, aqliy yoki jismoniy charchash, uyqudan qoniqmaslik, uzoq vaqt ochlikdan keyin boshlanishi mumkin. Ko'pchilik hollarda bosh aylanishi negizida quyidagi holatlardan biri yotadi: periferik vestibulyar buzilishlar, ko'p sonli sensor yetishmovchilik, psixogen sabablar, miya o'zagida qon aylanishining buzilishi, markaziy nerv sistemasining boshqa kasalliklari, yurak-tomir kasalliklari. Bir necha sabablarning birga uchrash ehtimoli bor. Bosh aylanishi to'satdan (paroksizmal) va asta-sekin paydo bo'lishi mumkin. Bir zumda (sekundlar ichida), qisqa vaqtda (minutlar) va davomli (bir necha soat, kunlar, haftalar) boshlanishi mumkin. Turli xil nevrologik, umumsomatik va vegetativ-tomirli belgilar (ko'ngil behuzurligi, qusish, eshitishning pasayishi, bosh og'rig'i, nistagm, ko'p terlash, teri qoplamlarining rangi o'chishi) bilan o'tishi mumkin.

Bosh aylanishi vestibulyar va novestibulyar turlarga bo'linadi, boshqacha aytganda uni sistem va nosistem sifatida talqin qilinadi. Vestibulyar analizator (VA) ta'sirlanganda quyidagi bosh aylanishlar paydo bo'lishi ma'lum:

1) propriotseptiv, ya'ni o'z tanasining makonda passiv harakatini his qilish;

2) taktil yoki sezuv, ya'ni bemor oyoqlari, qo'llari ostida tayanchning (pol, stol) yo'qolishi, to'lqinlar bo'ylab uchish, tananing tushib yoki ko'tarilib ketgandek bo'lishi, oldinga va orqaga, o'ngga va chapga, yuqoriga va pastga chayqalish sezgisi, oyoqning osti cho'kib ketayotgandek his qilishi;

3) ko'rishga oid bosh aylanishi yoki ko'rinib turgan narsalarning bosib kelayotgandek harakati. Bosh aylanishining bu uchala turi hamisha VA muayyan uchastkasining ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Bunday turdagi bosh aylanishlar sistem yoki vestibulyar (VB) deb ataladi.

Sistem bosh aylanishlaridan farq qiladigan boshqa hamma sezgilar (mastlik, ko'ngil aynishi, ataksiyalar, sinkoplar, hushni yo'qotishdan oldingi holatlar, ko'z oldidagi tebranishlar, ko'z oldida parda ko'rinishi yoki ko'z qorong'lashuvi, boshdagi harakat yoki qimirlash, hushni qisqa muddatga yo'qotish va b.) nosistem, novestibulyar bosh aylanishi deyiladi. Bosh aylanishi bilan birga keladigan simptomlarning paydo bo'lish tarixi vrach tomonidan sinchiklab tahlil qilinishi, qunt bilan ko'zdan kechirish va qo'shimcha diagnostika metodlari bosh aylanishining sababini tushunishgavauning kliniktiplaridan to'rttasidan biriga kiritishga imkon beradi:

- sistem yoki vestibulyar bosh aylanishi hushni yo'qotishdan oldingi holat psixogen bosh aylanishi
- muvozanatning buzilishi.

Sistem yoki vestibulyar bosh aylanishi o'zining shaxsiy tanasi yoki atrofdagi narsalarning aylanishi, yiqilishi, qiyshayishi yoki tebranishini sezishdir. Aksariyat ko'ngil behuzur bo'lishi, qusish, gipergidroz, eshitish va muvozanatning buzilishi, shuningdek, ossillopsiya (atrofdagi narsalarning mayda amplitudali tez tebranishlari illuziyasi) bilan o'tadi. Sistem bosh aylanishiga vestibulyar sistema va

periferik sistema markaziy bo'limining zararlanishi xos. O'rta quloq infeksiyalari, kalla suyagining shikastlari yoki otolitik operatsiyalardan keyin eng ko'p rivojlanadi.

Xavfsiz paroksizmal pozitsion bosh aylanishi (DPPG) (XPPBA): Sistem bosh aylanishining qisqa (1 minutgacha) xurujlari bilan tavsiflanadi, ular bosh va gavdaning og'irlik kuchiga nisbatan muayyan holatda paydo bo'ladi. XPPBA latent davr o'tgach (10 s) boshlanadi. Avvaliga bosh aylanishi intensiv, vegetativ buzilishlar bilan o'tib, bir minutgacha davom qiladi. Agar bosh holati o'zgartirilmasa bosh aylanishi tezda o'tib ketadi. Bosh holati bir necha marta o'zgartirilsa, bu holda XPPBA yo'qoladi va takrorlanmaydi. Uzoq muddatli dam olingandan so'ng yana paydo bo'ladi. Adaptatsiya o'ziga xos. Nevrologik simptomlar yo'q. Pozitsion bosh aylanishini aniqlash uchun **Nilen-Barani sinamasi** bajariladi. Patsiyent o'tirgan holatdan tezda chalqancha yotadi, bunda uning boshi 45° orqaga tashlanishi va 45° chetga burilgan bo'lishi kerak. Sinamani bosh holatining o'rta chizig'i bo'ylab va qarama-qarshi tomonga burilganda takrorlanadi. Pozitsion bosh aylanishi va nistagm rivojlanishi diagnozni tasdiqlaydi. Pastda joylashgan quloq tomonga qarashda nistagmning tezlashgan fazasi o'sha tomonga yo'nalgan, gorizonta-rotatorli nistagm, qarama-qarshi tomonga qarashda yuqoriga yo'nalgan, vertikal. Sinama o'tkazishni boshlash bilan nistagm paydo bo'lishi o'rtasidagi latent davr 30-40 s davom qiladi. Sinama takrorlanganda nistagmning so'nishi xarakterli. Pozitsion nistagm doimiy emas, aksariyat avj olish davrida kuzatiladi. Bosh aylanishining bu turini markaziy pozitsion bosh aylanishi va nistagmdan differentsiatsiya (farq) qilish zarur. Ularning eng ko'p uchraydigan sabablariga spinotserebelliyar degeneratsiyalar, miya o'zagi o'smalari, Arnold-Kiari anomaliyasi, tarqoq skleroz kiradi. Markaziy pozitsion nistagm latent davriga ega emas, uning davomiyligi 1 minutdan oshadi, nistagm yo'nalishi o'zgarib turishi mumkin, aksariyat vertikal nistagm bo'ladi va takroriy tekshirishda so'nmaydi. Kupulolitiyani davolash uchun kalsiy karbonad kristallarining yarimdoira kanalchadan ellipsimon xaltacha bo'shlig'iga o'tishiga qaratilgan mashqlar qo'llaniladi. Shuningdek, bosh aylanishini ko'p marta yuzaga keltirish ham ta'sirchan bo'lib,

markaziy kompensatsiya tufayli uning asta-sekin regressga uchrashiga olib keladi.

Sistem bosh aylanishining o'choqli nevrologik simptomatika bilan birga qo'shib kelishi vertebro-bazillyar sistemasida qon aylanishi buzilishiga, shuningdek, ko'prik-miyacha burchagi va orqa kalla chuqurchalarining o'smalariga xos. Vertebro-bazillyar yetishmovchiligida bosh aylanishi, ko'pincha, to'satdan boshlanadi va bir necha minut davomida saqlanib, aksariyat hollarda ko'ngil aynishi va qusish bilan o'tadi. Odatda, u vertebro-bazillyar havzadagi ishemiyaning boshqa simptomlari bilan birga uchraydi. Vertebro-bazillyar yetishmovchiligining ilk bosqichlari alohida sistem bosh aylanishi epizodlari bilan yuzaga chiqishi mumkin. Alohida sistem bosh aylanishining birmuncha uzoq davom qiladigan epizodlari boshqa kasalliklar, xususan, periferik vestibulyar buzilishlardan darak beradi. Vertebro-bazillyar havzadagi TIA va insultlar, sistem bosh aylanishidan tashqari, muvozanatning buzilishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Sistem bosh aylanishi, ko'ngil behuzurligi va qusish oldingi pastki miyacha arteriyasi havzasida ishemiya va miyacha infarktining eng dastlabki simptomlari bo'lib xizmat qiladi. Bunday simptomatika periferik vestibulyar buzilishlar bilan qiyosiy tashxis o'tkazishni talab qiladi. Miyacha zararlanganida, labirint zararlanishidan farqli ravishda, nistagmning tez komponenti o'choq tomonga yo'nalgan bo'ladi. Uning yo'nalishi nigoh yo'nalishiga bog'liq holda o'zgaradi, biroq nistagm zararlangan tomonga qarashda yaqqol ko'rinadi. Nigohning biror narsaga tikilishi (fiksatsiyasi) nistagm va bosh aylanishiga ta'sir qilmaydi. Bundan tashqari, labirint zararlanganda oyoq-qo'llarda ko'rinmaydigan diskoordinatsiya qayd qilinadi. O'tkir sistem bosh aylanishi alohida bo'lganida ham, to'satdan rivojlangan garanglik bilan birga uchraganida ham labirint infarktiga xos. Labirint infarktidan kelib chiqqan garanglik odatda qaytmas, vaholanki, vestibulyar buzilishlarning yuzaga chiqish darajasi asta-sekin kamayadi. Labirint va o'zak infarkti birga kelishi mumkin.

Sistem bosh aylanishi periferik vestibulyar buzilishlarning asosiy, kardinal simptomi hisoblanadi. Periferik vestibulyar buzilishlarni markaziy buzilishlardan farq qilish imkonini beradigan eng muhim belgi zararlanishdan qarama-qarshi tomonga yo'nalgan va o'sha tomonga

qarashda kuchayadigan aksariyat gorizontal nistagm hisoblanadi. Markaziy zararlanishdan farqli ravishda nigohni fiksatsiya qilish nistagm va bosh aylanishini kamaytiradi.

Menyer kasalligi Bu kasallik, asosan, ichki quloq kasallanishini ko'rsatadigan unga xos klinik simptomlar bilan yuzaga chiqadigan mustaqil nozologik shakl hisoblanadi. Menyer kasalligining paydo bo'lishiga stress, infeksiya, allergiya, autoimmun patologiya sabab bo'lishi mumkin. Biroq u hech qanday sababsiz ham paydo bo'ladi. Menyer kasalligiga endolimfani perilimfadan ajratib turadigan membrananing yirtilishi oqibatida labirintning qaytalanuvchan shishi sabab bo'lib xizmat qiladi.

Kasallik asta-sekin yoki to'satdan (1:1) boshlanadi. Bir necha minutdan 12-24 soatgacha takroriy sistem bosh aylanishi epizodlari, eshitishning pasayishi, quloqda taranglik va shovqin sezish, ko'ngil aynishi va qusish bilan yuzaga chiqadi, xurujlar bir yil, oy, haftada bir martadan kuniga bir necha martagacha kuzatiladi. Bir necha minut ichida bosh aylanishi eng yuqori cho'qqisiga chiqadi va asta-sekin bir necha soat ichida o'tib ketadi. Avjlanish remissiya bilan almashinadi. Muvozanat buzilishi xuruj vaqtida kuchliroq, xurujdan tashqari vaqtda esa kuchsizroq, xurujlararo davrdagi ilk bosqichda bemorlar amalda sog'lom bo'lib, mehnat layoqatini yo'qotmaydi. Kasallik rivojlanib borgan sayin remissiya davrlari qisqaradi, endi ahvol to'liq yaxshilanmaydi. Avjlanish vaqtida bemorlar qattiq tovushlar, kuchli yorug'lik, ko'z oldidagi narsalarning yaltillashidan qochib, muayyan holatni egallashga urinadilar. Xurujlar har qanday vaqtda tutib qolishi mumkin, biroq ularning yil fasli, elektromagnit to'lqinlari bilan quyosh aktivligi, shuningdek, sutkadagi vaqt bilan bog'liqligi aniq sezilib turadi. Bosh aylanishi xurujlarida yaqqol ko'rinadigan vegetativ buzilishlar (ko'ngil aynash, qusish, ko'p terlash, arterial bosimning o'zgarishi, gipo-, giper-, normotoniya) rivojlanadi. Aksariyat yurak urib ketishi, yurakdagi og'riq, ich kelishi va peshob ajralishining buzilishlari paydo bo'ladi. Ko'pincha, xuruj chog'ida yoki undan keyin bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Xurujlardan oldin aksariyat muayyan belgilar (shovqin kuchayishi-aura, burun bitib qolishi, muvozanat buzilishi va b.) paydo bo'ladi. Eshituv buzilishlari amalda kasallik boshlangan

paytdanoq paydo bo'ldi, kasallikning ilk bosqichlarida to'liq regressiyalanadi, so'ngra esa qaytmas bo'lib qoladi. Kasallik boshlanishida o'ziga xos audiologik gorizontal yoki yuqoriga ko'tariladigan egri chizikli FUNG borligi qayd qilinadi. Patologiya rivojlangan sayin og'irquloqlik avj oladi, audiologik egri chiziq gorizontal pastga tushadigan xarakter kasb etadi, odatda, past va kamroq o'rta chastotalar zonasida suyak-havo intervali paydo bo'ldi, kasallikning ilk davrlarida eshitishning buzilishi bir tomonlama, kasallik dinamikasida (5-10 yil va undan ko'proq o'tgach) patologik jarayonga boshqa quloq ham tortiladi. Eshitishning ikkita turli chastotalarda 10 dB dan ko'pga pasayishi qayd qilinadi, to'liq garanglik xarakterli emas. Menyer kasalligi xurujidan keyin bir necha kun mobaynida muvozanatning buzilishi yuz berishi mumkin. Kasallikning dastlabki xurujlari alohida sistem bosh aylanishida namoyon bo'ldi.

Diagnozni tasdiqlash uchun audiometriya o'tkaziladi. Ultratovushni idrok qilish bo'sag'alari past, kasallik uzoq davom qilganda juda sekin bo'ldi. Bir tomonlama zararlanishda ultratovush lateralizatsiyasi doimo yomonroq eshitadigan quloqqa yo'naltirilgan, ikkala tomonlama zararlanishda esa (labirintning ikki tomonlama gidropsi) ultratovush yaxshiroq eshitadigan quloqqa lateralizatsiyalanadi (bu yerda neyrosensor komponent kamroq ifodalangan). Rentgenologik, nevrologik, oftalmologik simptomlar, osteoxondrozdand tashqari, xarakterli emas. Kasallik aksariyat mehnatga layoqatli yoshda (20-50 yosh) rivojlanadi. Uning cho'qqisi bir necha o'n yillar mobaynida rivojlanib 30-40 yoshga to'g'ri keladi. Bolalik va o'smirlik yillarida Menyer kasalligi bir muncha kam (8-9% gacha), 60 yoshdan oshgan shaxslarda esa atigi 0,5% hollarda rivojlanadi. Ayollar erkaklarga qaraganda 2 barobar ko'proq kasallanadilar. Shunday qilib, Menyer kasalligining tashxisi hatto bosh aylanishi xurujlari paydo bo'lmagan taqdirda ham qiyinchiliklar tug'dirmaydi. Bemor birinchi marta murojaat qilganida shikoyatlariga alohida e'tibor berish, batafsil anamnez yig'ish, eshitish faoliyatini tekshirish zarur. Ixtisoslashgan muassasaga tekshiruv o'tkazish uchun mutaxassis (surdolog, otonevrolog, nevropatolog) ga yuborgan ma'qul. Vestibulyar funksiya tekshirilganda labirintning turli darajadagi gipofunksiyasi aniqlanadi. Erta bosqichda —

giperfunksiya bo'lishi mumkin. Bu xastalik uchun arefleksiya xos emas. Degidratatsion testlarda (kalorik va aylantiradigan), ko'pincha, eshituv FUNG iga o'xshash vestibulyar FUNG aniqlanadi. Menyer kasalligi bo'lgan bemorlarda timpanometriya ko'rsatkichlari o'zgarmagan (o'rta quloqning ehtimol tutilgan kasalligidan tashqari kamdan-kam hollarda).

Statoakustik nerv nevrinomasi (VIII juft bosh miya nervi) asta-sekin boshlanadi. Vestibulyar funksiya holati - arefleksiya xos. Eshitish - ichki eshituv yo'lida nevrinoma yuzaga kelsa karlik tez rivojlanadi. U ko'prik-miyacha burchagi sohasida rivojlanganda (MKB MMU) og'irquloqlik asta-sekin, ba'zan yillab rivojlanadi. Audiologik egri chiziq pastga tushuvchi xarakterda, eshituv buzilishlari avj olib boradi. VIII nerv nevrinomasi ayrim hollarda o'tkir sistem bosh aylanishi bilan yuzaga chiqishiga alohida e'tiborni qaratish lozim, bu vestibulyar neyronit, labirintit yoki ichki quloqning tomir patologiyasi degan xato tashxis qo'yishga olib kelishi mumkin. Bir muncha kechikkan bosqichda boshqa bosh miya nervlarining (CHN-K) zararlanish simptomlari paydo bo'ladi. Ko'zlar yumilganda yoki qorong'ida doimiy ikki tomonga yo'nalgan, tez bo'ladigan nistagm, vestibulyar arefleksiya, yuz va uch shoxli nervlar, miyachaning zararlanish belgilari, ko'z tubida o'zgarishlar aniqlanadi. Otonevrog, okulist, nevropatologni jalb etib batafsil tekshirish, chakka suyaklarining Stenvers bo'yicha rentgenografiyasini o'tkazish zarur, biroq yaxshisi birdaniga magnit-rezonans tomografiyasi o'tkazish yoki bemorni ixtisoslashgan muassasaga yuborish yoxud neyrojarrohga konsultatsiya va tekshirishga yuborish kerak.

Vestibulyar neyronit. Bu kasallik, ko'pincha, boshdan kechirilgan virusli yoki bakterial infeksiya, turli xil zaharlanishlar va boshqalardan keyin paydo bo'ladi. Kasallik, asosan, 30-35 yoshlarda paydo bo'ladi. Bosh aylanishi kuchli, holdan toydiruvchi, bir necha kun davom etadi, keyinroq behollik, beqarorlik rivojlanadi. Chig'anoq simptomlari yo'q. Kalorik javoblar - funksiyaning arefleksiyaga qadar pasayishi, MNS kasalliklari belgilari yo'q. Galvanik sinamalar javob pasayishini ko'rsatadi. O'choq vestibulyar gangliyada joylashadi. Galvanik test vestibulyar neyronitni labirintning boshqa kasalliklaridan farq qilishga imkon beradigan birdan-bir yagona diagnostik test hisoblanadi.

Labirintitlar (seroz, yiringli). Sababchisi virusli kasalliklar, o'tkir yoki surunkali o'rta otit, quloqqa shikast yetishi, quloqda har qanday yoshdagi operatsiyalar (yiringli otitlar, uzangidagi jarrohlik amaliyotlari) hisoblanadi. Boshlanishi o'tkir, to'satdan yuz beradi. Davomiyligi bir necha kundan 2-3 haftani tashkil etadi. Muvozanat buzilishi kasallik boshlangan vaqtdan boshlab 2-3 hafta. Bosh aylanishi xuruji faqat kasallik davridagina bo'lishi mumkin. Darakchilari yo'q. Remissiyalari kamdan-kam bo'ladi. Eshitish buzilishi, odatda, FUNG ko'pincha yo'q, audiologik egri chiziq xarakteri pastga tushadigan, eshitish to'liq garanglikkacha tobora yomonlashadi (yiringli labirintitda). Nutqning tushunariligi eshituvning yo'qotilishiga mutanosib. Ko'z tubi va ko'rish maydonlarida buzilishlar yo'q. Nevrologik simptomlar, odatda, yo'q. Labirintdagi tomir buzilishlari ko'proq qarilikyoshidagi pertoniya yoki gi potoniyabo'lganda kuzatiladi, jadal boshlanadi, patogenetik terapiya zamirida asta-sekin o'tib ketadi. Funktsional diagnostikada, ko'pincha, bo'yin osteoxondrozi va tomirlardagi o'zgarishlar aniqlanadi.

Hushni yo'qotishdan oldingi holat. Bemorlar, ko'pincha, ko'ngil behuzur bo'lishi, hushni yo'qotayozish holati, boshning bo'm-bo'shligini qayd qiladilar. Ko'pincha, teri qoplamlari oqaradi, yuragi urib ketadi, qo'rquv hissi qoplab oladi, ko'z oldi xiralashadi, ko'ngil ayniydi, g'arak-g'arak terlaydi. Eng ko'p uchraydigan sabablari yurak kasalliklari vaortostatikgi potenziya hisoblanadi.

Bemorlar qator hollarda bosh aylanishi deganda muvozanat buzilishini tushunadilar. Beqarorlik, turtinib qoqilib yurish, mastga o'xshab odimlash kuzatiladi. Muvozanat buzilishidan paydo bo'ladigan simptomlar tik turganda, yurganda qayd qilinadi va o'tirganda yoki yotganida bo'lmaydi. Muvozanat buzilishining sabablaridan biri surunkali vestibulyar disfunktsiya sanaladi. Simptomatikaning qorong'ida kuchayishi xarakterli, bunday vaqtlarda nuqsonni ko'z yordamida kompensatsiya qilish mumkin emas. Aksariyat ossillopsiya kuzatilib, u eshitish buzilishi bilan birga uchrashi mumkin. Labirintning ikki tomonlama surunkali zararlanishiga ototoksik dori preparatlarini qabul qilish sababchi bo'ladi. Qorong'ida muvozanat buzilishining og'irlashuvi, shuningdek, sezuvchanlikning chuqur buzilishi ham xos. Miyacha buzilishlarida eng yaqqol muvozanat buzilishlari rivojlanadi.

Ko'ruv nazorati simptomlarning yuzaga chiqish darajasiga ta'sir qilmaydi. Miyachaning flokkulonodulyar bo'limlari zararlanganda aksariyat ossillopsiya, shuningdek, nigohning yo'nalishiga bog'liq bo'lgan nistagm qayd qilinadi. Muvozanat buzilishlarining mexanizmlaridan biri bo'yin proprioretsepsiyasining buzilishidir. Muvozanatning harakat akti efferent halqasi o'zgarishlariga bog'liq bo'lgan buzilishlariga ko'p sonli po'stloq osti infarktleri, normotenziv gidrotsefaliya, Parkinson kasalligi, surunkali subdural gematoma, miya peshona sohasining o'smalari, shuningdek, bir qator preparatlar: antikonvulsantlar (fenotiazinlar, fenobarbital, finlep-sin), benzo-diazepinlar, neyroleptiklar (fenotiazinlar, galoperidol), litiy preparatlarini qabul qilish sabab bo'ladi. Muvozanatning buzilishi ko'prik-miyacha burchagi, chakka suyagi va kalla suyagi orqa chuqurchasi o'smalarining xarakterli simptomidir. Mazkur patologiyada sistem bosh aylanishi birmuncha kam kuzatiladi. Ko'p hollarda birga qo'shilib keladigan nevrologik simptomatika aniqlanadi. Bundan tashqari, asosan, qariyalarda kuzatiladigan muvozanat buzilishining sabablaridan biri ko'p sonli sensor yetishmovchiligi, bir necha sensor funksiyalarning o'rtacha buzilishlarining birga uchrashi hisoblanadi. Uning rivojlanishida sensor axborot markaziy integratsiyasining buzilishlari muayyan rol o'ynaydi.

Psixogen bosh aylanishi. Vahima, konversion buzilishlar yoki depressiyalar doirasida kuzatiladigan psixogen bosh aylanishiga qiyinlik bilan tasvirlanadigan sezgilar xos. Bemorlar boshdagi tuman, og'irlik, mastlik sezgisi, ko'ngil aynishi kabi belgilardan shikoyat qilishlari mumkin. Shunga o'xshagan aniq bo'lmagan simptomlar ilk bosqichlarda yoki organik kasalliklar atipik kechganda paydo bo'lishi mumkin. Psixogen bosh aylanishi agrofobiya, depressiya va vahima xurujlari doirasida, shuningdek, odatda hushini yo'qotishdan oldingi holat ko'rinishida ko'p uchraydi. Qator hollarda organik va psixogen bosh aylanishi epizodlarining birga kelishi ham, aralash genezli bosh aylanishining rivojlanishi ham kuzatiladi. Davolash asosiy zararlanish, xarakteriga bog'liq. Psixoterapiya katta ahamiyatga ega. Bemorga undagi xastalikning mohiyatini tushuntirib berish zarur, chunki hayotiga tahdid solayotgan kasallik borligiga ishonish aksariyat ruhiyatni shikastlantiruvchi qo'shimcha omil hisoblanadi.

Klinik manzarani vujudga keltirish uchun boshi aylanadigan bemorda bir necha testlar o'tkazish zarur. Valsalva sinamasida bo'shashish, giperventilyatsiya, tana holatini o'zgartirish simptomi sustligi aniqlanadi. Bemorni Barani o'rindig'ida tez aylantirish ham bosh aylanishini keltirib chiqaradi. Boshni chetga burib gorizontal holatda chalqancha yotgan bemorda xarakterli nistagm bilan unchalik ko'p bo'lmagan pozitsion bosh aylanishi topiladi. Agar bemorda periferik bosh aylanishi belgilari bo'lmasa yoki boshqa nevrologik o'zgarishlar qayd qilinsa, MNS zararlanish xarakteriga baho berish, ya'ni kalla suyagi orqa chuqurchasini KT yoki MRT qilish, elektronistagmografiya, provakatsion sinamalar o'tkazish yoki vertebrobazillyar angiografiya qilish kerak.

Qiyosiy tashxislash

Quloqda bo'ladigan bosh aylanishini kichik epilepsiya (tutqanoq) bilan adashtirish mumkin. Epilepsiyada bosh aylanishi xuruji bir necha sekund bo'ladi, hush, odatda, o'zgargan yoki yo'qolgan, bosh aylanishi qanday tez boshlangan bo'lsa, shunday tez yo'qoladi. Menyer kasalligida deyarli hamma vaqt quloqlarda shovqin va eshitishni yo'qotish kuzatilidi, bir vaqtda koxlear va vestibulyar funksiyalarni buzadigan patologik jarayon ichki quloqda yoki VIII nervda joylashadi. So'nggi holdagi shikastlanish kamdan-kam kuchli bosh aylanishi bilan o'tadi, zararlangan tomonda esa, odatda, korneal refleks pasaygan yoki yo'q bo'ladi. O'zak yoki miyachada bo'ladigan bosh aylanishida eshitish, odatda, zarar ko'rmaydi, biroq zararlanishning boshqa belgilari bo'ladi.

Bosh miya kasalliklarida bosh aylanishini farq qiladigan belgilar. Bosh miya kasalligida (markaziy kelib chiqqan) bosh aylanishi juda kamdan-kam hollarda alohida paydo bo'ladi.

Bosh miya kasalligining belgilari.

nutq buzilishlari;

- ko'zga narsalarning qo'shaloq bo'lib ko'rinishi;

oyoqlar yoki qo'llar bo'shashishi;

- tananing bir sohasida uvishish yoki igna sanchilganday bo'lishi;

hushni yo'qotish.

Eshitish, odatda, yomonlashmaydi, quloqlarda shovqin unchalik ko'p uchramaydi. Markaziy bosh aylanishining umumiy belgilari shunday. Biroq bosh miyaning har bir kasalligi o'z xususiyatlariga ega. Miyada qon aylanishining o'tib ketadigan buzilishlari va insult uchun o'tkir boshlanish, bosh aylanishi, narsalarning qo'shaloq bo'lib ko'rinishi bilan birga uchrashi, sezuvchanlik buzilishlari, qo'l va oyoqlarning kuchsizligi, harakatlar koordinatsiyasi(muvofiqlashuvi)ning buzilishlari bilan o'tishi xos. Bosh aylanishi, odatda, turg'un bo'ladi va bir necha sutka davom qiladi. Insult - yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi kishilarning kasalligi. Bosh miya o'smasida bosh aylanishi zimdan boshlanadi va aksariyat asta-sekin kuchayib boradigan bosh og'riqlari bilan o'tadi. Bosh aylanishi tananing muayyan holatlarida kuchayadi. Migrenda bosh aylanishi, shuningdek, bosh og'rishi bilan birga qo'shilib keladi, ba'zan undan oldin boshlanadi. Xurujdan tashqari vaqtda bosh aylanishi va bosh og'rishi bo'lmaydi. Migren bilan yosh va o'rta yoshdagi kishilar, aksariyat ayollar kasallanadilar. Bosh aylanishi epilepsiyada ham paydo bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bosh aylanishi hushning buzilishi (yo'qolishi yoki qisqa vaqtli so'nishi), ba'zan esa qisqa muddatli gallutsinatsiyalar yoki stereotip harakatlar, masalan, chaynash bilan birga o'tadi.

Tashxis qo'yishga yordam beradigan tekshirish

Markaziy bosh aylanishiga shubha qilinganda tomirlar ultratovush yordamida tekshiriladi (bosh miya tomirlarining torayishi aniqlanadi); bosh miyaning elektroensefalografiyasi, magnit-rezonans tomografiyasi qilinadi (o'sma, tarqoq skleroz va insultni tashxis qilishga imkon beradi).

Burundan nafas olishning qiyinlashuvi

Burun orqali normal nafas olish katta fiziologik ahamiyatga ega - burun shilliq pardasiga havo oqimining bosimi nafas refleksini qo'zg'otishda qatnashadi, og'iz orqali nafas olinganda esa nafas olish chuqur bo'lmaydi, organizmga kislorod kamroq miqdorda tushadi, havo isimaydi, namlanmaydi va ko'krak qafasi tomonidan manfiy

bosimning kamayishi hisobiga kalla suyagi gemodinamikasi buziladi, bu nerv, psixik, tomirlar va boshqa tizimlar tomonidan bir qator patologik jarayonlarning rivojlanishiga olib keladi. Yallig'lanish va allergik kasalliklarda burundan nafas olishning qiyinlashuviga patologik kattalashgan, shishgan, polipoz o'zgargan burun chig'anoqlari, ko'pincha, pastki chig'anoqlar sabab bo'ladi. Burun bo'shlig'ida beshta soha bo'ladi (Moris Kottl bo'yicha), ularning torayishi havo oqimi o'tishi uchun to'siq paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin:

1. Burun teshiklari. Bu tuzilmalar tug'ma yoki shikastlanish sababli torayishi, masalan, ular kuyishdan shakli o'zgarib qolishi mumkin.

2. Burun klapani. Butun respirator yo'l bo'ylab bu soha torayishga eng ko'p uchraydi. Bu tuzilma medial tomondan to'siq bilan, pastdan burun bo'shlig'ining tubi va pastki bosh lateral va yuqorigi dumsimon lateral tog'aylar o'rtasidagi birikma bilan chegaralangan. Lateral burun tog'ayi shu joyda noto'g'ri bajarilgan rezeksiyada (yaxshi bajarilmagan rinoplastikadan keyin) burundan nafas olish keskin qiyinlashadi va maksimal darajada "bitib qoladi"

3. va 4. Ichki burun dahlizining yuqori va pastki yarmi. Ular to'siqning anomal holatidan bekilib qolishi mumkin.

5. Xoanalar yoki orqa burun teshiklari. Bu yerda nafas olishning qiyinlashuviga xoanalardagi poliplar, adenoid vegetatsiyalari va xoanalarning tug'ma atreziyasi imkon beradi.

Burundan nafas olishning qiyinlashuviga olib keladigan asosiy patologiyalar:

- burun shikastlari;
- burun to'sig'ining qiyshayishi;
- burun to'sig'i gematomasi va absessi;
- burun bo'shlig'idagi yot jism;
- burun bo'shlig'idagi atreziyalar va sinexiyalar;
- surunkali gipertrofik rinit;
- burun polipoz;
- xoanalar atreziyasi;
- adenoid vegetatsiyalar;
- halqumorti absessi;
- o'smirlar burun-halqum angiofibromasi,
- burunning xavfsiz o'smalari,

- ozena (sassiq dimog'lar),
burun difteriyasi,
- burun zaxmi,
burun sili,
- skleroma,
rinolitlar.

Hidlov buzilishlari (anosmiya, giposmiya, giperosmiya, parosmiya, kakosmiya)

Hidlov funksiyasi pasaygan bo'lishi (giposmiya) yoki mutlaqo bo'lmasligi (anosmiya) mumkin. Anosmiya respirator yoki essensial bo'lishi mumkin.

Respirator anosmiya(yoki giposmiya) burun bo'shlig'idamavjud bo'lgan o'zgarishlar (burun to'sig'ining qiyshayishi, poliplar va burun o'smalari, o'rta va pastki chig'anoqlarning shishganligi, xoanalar atreziyasi va h.k.) natijasida paydo bo'lib, ular o'tkir hidli moddalar tutgan havo oqimining hidlov sohasiga tushishiga mexanik to'sqinlik qiladi.

Essensial anosmiyada oxirgi nerv apparati hid bilish hujayralari va hidlov nervining oxirgi tarmoqlari yemiriladi. Sababi, ko'pincha, burun shilliq pardasidagi yallig'lanishning hid bilish sohasiga tarqalishi hisoblanadi, bu, odatda, ozenada kuzatiladi. Hid bilishning yo'qolishiga orqa g'alvirsimon labirint va asosiy sinus hujayralarining yiringli kasalliklari olib keladi, ular hid bilish yorig'i orqali yiring oqishi, shuningdek, bu sohaning sil va zaxmdan yemirilishi bilan o'tadi. Hidlov nervining yallig'lanish kasalliklari (nevritlar) nikotin, morfin, atropindan zaharlanishda yoki infeksiyon kasalliklardan keyin (difteriya, ba'zan hatto grippning yengil formalari va h.k.) uchraydi.

Burun bo'shlig'iga kumush nitrit, rux sulfat yoki achchiqtoshning kuchli eritmalarini surtish hidlov nervi oxirgi tarmoqlarining yemirilishiga olib kelishi mumkin.

Anosmiya faqat periferik qabul qiluvchi apparat zararlanishi natijasidagina emas, balki o'tkazuvchi yo'llar va markaziy qabul qiluvchi apparat buzilishlari oqibatida ham rivojlanishi mumkin (markaziy essensial anosmiya). Kalla skeletining g'alvirsimon plastinka sohasidagi

shikastlari va sinishlarida hidlov iplarining uzilishi va hidlov nervi o'zagining shikastlanishi, kalla suyagi ichidagi o'smalar, miya peshona bo'lagi absesslari va boshqa kasalliklar ham shular qatoriga kiritilishi mumkin. Hidlov nervlarining taraqqiy qilmagani sababli tug'ma anosmiya kamdan-kam uchraydi, bu holda u yuz skeleti rivojlanishining boshqa anomalialari bilan birga keladi. Keksa yoshdagi shaxslarda asta-sekin hidlov hujayralari atrofiyasi rivojlanadi.

Anosmiyavagi posmiyakuchli moddalar to'plami yoki olfaktometr yordamida tekshirib ko'riladi. Anosmiyada ta'm bilish sezgilari keskin pasayadi, chunki hidlovning ta'm bilishda ishtiroki bo'ladi. Nafas olish uchun to'siq bartaraf qilingan taqdirda respirator anosmiyada prognoz yaxshi. Markazdan bo'ladigan anosmiyada va essensial formalarida prognoz asosiy kasallikka bog'liq, ko'pincha, noxush bo'ladi. Davolash anosmiyani keltirib chiqargan sabablarni bartaraf qilishdan iborat, imkon bo'lgan joyda burun bo'shlig'ini sanatsiya qilish, burunning yondosh sinus kasalliklarini davolab, burundan nafas olishni tiklash kerak. Hidlov nervi nevrirlarida nevrologiya amaliyotida foydalaniladigan dori-darmonlar qo'llaniladi. Miya o'smasiga aloqador anosmiyada qunt bilan o'tkazilgan tekshirishdan keyin bemorni neyrojarrohga yuborish kerak.

Giposmiya quyidagi hollarda uchrashi mumkin:

- burun to'sig'i qiyshtayganda;
- burun poli pozida;
- burun o'smalarida;
- o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasi shishganda;
- xoanalar atreziyasida.

Anosmiyaning turlari:

Essensial anosmiya, markazdan bo'ladigan essensial anosmiya, respirator anosmiya, tug'ma anosmiya

- ozena (sassiqliq dimog');
- etmoidit;
- sfenoidit;
- burun zaxmi;
- burun sili;
- burun bo'shlig'i shilliq pardasining kimyoviy kuyishlar,

- kalla skeleti sinishlari va shikastlari;
- miya peshona bo'lagi absessi;
- kalla skeleti ichi o'smalari;
- gipertrofik rinit;
konxobullyoz;
burun to'sig'i qiyshayishi;
- burunning xavfli va xavfsiz o'smalari skeletning nuqsonlari bilan birga uchraydi.

Giperosmiya, parosmiya

Giperosmiya - kasallik tufayli kuchaygan hid bilish vaparosmiya-aynigan hid bilish markazdan kelib chiqadi va odatda isteriya, nevrasteniya, ruhiy kasalliklari bor odamlarda, aksariyat homilador ayollarda, shuningdek, markaziy nerv sistemasining organik kasalliklarida (ko'p sonli skleroz, o'smalar va h.k.) kuzatiladi.

Kakosmiya

Kakosmiya - aynigan hid bilish, bunda bemor, asosan, yoqimsiz, noxush xossali hidlarni sezadi, unda tegishli kuchli hid tarqatuvchi moddalarga mos ta'sirlanish bo'lmaydi (subyektiv kakosmiya). Bemorlar vodorod sulfid, sarimsoq piyoz, chirindi va shu kabilarning yoqimsiz hidlarini sezmaydilar.

Sog'lom kishilardagiga qaraganda boshqacha his qilinadigan aynigan hid bilish sezgilari hid bilish gallutsinatsiyalari qatoriga kiritiladi. Biroq kakosmiyalarga yalliglanish jarayonlari (gripp) va hidlov nervining shikastlanishlari, g'alvirsimon plastinka sohasida va undan yuqoridagi bosh miya pustlog'iga boradigan hid bilish yo'llari bo'ylab joylashgan o'smalar sabab bo'lishi mumkin. Kakosmiya aksariyat ruhiy buzilishlarda, nevrasteniya, isteriya, shuningdek, homilador ayollarda va klimakterik davrdagi ayollarda kuzatiladi.

Obyektiv kakosmiya burun yondosh bo'shliqlarining ba'zan yashirin kechayotgan kasalliklarida kuzatiladi, bunda hid mavjud eksudatning chirib parchalanishiga bog'liq. Yoqimsiz hidlarni sezish burunda yot jismlar, sekvestrlar (zaxm va boshqa sabablar) borligidan,

bodomsimon bezlardagi yiringli probkalar chirishidan, karioz tishlardan va shu kabilarda kuzatilishi mumkin.

Shuningdek, subyektiv kakosmiya tashxisini qo‘yishda burun bo‘shlig‘ini (rentgenografiya) va u bilan qo‘shni sohalarda seziladigan yoqimsiz hidning ehtimol tutilgan obyektiv sabablarini istisno qilish uchun qunt bilan tekshirish zarur. Kakosmiyaning obyektiv formalarida asosiy kasallikni davolash va aniqlangan kasalliklarni bartaraf etish.

Subyektiv kakosmiya	Obyektiv kakosmiya
yallig‘lanish jarayonlari	sinuitlar
nevrasteniya	burunda yot jismlar
g‘alvirsimon plastinka sohasida va undan yuqoridagi bosh miya po‘stlog‘iga boradigan hid bilish yo‘llari bo‘yab joylashgan o‘smalar	surunkali tonzillit

Manqalik

Manqalik (sin.: rinolaliya, rinofoniya) tovush tembri (ohangi) o‘zgarishlari va burun bo‘shlig‘i rezonator funksiyasi buzilishi bilan bog‘liq bo‘lgan tovushlarni buzib talaffuz qilish. Tovush tembrining patologik o‘zgarishi-manqalikka (rhinolalia) va tovush nutqlarini buzilishiga qattiq tanglayning tug‘ma nuqsonlari, burun va burun-halqum bo‘shlig‘idagi patologik jarayonlar (adenoidlar, poliplar, o‘smalar, shilliq qavatlar shishi, yumshoq tanglay parezlari va falajliklari va b.) olib keladi.

Manqalikning ikkita turi ochiq (rhinolalia aperta) va yopiq (rhinolalia clausa) manqalik farq qilinadi. Ochiq manqalikda havo faqat og‘iz bo‘shlig‘i va halqum orqali emas, balki burun orqali ham o‘tadi. Nutq "manqalik" tusini oladi. Bu burun-halqum og‘iz-halqumdan to‘liq ajralmagan va ular orasida keng yoriq hosil bo‘lib, asosiy havo oqimi u orqali burun bo‘shlig‘iga yo‘nalgan hollarda sodir bo‘ladi. Bunda unli tovushlarning, og‘ir hollarda esa undosh tovushlarning ham tembri buziladi. Ochiq manqalik zaxm gummasi parchalanishi yoki shikastlanishi natijasida hosil bo‘ladigan tug‘ma bitmay qolishlarda yoki qattiq hamda yumshoq tanglay nuqsonlarida, yumshoq tanglay

qisqarganda, falajlik va parezlarda (markaziy va periferik, masalan, boshdan kechirilgan bo'g'madan so'ng) kuzatiladi. Biror anatomik nuqsonlari bo'lmagan holda ochiq manqalik hollari kam uchramaydi; bunday hollarda funksional ochiq manqalik to'g'risida gapiradilar, bu nutqni o'z-o'zini nazorat qilish buzilishlari oqibatida garang (kar) larda yoki yumshoq tanglayning normal faoliyat ko'rsatishiga to'siq (gipertrofiyalangan tanglay muratlari, adenoidlar yoki burun-halqum o'smalari) olib tashlangandan keyin bo'ladi.

Burun rezonansi yo'qolganda ochiq manqalik rivojlanadi, bunda tovush past chiqadi, uning tembri o'zgaradi. Agar rezonans to'lqin o'tishi uchun to'siq burun bo'shlig'ining orqa bo'limlarida va burun-halqumda bo'lsa, orqa yopiq manqalik rivojlanadi. U adenoidlarda, yumshoq tanglay halqumning orqa devori bilan chandiqli yopishib ketganda, burun-halqum o'smalarida, xoanal polioplarda va shu kabilarda kuzatiladi. Burun bo'shlig'i oldingi bo'limlarida to'siq bo'lganda (burun to'sig'i qiyshayishi, burun polioplari, tumovdaburun shilliq pardasi shishi va b.) oldingi manqalik rivojlanadi, biroq undagi rezonans u yoki bu darajada saqlanib qoladi. Yopiq manqalikda "m" va "n" tovushlarini talaffuz qilishning buzilishi, ayniqsa, yaqqol seziladi. Yopiq manqalik qator hollarda funksional xarakter kasb etadi. Ochiq manqalik kabi u talaffuz ustidan eshituv nazorati yo'qligidan garanglikda kuzatilishi mumkin.

Ochiq manqalikka quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

- halqum orti absesslari
o'tkir adenoidit
- halqum bo'g'masida
- burun-halqumning o'smirlik angiofibromasida
- gipertrofik rinit
- poli poz etmoidit
burun to'sig'ining qiyshayishi
- burun va burun-halqumning xavfli o'smalarida.
- yumshoq tanglay falajligi
- qattiq va yumshoq tanglay yorig'i.

Tomoq og'rig'i

Tomoq og'rig'i faqat LOR kasalliklari bo'lgan bemorlarning emas, balki barcha bemorlarning keng tarqalgan shikoyatlaridan biri. Tomoqda og'riq organik va funksional sabablar oqibatida paydo bo'lishi mumkin. Og'riqlar tomoqning o'zida paydo bo'ladi, keyin bo'yin, jag', yelka, to'sh orqasiga, epigastral sohaga o'tishi (irradiatsiyalanishi) mumkin. Og'riqlar aksariyat ovqat tanovul qilish bilan bog'liq, aniqrog'i uni tanovul qilish vaqtida paydo bo'ladi va disfagiya bilan o'tadi. Funksional buzilishlar ovqat yeyish vaqtida yoki stress sharoitlarida og'riqqa sabab bo'ladi. Ularni, avvalo, stenokardiyadan farqlash lozim.

Bu quyidagi patologiyalarda uchraydi:

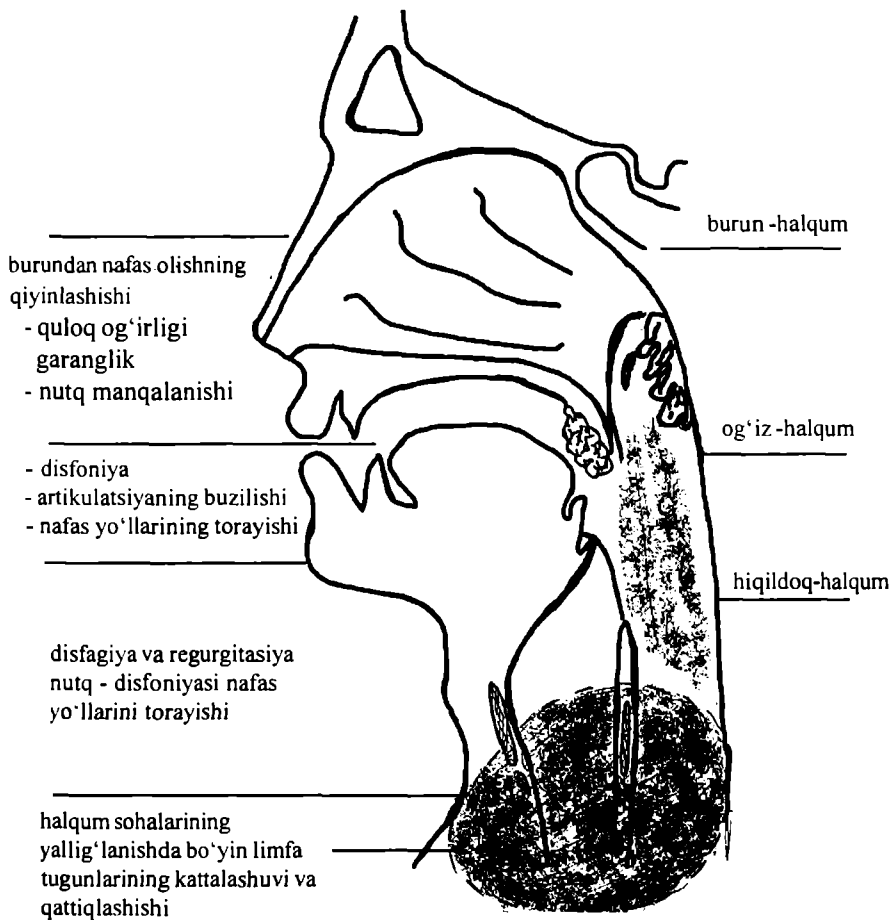
- o'tkir faringit;
- kataral angina;
follikulyar angina;
lakunar angina;
- yarali-nekrotik angina;
- til murtagi anginasi;
- agranulotsitozdagi angina;
- til ildizi absessi;
paratonzillar absess;
halqum orti absessi;
parafarengial absess;
- o'tkir adenoidit;
- flegmonoz laringit;
hiqildoq shikasti;
- hiqildoq xondroperixondriti;
hiqildoqning kimyoviy kuyishi;
- hiqildoqdagi yot jism;
- hiqildoq sili;
- hiqildoqning xavfli o'smasi;
- halqum sili;
- qizilo'ngachdagi yot jism;
- qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi;
halqum bo'g'masi;
- halqum kandidomikozi;

- o‘rab oluvchi temiratki;
- skarlatina;
- bigizsimon tilosti sindromi;
- yuqori hiqildoq nervi nevrologiyasi;
- kanserofobiya;
- umurtqa pog‘onasi bo‘yin qismi osteoxondrozi;
- bo‘yin umurtqalari sili.

Disfagiya

Disfagiya -og‘iz, halqum, qizilo‘ngach, bosh miya, kalla skeletining miya nervlari sohasidagi morfologik, mexanik yoki funksional buzilishlar oqibatida yutishning buzilishi va qattiq yoki suyuq moddalarning og‘izdan me‘daga o‘tishi-yutish faoliyatining qiyinlashuvidir. Disfagiyani differensial tashxis qilishning birinchi bosqichlari anamnez yig‘ish va fizik tekshirish hisoblanadi.(8- rasm) Suyuq va qattiq ovqat tanovvul qilinishi jihatidan disfagiya dinamikasiga baho berib, uning funksional yoki organik kelib chiqqanligi to‘g‘risida taxminiy xulosa chiqarish mumkin. Funksional disfagiya da suyuq ovqat ichilgan zahoti qiyinchiliklar paydo bo‘ladi, qattiq ovqat esa yaxshi yutiladi. Qizilo‘ngachida organik zararlanishi bo‘lgan bemorlarda avvaliga qattiq ovqat, keyin esa suyuq ovqat qiyinlik bilan o‘tadi, biroq ko‘rsatib o‘tilgan tafovutlar mutlaq emas, har bir disfagiya hodisasida qizilo‘ngachni qunt bilan rentgenologik va endoskopik tekshirish talab qilinadi. Vaqt o‘tishi bilan yutishning tobora qiyinlashishi (oldiniga faqat suyuq ovqat, keyin esa quyuq ovqat o‘tishining qiyinlashuvi) avj olib borayotgan kasallik, masalan, qizilo‘ngach raki borligidan darak beradi. Agar disfagiya darajasi uzoq vaqt mobaynida bir xilligicha qolsa, barqaror obstruksiya, masalan qizilo‘ngach strukturasi deb taxmin qilish mumkin. Agar ham quyuq, ham suyuq ovqat yutish qiyinlashgan bo‘lsa, buning sababi ko‘proq qizilo‘ngach motorikasining buzilishi hisoblanadi. Patsiyent ovqat luqmasini qayerda ushlanib qolayotganini his qilib obstruksiya joyini aniq aytib berishi mumkin. Disfagiya bilan birga keladigan hiqichoq tutish qizilo‘ngachning distal bo‘limlari zararlanganidan dalolat beradi. Disfagiya yutishda og‘riq -odinofagiya bilan o‘tishi mumkin. Odinofagiya, odatda, og‘iz bo‘shlig‘i

kasalliklarida - turli xil infeksiyalarda va xavfli o'smalarda kuzatiladi. Faqat odinofagiya yutishning qiyinlashishi og'riq bilan bog'liq bo'lishi mumkin; biroq yutilgan ovqat og'iz-halqumdan me'daga osonlikcha o'tadi. Odinofagiyaning eng ko'p uchraydigan sabablari - gerpetik yoki kandidoz stomatitlar yoki ezofagitlar. Odinofagiya og'iz bo'shlig'idagi abscesslar va xavfli tuzilmalar ko'proq darajada sababchi bo'ladi. Endoskopiya bilan biopsiya - motorikaning buzilishlari bilan bog'liq bo'lgan anatomik o'zgarishlar va asoratlarni topish nuqtayi nazaridan eng ko'p axborot beradigan tekshirish sanaladi. Shunga qaramay, tekshiruv, ko'pincha, bariy sulfat bilan rentgenologikdan boshlanadi. Patsiyentda suyuq ovqat normal o'tgani holda qattiq ovqatni yutish qiyinlashgan bo'lishi mumkinligidan bariy bilan tekshirishda o'zgarishlar yo'qligi kasallik yo'q degan ma'noni anglatmaydi. Plummer-Vinson sindromi (shuningdek, Peterson-Kelli sindromi yoki siderofagik disfagiya nomi bilan ham ma'lum) gipoxrom va anemiyaning birga uchrashi kamdan-kam kuzatiladigan holat. Disfagiya rak oldi holati hisoblanadigan qizilo'ngach membranasi bilan bog'liq. Anamnezda refluks-ezofagit bo'lganda qizilo'ngach strukturalari to'g'risida o'ylash mumkin. Chandiqli pemfigoid va bullyoz epidermoliz singari kam uchraydigan teri kasalliklari qizilo'ngach shilliq pardasini ham zararlantiradi, bu, shuningdek, uning strukturalari shakllanishiga olib keladi. Senner divertikuli qizilo'ngach devorini qizilo'ngach yuqori sfinkteri sathidan yuqoriga bo'rtib chiqishidir. Shunday divertikuli bo'lgan patsiyentlar ovqatning og'iz bo'shlig'iga regurgitatsiyasi, og'izdan yoqimsiz hid kelishi, bo'yin sohasidagi tuzilmadan shikoyatlar qilishi mumkin. U shunday katta o'lchamlargacha kattalashib, yaqinida yotgan qizilo'ngachni bosadi va disfagiyaning asosiy sababchisi bo'lib xizmat qiladi. Qizilo'ngach tashqaridan ham bosilishi mumkin, biroq bu disfagiyaning g'oyat kamdan-kam uchraydigan sababidir. Anomal o'ng o'mrov osti arteriyasi bilan bog'liq misol qiziqarlidir. O'ng o'mrov osti arteriyasi odatda **a.brachiocephalic**adan chiqadi va traxeyaning oldingi tomonidan o'tadi. Taxminan 1% kishilarda o'ng o'mrov osti arteriyasi aorta ravogining oxirgi tarmog'i hisoblanadi va qizilo'ngach, traxeya orqasida chapdan o'ngga o'tadi. Qizilo'ngachning anomal tarmoqlangan arteriyasi bilan yarimrigid traxeya o'rtasida bosilishi disfagiya olib kelishi



8- rasm. Halqumning har xil kasalliklari (belgilar, simptomlar)

mumkin. Sklerodermiya qizilo'ngach peristaltikasining pasayishini chaqiradi, biroq motorikaning bunday buzilishi kamdan-kam holda disfagiyaга sabab bo'lib xizmat qiladi. Sklerodermiyada yutishning buzilishi odatda me'da-qizilo'ngach refluksi oqibatida qizilo'ngach yallig'lanish strukturalarining shakllanishi natijasi hisoblanadi. MIY (JKT) yuqori bo'limlari motorikasining buzilishlarini qizilo'ngachni endoskopik tekshirishdagi ko'rinishi, rentgenkinematografiya yoki

rentgenoskopiya bo'yicha shubha qilish mumkin. Motor buzilishlar tabiatini aniqlash uchun manometriya qilish tayinlanadi, uning yordamida bir vaqtning o'zida qizilo'ngachning bir necha uchastkasidagi qizilo'ngach ichi bosimiga baho beriladi. Muayyan intervallar bilan joylashtirilgan pressor datchiklari bo'lgan uzun kateter qizilo'ngachga kiritiladi, shundan keyin uning bo'shlig'idagi bosim ko'rsatkichlari yozib olinadi. Motorikaning buzilishi peristaltik qisqarishlar aktivligining amplitudasi, tezligi va davomiyligi kabi mezonlar bo'yicha aniqlanishi mumkin. Qizilo'ngachning sklerodermik zararlanishi yoki me'daning qizilo'ngach refluksiniezofagoskopiyaning o'zidayoq aniqlash mumkinligiga qaramay, qizilo'ngach dismotorikasi va uning tabiatini bilishni tasdiqlash maqsadida, ko'pincha, keyingi tekshirish o'tkaziladi. Diffuz ezofageal spazm qizilo'ngach mushaklarining boshidan oxirigacha bir vaqtning o'zida qisqarishidir. Umanometriya bilan tasdiqlanadi. Kardiya axialaziyasi - qizilo'ngach pastki sfinkterining bo'shshishi buziladigan kasallik, bu qizilo'ngach yuqori bo'limlarining dilatatsiyasiga olib keladi. Axalaziyaga shubha qilish manometriyada aniqlanadi, bunda qizilo'ngach pastki sfinkterida bo'shshishlar yo'qligi va uning distal bo'limlarida peristaltik pasayishi (yoki yo'qligi) aniqlanadi. **Globus hystericus** tomoqqa bir narsa tiqilgandek sezgi. Disfagiya sezgilari bilan o'tadi, biroq yutish normal bo'ladi.

Bir narsa tiqilgandek bo'lishi yuqori qizilo'ngach sfinkterining spazmga uchrash oqibati hisoblanadi. Yutish aktida "tiqilish" vaqtincha yo'qoladi. Prognozi yaxshi.

Disfagiya uchraydigan asosiy patologiya:

- parafarengal abscess;
- paratonzillyar abscess;
- halqum orti abssessi;
- anginalar;
- agranulotsitozdagi angina;
- halqumdagi yot jism;
- halqumning xavfli o'smasi;
- yumshoq tanglay falaji;
- bigizsimon tilosti sindromi;
- epiglottit;

- laringotsele;
- flegmonoz laringit;
- halqum shikasti;
- hiqildoq shikasti;
- hiqildoq sili;
- hiqildoq zaxmi;
- hiqildoqning xavfli o'smasi;
- qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi;
- hiqildoqdagi yot jism;
- hiqildoq o'smasi;
- hiqildoq atoniyasi;
- Rossolimo-Bexterev sindromi;
- ezofagit;
- periezofagit;
- qizilo'ngach va halqumning rivojlanish nuqsoni;
- traxeoqizilo'ngach oqmalari;
- botulizm.

Yosh ulg'aygan sayin disfagiya rivojlanishida quyidagilar katta ahamiyatga ega:

1) qizilo'ngachning orttirilgan morfofunktsional va yallig'lanish o'zgarishlari: operatsiyadan keyingi stenoz, traxeoqizilo'ngach oqmalari, ezofagit;

2) biriktiruvchi to'qimaning sistem kasalliklarida - sistem qizil teri sili; sistem sklerodermiyada qizilo'ngach shilliq va mushak pardalaridagi o'zgarishlar;

3) qizilo'ngachning, ayniqsa, ishqorli moddalardan kuyish oqibatlari;

4) og'iz-halqum a'zolarining yallig'lanish o'zgarishlari: stomatit, gingivit, faringit, peritonzillyar abscess;

5) kardiospazm, bu avvaliga qattiq ovqatni yutishning qiyinlashuvida ko'rinadi, biroq keyin asta-sekin kuchayib boradi va doimiy bo'lib qoladi. Doimiy kardiospazmda disfagiya bilan birga hozirgina yeyilgan ovqatning qayt qilinishi, epigastral sohada bosilish va noxush sezgi paydo bo'lishi;

6) bosh miya shikastlari, serebral falajlik, aqlan qoloqlik (oligofreniya);

7) tug‘ma miotoniya, soxta paralitik og‘ir miasteniya, glikogen kasalligining mushakli va mushak sistemasining avj olgan gi potoniyasi sindromi bo‘lgan boshqa kasalliklari, poliomyelit, difteriya (Rollston sindromi), quturish, miya o‘smalari (varoliy ko‘prigi sohasida), halqum falaji;

8) fenotiazin guruhidagi preparatlardan zaharlanish.

O‘z simptomokompleksida disfagiya shikoyatlar bilan tavsiflanadigan asosiy sindromlar:

Ludvig sindromi (Ludvig anginasi): og‘iz bo‘shlig‘i va halqum oldi bo‘shlig‘ining yiringli-nekrotik flegmonasi, shuningdek odontogen yiringli jarayonlar yutishni nihoyatda qiyinlashtiradi (oral va odontogen disfagiya).

Rollston sindromi: bo‘g‘mada o‘tkir soxta membranali yoki qizilo‘ngachning proksimal segmentlarining yarali - nekrotik ezofagiti.

Zaxorskiy sindromi: Koksaki virusi chaqirgan infeksiyon kasallikda disfagiya va tomoqda kataral anginali og‘riq va shilliq pardasidagi gerpetiform (uchuqsimon) toshmalar.

Bare-Leu sindromi: umurtqa pog‘onasi bo‘yin bo‘limidagi patologik jarayonlar (o‘smalar, yallig‘lanish, churralar, ishemiya) yuqori disfagiya bilan o‘tadigan neyrovaskulyar simptomlar kompleksi.

Berchi-Roshen sindromi: yuqori bo‘yin umurtqalari (SI-III) shikastlari va patologiyasida disfagiya hamda bo‘yin migrenining boshqa ko‘rinishlari.

Kertsner-Madden sindromi: umurtqa pog‘onasining ekzostozlarga yopishgan joylarida (aksariyat bo‘yin bo‘limida) qizilo‘ngachning lokal torayishi natijasida ovqatning mexanik tutilib qolish belgilari.

Madelung sindromi: bo‘yin yirik yallig‘lanish (pannikulit) va yallig‘lanishga aloqasiz (selulalgiya) yog‘ tugunlaridan (lipomatoz) mexanik bosilganda og‘riqlar, yutish va nafas olishning buzilishi. Aksariyat 35-40 yoshdagi erkaklarda bo‘ladi.

Videman-Bekvit sindromi: til (makroglossiya) va yurak (kardio-megaliya) rivojlanish nuqsonlari, boshqa a‘zolarining tug‘ma bahaybatligi (visseromegaliya) qo‘shilib kelishi oqibatida yutish aktining buzilishi.

Sinzer-Koul-Engman sindromi: teri (giperkeratoz) vaqizilo‘ngach (leykoplakiya) shilliq pardasining tug‘ma distrofiyasi anemiya,

gipogenitalizm (nanizm) qo‘shilib kelishi oqibatidagi disfagiya. Paraneoplastik sindrom.

Klod-Gujero sindromi: ichki sekretiya bezlari funksiyalarining (senilitas praecox pluriglandularis) barvaqt susayishi natijasida shilliq pardalarning (dysphagia sicca) quruqligida yutishning buzilishi.

Petj-Klej sindromi: dermatomiozitning kam uchraydigan shakli. Bo‘yin terisi va mushaklarining avj olib boradigan sklerotik zararlanishida (policiloscleromyositis) yutish va nafas olishning buzilishlari paydo bo‘ladi.

Montandon sindromi: og‘iz bo‘shlig‘i va qizilo‘ngach shilliq pardasi o‘zgarmagan miogen tabiatli avj olib boradigan disfagiya. Odatda, 35-40 yoshda bo‘ladi.

Foreste sindromi: bo‘yin spondilezi yoki spondiloartroz, Bexterev-Mari-Shtumpel kasalligi bo‘lgan bemorlardagi disfagiya.

Terrakol sindromi: bo‘yin osteoxondrozida disfagiya, tovush bo‘g‘ilishi va tomoq hamda to‘sh orqasida og‘riq bo‘lishi. Bo‘yin migreni sindromi variantlaridan biri.

Lermitt-Mone-Vinar-Teokanakis sindromi: n.vagus ta’sirlantirilganda spastik halqum-qizilo‘ngach disfagiyasi.

Farber sindromi: irsiy xavfli li pogramulematoz; tovush bo‘g‘ilishi, avj olib boradigan nafas qisishi va disfagiya bilan o‘tadi. Bola hayotining dastlabki 2 yili ichida letal natija bilan tugaydi.

Tinni-Shmidt-Smit sindromi: chap bo‘lmacha sathida qizilo‘ngach o‘smasi obturatsiyasini simulyatsiya qiladigan mitral yurak nuqsonida avj olib boradigan og‘riqli disfagiya. Revmatik jarayonning kompensatsiya bosqichida disfagiya yo‘qoladi yoki keskin susayadi.

Beyford sindromi: anomal o‘mrov osti arteriyasining (dysphagia lusoria) qizilo‘ngachni bosishidan bo‘ladigan disfagiya.

Bayer-Levenberg sindromi: aortaning ko‘krak bo‘limi anevrizmasi sababli disfagiya, to‘sh orqasidagi og‘riq, qizilo‘ngachdan qon ketish yoki qon aralash qusish.

Mudjiya sindromi: Kalsiy almashinuvi buzilishida hatto tetaniyagacha olib boradigan qizilo‘ngach spazmlari (gipokalsiyli disfagiya).

Rossolimo-Bexterev sindromi: V guruhidagi vitaminlar so‘rilishining buzilishi va anemiya natijasida me‘da shirasi kislotaliligi pasaygan bemorlardagi disfagiya, og‘izda achishish va og‘iz burchaklarida yorilish (dysphagia amyotactica).

Kosten sindromi: noto'g'ri prikus (tishlarning noto'g'ri joylashishi) sababli kelib chiqqan disfagiya, tomoq, tildagi og'riq va boshqa simptomlar.

Xorton sindromi: karotid havzasi arteriitiga (aksariyat chakka arteriyasi) bog'liq holda yutishning qiyinlashishlari, chakka mushaklarida og'riq, tunda terlash, subfebril harorat bo'ladi.

Barshon-Teshendorf sindromi: aksariyat yoshi ulgaygan kishilarda og'riqli disfagiya xurujlari, ovqat regurgitatsiyasi va to'sh orqasidagi og'riqlar bilan o'tadigan qizilo'ngachning turli sathlaridagi (marvaridli uzuk ko'rinishidagi qizilo'ngach) ko'p sonli segmentar spazmlar.

Kode sindromi: gastroezofageal sfinkter tonusi ortishidan kelib chiqqan disfagiya, tinch turgan holatda va yutishda to'sh orqasida og'riq, qizilo'ngachning bir oz kengayishi va ovqatning kardiya ustida turib qolishi (disxalaziya).

Beyli sindromi: disfagiya, yutishda o'rtacha og'riq va asta-sekin oriqlab ketish, mushak qavatining diffuz notekis gi pertrofiyasidan kelib chiqadi (qizilo'ngach miomatozi).

Burundan yoqimsiz hid kelishi

Vrach burunni tekshirayotgan paytda seziladi, aksariyat quyidagi patologiyada uchraydi:

- burun bo'shlig'idagi yot jism;
- surunkali sinuit;
- ozena (sassiq dimog');
skleroma;
- burun zaxmi;
- burun o'smalari.

Og'izdan yoqimsiz hid kelishi

Buni bemorning o'zi, uning tevarak-atrofidagi kishilar yoki vrach bemorni tekshirish vaqtida sezadi. Yoqimsiz hid kelishiga bakterial floraning hayot faoliyati mahsulotlari, shuningdek, yarali nekrotik jarayonlarda va xavfli o'smalarda to'qimalarning parchalanishi (chirish) sodir bo'lishi sababchi hisoblanadi. Ko'pincha, quyidagi patologiyaning xarakterli simptomi sanaladi:

- yarali-nekrotik angina;
paratonzillyar abscess;
mononukleozdagi angina;
- agranulotsitozdagi angina;
Ludvig anginasi;
- halqum difteriyasi;
- halqum sili;
karioz tishlar;
- halqum raki;
- hiqildoq raki;
- skleroma;
surunkali tonzillit.

Stridor

Bolalarda nafas yo'llari kasalligining simptomi sifatida eng ko'p uchraydi. U nafas olish vaqtida hiqildoqda yoki traxeyada havo oqimi turbulent harakatining tovush fenomenidan iborat. Stenozning qayerda joylashganini stridor paydo bo'ladigan nafas fazasi va xarakteri aniqlashga imkon beradi. Hiqildoq ustidagi stridor-inspirator, hiqildoq yoki hiqildoq ostidagi stridor-ikki fazali, traxéal stridor-ekspirator. Stridorni halqum obstruksiyasiga bog'liq bo'lgan xurrakdan farq qilish zarur.

Anamnezi. Nafas yo'llarining o'tkir stenozida ota-onalardan anamnez yig'ish bolani ko'zdan kechirish va auskultatsiya qilish bilan bir vaqtda o'tkaziladi. Yot jismlar tushganligi istisno qilinadi va sistem patologiyaning hamma simptomlari qayd qilinadi. Vrach o'tkirlik darajasi kam sharoitlarda to'liq pediatrik anamnez yig'ib, ayni vaqtda bolaning nafas olishini kuzatishi lozim. Akusherlik va perinatal anamnez muhim ahamiyatga ega; chunonchi, chala tug'ilgan bolalarda ba'zan intubatsiya o'tkazilib, bunda nafas yo'llari shikastlanib qoladi. Tug'ilishdan stridor borligi nafas yo'llarining tug'ma torayishidan darak berishi mumkin. Vaqt o'tgan sayin o'zgaradigan buzilishda (masalan, laringomalyatsiya va tovush burmalari falajlanganda) stridor bola hayotining dastlabki haftalarida paydo bo'ladi; nafas yo'llari gemangiomasida - bola hayotining 6 haftasidan keyin. Avj olib boradigan

stridor nafas yo'llari gemangiomasi uchun xos, biroq traxeya tashqaridan, masalan, ko'ks oralig'i o'smasi bosilganda uchraydi. Tovush bo'g'ilishi, yo'tal va apnoye epizodlari qayd etiladi. Bolalarda nafas yo'llarining surunkali stenozida, ko'pincha, yutish buzilishlari, jumladan, qayt qilish va aspiratsiya bo'ladi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi nafas sistemasiga tushadigan yuklama(nagruzka)-ni ko'paytiradi, bu esa ovqatlanish buzilishlari bilan birga, bolaning rivojlanishdan orqada qolishiga olib keladi. Boshqa a'zolar va sistemalarni ko'zdan kechirish va qunt bilan yig'ilgan anamnez katta ahamiyatga ega; masalan, nevrologik buzilishlarda, yurakning tug'ma poroklarida yoki ularni jarrohlik usulida to'g'rilashdan keyin tovush burmalarining falaji rivojlanishi mumkin.

Ko'zdan kechirish. Nafas olishdagi buzilishlar sababini izlash bilan birga, ularning og'ir-yengilligiga baho berish g'oyat muhim. Nafas yetishmovchiligi avj olib borganda traxeya pulsatsiyasining orta borishi va qovurg'alararo oraliqlarning ichiga botishi paydo bo'ladi. Sianoz kechroq rivojlanadi va nafas yo'llari obstruksiyasi avj olishiga nisbatan nafas sistemasining ishdan chiqqanligidan ko'proq dalolat beradi. Qaltis sharoit yuz berganda, nafas yo'llarining og'ir obstruksiyasida tekshirishni davom ettirishdan oldin ularning o'tkazuvchanligini ta'minlash kerak.

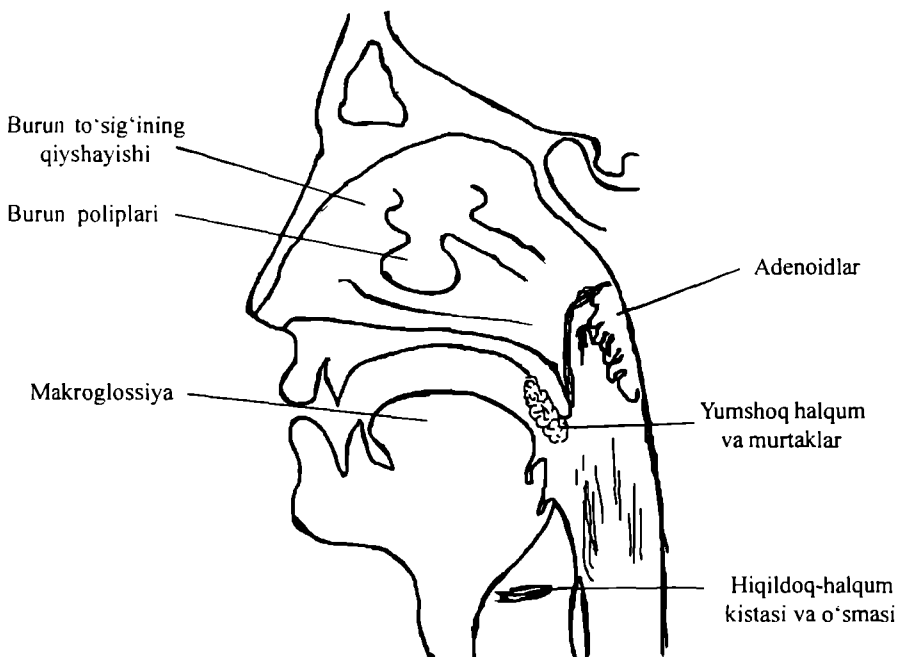
Surunkali stridorda tekshirish usullari. Surunkali stridorda umumiy anesteziya ostida mikrolaringoskopiya va bronxoskopiya qilish tekshirishning "oltin standarti" hisoblanadi. Ambulatoriya sharoitlarida hiqildoq va hiqildoq usti sohasidagi, ayniqsa, qaytar (masalan, laringomalyatsiya va tovush burmalari falaji) kasalliklarga tashxis qo'yish uchun egiluvchan oltin-tolali laringoskopdan foydalaniladi. Biroq hatto tashxis qo'yilgandan keyin ham 5% hollarda nafas yo'llarining qo'shilgan (qo'shaloq) patologiyasi uchrashi mumkinligini unutmaslik kerak. Boshqa tekshirishlar hiqildoq va traxeobronxial shox konturini o'rganish uchun ko'krak qafasi rentgenografiyasi, bronxografiya, videofluoroskopiya, nafas yo'llari KT va MRT, yurak va yirik tomirlar holatiga baho berish uchun exokardiografiya, tovush burmalarining harakatchanligini aniqlash uchun ultratovush bilan skanerlashni o'z ichiga oladi. Me'da qizilo'ngach refluksini aniqlashga mo'ljallangan tekshirishlar ham zarur. Stridorning asosiy sabablari quyida sanab o'tilgan:

- hiqildoqning tug‘ma stridori;
- laringomalyatsiya;
- hiqildoqning tug‘ma kistasi;
- hiqildoqning tug‘ma membranasi;
- traxeyaning tug‘ma torayishi;
- traxeya gi poplaziyasi;
- traxeomalyatsiya;
- hiqildoq papillomatozi;
- laringotsele;
- laringospazm;
- hiqildoq va traxeyadagi yot jism;
- shishgan laringit;
- qaytuvchan nerv falaji;
- halqum orti abssessi;
- halqumning og‘iz bo‘shlig‘i a‘zolaridan obstruksiyasi;
- traxeyaning tomirlardagi nuqsonlardan bosilishi;
- o‘smalar;
- ko‘ks oraliq‘i a‘zolarining kattalashishi;
- ko‘ks oraliq‘ining limfadenopatiyasi;
- nevrogen stridor.

Uyquda xurrak otish (apnoye sindromi)

Odatda, o‘rta va qari yoshda, ko‘proq erkaklarda paydo bo‘ladi. Bu beozor hodisa emas, chunki keyinchalik uning paydo bo‘lishiga nafas aktining ozmi ko‘pmi darajada tez-tez va uzoq davom qiladigan (to‘xtab qoladigan) tanaffuslari apnoye (SAS sleep apnea syndrome) qo‘shiladi. Vaqt o‘tgan sayin bunday tanaffuslar bir necha sekunddan to yarim minutgacha va bundan uzoqroqqa cho‘ziladi, bu organizmning ko‘pgina hayotiy muhim sistemalari tomonidan ikkilamchi salbiy hodisalarga olib keladi (qon reologiyasi, uning hujayra tarkibi, biologik membranalarning o‘tkazuvchanligi buziladi va h.k.). Uyquda xurrak otish vaqtida o‘lim hollari yuz berganligi tasvirlangan. Bu kasallik patogenezi hanuzgacha noaniq (9- rasm). Xurrak paydo bo‘lishida hiqildoq qopqog‘i, til ildizi, halqum, hiqildoq va traxeya devorlari ishtirok etadi. Biroq xurrak otishning asosiy sababi yumshoq

tanglay ekanligi ma'lum, bu vaqtda u, ko'pincha, kattalashgan gi pertrofiyalangan yoki mushaktonusi yo'qolgan. Juda ko'p hollarda uyqu daxurrak otish gaborun orqali nafas olishning buzilishi (gi pertrofik rinit, burun to'sig'i qiyshayishi, burun polipozi va adenoidlar) sabab bo'ladi. Odam tanasining tuzilish xususiyatlari shunga moyillik tug'diruvchi omil sifatida katta o'rin tutadi, masalan, semiz, bo'yni kalta odamlar tunda ko'p xurrak otadilar.



9- rasm. Xurrak otish sabablari

Tashxisi bemorning shikoyatlari asosida aniqlanadi; bemor o'zining xurrak otganini eshitmaydi va bu haqda uxlayotganda yonida bo'lgan odamlarning gapidan eshitadi. Bunda nafas vaqtida tanaffuslar (apnoye) bo'ladimi, ular necha marta va qancha davom qilishini surishtirib aniqlamoq kerak. Faringoskopiya, ko'pincha, yumshoq tanglayning qalinlashgani, til o'lchamlarining kattaligi qayd etiladi, aksariyat tanglay murtaklari katta va halqum o'lchamlari kichkina. Bir

qator bemorlarda faringoskopiya normada bo'lishi mumkin. Uyqu vaqtida nafasning buzilish darajasini tekshirishning obyektiv metodi polisomnografiya hisoblanadi, bu inson organizmining uyqu vaqtidaga turli-tuman funksiyalarini uzoq vaqtgacha qayd etib boradigan usuldir (nafas, yurak ritmi, nafas mushaklarining harakati, qondagi kislorod miqdori, uyqu fazasining chuqurligi va h.k.).

Davolash. Jarrohlik amaliyoti bilan davolashgina - yumshoq tanglayni orqa yoychalari, ba'zan tanglay murtaklari bilan birga olib tashlash eng ishonchli, yetarli darajada sodda, muhimi eng samarali usuldir.

Asfiksiya

Asfiksiya - qon va to'qimalarda kislorod yetishmasligi va karbonat kislotasi ko'p miqdorda bo'lishiga bog'liq nafas to'xtashi (bo'g'ilish). Nafas yo'llarining mexanik buzilishlari natijasida ro'y beradigan mexanik asfiksiya, shuningdek, nafas markazi funksiyalarining buzilishlari (falaji) oqibatida markazdan bo'ladigan asfiksiya farq qilinadi.

Mexanik asfiksiya nafas yo'llariga yot jismlar: qusuq massalari, tamponlar, shilimshiq, qon, tish protezlari tushganda va til orqaga ketganda paydo bo'ladi. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini buzadigan to'siqni zudlik bilan bartaraf etish: yot jismni chiqarish, shilimshiq, yiring, qonni so'rib olish zarur. Buning uchun ayrim hollarda traxeostomiya qilishga to'g'ri keladi.

Nafas kanallariga yot jismlar tushganda ixtirochi, Sinsinnati instituti prezidenti, tibbiyot doktori Genri Xaymlix sharafiga nomlangan mashhur Xaymlix usuli birinchi yordam sifatida qutqaruvchi vosita hisoblanadi. Uning yordamida zaxiradagi uch minut ichida va bir sekundni ham qo'ldan boy bermay odamni bo'g'ilishdan saqlab qolish mumkin. Xaymlix usuli: jabrlanganning orqasida turib (agar u hali oyoqlarida tik turgan va hushini yo'qotmagan bo'lsa) uni qo'llar bilan quchoqlab olish kerak. Bitta qo'l ni musht qilib tugish va katta barmoq tomoni bilan jabrlanganning qorniga ko'krak qafasi pastiga, biroq kindigidan yuqoriga qo'yish lozim. Ikkinchi qo'l kaftini musht ustiga qo'yib, mushtni tez yuqoriga olib qoringa bosiladi. Bunda qo'llarni tirsaklarda keskin bukish, biroq jabrlanganning ko'krak qafasini bosmaslik lozim. Zarurat bo'lganda usulni nafas yo'llari ozod

bo'lmaguncha yoki odam hushidan ketmaguncha bir necha marta takrorlanadi. Agar nafas yo'llari ozod bo'lsa, jabrlanganning nafasi tiklanadi va yuzining rangi normal tusga kiradi (homiladorlikning kech davridagi ayolda asfiksiya bo'lgan taqdirda ehtiyotkorlikka amal qilib, musht bilan to'sh o'rtasini bosish lozim). Agar go'dak hushini yo'qotgan bo'lsa, biroq kasallik yoki shikastlanish belgilari bo'lmasa, bunga asfiksiya "aybdor" bo'lishi mumkin. Xaymlix usulini bolani tizzaga o'tqazib yoki oyoqlarini o'z tomoniga qaratib qattiq yuzaga chalqancha yotqizib bajariladi. Ikkala qo'lning o'rta va ko'rsatkich barmoqlarini bemorning qorniga kindigidan yuqoriga, lekin ko'krak qafasidan quyiroqqa qo'yish va yuqoriga qarata tez itarish kerak. Yot jism nafas kanalini tark etmaguncha usul takrorlansin. Bolani asfiksiyadan har tomonlama ehtiyotlash lozimligi o'z-o'zidan ravshan: u og'ziga solishi mumkin bo'lgan buyumlarni qarovsiz qoldirmaslik kerak. Asfiksiyada katta yoshdagi odamning oldida boladan tashqari hech kim bo'lmaganda hodisalar ro'y berish ehtimoli ham bor. Xaymlix usulini oldingan o'rgangan bola bu o'rinda yordam ko'rsata oladi. Agar odam chalqancha yotgan bo'lsa, kichkina qutqaruvchi uning ustiga chiqib minib olishi va itarishga zarur kuch to'plash uchun o'z og'irligidan foydalanishi kerak. Bemorning boshini chetga burmaslik lozim: bu holda nafas kanalidan yot jismni chiqarish qiyinlashadi. Asfiksiyada odam o'ziga o'zi yordam berishi mumkin. Buning u qo'lini qorniga go'yo unga boshqa odam yordam ko'rsatayotgandek qo'yishi kerak. Qorniga mushtini ko'krak qafasining pastiga va kindigidan yuqoriga qo'yib, ichkariga va yuqoriga tez itarish harakatlarini bajarishi, kerak bo'lsa, takrorlashi kerak. Mushtdan tashqari, stolning cheti, stul suyanchig'i yoki yog'och panjaradan foydalanish qorinning kerakli joyini tayanchga tirab bosish mumkin.

Til orqaga ketganda vozduxovod kiritish yoki pastki jag'ni tortib, uni butun reanimatsiya mobaynida to'g'ri ushlab turish kerak. Bordiyu, til orqaga qayrilgan bo'lsa, u tiltutgich bilan chiqariladi, uni tutib turish uchun esa vozduxovodlar qo'llaniladi. Jag'ni tutib turish uchun quyidagi usullardan foydalanish talab qilinadi: bemorning orqasiga o'tib ikkala qo'llarning bosh barmoqlarini pastki jag'ga o'rta chiziqning ikkala tomoni bo'ylab qo'yiladi va pastki jag'ning kurak tishlari yuqori jag'ning kurak tishlaridan oldinga o'tmaguncha pastga

tortib turiladi. Shundan so'ng qo'llarning pastki jag' burchaklariga qo'yilgan ko'rsatkich va o'rta barmoqlari bilan jag'ni oldinga suriladi va shu holatda ushlab turiladi. Barmoqlar bo'yinturuq venasi yoki yuz nervini bosilishdan ehtiyot qilish uchun aslo yumshoq to'qimalarga emas, balki chakka suyagining so'rg'ichsimon o'siqlariga tayanib turishi kerak.

Asfiksiya belgilari: sianoz, qorachiqlarning yorug'likni sezishi yo'qolib kengayishi, nafas to'xtashi; qon kislorod yetishmasligidan qorayadi, biroq yurak faoliyati ma'lum vaqt mobaynida saqlanib qoladi va bemor shoshilinch yordamga muhtoj bo'ladi. Avvalo sun'iy nafas oldirishga kirishish, sof havo va kislorodning yetarlicha oqib kirishini ta'minlash, vena ichiga esa nafas markazini qo'zg'otadigan va yurak faoliyatini quvvatlab turadigan vositalarni kiritish lozim. Hozirgi vaqtda aktiv nafas olib, sun'iy nafas oldirish keng tarqalmoqda. Bemor o'pkasiga havo puflash eng oddiy usul hisoblanadi. "Og'izdan-og'izga" va "og'izdan burunga" deb atalgan bu usuldan, odatda, birinchi yordam ko'rsatishda foydalaniladi. Bunda bemorning boshi imkon boricha orqasiga tashlangan holda chalqancha yotqiziladi va minutiga 12 marta havo puflanadi.

Aktiv nafas olishni maxsus og'iz-halqum naychalari orqali yoki "Ambu" tipidagi ixcham nafas qopchig'i yordamida amalga oshirish mumkin.

Asfiksiya paydo bo'lishi mumkin bo'lgan asosiy patologiya:

- halqum orti abssessi;
- paratonzillyar abssess;
- parafaringeal abssess;
- Ludvig anginasi;
- til ildizi abssessi;
- epiglottit;
- flegmonoz laringit;
- hiqildoqdagi yot jism;
- traxeyadagi yot jism;
- hiqildoq shikasti;
- hiqildoq xondroperixondriti;
- hiqildoqning kimyoviy kuyishi;
- shishgan laringit;

- o‘tkir burmaosti laringiti;
- o‘tkir fibrinoz-pardali laringotraxeobronxit;
- hiqildoqning saramasli yallig‘lanishi;
- qizamiq laringitining shish-yarali formasi;
- laringospazm;
- hiqildoqning tug‘ma membranalari;
- hiqildoqning tug‘ma kistasi;
- hiqildoq papillomatozi;
- laringotsele;
- hiqildoqning xavfli o‘smalari;
- hiqildoq difteriyasi;
- hiqildoq zaxmi;
- hiqildoq sili;
- skleroma;
- hiqildoq falaji.

Burun-halqumdagi karashlar

Burun-halqumdagi karashlar turli xil patologiyada uchraydi va o‘rnashgan joyi, tarqalganligi, chegaralari, burun-halqum shilliq pardasi yuzasiga qay darajada zich yopishgani (oson yoki qiyinlik bilan ko‘chadigan), rangi va konsistensiyasi bilan tavsiflanadi. Mazkur belgilar halqum kasalliklarini tasvirlashda katta ahamiyat kasb etadi, ular turli-tuman patologiyalar o‘rtasida qiyosiy tashxis o‘tkazishga imkon beradi:

- halqum kandidamikozi;
 - follikulyar angina;
 - lakunar angina;
- yarali-nekrotik angina;
- mononukleozdagi angina;
- agranulotsitozdagi angina;
- o‘rab oladigan temiratki;
- aftoz stomatit;
- skarlatina;
- difteriya;
- halqum sili;

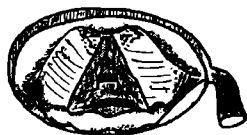
- halqum zaxmi;
- galvanokaustikadan keyingi reaksiya;
- operatsiyadan keyingi karash;
- krioapplikatsiyadan keyingi reaksiya.

Disfoniya

Disfoniya — tovush sifatining umumiy o‘zgarishini aks ettiruvchi atama. Afoniya — tovush burmalari orqali havo oqimi o‘tmaganda yoki o‘ta olmaganda yoki tovush burmalarining yaqinlashishi ro‘y bermaganda yuzaga keladigan tovush yo‘qligi (10- rasm).

Afoniya ham, disfoniya ham anatomik va funksional sabablarga bog‘liq bo‘lishi mumkin:

- tovushning zo‘riqishi;
- o‘tkir va surunkali sinuit;
- o‘tkir laringit;
- shishgan laringit;
- hiqildoqdagi yot jismlar;
- epiglottit;
- qaytuvchan nervning bir tomonlama falaji;
- hiqildoq papillomatozi;
- hiqildoq shikasti;
- hiqildoq xondroperixondriti;
- hiqildoqning saramasli yallig‘lanishi;
- hiqildoq tug‘ma membranasi;
- hiqildoqning xavfli o‘smalari;
- hiqildoq o‘smasi;
- hiqildoq differiyasi;
- hiqildoq zaxmi;
- skleromasi;
- qizamig‘i;
- gi potireozi;
- hiqildoq tug‘ma porogi.



Ovoz boylamlarining
yallig'lanishi



Ashulachi tugunlar



O'ng tomonlama
qaytaruvchi nerv falaji

10- rasm. Disfoniya sabablari

Disfoniya nafas apparati, shuningdek, halqum, hiqildoq, bo'yin mushaklari zo'riqqanda dag'al, past, bo'g'iq ovoz bilan tavsiflanadi. Fonasteniya - tovush apparatida sezilarli organik o'zgarishlar bo'lmay, tovush hosil bo'lish funksiyasining buzilishi; tovushning tez charchab qolishi va jarangining uzilishi yoki kuchi, balandligining bir qadar o'zgarishlari (yuqori tovushlar qiyinlashtiradi), tovush tembrining o'zgarishida uning bo'g'iqligi xos. Bu hodisalarning hammasi o'tkinchi, beqaror tabiatga ega. Fonasteniya aksariyat tovushga zo'r keladigan kishilarning ovozdan noto'g'ri foydalanishi oqibatida rivojlanadi. U ovozini ortiqcha va tez-tez zo'riqtiradigan maktab o'quvchilarida paydo bo'lishi mumkin. Bir marta yoki ko'p marta tovushdan foydalanilganda patologik refleks, noto'g'ri mexanizmlarga o'rganib qolish ko'rinishida mustahkamlanadi, bu ovozning funksional buzilishlari uchun negiz bo'lib xizmat qiladi. Ruhiiy shikastlarning rolini ham yodda tutish zarur: kuchli his-hayajonlar nafas olish va tovush hosil bo'lishida aks etadi. Patologik mexanizmlar nevrotik odamlarda, ayniqsa, oson mustahkamlanadi. Funksional tovush buzilishining eng qaltis shakli - isterik mutizm hisoblanadi, bunda tovush to'satdan va batamom yo'qolib, shivirlab gapirishning ham iloji bo'lmaydi, bu qattiq qo'rquv bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Isterik gunglik, ko'pincha, tutilib gapirishga o'tadi. Funksional afoniyada tovushning butunlay yo'qligi kuzatiladi, bemor faqat shivirlab gapiradi, biroq yo'talganida qattiq tovush chiqadi. Funksional afoniyalarning quyidagi turlari farq qilinadi: a) paretik afoniya, tovushni to'satdan yo'qotish bilan tavsiflanadi, hiqildoq mushaklarining funksional bo'shashib qolganligi qayd qilinadi; b) spastik afoniya - butun tovush

apparating keskin zo'riqishi; c) paretikospastik afoniya soxta boylamlar faoliyatining oshganligi va chin boylamlar faoliyatining pasayganligi kuzatiladi yoki aksincha.

Tovushning noto'g'ri jaranglash belgilari uning yo'qligi va bo'g'iq tovushga qaraganda bir muncha turli-tuman. Tovushning meyo'ridan chetga chiqadigan jaranglashini tavsiflash uchun ko'p sonli ta'riflar mavjud, chunonchi: kuchsiz, tezlashgan, shovqinli, chiyillangan, angillagan, xirillagan, bo'g'iq, tomoqdan chiqadigan qattiq, entikkan, qaltiroq, uziq-uziq, past, yopiq, ping'illagan, manqa tovushlar. Tovush sifatlarining ko'rsatib o'tilgan har bir tusida muayyan, tovushning normal jaranglashiga xos bo'lmagan mexanizm yotadi, uni tushunish nuqsonni tuzatishga yordam berishi mumkin.

Kuchsiz, tezlashgan, shovqinli, chiyillangan degan ta'riflar tovushning kuchi o'zgarganidan dalolat beradi. Tovush kuchsizligi, sustligi nafas apparating kuchsizligi yoki tovush boylamlarining yetarlicha kuch bilan yumilmasligiga bog'liq bo'lishi mumkin; so'nggi holat ularning paretikligida (giperkineziyadeb ataladi) bo'ladi. Agar tovush boylamlari yumilishi sekinlashgan, kechikadigan bo'lsa, nutq boshlanguncha havoning yo'qotilishi ro'y beradi - nafas tovushi hosil bo'ladi.

Tezlashgan, keskin tovush tovush boylamlarining ortiqcha zo'riqishidan (giperkineziyasidan) yoki hatto hiqildoq sohasidagi haqiqiy giperkinezlardan darak beradi; agar zo'riqish past tonlarga to'g'ri kelsa, qichqirgan tovush chiqadi, bordi-yu yuqori tonlarga tushsa, angillagan tovush vujudga keladi. Hiqildoq tashqi mushaklardan bosilganda (bu hiqildoq, til ildizi ko'tarilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin) yoki yelka kamari mushaklarini bosilganda (o'pka havo bilan ortiqcha to'lib ketganda) ba'zan tovush boylamlarining qayta yumilishi qo'shilib, tomoqdan qattiq tovush chiqadi; ulardan uzoq vaqt foydalanish, odatda, tovush boylamlarining toliqishiga, ba'zan esa tovush yo'qolishiga olib keladi.

Uziq-uziq, qaltiragan degan ta'rif olgan tovush jarangi mayinligining buzilganligini ko'rsatib, bunga giperkinezlar, hiqildoq mushaklari yoki nafas mushaklari sohasidagi talvasalar sababchi bo'lishi ehtimoli bor. Entikkan tovush, odatda, nafas olish paytida gapirganda, ya'ni nafas va tovush hosil qilish diskoordinatsiyasida ro'y berib, bu hayajonlanishda, shoshilganda kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'ining orqa qismida tiqilib qoladigan tovush past chiqadi. Past tovushga qarama-qarshi ravishda jarangdor, ya'ni og'iz bo'shlig'ining oldingi qismiga to'g'ri yo'naltiriladigan va u yerda rezonatsiya qiladigan tovush o'ziga xos ajralib turadi. Ayniqsa, lablar va jag'larning kamharakatchan artikulyatsiyasida qisilgan nutq yopiq tovushli bo'ladi. Oq tovush nomini olgan tovush gapirayotgan odamning yuzidagi doimiy, kamharakatchan jilmayish natijasi hisoblanadi. Qarsillaydigan tovush unlilarning qisqarganligi va undoshlarning bo'rtirilishiga bog'liq bo'lib, tutilib gapiradigan va kar odamlarda kuzatiladi.

Tovushning burundan, manqalanib chiqishi qisman havo oqimining burun-halqumga tushishini ko'rsatuvchi belgi hisoblanadi. Manqa tovush turi ko'pchilik tovushlarning burun orqali jarangi ko'proq bo'lishini ko'rsatadi. U yumshoq va qattiq tanglay yoriqlarida, shuningdek, difteriyadan keyin yumshoq tanglay falajida, soxta bulbar va bulbar dizartriyada kuzatiladi.

Tovush boylamlarining o'zi va butun hiqildoq ta'sirlanganda va shishganda, hatto hiqildoqda shilimshiq yig'ilganda tovush boylamlari yumilishi (yopilishi) noto'liq, zich emas, ular orqali yovvoyi nomini olgan havo kuch bilan o'tadi, natijada ovoz bo'g'ilib chiqadi. Bo'g'ilgan ovoz, shuningdek, mutatsiya davrida kuzatiladi. Xirillagan ovoz bo'g'iq ovozning keyingi, birmuncha kuchli darajasidir. Bunga hiqildoqdagi shishlar, o'smalar, hiqildoq stenoz, tovush boylamlari innervatsiyasining buzilishlari, ya'ni hiqildoq mushaklari va tovush boylamlarining parezlari hamda falajlari sabab bo'lishi mumkin. Ba'zan chin tovush boylamlari tebranishi qiyinlashgan taqdirda soxta tovush boylamlarining birmuncha dag'al tebranishi paydo bo'ladi. Soxta boylam tovushi ba'zan qurillaganga o'xshab chiqadi va organik hamda nevroitik buzilishlarda kuzatiladi. Tovush diapazoni ham kuchi bo'yicha, ham balandligi bo'yicha torayganda u monoton (bir xil) bo'lib qoladi.

Bosh va bo'yin limfatik tugunlarining kattalashishi

Bosh va bo'yin limfatik tugunlarining kattalashishi ular o'sma jarayonidan zararlenganda, qon kasalliklarida, limfogranulematozda, tegishli guruhlardagi limfatik tugunlar oqimi zonalaridagi yallig'lanish

jarayonlarida (bola hayotining ikki oyidan so'ng aniqlanadi) ro'y beradi.

Ko'zdan kechirishda paypaslanadigan limfatik tugunlarning o'lchami, zichligi, shakli va og'riq bor-yo'qligi aniqlanadi. Tugunlar harakatchanligi, harakatchan emasligi yoki og'riqli ekanligi - shularni aniqlash muhim hisoblanadi.

Limfatik tugunlarning 10 ta klassik guruhleri ma'lum:

- 1) quloq suprasi oldida joylashgan (quloq oldidagi);
- 2) quloq suprasi orqasida joylashgan (quloq orqasidagi);
- 3) ensadagi;
- 4) tonzillaryar;
- 5) jag'osti;
- 6) iyakosti;
- 7) ensa yuqorisidagi;
- 8) bo'yin orqasidagi guruh;
- 9) chuqur ensa guruhleri;
- 10) o'mrovusti.

Limfatik tugunlar oqimi sohasi
(G. Everbek bo'yicha)

L/ch joylashuvi	L/t oqimi sohasi
Yuqori	Muraklar (bodomcha bezlari), quloq oldi bezi, tashqi eshituv yo'li, bo'yinning oldingi va yon qismlari, ensa
O'rta bo'yinturuq	Halqum
O'mrovustu	Bo'yin, ko'ks oralig'i
Iyakosti	Burun — halqum, og'iz bo'shlig'i, pastki jag'ning alveolar o'sig'i
Ensa	Halqum murtaklari, ensa
Quloq orqasidagi	O'rta quloq, quloq suprasining orqa tomoni, boshning quloq orqasidagi qismi
Quloq oldidagi	quloq supralarining oldingi yuzasi, o'rta quloq, chakka — pastki jag' birikmasi, burun

Quloq, burun va hiqildoqdan qon oqishi

Quloqdan qon oqishi quyidagi patologiyada bo'lishi mumkin:

- nog'ora pardasining yirtilishi;
- kalla skeleti asosining sinishi;
- o'tkir grippoz otit;
- surunkali o'rta otit, granulyatsiya, polipozlar bilan og'irlashgan;
- quloqning xavfli o'smasi;
- quloq difteriyasi;
- quloq sili;
- operatsiyadan keyingi qon oqishlar.

Quloqdan juda jiddiy qon oqishlar eshituv yo'lining suyak qismi singanda va ayni vaqtda nog'ora pardasi yirtilganda kuzatilib, u quloqda shovqin, qattiq og'riq, nog'orapardasi giperemiyasi bilan uning bag'riga qon quyilishi bilan kuzatiladi. Nog'ora pardasining yirtilish shakli juda xilma-xil bo'ladi. Seroz suyuqlik bilan birga qon oqishi kalla skeleti asosi sinib, nog'ora bo'shlig'i tomi orqali o'tadigan yoriq natijasida, ayni vaqtda qattiq miya pardasining yirtilishi yoki labirint yoriqlarida paydo bo'lishi mumkin, bu holda ham eshitishning keskin pasayishi yoki butunlay yo'qotilishi, yuz nervi parezi yoki falaji, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, muvozatni yo'qotish, quloqlarda shovqin kuzatiladi.

Quloqdan qon aralash - seroz ajralmalar oqishi nog'ora pardasi paratsentezidan keyin, yuqori joylashgan va nog'ora bo'shlig'iga botib turgan bo'yinturuq venasining piyozchasi yaralanishi natijasida yoki o'tkir otit boshlanishida spontan perforatsiyada kuzatiladi; 2-3 kun davom qiladi. Qator hollarda quloqda radikal operatsiya o'tkazilgandan keyin jarohatdan qon oqishini kuzatish mumkin.

Surunkali yoki uzoqqa cho'zilgan o'tkir yiringli otitlarda osonlikcha qonab ketadigan granulyatsion poliplar hosil bo'lishi mumkin. Nog'ora pardasining perforatsiyasi (teshilishi) orqali silliq yuzali to'q-qizil rangli tuzilma (polip) aniqlanadi, u ba'zan tashqi eshituv yo'lini bekitib qo'yadi; zondcha tekkizilganda polip qonab ketadi.

Surunkali yiringli otit zamirida kechadigan o'rta quloq va tashqi eshituv yo'lining xavfli o'smalarida eshituv yo'lini artish, odatda, ko'p qon oqishiga sabab bo'lib, u, ko'pincha, quloqni zich tamponada qilishga majbur etadi.

Quloq difteriyasi eshituv yo'lida difteritik pardalar hosil bo'lishi bilan o'tadi, ular tozalangandan so'ng qonab turadigan yuza qoladi, destruktiv jarayon natijasida nog'ora pardasi va o'rta quloq elementlari bo'lmasligi ham mumkin.

Sildan zararlanishda, ko'pincha, qon oqishi kuzatiladi, chunki destruktiv jarayon nog'ora pardasining ko'p sonli perforatsiyalari hosil bo'lishi, yoqimsiz, chirigan hidli ajralmalar bilan o'tadi, so'rg'ichsimon sohada sovuq absess tipi bo'yicha suyakusti pardasi ustida yiring to'planishi ro'y beradi.

Burundan va burunning yondosh bo'shliqlaridan qon oqishiga quyudagilar sabab bo'lishi mumkin:

Mahalliy sabablar	Umumiy sabablar
atronfik rinit burunni kavlash, kisselbax chigali, burunning qanab turgan polipi, burun to'sig'i anfiyofibromasi, burun – halqumning o'smirlikdagi anfiyofibromasi, burunning xavfli o'smasi, burun difteriyasi, burun sisli, burun zaxmi, burun shikasti, - burun bo'shlig'idagi yot jismlar, - spontan idiopatik qon oqishlar	qon kasalliklari tufayli (anemiya, leykozlar, emofiliya), gipoprotrombinemiya, Vergov kasalligi, limfogradulematoz, gemorragik deyatetzlar, Randyu-Osler kasalligi), infeksiyon kasalliklar (gripp, skarlatina, qizamiq, ko'kyo'tal), arterial gipertoniya, kalla skeleti asosining sinishi.

Burundan qon oqishi yuqori nafas yo'llaridan beixtiyor qon oqishlar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Bu burunning qon bilan mo'l ta'minlanishi, shilliq pardasining xususiyatlari bilan izohlanadi. Biroq burun tashqi teshiklaridan har qanday qon oqishi burun qonaganidan dalolat beravermaydi. Bu qon oqishi chuqur nafas yo'llari, qizilo'ngach yoki me'dadan bo'lishi ham mumkin. Ayni vaqtda bolalarda va zaiflashgan yoki behush holatda yotgan bemorlarda burundan qon oqishi, agar qon xoanalar orqali halqumga oqib tushib yutiladigan bo'lsa yoki aspiratsiyada sezilmasdan qolishi mumkin.

Burundan qon oqishining mahalliy sabablari orasida burunning travmatik shikastlanishlari birinchi o'rinda turadi. Bemorning barmoq-

lari sababli kelib chiqadigan tirnaliş va lat yeyiř, odatda, atrofik rinitda (rhinitis sicca anterior) burun dahliziga zich yopishgan qaloqlarni kavlab chiqariřda hosil bo‘lgan yara-chaqa shikastlar qatoriga kiradi. Burunning oldingi-pastki to‘sig‘i chekkasida o‘zaro anastomozlar hosil qiladigan, bu tomirlar devori yupqalashganda va ular yuzaga joylashganda hatto ozgina jismoniy zo‘riqish natijasida ham burundan qon oqishi mumkin. Qattiq yo‘tal, burun qoqish va aksiriř burundan qon ketiř ehtimolini kuchaytiradi, bunga o‘tkir va surunkali tumovlar, burun to‘sig‘ining qiyshayishi va adenoidlar imkon beradi.

Yot jismlar shilliq pardani shikastlashi natijasida, shuningdek, ular burun bo‘shlig‘ida uzoq vaqt qolib ketganda burun shilliq pardasining davomli ta‘sirilanishidan granulyatsiyalar hosil qilib qon oqishiga sabab bo‘liři mumkin.

Burun bo‘shlig‘idagi jarrohlik amaliyotlari deyarli hamisha burundan qon oqishi bilan o‘tadi. Ular kamdan-kam hollarda juda ko‘p bo‘liři va bemor hayotiga tahdid solishi mumkin. Agar shilliq parda nuqsonlari yaqqol bo‘lib, chuqur yaralar va yumshoq granulyatsiyalar hosil bo‘liři bilan o‘tsa, qon ko‘p oqishi mumkin.

Burundan qon oqishi - burun bo‘shlig‘ining ba‘zi xavfsiz va xavfli o‘smalarining tez uchrab turadigan yo‘ldoshiđir. Burun to‘sig‘ining poli pi yoki oyoqchasi burun-halqumga osilib turadigan xoana poli pi qon oqishiga, ayniqsa, ko‘p sabab bo‘ladi. Burun bo‘shlig‘i qo‘pollik bilan tekshirilganda yoki zondlanganda papilloma, limfoma, angioma yoki g‘orsimon angioma kabi va boshqa xavfsiz o‘smalar qon oqishi bilan o‘tishi mumkin. To‘qima angiofibromasi burun to‘sig‘ining oldingi uchdan bir qismida, ko‘proq qiz bolalarda hosil bo‘ladi. Burun-halqumning o‘smirlikdagi angiofibromasida qon ketiřlarga alohida e‘tibor beriř lozim, u erkak jinsiga mansub 12-13 dan 25-26 yoshgacha bo‘lgan odamlarda rivojlanadi va uning katta-kichikligi hamda qayerda joylashganidan qat‘i nazar, anchagina qonash bilan o‘tadi. Qon oqish to‘satdan, ba‘zan uyqu vaqtida paydo bo‘ladi va aksariyat bu kasallikning birinchi klinik belgisi hisoblanadi. Takroriy qon ketiřlar ikkilamchi anemiyaga olib keladi. Bemorlarning ko‘rinishi o‘ziga xos: og‘zi yarim ochilgan, yuzi salqigan. Burun orqali nafas olishi qiyinlashgan. Burun-halqum paypaslanganda o‘smaning yuzasi

silliq, qizil rangda, zich, burun-halqumni qisman yoki butunlay to'ldirib turibdi.

Xavfli o'smalar aksariyat badbo'y hidli burun ajralmalarida qon borligi bilan o'tadi.

Tomirlar sistemasida va qon tarkibida ro'y bergan o'zgarishlar sababchi bo'ladigan burundan qon ketishlar ham qator hollarda uchray turadi. Qon kasalliklarida (gemofiliya, Verlgof kasalligi, gemorragik trombasteniya, gemorragik vaskulit, Randyu-Osler kasalligi) burundan qon ketish eng jiddiy belgi hisoblanadi. Ayniqsa, oilaviy gemorragik angiomatoz. Randu-Osler kasalligini, ayniqsa, qayd etib o'tmoq lozim, ko'proq katta odamda boshlanadi va 50-60 yoshlarga borib juda og'irlashadi. Burundan qon ketishdan o'lim 10% bemorlarda yuz beradi. Arterial gipertoniya qon oqishi aksariyat takroriy bo'ladi, ba'zan bu kasallikning birinchi belgilaridir. Ba'zi bir mualliflar gipertoniya zamiridagi ko'p bo'lmagan qon aqishlarni go'yo ochib qo'yiladigan ehtiyot klapaniga o'xshash organizm tomonidan arterial bosimning "o'zini-o'zi boshqarishi" deb hisoblashni taklif qiladilar. Burundan qon oqish qon tashuvchi sistemada dimlanish hodisalari bilan o'tadigan kasalliklarda va holatlarda, masalan homiladorlikda, dekompensatsiyalangan yurak nuqsonida, o'pka emfizemasida, jigar sirrozida bo'ladi. Bosh sohasidagi burundan qon oqishi bilan o'tadigan dimlanish hodisalari bo'yindagi o'smalarda, tez-tez yo'talishda (ko'kyo'talda) bo'ladi. Qon yaratuvchi a'zolarining kasalliklari (leykoz, gemoblastoz), ko'pincha, burundan qon ketishi bilan o'tishi mumkin. Ich terlama vaqaytalamatif, gripp, skarlatina, chinchechak, bezgakkabi ko'pgina o'tkir infeksiya kasalliklari organizmning issiqlab ketishi va tomirlarda yuz beradigan o'zgarishlar oqibatida qon ketishlar bilan o'tishi ham mumkin.

O'smirlik yoshidagi yigit yoki qizlarda amenoreya yoki gipomenstrual sindromda, ko'pincha, vika (qo'shib keladigan) degan nom olgan qon ketishlar paydo bo'ladi, kelmayotgan hayzlar o'rniga ro'y beradi yoki ular bilan birga uchraydi.

Gemorroidal venalar patologiyasi ham burundan qon oqishiga turtki bo'lishi mumkin. Ob-havo omillari (atmosfera bosimi, namlik o'zgarishi, chang-to'zon), ayniqsa, uchuvchilarda, g'avvoslarda va alpinistlarda burundan qon ketishida katta ahamiyat kasb etadi.

Burundan qon ketishining ko'rinishlari turli-tuman bo'ladi. Ayrim hollarda ular to'satdan, hech qanday sababsiz, ba'zan uyquda boshlanadi. Boshqa hollarda bemorlar prodromal (darakchi) hodisalarni qayd etadilar: boshi og'riydi, lanj bo'ladi, boshi aylanadi yoki quloqlarida shovqin bo'ladi. Odatda, qon oqish manbayi burunning yarmida bo'ladi, lekin burun-halqumga oqib tushayotgan qon boshqa yarmidan oqib tushishi mumkin. Qon, asosan, toza, qip-qizil rangda. Qon oqish ba'zan o'z-o'zidan to'xtaydi, biroq, ko'pincha, uzoq vaqtgacha davom qilib, bemorni qonsizlantiradi, pulsini tushiradi, umumiy behollikka olib keladi, hushdan ketkizadi. Tez-tez takrorlanadigan qon oqishlar ikkilamchi kamqonlikka olib kelishi mumkin. Ko'rpa-to'shak qilib yotgan yoki hushsiz holatdagi bemorlarda qon yo'qotilishining jiddiyligiga baho bera olmaslik mumkin, chunki ular oqib kelayotgan qonni qisman yutib yuborishlari mumkin va qonning juda oz qismigina burundan keladi. Shuning uchun burundan qon oqishining hamma hollarida qon halqumga oqib tushmayotganiga ishonch hosil qilmaguncha takroran faringoskopiya qilish shart.

Burundan qon kelishi burun shilliq pardasining har qanday qismlaridan paydo bo'lishi mumkin, biroq 30-96% hollarda ular burun to'sig'ining oldingi-quyi qismidan burun dahlizi ichki chetidan taxminan 1 *sm* beridan (Kisselbax zonasi) chiqadi. Burunning qaysi yarmidan qon oqayotganini aniqlash uchun bemorning boshi oldinga bir oz engashtiriladi, bunda qon burunning qonayotgan yarmidan ko'proq ajraladi. Agar burun to'sig'ining oldingi bo'limida qon ketayotgan joy aniqlanmasa, ehtiyotkorlik bilan vaqtincha tamponada qilib (vodorod peroksid yoki adrenalini eritmasiga botirilgan tamponlar) qon oqishini to'xtatish yoki kamaytirish zarur. So'ngra tez, biroq ehtiyotkorlik bilan tamponlarni chiqarib, burun bo'shlig'ining chuqur bo'limlaridan qonayotgan joyni topishga harakat qilinadi.

Burundan qon oqishini davolash hozirgi qon oqishini turli usullar bilan to'xtatish va uning paydo bo'lish sababini bartaraf qilishdan iborat. Burun qonashini to'xtatishning eng oddiy usuli barmoq bilan burun qanotini burun to'sig'iga bosishdir. Agar bu kifoya qilmasa, burun bo'shlig'ining oldingi bo'limiga vodorod peroksid eritmasiga ho'llangan paxta yoki dokani sharchasimon dumaloqlab 10-15 minutga kiritiladi. Kichik qon oqishlar shu tariqa osonlikcha to'xtaydi. Bunday

chora naf bermaganda oldingi tamponada qilinadi. Burunning orqa tamponadasi va jarrohlik usullari (tashqi va ichki uyqu arteriyasi, g'alvirsimon va ichki jag' arteriyasini bog'lash, Saunders bo'yicha dermoplastika) qon to'xtatishning boshqa usullari natija bermagan hollardagina qo'llaniladi.

Halqumdan qon oqishi quyidagi patologiyada bo'lishi mumkin:

- o'tkir faringit,
- halqum differiyasi,
- hiqildoqning xavfli o'smalari,
- yarali - pardasimon angina,
- paratonzilyar infiltrat,
- halqum orti abssessi,
- halqum shikasti,
- operatsiyadan keyingi qon oqishlar.

Halqumdan qon ketishi burundan qon oqishiga qaraganda kam uchraydi. Qon tupurish manbasi halqumning orqa devori, bodomcha bezlari (murtagi) sohasi (orqa tanglay yochalarining varikoz venalari), ko'pincha, yuzasida ko'pgina varikoz kengaygan, tugunsimon venalar joylashdigan til murtagi sohasi bo'lishi mumkin. Halqumdan qon oqishiga kuchli yo'tal, ko'p balg'am ajratish, ayniqsa, qon kasalliklari, yurak va jigar kasalliklari bilan xastalangan shaxslardagi jismoniy zo'riqish, shuningdek, halqumdagi shikastlar va yaralar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir faringitda qon oqishi, ko'pincha, mayda tomirlardan bo'ladi, differiyada kulrang pardalarni qiyinlik bilan ko'chirishdan keyin qonab turadigan yuza qolishi mumkin, yarali-pardasimon anginada qonaydigan yuza bitta murtakning yuqori qutbidan oson ko'chadigan kulrangnamo-yashil karash yo'qotilgandan keyin hosil bo'ladi. Surunkali kechadigan paratonzilyar infiltrat tashqi uyqu arteriyasi yoki uning tarmoqlariga, shuningdek, ichki uyqu arteriyasi va bo'yinturuq venaga tarqalganda qon oqishi bilan o'tishi mumkin. Operatsiyadan keyingi qon oqishlar, ko'pincha, adenotomiya, tonzillotomiya yoki tonzillektomiyadan keyin dastlabki soatlar va kunlarda, ba'zan 1,5-2 hafta o'tgach bo'ladi.

Halqumdan qon oqishiga yo'talsiz ajraladigan shilimshiq-qon aralash balg'am xos, ayni vaqtda o'pkadan ketadigan qon och-qizil rangli va ko'piksimon bo'ladi. O'pkadan ketgan qon uzoq vaqt ivimaydi.

Halqumdan qon oqishi quyidagi patologiyada bo'lishi mumkin:

- o'tkir laringit,
- ko'kyo'tal,
- hiqildoq difteriyasi
- hiqildoq zaxmi,
- hiqildoqning xavfli o'smalari,
- hiqildoq va til ildizi venalarining varikoz kengayishi,
- hiqildoq shikastlari,
- qon kasalliklari, operatsiyadan keyingi qon oqishlar.

Hiqildoqdan beixtiyor qon oqishi kam kuzatiladi, grippdapaydo bo'ladigan o'tkir gemorragik laringitda balg'amda oz-moz qon aralashib kelganini kuzatish mumkin. Hiqildoq shilliq pardasining yirtilishlarini hiqildoqning boshqa yallig'lanishlarida, shuningdek, tovush boylamlarining funksional shikasti natijasida (to'satdan qichqirib yuborish, tovush boylamlarining ortiqcha zo'riqishi) kuzatish mumkin. Ba'zan hiqildoqdan qon tupurish hayz ko'rish zahirida va homiladorlikda ro'y beradi. Hiqildoq yoki traxeyadan qon oqish manbalari qatoriga, shuningdek, qarilikda traxeya va hiqildoqning kengaygan varikoz venalari va yurak nuqsonlari, o'pka kasalliklari, jigar sirrozi va surunkali nefriti bo'lgan bemorlarni kiritish mumkin. Tashxis anamnez yig'ishga (hiqildoqning o'tkir katari) asoslanadi: to'satdan tovushni yo'qotish, bu uning zo'riqish va ozroq miqdorda toza qon ajralishi bilan bog'liq. Bunday hollarda qon oqqan joy laringoskopiya yordamida aniqlanadi (ko'proq tovush burmalari sohasida).

LOR a'zolari tomonidan patologik simptomatika bilan o'tadigan kasalliklarda differensial-tashxis belgilari, umumiy amaliyot vrachining (UAV) tashxisi va taktikasi

Quloq kiri (sernaya probka): tashqi eshituv yo'lida sera yig'ilishi, eshitishning pasayishi aksariyat eshituv yo'liga suv tushgandan keyin yuz beradi; sera tiqini sariq, qo'ng'ir yoki qora rangda, yuzasi notekis, konsistensiyasi g'ovak (yumshoq) yoki qattiq bo'lishi mumkin.

Tashxisi:

- eshitishning keskin pasaygani haqida shikoyatlar, quloqning bitib qolganday bo'lishi, ba'zan quloqda shovqin, autofoniya;

- otoskopiya - eshituv yo'lida sarg'imgir yoki to'q jigarrang zich massa borligini aniqlash;

eshituv yo'lidagi yot jism bilan solishtirma tashxis o'tkazish (ko'proq no'xat, tugmacha, pista, gugurt cho'pi, paxta, ba'zan jonli yot jismlar).

Tashxis asoslangandan keyin UAV taktikasi:

- perforatsiya bo'lmaganda va yumshoq sera tiqini bo'lganda tashqi eshituv yo'lini Jane shprints yordamida iliq (37 C) suv yoki antiseptik eritma (1:5000 furatsilin, kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish, oqimni eshituv yo'lining yuqori-orqa devori bo'ylab, kattalarda quloq suprasini orqaga va yuqoriga, bolalarda pastga cho'zib, ayni vaqtda, to'g'rilagan holda yo'naltiriladi; yuvishdan so'ng suv qoldiqlarini turundalar yoki o'yiqlari bo'lgan quloq zondiga o'ralgan quruq paxta bilan artiladi, so'ngra nog'ora bo'shlig'i ko'rikdan o'tkaziladi;

- sera tiqini qattiq bo'lganda uni yumshatish uchun tana haroratigacha ilitilgan soda-glitserin eritmasi yoki istalgan sterilizatsiya qilingan moy tomchilari quloqqa kuniga 3 marta 10-15 minutga quyiladi, so'ngra bu tiqinlar yuvib chiqariladi.

Tashqi eshituv yo'li chipqoni: tunda, chaynashda, shuningdek, quloq supachasi bosilganda, quloq suprasi cho'zilganda kuchayadigan og'riq; regionar limfa tugunlarining og'rishi va bir oz shishi. Otoskopiya: tashqi eshituv yo'li toraygan, eshituv yo'lining tog'ay qismida yallig'langan infiltrat bor, yiring miqdori kam, regionar limfadenit.

Tashxisi:

quloqdagi og‘riqdan o‘ziga xos shikoyatlar bo‘lishi, og‘riq, ayniqsa, supachasi bosilganda, quloq suprasini cho‘zilganda va chaynashda yaqqol bo‘ladi, eshituv yo‘li bo‘shlig‘i keskin torayganda eshitish pasayadi;

anamnez yig‘ish (paydo bo‘lish soni, qandli diabet borligi);

otoskopiya yallig‘lanish infiltratining konussimon shaklini, o‘zagi ajralgandan so‘ng yiring ajralib chiqadigan chuqurchani aniqlash;

- umumiy qon analizi (QUA — qon umumiy analizi), siydik (SUA — siydik umumiy analizi), qandga qon analizini tayinlash;

- mastoiditda subperiostal absess bilan solishtirma tashxis o‘tkazish (supachasi bosilganda og‘riq yo‘q, eshitishda o‘zgarish bor, rentgenogrammada so‘rg‘ichsimon o‘simta tuzilishining o‘zgarishi).

UAV taktikasi:

- mahalliy davolash - antiseptiklar bilan ishlov berish (xlorofillipt spirtli eritmasi, yod), infiltratsiya paytida va chiqqonni kesib ochib tozalangandan so‘ng - fiziomuolajalar; stafilokokka sezuvchanligiga asoslanib antibiotiklar, masalan, ampitsillin, amoksiklav, roksitromitsin, sedeks; dezintoksikatsion va immunoterapiya (kalsiy glukonat, A, B, C, E guruhdagi vitaminlar);

- davo-muolajalar samarasizligi va boshlanib kelayotgan asoratlarda LOR stasionarda davolashni tashkil qilish.

Tashqi otit: tashqi eshituv yo‘li devorlarining torayishi, gi peremiyasi, diffuz infiltratsiyasi; yiring miqdori ko‘p emas.

Tashxisi:

- quloqda og‘riq borligini aniqlash, tana haroratining oshishi;

- anamnez yig‘ishda somatikkasalliklarni aniqlash (gi povitaminoz, allergiya, sil, diabet va b.) va kasallik sababini aniqlash;

- otoskopiya kasallik belgilarini aniqlash (supachasi bosilganda og‘riq, eshituv yo‘lining diffuz gi peremiyasi, epiteliy deskvamatsiyasi, eshituv yo‘lining torayishi);

QUA, SUA va quloqdagi ajramalarni mikologik tekshirishni tayinlash;

mastoidit bilan solishtirma tashxis o‘tkazish (quloq orqasi burmasining yo‘qligi, quloq suprasiga qo‘l tekkizilganda og‘riq yo‘qligi, rentgenologik tekshirishda so‘rg‘ichsimon o‘siq tuzilishining

buzilishi), otomikoz (ajralmalarni bakteriomikologik tekshirib achitqisimon yoki mog'or zamburug'larini aniqlash) bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin:

ajralmalar bo'lganda eshituv yo'lini furatsilin (1:5000) bilan chayish tayinlanadi, so'ngra u qunt bilan quritiladi, quloqqa polideks (polimiksin V+neomitsin-deksametazon) yoki ofof (rifampitsin) tomchilari kuniga 3 marta 5 tomchidan ko'pi bilan 5 kun, qichishishda

1% mentol shaftoli moyida, 1-2% sariq simob malhami, 2-3% lyapis eritmasi yoki 2% brilliant ko'kning spirtidagi eritmasi buyuriladi, prednizolon malhami, gidrokortizon emulsiyasi, ustidan isituvchi kompress yaxshi foyda beradi.

- fizioterapiya (UVCH - terapiya va UFO, lazer, terapiya);

yaqqol allergik komponent bo'lganda desen- sibilizatsiya qiladigan terapiya (dimedrol, suprastin, tavegil, klaritin, telfast, zirtek va b.);

- immunitetni rag'batlantiradigan va dezintok- sikatsion terapiya - immunomodulyatorlar (timogen, T-aktivin, immunomodulin), polivitaminlar (duovit, oligovit, triovit va b.), meva sharbatlari va na'matak qaynatmasi ichish.

o'tkazilgan davo muolajalarning samarasizligida LOR mutaxassisining maslahati.

Otomikoz: tashqi eshituv yo'li bo'shlig'i, ko'proq suyak bo'limida torayishi mumkin, devorlari och pushtirangdan to to'q pushtiranggacha, turli xarakterdagi: oqish-sariq, tvorogsimon, shimadigan qog'oz ko'rinishida, qo'ng'ir, oq-qora rangli, shilimshiq ajralmalar bo'ladi.

Tashxisi:

- eshituv yo'llarida qichishish, diskomfort (noxush sezgi), eshituv yo'li, quloq suprasining mexanik ta'sirga sezuvchanligi oshishi, unchalik kuchli bo'lmagan og'riq sindromi, quloqlarda shovqin, quloq bitgandek bo'lishi kabi xarakterli shikoyatlarni aniqlash;

ko'zdan kechirishda kasallik belgilarini aniqlash: eshituv yo'li o'zgargan (torayish, pardalar), devorlari giperamiyasi, o'ziga xos ajralma (mog'or zamburug'laridan zararlanganda gungurt-kulrang, achitqi zamburug'laridan zararlanganda - oq ushoqsimon va b.);

kasallik boshlanishini keltirib chiqargan sabablarni aniqlash (antibiotiklar qo'llanishi, shikastlar, quloqqa har xil eritmalar quyish, allergiya, endokrin kasalliklar);

- QUA, SUA va quloq ajralmalariga mikologik tekshirishni tayinlash;
- boshqa etiologiyali tashqi va o'rta otit bilan solishtirma tashxis o'tkazish (mikologik tekshirish ma'lumotlari).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassida davolanish.

Tashqi quloq ekzemas: kuchli qichishish, teri qalinlashgan, po'st tashlab turadi; tashqi eshituv yo'li teshigi atrofida po'stloqchalar, tirnalishlar, yoriqlar.

Tashxisi:

- terining qichishishi, pilchirashi, po'st tashlashi, ayniqsa, quloq suprasi bilan so'rg'ichsimon o'siq orasidagi burmalar sohasida;

- anamnez yig'ishda allergik moyillikni aniqlash;

quloqni ko'zdan kechirishda eshituv yo'lida seroz-yiringli ajralmalar va po'stloqchalar, giperemiya, tashqi eshituv yo'lida, quloq suprasida, ko'pincha esa, yaqin qo'shni sohalarda terining ozmoz shishi, pilchiragan yuzada po'stloqchalarning doimiy qurib turishini aniqlash;

- QUA (eozinofiliya);

- saramasli yallig'lanish va allergik reaksiya bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassida dermatovenerolog hamkorligida davolash.

Quloq suprasi perixondriti: butun quloq suprasida, quloq yumshog'idan tashqari, giperemiya, bir oz shish va og'riq, quloq suprasining turli sohalarida fluktuatsiya qiladigan tuzilmalar paypaslanadi.

Tashxisi:

- quloq suprasidagi bosh va bo'yinga o'tadigan og'riqqa (yumshog'idan tashqari) xarakterli shikoyatlarni aniqlash, shishinqirash va qizarish, harorat ko'tarilishi;

- kasallik boshlanishini, sababini (shikastlanish, hasharot chaqishi, tashqi eshituv yo'li chiqqoni) bilish;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda quloq suprasining keskin giperemiyasi, qalin tortgani, infiltratsiyasi, deformatsiyasi, paypas-

laganda og‘riq (yumshog‘idan tashqari), regional limfadenitni aniqlash;

QUA (ECHT — eritrotsitlarning cho‘kish tezligi) oshishi, leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi) va OAM tayinlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisida davolanish.

Tashqi quloq saramasi: butun quloq supراسi(yumshog‘i ham)ning gi peremiyasi va shishi; quloq supراسiga qo‘l tekkizilganda og‘riq kuchayadi; quloq supراسining har xil qismlarida seroz ajralmali pufakchalar bo‘lishi mumkin.

Tashxisi:

- quloq supراسining qo‘l tekkizilganda kuchayadigan og‘riqqa xos shikoyatlarni, yuqori haroratni aniqlash;

- anamnez yig‘ishda kasallikning qanday boshlanganini surishtirish;

- obyektiv ko‘zdan kechirishda tashqi quloqning chegaralangan gi peremiyasi, oz-moz shishgani va to‘qimalarining salqigani, seroz ajralmali pufakchalar hosil bo‘lishi, regional limfadenitni aniqlash;

- quloq supراسi xondroperixondriti (gi peremiyavainfiltratsiyaquloq supراسi chegarasidan tashqariga chiqmaydi, quloq yumshog‘i zarar ko‘rmaydi), yiringli o‘rta otit (qizillik va shishinqirash quloq va so‘rg‘ichsimon o‘siq chegarasidan tashqariga chiqmaydi) bilan solishtirma tashxis o‘tkazish.

UAV taktikasi:

- antibiotiklarni tavsiya etish (streptokokka sezuvchanligiga asoslanib); vitaminlar, kalsiy glukonat, quloq supراسini antiseptiklar bilan mahalliy ishlov berish;

- o‘tkazilgan davo muolajalarining samarasizligida LOR mutaxassis va infeksiyonistlarning maslahati.

O‘rab oladigan temiratki (gerpes-zosterning quloq formasi): quloq supراسi gi peremiyasi; quloq supراسi, tashqi eshituv yo‘li va kamroq nog‘ora pardasida, keyinchalik, po‘stloqchalar hosil qilib yoriladigan bir-biri bilan qo‘shilib ketmaydigan mayda pufakchalar bo‘ladi; asorati sifatida ba‘zin yuz nervi yoki eshituv nervi tarmog‘ining parezi, uch shoxli, til-halqum va adashgan nervlar kamroq hollarda zararlanadi. Quloqdagi kuchli og‘riq toshmalar toshishidan oldin yoki toshayotgan paytda bezovta qiladi. Pufakchalar 7-10 kun o‘tgach yoriladi va

po'stloqchalar hosil qilib quriydi, keyinchalik ko'chib tushadi. Ba'zan regional limfatik tugunlar kattalashishi mumkin. Bodomcha bezlarida, lunjlar, halqum orqa devori shilliq pardasida ham shilliq parda sathidan ko'tarilib turmaydigan, shakli yumaloq ko'p sonli oq karashlar hosil bo'lishi mumkin. Kasallik, ko'pincha, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rishi bilan o'tadi.

Tashxisi:

- surishtirilganda quloqdagi og'riqdan shikoyat bo'ladi;
- ko'zdan kechirishda quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li terisida va nog'ora pardasida po'stloqchalar hosil qilib yoriladigan bir-biri bilan tutashmaydigan mayda pufakchalar borligi ma'lum bo'ladi;

quloqda og'riq va yuz nervi falaji (Bell falaji yuz nervining ishemik falaji - pufakchalar yo'q) bilan o'tadigan boshqa kasalliklar bilan solishtirma tashxis o'tkaziladi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisda davolanish.

O'tkir o'rta otit: o'tkir og'riq yutishda, yo'talganda kuchayadi, diffuz giperemiya, nog'orapardasini infiltratsiyasi, tanish punktlarning tekislanganligi, yorug'lik refleksining yo'qolishi, nuqtasimon yoki yoriqsimon perforatsiya (teshilish), ajralmalar shilimshiq-yiringli bo'lishi mumkin, lo'qillash (pulsatsiya) va eshitishning pasayishi.

Tashxisi:

- quloqda lo'qillaydigan og'riqlardan shikoyatlarni aniqlash, og'riq tepa-chakka yoki ensa sohasiga, ba'zan tishlarga o'tadi, eshitish pasayadi, quloqda to'lib ketganlik va bitib qolganlik sezgisi, quloqda shovqin, autofoniya, harorat ko'tarilishi, bosh og'rishi;

kasallikning boshlanishi va kechishi, bo'lib o'tgan kasalliklarni oydinlashtirish (o'tkir rinit, o'tkir adenoidit, respirator-virusli kasalliklar, qizamiq, skarlatina, gripp va h.k.);

- otoskopiyada yallig'lanish jarayonining bosqichiga bog'liq holda nog'ora pardasining ichiga botish belgilarini topish (bolg'acha dastasi va yorug'lik konusi qisqarishi) yoki keyinchalik uning keskin giperemiyasi vainfiltratsiyasi, keskin bo'rtib chiqishi, konturlarining to'liq tekislanishi, teshilish ehtimoli, ba'zan turtkisimon yiring ajralishi (pulsatsiyalaydigan yorug'lik refleksi);

- QUA (leykotsitoz, SOE oshishi), SUA (ba'zan oqsil, silindrlar,

o'tib ketadigan glukozuriya), ko'rsatmalar bo'yicha so'rg'ichsimon o'siqlar rentgenografiyasi (kasallikning boshida nog'ora bo'shlig'i tiniqligining pasayishi qayd etiladi, bu keyinchalik antrumga va so'rg'ichsimon o'siq hujayralariga o'tishi mumkin - asoratlanishiga shubha);

- Kamertonal tekshirishda Veber tajribasida tovushning kasal quloq tomonga lateralizatsiyasi, Rinne tajribasi patologiya tomonida manfiy, havo orqali o'tkazuvchanlikning qisqarishi;

- O'tkir tashqi chipqon kesilgandagina oqishi mumkin, otoskopiya ma'lumotlari, o'tkir salpingootit (yaqqol yallig'lanish belgilari bo'lmagani holda nog'ora pardasining ichiga botganligi), surunkali yiringli o'rta otitning avj olishi (kasallikning avj olish davrlari bilan uzoq davom qilishi, nog'ora pardasi perforatsiyasi, uning o'lchamlari, chetlari, nog'ora pardasining ko'rinishi) bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

Tashxis asoslangandan keyin UAV taktikasi:

- o'rin-ko'rpa qilib yotishni tayinlash;

- 5-7 kungacha antibiotikoterapiya (augmentin yoki rulid, sedeks, sefazolin, amoksiklav, tavanik);

- yallig'lanishga qarshi, og'riq qoldiruvchi, shishga qarshi va isitmani tushiradigan terapiya (solpadein, paratsetamol, koldreks, nurafen);

- burunga tomir toraytiruvchi, bitiruvchi (mo'l nazal sekretsiyada) tomchilar kasal quloq tomonga 5 tomchidan kuniga 4-5 marta bemor boshini orqaga egiltirib, so'ngra preparatning eshituv nayining halqum og'izchasiga yetishi uchun boshni kasal tomonga burib tomiziladi (otrivin, naftizin, galazolin, kollargol, protargol va b.);

perforatsiya bosqichiga qadar Sitovich usulida endoaural mikrokompress qo'yish: tashqi eshituv yo'liga osmotolga (70% etil spirti bilan glitserin teng holda olingan, tarkibning 2%gacha rezorsin qo'shilgan aralashma) ho'llangan doka yoki paxta turunda kiritiladi, ustidan vazelin moyi shimdirilgan paxta bilan 24 soatga to'ldiriladi - degidratlovchi, isituvchi va og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi yoki 6 soatga oddiy quloqorti kompressi (yarmi spirt, aroqdan) qo'yiladi, fiziodavolash (jag' orqasi sohasiga UVCH-terapiya va halqumning orqa devoriga tubus-kvars);

- perforatsiya bosqichida dori vositalarini transtimpanal yuborish: kristallanish xossasi bo'lmagan va ototoksik effekt bermaydigan ta'sir

doirasi keng antibiotiklar' (sefalosporinlar, augmentin), dimeksid 30% yoki 50% eritmada (kuchli antimikrob, anesteziyalovchi va regeneratsiya ta'siriga ega, kortikosteroid va antibiotiklar bilan yaxshi qo'shiladi), uni 2 ml miqdorda iliq holda eshituv yo'liga quyiladi va supachani barmoq bilan takroran bosish bilan 5-10 s ichida ichkariga yuboriladi, bunda bemor, ko'pincha, og'zida dori ta'mi paydo bo'lganini aytadi;

- dezintoksikatsion, immunitetni quvvatlaydigan terapiya-immunomodulyatorlar (timogen, timalin, t-aktivin, immunomodulin) va vitaminlar bilan davolash (polivitaminlar duovit, oligovit, triovit va b.), lineks, sharbatlar, na'matak damlamasini ichish);

- boshlanib kelayotgan asoratlarni (mastoidit, labirintit, kalla suyagi ichidagi otogen asoratlar va b.) va bemorni LOR statsionarga davolanish uchun yuborish.

Difteriyadagi otit: quloq kamdan-kam zararlanadi. Quloq suprasida va tashqi eshituv yo'lida ko'chirilishi qiyin bo'lgan pardalar aniqlanadi. O'rta quloq zararlanganda seroz yoki seroz-qonsimon ajralmalar qayd qilinadi. Bir necha kun mobaynida nog'ora bo'shlig'ining yaxlit nuqsoni paydo bo'ladi.

Tashxisi:

epidemiologik sharoitni hisobga olish zarurligi (bemor yoki rekonvalessent bilan kontakti);

- otoskopiyada eshituv yo'li terisida va nog'ora pardasida kamroq perforatsiya bo'lgan nog'ora bo'shlig'ida fibrinoz pardalar aniqlanadi;

quloq ajralmalari va pardalarini bakteriologik tekshirishdan o'tkazish (materialni cho'p yoki zanglamaydigan materialdan tayyorlangan ingichka tayoqcha uchiga o'ralgan steril quruq paxta tamponlar yordamida olinadi: quloqdan ajralmalar va pardalar aylanma harakatlar bilan olinib, 2-3 soat ichida laboratoriyaga yetkaziladi).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin bemorni infeksiyon bo'limga LOR mutaxassis konsultatsiyasi ostida spetsifik davolash o'tkazish uchun shoshilinch gospitalizatsiya qilinadi.

Skarlatinadagi otit: skarlatinada quloq zararlanishi, odatda, ikki tomonlama bo'ladi. Quloqlarda qattiq og'riq, o'ziga xos gangrena hidli yiring oqishi, nog'ora pardasining parchalanishi qayd qilinadi. Nog'ora pardasi uning yemirilishiga qadar katta teshilgan; perforatsiya bir necha kun ichida paydo bo'lishi mumkin. Quloqdan chiqayotgan ajralmada

qon yuqlari, suyak sekvestrlari va hatto karioz o'zgargan suyaklar ham bo'lishi mumkin. Latent mastoidit rivojlanishi mumkin, bu isitma holatiga sababchi bo'lib xizmat qiladi. Ko'pincha, skarlatinadagi otit surunkali otitga aylanadi.

Tashxisi:

epidemiologik sharoitni hisobga olish zarurligi (bemor yoki rekonvalessent bilan kontakti);

ko'zdan kechirishda ko'krak, qorinda, qo'llarning bukiladigan yuzalarida, sonlarning ichki yuzasida mayda nuqtasimon toshmalar aniqlanadi, ular burun-lab uchburchagi sohasida bo'lmaydi, bo'yin limfadeniti, so'ngra kasallikning 2- haftasida toshmalar terida po'st tashlash bilan almashinadi; tanada po'st tashlash kepaksimon, oyoq-qo'llarning barmoqlarida-plastinkasimon;

- quloqlarda kuchli og'riqdan shikoyatlarni aniqlash;

otoskopiya da nog'ora pardasining keng perforatsiyasi bilan, ko'pincha, ikki tomonlama zararlanishi, gangrenasimon hidli yiring; stomofaringoskopiya da "til malinasimon" tomoqning yorqin giperemiyasi ("alanganib turgan tomoq") va anginaborligi-kataral, follikulyar, lakunar yoki nekrotik angina;

QUA (leykotsitoz neytrofilyoz va chapga yadroli siljish bilan, ECHT (SOE) tezlashishi, 3-kundan boshlab-eozinofiliya);

- Dik reaksiyasi o'tkazish (0,1 ml Dik toksini teri orasiga yuboriladi - teri giperemiyasi vainfiltratsiyasi kasallikka beriluvchanlikdan dalolat beradi).

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng infeksiyon bo'limda LOR mutaxassis konsultatsiyasi ostida davolashni tashkil qilish.

Quloq sili: quloqning zararlangani nog'ora bo'shlig'idan o'tkir chirindi hidli oz-moz ajralmalar chiqishidan bilinadi. Jarayon og'riqsiz boshlanadi. Nog'ora pardasining ko'p sonli perforatsiyalari bo'ladi, ular keyinchalik tutashadi va uning to'liq yemirilishiga olib keladi. Jarayon yana rivojlanganda so'rg'ichsimon sohada yiring suyak usti pardasi ostida yiqilishi mumkin.

Tashxisi:

- anamnez yig'ishda organizmda sil infeksiyasi o'choqlari borligini va quloqda og'rimaydigan uzoq kechadigan yallig'lanish jarayonini topish;

- otoskopiyada, ko'pincha, ko'p sonli perforatsiyalar aniqlanadi, keyinchalik ular bir-biriga qo'shilib ketadi va nog'ora pardasining tez parchalanishiga olib keladi, quloqdan chirindi hidli ajralmalar kam miqdorda ajraladi; so'rg'ichsimon o'siq zararlanganda, ayniqsa, bolalarda po'stloq qatlamning yemirilishi va sovuq abscess tipidagi suyak usti pardasi ostida yiring yig'ilishi mumkin;

jarayon og'ir kechganda tarqalgan suyak kariyesi, sekvestrlar hosil bo'lishi kuzatiladi, ular rentgenda oson aniqlanadi va yuz nervi parezi va falaji simptomlari topiladi;

- QUA, SUA ko'krak qafasi rentgenografiyasi, Mantu sinamalarini tayinlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng ftiziatriada LOR mutaxassis bilan hamkorlikda spetsifik davolash o'tkazish.

Quloq zaxmi: ichki quloqning tug'ma zaxmi 6-8 dan 16-20 yoshgacha, ba'zan bundan katta yoshda yuzaga chiqadi; Getchinson simptomlari triadasi: tishlarning o'ziga xos shakli, parenximatov keratit, VIII nerv koxlear tarmog'i nevriti. Odatda, ikki tomonlama og'irquloqlik (avvaliga bitta quloq kasallanadi), nog'ora parda butun bo'lgani holda musbat fistul simptomi (Amber simptomi): tashqi eshituv yo'lidagi bosim oshishi bilan kompressiya qarama-qarshi quloq tomonga yo'nalgan nistagmni yuzaga keltiradi, eshituv yo'lida havo siyraklashganda nistagm tekshirilayotgan quloq tomonga yo'nalgan bo'ladi. Orttilirilgan zaxmda rozeola va papula tashqi eshituv yo'lida topilishi mumkin.

Tashxisi:

- anamnez yig'ishda zaxmli bemor bilan kontakti yoki bemorning o'zida zaxm borligini aniqlash;

- so'zlashuv, shivirlash nutqini tekshirish, kamertonal tekshirish, audiometriya (suyak o'tkazuvchanligining birdaniga qisqarishi yoki yo'qotilishi bilan to'satdan kar bo'lib qolish);

- zaxm infeksiyasining boshqa belgilari borligi;

- musbat serologik reaksiyalarni aniqlash;

- musbat Amber simptomlari va Getchinson triadasi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin venerologda spetsifik davolanish.

Quruq perforativ otit: turli shakldagi perforatsiya, nog'ora pardasi qoldiqlari yamoqli o'zgargan, kulrang, patologik ajralmalar yo'q.

Tashxisi:

anamnez yig'ishda 6 oydan ko'p muddat ichida yallig'lanish jarayonining qo'zishi va quloqda yiring oqishi bo'lmaganligini aniqlash;

- otoskopiyada yallig'lanish belgilari yo'qligi va har xil shakldagi perforatsiyalar, nog'ora pardasining yamoqli o'zgargan kulrang qoldiqlari borligini qayd qilish;

yevstaxiy nayi funksiyasini tekshirish, audiogrammani yozib olish;

- QUA, SUA, chakka suyaklari rentgenologik tekshirishini tayinlash (ulardagi yashirin destruktiv jarayonni istisno qilish uchun).

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

uzoq vaqtgacha (bir yildan ortiq) qo'zish kuzatilmaganda va rentgenogrammalarda destruktiv o'zgarishlarning belgilari bo'lmaganda va qulay mahalliy sharoitlarda (eshituv nayining normal funksiyasi va b.) bemorni LOR stasionarda nog'ora pardasi perforatsiyasini plastik bekitish (miringoplastika) o'tkazish uchun tayyorlash.

Surunkali yiringli o'rta otit: quloqdan uzoq vaqtgacha yiring oqadi; turli shakldagi (oval, dumaloq, yarimoysimon, buyraksimon) va turlicha joylashgan nog'ora pardasining turg'un perforatsiyasi; nog'ora pardasining yaxlit nuqsoni bo'lishi mumkin.

Tashxisi:

- quloqdan vaqti-vaqtida yiring oqishi, eshitishning pasayishi, bosh og'rig'i shikoyatlarini aniqlash;

kasallikning qancha davom qilganligi, avj olishlar soni, ilgari o'tkazilgan davolash xarakterini aniqlash;

- otitning surunkali kechishiga sabab bo'lgan kasalliklarni (raxit, eksudativ diatez, qon kasalliklari, spetsifik va nospetsifik infeksiyalar, yuqori nafas yo'llari patologiyasi-adenoidit, gipertrofikrinit, surunkali sinuit, burun to'sig'ining qiyshayishi va h.k.) aniqlash;

otoskopiya: mezotimpanitda nog'ora pardasining tortilgan (tarang) qismida suyak halqasigacha yetmaydigan barqaror markaziy parforatsiya, aksariyat shilimshiq-yiringli, asosan hidsiz ajralma, nog'ora bo'shlig'ining qalinlashgan shilliq pardasi; epitimpanitda - nog'ora bo'shlig'ining bo'shashgan shrapnel qismidagi perforatsiya suyak halqasigacha yetadi, shilimshiq-yiringli hidli ajralmalar, xolesteatomali tangachalar; qator hollarda granulyatsiyalar, poliplar va ularning

birgalikda uchrashi; mezoepitimpanitda-nog'ora pardasining subtotal va total (yaxlit) nuqsoni;

quyidagi tekshirishlar buyiriladi: QUA, chakka suyaklarining Mayer, Shuller yoki Shumskiy proyeksiyalaridagi rentgenografiyasi; mezotimpanitda suyak to'qimasi zarar ko'rmagan, so'rg'ichsimon o'siqda uning sklerozigina (eburnatsiya) qayd qilinishi mumkin, epitimpanitda Shuller (qiyshiq proyeksiya) va Mayer (bo'ylama proyeksiya) usulidagi rentgenogrammalarda nog'ora bo'shlig'i, antrum, eshituv suyakchalarining destruksiyasi va karioz o'zgarishi, ba'zan sekvestrlar aniqlanadi, KT, eshituv nayi o'tkazuvchanligini tekshirish, eshitishni: shivirlash va so'zlashuv nutqini, kamertonal va audiometrik (tovush o'tkazishning buzilishi) tekshirish;

o'tkir o'rta otit (anamnezi, otoskopik manzarasi), tashqi otit (supachani bosib ko'rilganda yoki quloq suprasidan tortilganda og'riq yo'qligi) bilan solishtirma tashxis.

Tashxis asoslangandan keyin UAV taktikasi: surunkali yiringli o'rta otit(mezotimpanit)ning asoratlanmagan turini davolash:

- remissiya davrida VDP(YUNY — yuqori nafas yo'llari)ni sanatsiya qilish (sababchi bo'ladigan kasalliklarni jarrohlik yo'li bilan davolashga tayyorlash: adenoidlar, burun to'sig'i qiyshayishi, burun poliplari va b.);

- qo'zishida etiologiyasini va antimikrob vositalarga sezuvchanligini aniqlash maqsadida quloq ajralmalaridan olish;

quloqni 3% vodorod sulfid, furatsilin eritmasi (1:5000) yoki 3% borat kislota eritmasi bilan har kuni sanatsiya qilish, obdon quritish va dori vositalarini endoural transtimpanal yuborish: tashqi eshituv yo'liga 1,5-2 ml dori quyiladi, so'ngra quloq supachasini eshituv yo'li dahliziga barmoq bilan bosiladi va uni picha bosib - qo'yib yuborib, 10-15 s ichida dori yuboriladi, og'izda eritma ta'mini sezish dorining o'rta quloqdan eshituv nayi orqali og'iz bo'shlig'iga tushganini ko'rsatadi; mikroblar 0,1% xinozol, 70 (90)% dimeksid, ofofa va bakteriologik tekshirish natijalarini hisobga olgan holda antibiotiklarga yuqori sezuvchandir;

- qo'zish davrida ajralmalarni bakteriologik tekshirish natijalarini hisobga olgan holda umumiy intoksikatsiya hodisalarida antibiotiklar bilan davolash;

- fizioterapiya- granulyatsiyalar, poli plar bo'lmagandavayiringni sanatsiya qilishdan keyin (tubus orqali UF-nurlantirish, quloq sohasiga UVCH);

- immunitetni rag'batlantiradigan va umuman quvvatni oshiradigan terapiya immunomodulyatorlar (timalin, timoin, t-aktivin, immunomodulin) va polivitaminlar (duovit, oligovit, triovit va b.);

epitimpanitda o'tkazilayotgan konservativ davolashdan natija bo'lmasa, poli plar, granulyatsiyalar bo'lsa, chakkasuyagi kariyesi va xolesteatomasi, mastoidit, labirintit, sinustromboz ko'rinishda otogen asoratlar yuzaga kelsa, bemorni LOR bo'limiga LOR mutaxassisda davolanish uchun gospitalizatsiya qilishni tashkil etish zarur;

uzoq vaqtgacha (bir yildan ortiq) qo'zish bo'lmaganda, rentgenogrammalarda destruktiv o'zgarishlarning belgilari bo'lmaganda va qulay mahalliy sharoitlarda (eshituv nayining normal funksiyasi va b.) LOR stasionarda bemorni nog'ora parda perforatsiyasini plastik bekitishni o'tkazish (miringoplastika) uchun tayyorlash.

Evstaxiit: quloqda simillagan og'riqlar, quloqlarning bitib qolgandek bo'lishi, autofoniya; nog'ora pardasi ichiga tortilgan, rangi o'zgarmagan, bolg'achaning qisqa o'sig'i oldinga bo'rtib chiqqan, bolg'acha dastasi kaltalashgandek tuyuladi.

Tashxisi:

eshitishning barqaror yoki avj olib boradigan pasayishiga xos shikoyatlar, ba'zan quloqlarda shovqin, kamroq-bosh aylanishi, autofoniyani aniqlash;

- shamollash kasalliklari borligi va tez-tez bo'lib turishi, bemorda allergik reaksiyalar borligini aniqlash;

kasallikning qachondan buyon borligi, shikoyatlarning paydo bo'lgan vaqti, qaytalanish soni, ilgari o'tkazilgan davolashni aniqlash-tirish;

- anamnezda tubootit kechishi va qo'zishiga sabab bo'lgan kasalliklarni aniqlash (raxit, eksudativ diatez, yuqori nafas yo'llari patologiyasi - adenoidit, gipertrofikrinit, surunkali tanzillit, burun to'sig'i-ning qiyshayishi);

otoskopiya da tortmasimon, ichiga botgan, ohakli qatlamlari bo'lgan, xira, qalin tortgan yoki atrofiyaga uchragan nog'ora pardasi topilishi;

- QUA va SUA tayinlash, burun-halqumni endoskopik tekshirish, burun yondosh bo'shliqlari, chakka suyaklarini tekshirish;
- Zigle voronkasi yordamida nog'ora pardasining harakatchanligini aniqlash;
- burun-halqumni barmoq bilan tekshirishni o'tkazish;
- shivirlash va so'zlashuv nutqini tekshirish, kamertonal tekshirish, audiometriya.

UAV taktikasi: tashxis asoslangan keyin LOR mutaxassisda davolanishni tashkil qilish.

Tubeotit: perforatsiya oldingi-pastki kvadrantda joylashgan; mo'l shilimshiq ajraladi, autofoniya, quloqda suyuqlik quyilganday sezgi, nog'ora pardasining ichiga tortilishi, bolg'acha dastasi va yorug'lik refleksi qisqarishi; bolg'achaning kalta o'sig'i keskin oldinga chiqib turadi.

Tashxisi:

eshitishning barqaror yoki avj olib boradigan pasayishiga xos shikoyatlarni aniqlash, ba'zan quloqlarda shovqin, kamroq-bosh aylanishi va autofoniya;

shamollash kasalliklari borligi va sonini, allergik reaksiyalarni aniqlash;

kasallikning qancha davom qilgani, shikoyatlar paydo bo'lish vaqti, qaytalanishlar soni, ilgari o'tkazilgan davolashni aniqlashtirish;

anamnezda otitning kechishi va qo'zishiga sabab bo'lgan kasalliklarni (bolalarda raxit, ekssudativ diatez, yuqori nafas yo'llari patologiyasi-adenoidit, gipertrofik rinit, surunkali tonsillit, burun to'sig'ining qiyshayishi) aniqlash;

- otoskopiyada tortmasimon tasvirli va oldingi-pastki kvadrantda joylashgan perforatsiyali, xira, qalinlashgan nog'ora pardasini topish; o'rta quloq bo'shlig'idan ko'p shilimshiq ajralishi;

QUA, SUA tayinlash, burun-halqumni endoskopik tekshirish, burun yondosh bo'shliqlari, chakka suyaklarini rentgenologik tekshirish;

- shivirlash va so'zlashuv nutqini tekshirish, kamertonal tekshirish, audiometriya.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisda davolanish.

Sekretor o'rta otit: quloqda to'liqlik va shovqin sezgisi, autofoniya,

bosh egilganda quloqda suyuqlik quyilganday bo‘lishi; nog‘ora pardasi xira, qalinlashgan, kamharakat.

Adgeziv o‘rta otit: tortmasimon tasvirli, ichiga botgan, ohak qatlamlari bo‘lgan qalinlashgan nog‘ora pardasi, nog‘ora pardasining harakatsizligi.

Tashxisi:

eshitishning barqaror yoki avjlanib boradigan pasayishiga xos shikoyatlarni aniqlash, ba‘zan quloqlarda shovqin, kamroq bosh aylanishi, autofoniya;

- shamollash kasalliklari, allergik reaksiyalar bor-yo‘qligini va sonini aniqlash;

kasallik qancha vaqt davom qilgani, shikoyatlar paydo bo‘lgan vaqti, qaytalanishlar soni, ilgari o‘tkazilgan davolashni aniqlashtirish;

anamnezda otitning kechishi va qo‘zishiga sabab bo‘lgan kasalliklarni (raxit, turli a‘zolar va sistemalarning surunkali kasalliklari zamidida turli xil immun tanqisliklar, yuqori nafas yo‘llarining patologiyasi-adenoidit, gipertrofik rinit, surunkali tonzillit, burun to‘sig‘ining qiyshayishi) aniqlash;

otoskopiyada xira, qalin yoki atrofiyaga uchragan nog‘ora pardasining topilishi, u tortmasimon tasvirli, ichiga botgan, ohakli qatlamlari (adgeziv otitda), ekssudativ otitda sarg‘imtir, jigarrang, binafsharang, ko‘k rangli ekssudat xarakteriga ko‘ra qalinlashgan xira nog‘ora pardasi;

QUA, SUA tayinlash, ekssudatni eozinofiliyaga tekshirish, burun-halqumni endoskopik tekshirish, burun yondosh bo‘shliqlari, chakka suyaklarini rentgenologik tekshirish;

Zigle voronkasi yordamida nog‘ora pardasi harakatchanligini aniqlash (adgeziv otitda), burun-halqumda barmoq bilan tekshirish o‘tkazish, kamertonal tekshirish, audiometriya, shivirlash va so‘zlashuv nutqini tekshirish;

- ikkala patologiya o‘rtasida solishtirma tashxis o‘tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisda davolanish.

Mastoidit: beixtiyor og‘riqlar, so‘rg‘ichsimon o‘siq uchini bosilganda kuchayada, so‘rg‘ichsimon o‘siqda pulsatsiya sezish; eshituv yo‘lida mo‘l yiringli ajralma, nog‘orapardasi qip-qizil rangda, uning yuqori-

orqa kvadranti bo'rtgan, eshituv yo'li yuqori-orqa devori osilib qolgan, quloq suprasi orti teri burmasi tekislashgan (11- rasm).

Tashxisi:

- tana harorati ko'tarilishi, quloq sohasida og'riq, quloq ichkarisida pulsatsiya sezilishi, quloqorti sohasida og'riqli shishinquirash, quloqdan yiring oqishi ko'payishi, eshitishning pasayishiga shikoyatlarni aniqlash;

- surishtirishda quloqda yallig'lanish kasalliklari, yiring oqishi borligi, shikoyatlar paydo bo'lgan vaqtni, ilgari o'tkazilgan davolashni aniqlash;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda so'rg'ichsimon o'siq sohasidagi to'qimalarning picha xamirsimon shishi borligi, ko'rsatib o'tilgan sohaning og'rishi, quloq suprasi yopishgan joyda teri burmasining tekislashgani aniqlanadi;

- otoskopiyada tashqi eshituv yo'li suyak qismi orqa-yuqori devori yumshoq to'qimalarining osilib turgani hisobiga eshituv yo'lining torayishi, giperemiyalangan nog'orapardasini, uning perforatsiyasini, profuz "qaymoqsimon" yiring oqishini aniqlash, u tozalangandan so'ng birdaniga eshituv yo'lining to'lib qolishi (rezervuar simptomi) aniqlash;

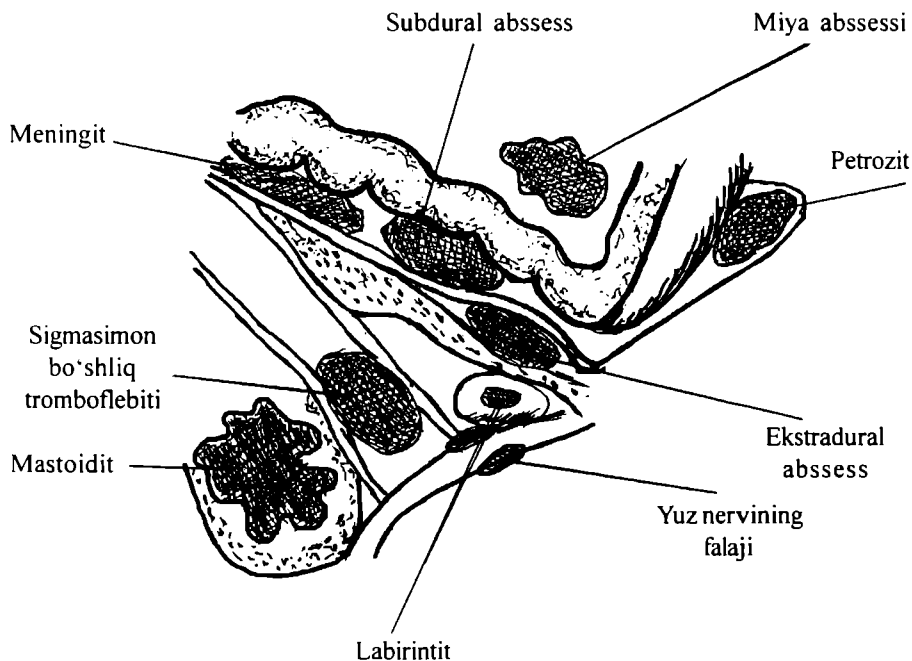
QUA tayinlash (o'rtacha leykotsitoz, formulaning chapga surilishi), chakka suyagi rentgenografiyasi (antrum va so'rg'ichsimon o'siq tiniqligining pasayib, keyin butun so'rg'ichsimon o'siqning gomogen qorayishi, uyasimon to'siqlarning to'liq yo'qolishigacha yupqalashishi, antrum bo'shlig'ining kattalashishi va dekonfiguratsiyasi, piramida osteoporozi), quloq ajramalarini (flora) tekshirish, audiometrik tekshirish; tashqi eshituv yo'li chipqoni (supachani bosganda va chaynashda og'riq, quloq suprasi orqasida ko'proq shish borligi, quloq burmasi yaxshi ifodalangan, eshituv yo'li tog'ay bo'limida toraygan), quloqorti limfatik tugunlari yallig'lanishi bilan (tugunlar paypaslanganda og'riq, normal otoskopik manzara) solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR statsionarga gospitalizatsiya qilish.

O'rtaquloq shikasti: nog'ora pardasi giperemiyasi, uning bag'riga qon quyilishi; yirtilishlarning shakli va joylashuvi turli-tuman.

Nog'ora pardasining yirtilishi: quloqda shovqin, keskin og'riq,

nog'ora pardasi gi peremiyasi bilan uning ichigaqon quyilishi. Kontuziya: ikki tomonlama karlik, aksariyat gunglik, quloqda morfologik o'zgarishlar, yaqqol vegetativ buzilishlar yo'q. Dumaloq darcha membranasining yirtilishi: ortiqcha jismoniy zo'riqishda yoki keskin o'zgarganda ro'y berishi mumkin.



11- rasm. O'rtta otit asoratlari

Tashxisi:

- dumaloq darcha yirtilganda quloqda og'riq, quloqdan qon oqishi, eshitishning pasayishi, eshitmaslik va kontuziyada gapirish mumkin emasligi va kuchli og'riq, quloqda shovqin va bosh aylanishi;

- anamnez yig'ishda dumaloq darcha yirtilganda shikast tabiatini (lat yeyish, kuyish, yaralanish va b.) aniqlash, kontuziyada bosh miya shikastidan keyin va jismoniy zo'riqishdan yoki bosim keskin o'zgargandan so'ng shikoyatlar paydo bo'lishi;

- ko'zdan kechirishda turli xil vegetativ buzilishlarni: qusish, harakatli qo'zg'olish yoki aksincha tormozlanish, arefleksiya, nistagm borligini aniqlash va h.k.

otoskopiyada shikastlovchi omil, shikastlanish tabiati, shikastlanish chuqurligi, joyi va o'lchamlariga bog'liq holda o'rta quloq shikastlanishini aniqlash;

- chakka suyaklari singaniga shubha bo'lganda chakka suyaklarining rentgenografiyasini tayinlash.

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng statsionarda LOR mutaxassis tomonidan travmatolog va nevropatolog hamkorligida shoshilinch yordam ko'rsatish.

Kalla skeleti asosining sinishi: eshitishning keskin pasayishi yoki uni to'liq yo'qotish, yuz nervi parezi yoki falaji, bosh aylanishi, ko'ngil behuzur bo'lishi, muvozanat yo'qotilishi, quloqda shovqin, ko'zoynak simptomi - ko'z kosasi kletchatkasi yaqinida qontalashlar; qovoqlar sohasida, konyunktivada qontalashlar; agar sinish chizig'i g'alvirsimon suyak orqali hid bilishni yo'qotish bilan o'tsa, burundan qon oqadi, ya'ni g'alvirsimon plastinka sohasida shikastlanish ro'y berib, hid bilish zonasidagi shilliq parda yirtiladi va hidlov nervi o'zagi shikastlanadi.

Tashxisi:

eshitishning keskin pasayishi yoki to'liq yo'qolishiga, quloqda shovqin, ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanishi, muvozanat yo'qotilishiga shikoyatlarni aniqlash;

anamnez yig'ishda bosh shikasti borligi va tabiatini aniqlash; ko'zdan kechirilganda yuz nervi parhezi yoki falaji belgilarini, ko'zoynak simptomi

- ko'z kosasi kletchatkasi yaqinida qontalashlarni aniqlash; qovoqlar sohasida, konyunktivada qontalashlar; agar sinish chizig'i g'alvirsimon suyak orqali o'tganda burundan qon ketishi mumkin;

chakka suyaklari, burun va burunning yondosh bo'shliqlari proyeksiyasida rentgenografiya, KT yoki YAMR tayinlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng neyrojarrohlik bo'limiga zudlik bilan joylashtirish.

Quloqoldi bezi sialadeniti va absessi: tashqi eshituv yo'li oldingi devorida, uzunligi bo'yicha o'rtasida oqma yara; quloqoldi bezi sohasi bosilganda oqma yo'lidan yiring ajraladi; yiring miqdori o'rtacha.

Tashxisi:

- yutishda va quloqoldi bezi proyeksiyasida og'riqdan shikoyatlar, behollik, harorat ko'tarilishi;
- quloqoldi bezi paypaslanganda og'riq;
- otoskopiyada tashqi eshituv yo'li oldingi devori o'rtasida oqma borligi, quloqoldi bezi sohasi bosilganda ozroq miqdorda yiring chiqishi, nog'ora pardasi alohida o'zgarishlarsiz;
- QUA tayinlash (leykotsitoz, SOE oshishi);
- Tashqi eshituv yo'li chipqoni, tashqi diffuz otit bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarroh-stomatologda davolanish.

Quloqning xayfli o'smalari tashxisi:

quloq suprasi yoki eshituv yo'li sohasida o'sma borligidan, eshitishning pasayishi, quloqdan vaqti-vaqtida qon oqishidan shikoyatlarni aniqlash;

davolashdan oldin kasallikning qancha vaqt davom etganligini aniqlash;

quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li va nog'ora pardasi ko'zdan kechirilganda qo'l tekkizilganda qonaydigan, silliq yoki yaraga aylangan sathida qizil rang hosil bo'ladigan egri-bugri, ko'kimtir rangli o'sma topilishi;

chakka suyaklari rentgenografiyasi, eshitishni kamertonal va audiometrik tekshirish, vestibulometriya va biopsiya tayinlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR-onkologda jarrohlik amaliyoti bilan davolashga tayyorgarlik.

Otoskleroz: eshitishning havo o'tkazuvchanligining buzilishlari ti pi bo'yicha pasayishi, tovushning ko'proq zararlangan quloqqa latero-pozitsiyasi, Federichi, Rinne va Jelle manfiy tajribalari, parakuziya simptomi, nog'ora pardasi alohida o'zgarishlarsiz.

Tashxisi:

bitta quloqda eshitishning pasayishi va shovqin borligi bilan simptomlarning asta-sekin o'sib borishiga shikoyatlar va keyinroq boshqa quloqda ham shunday xastaliklarning rivojlanishini aniqlash;

- anamnezdan homiladorlik davrida va tugʻruqlardan keyin, uzoq vaqtgacha shovqinli sharoitda yashaganda, infeksiyon kasalliklarda, shuningdek, ogʻir quloqlik bilan xastalangan qarindoshlari boʻlganda quloqlarda shovqin kuchayishini va eshitishning pasayishini topish;

- koʻzdan kechirishda, asosan, navqiron yoshdagi (30-40) ayollarda topiladi, **paracusis Willisii** musbat simptomini topish (bemorlar shovqinli sharoitda yaxshiroq eshitadilar);

otoskopiya yuqalashgan quruq devorlari boʻlgan, qoʻl tekkizilganda osonlikcha shikast yetadigan keng eshituv yoʻllari, quloq serasining kam ishlab chiqarilishi, nogʻora pardasining giperemiyalangan nogʻora boʻshligʻi boʻrtmasida yorugʻlanish bilan yupqa tortishi (Shvars simptomi);

kamertonal tekshirishda Jelle, Rinne va Federichi tajribalari manfiy, Shvabax uzaytirilgan tajribasi, Veber tajribasida - yomonroq eshitadigan quloqqa lateralizatsiya;

- tonal boʻsagʻali audiogramma olish: boshlangʻich bosqichida havo orqali oʻtkazuvchanlikning, normal suyak oʻtkazuvchanligi bilan yomonlashuvi (suyak-havo intervali 30-40 *dB*), keyinchalik oʻtkazuvchanlikning ham suyak boʻylab, ham havo boʻylab yomonlashuvi;

koxlear nevrin va eshituv nervi nevrinomasi bilan solishtirma tashxis oʻtkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisida davolanish.

Labirintit: ataksiya, muvozanat buzilishi, koʻngil aynishi, qusish, vegetativ siljishlar, kasal quloq tomonga beixtiyor nistagm va eshitishning pasayishi bilan oʻtadigan kuchli bosh aylanishi; labirintning taʼsirlanish hodisalari 5-7 kundan uzoqqa choʻzilmaydi; zararlangan tomonga eshitish va vestibulyar qoʻzgʻaluvchanlik yoʻqotiladi.

Tashxisi:

harorat, bir tomonlama bosh ogʻrishi, eshitishning pasayishi, quloqdan yiring oqishi, nistagm va bosh aylanishiga shikoyatlarni topish;

- anamnez yigʻish (kasallikning qachon boshlangani, oʻtkazilgan davolash);

- koʻzdan kechirishda nistagmni, uning yoʻnalishini, bosh aylanishini, statokinetik buzilishlar bor-yoʻqligini aniqlash;

- otoskopiyada surunkali yiringli otit labirintit bilan asoratlanganda quloqda yiringli ajralmalar borligi;

- QUA, SUA, koagulogramma, chakka suyaklari rentgenografiyasi, vestibulometriya va KT tayinlash;

Miyachaning zararlanishi bilan solishtirma tashxis o'tkazish (Romberg pozasi, adiadoxokinez, barmoq-burun sinamasi va b.).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin shoshilinch tartibda LOR stasionarga joylashtirish.

Tashqi eshituv yo'lining orttirilgan atreziyasi: yumaloq shakldagi torayish, bo'shliq yo'q, bo'shliq o'rni yamoqli to'qima bilan yopilgan; eshitish tovush o'tkazilishining buzilishi tipi bo'yicha pasaygan.

Tashqi eshituv yo'lining tug'ma atreziyasi: bo'shliq yo'q, bo'shliq o'rni normal teri bilan yopilgan; ko'pincha, quloq suprasining yetarlicha taraqqiy qilmaganligi bilan birga uchraydi.

Quloqning rivojlanish nuqsonlari: tashqi eshituv yo'li, quloq suprasining butunlay yo'qligi, ba'zan quloq suprasi o'rnida qoldiq bo'lishi mumkin. O'rta ichki quloqning o'sib yetilmaganligi.

Tashxisi:

- tashqi quloq yoki tashqi eshituv yo'li deformatsiyasidagi xarakterli shikoyatlarni aniqlash;

kasallik anamnezini yig'ish (boshlanishi tug'ilishdan yoki shikast, kuyish kabilardan keyin);

- ko'zdan kechirishda rivojlanish nuqsoni turi yoki quloq suprasi, o'rta va ichki quloqning deformatsiyasi aniqlanadi;

QUA, SUA tayinlash, chakka suyaklarining deformatsiyasi (eshituv suyakchalari, labirint va o'rta hamda ichki quloq boshqa elementlarida o'zgarishlar borligi);

- Otoskopiya va zondlash o'tkazish, tashqi va o'rta quloq nuqsonlarini aniqlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin kosmetik va funksional nuqsonlarni jarrohlik usulida tuzatish.

Koxlear nevrit, neyrosensor garangligi: quloqlarda shovqin, eshitishning tovush qabul qilishning buzilishlari tipi bo'yicha pasayishi-suyak orqali o'tkazuvchanlikning qisqarishi, yuqori tonlarni qabul qilishning yomonlashuvi. Nog'ora pardasi alohida o'zgarishsiz.

Tashxisi:

quloqlarda shovqin, eshitishning pasayishi, ba'zan bosh aylanishiga shikoyatlarni topish;

- kasallikning boshlanishi va rivojlanishini aniqlash; boshdan kechirilgan infeksiyon kasalliklarni topish (skarlatina, qizamiq, difteriya, terlamalar, epidemik parotit, gripp, serebrospinal meningit), davolashni erta o'tkazish, ototoksik preparatlar qo'llanish (salitsilatlar, xinin, antibiotiklar);

- otoskopiya o'tkazish va kamertonal, audiometrik tekshirish tayinlash, Stenvers usulida rentgenogrammalar (eshituv nervi nevrinomasida - ichki eshituv yo'lini o'sma bor tomondan kengayti-radi);

KSN — kalla suyagi miya nervlari (CHMN) VIII juftining nevrinomasi (eshitishning asta-sekin pasayib borishi, chakka suyaklari rentgenogrammasi ma'lumotlari), otoskleroz (havo orqali o'tkazuvchanlikning buzilishi, parakuziya simptomi va b.) bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisida davolanish.

Menyer kasalligi: bir tomonlama og'irquloqlik, ko'ngil aynishi va qusish, beixtiyor nistagm bilan o'tadigan labirintdan bosh aylanishi; xuruj aksariyat tunda yoki ertalab paydo bo'ladi, odatda, uzoq davom qilmaydi. Nog'ora pardasida sezilarli o'zgarishlar bo'lmaydi.

Tashxisi: Bosh aylanishi mavzusiga qaralsin.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR statsionarga joylashtirish va davolash.

Tomirlardagi buzilishlar, ichki eshituv arteriyasi trombozi va emboliyasi: ichki quloqqa qon quyilishi, angiospazm, tromboz, emboliya: kuchli bosh aylanishi nistagm, ko'ngil aynishi va qusish bilan; eshitishning to'liq kar bo'lishgacha pasayishi, quloqda qattiq shovqin; bosh aylanishi va boshqa simptomlar asta-sekin kamayadi, biroq eshituv funksiyasi tiklanmaydi, bolalarda kattalarga nisbatan birmuncha kam uchraydi. Labirintga qon quyilishi: labirint dahliziga qon quyilganda bosh aylanishi va nistagm boshning makondagi holati o'zgartirilgandan so'ng bir necha sekund o'tgach paydo bo'ladi; bosh qaysi tomonga burilganidan qat'i nazar, nistagm faqat bir tomonga yo'nalgan. Labirint shishi: virusli, allergik, yallig'lanishdan bo'lishi mumkin.

Tashxisi:

kuchli bosh aylanishi nistagm, ko'ngil aynishi va qusish bilan; eshitishning batamom kar bo'lib qolishgacha pasayishi, quloqda qattiq shovqinga shikoyatlar;

anamnezdan bemorda ateroskleroz yoki gipertoniya kasalligi borligini bilib olish;

- reoensefalografiya o'tkazish (vertebrobazilyar havzada ishemiya), angiografiya (eshituv arteriyasidagi o'zgarishlar-torayish, tromb bilan obturatsiyani aniqlash).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin shoshilinch holda reanimatsiya bo'limiga yotqizish va LOR mutaxassis bilan hamkorlikda tomir buzilishlarini davolash.

Tishlar kariyesi: jag' sohasida beixtiyor og'riqlar, ular tungi vaqtlarda kuchayadi; tishda karioz kovak topiladi.

Tashxisi:

normal otoskopik manzarada va eshituv analizatori funksiyasi buzilishining boshqa belgilari bo'lmaganda stomofaringoskopiya o'tkazishda tishda karioz bo'shliq aniqlanishi.

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan keyin stomatologda davolanish.

Gingivit: milklar giperemiyasi va shishi, qonashi, ovqat tanovul qilganda og'riq, shilliq pardada yoqimsiz hid taratadigan yara bo'lishi mumkin.

Tashxisi:

normal otoskopik manzarada va eshituv analizatori funksiyasi buzilishining boshqa belgilari bo'lmaganda stomofaringoskopiya o'tkazishda milklar giperemiyasi va shishi, qonab turishi, ovqat tanovul qilganda og'rishi aniqlanadi.

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan keyin stomatologda davolanish.

Tishning qiyinlik bilan vorib chiqishi: trizm, jag' va jag'osti sohasida og'riqlar, milklarda shish va shilliq parda giperemiyasi; milk cho'ntagidan yiring ajraladi.

Tashxisi:

normal otoskopik manzarada va eshituv analizatori funksiyasi buzilishining boshqa belgilar bo'lmaganda stomofaringoskopiya

o'tkazilganda trizm, jag' va jag'osti sohasida og'riqlar, milk shilliq pardasining shishi va gi peremiyasi aniqlanishi; milkcho'ntagidan yiring ajralishi.

Davolash taktikasi: tashxis asoslangandan keyin stomatologda davolanish.

Chakka-pastki jag' bo'g'imi artriti: bo'g'im sohasida trizm, gi peremiya va oz-moz shish, paypaslashda og'riq; iyakni yoki jag' burchagi bosilganda og'riq kuchayadi; chaynash va so'zlashishda ham.

Tashxisi:

- normal otoskopik ko'rinishda va eshituv analizatori funksiyasining boshqa buzilishlari bo'lmaganda stomofaringoskopiya o'tkazishda bo'g'im sohasida trizm, gi peremiya va oz-moz shishni aniqlash;

- chakka-pastki jag' bo'g'imini paypaslashda og'riq; iyak yoki jag' burchagi bosib ko'rilganda; chaynash va so'zlashishda og'riq kuchayadi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng xirurg-stomatologda davolanish.

Bigizsimon tilosti sindromi: butun tilosti apparati, jumladan, bigizsimon o'simtaning anatomik o'zgarishlari, bigizsimon tilosti boylami, til osti suyagi bilan bog'liq simptomlar kompleksi; disfagiya, yutinishda va boshni burishda quloqqa beriladigan og'riq, tilosti suyagini paypaslashda og'riq bo'ladi, bigizsimon o'simta uzayib qolgan, ba'zan tanglay murtagi orqali paypaslanadi; tashxis rentgenologik tekshirishda oydinlashtiriladi.

Tashxisi:

normal otoskopik ko'rinishni va eshituv analizatori funksiyasi buzilishining boshqa belgilari yo'qligini aniqlash;

- disfagiya, yutinishda va boshni burilganda og'riqlar borligi;

- tilosti suyagi paypaslanganda og'riq va uzun tortgan bigizsimon o'simtani tanglay murtagi orqali paypaslash;

- rentgenda uzunlashib qolgan bigizsimon o'simta, bigizsimon tilosti boylamining qalinlashgani yoki tilosti suyagi yoychalarining kattalashgani aniqlanadi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR vrachda xirurgik davolash.

Qon kasalliklari:

- politsitemiya - qon hajmi birligida eritrotsitlar miqdorining oshishi bilan tavsiflanadi;

- o'roqsimon hujayrali anemiya - bir vaqtning o'zida eritrotsitlar miqdori kamayib, gemoglobin miqdorining pasayishi qayd qilinadi; eritrotsitlarda patologik gemoglobin C borligi qayd etiladi; bu kasalliklarda kar bo'lib qolish ichki quloqqa qon quyilishi natijasida ro'y berishi mumkin.

Tashxisi:

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng statsionarda gematologda LOR mutaxassisi hamkorligida davolash.

Vestibulyar analizatorning funksional zo'riqishi: o'z tanasining go'yo harakat qilayotgandek yoki atrofdagi narsalarning aylanayotgandek bo'lishi, muvozanatni saqlab qolish qobiliyatining buzilishi; harakat (nistagm, bosh va tananing og'ishi) va vegetativ (teri qoplamlarining rangparligi yoki gi peremiyasi, terlashning kuchayishi, ko'ngil aynishi, qusish) reaksiyalar paydo bo'ladi.

Tashxisi: bosh aylanishi mavzusiga qaralsin.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

- vestibulyar analizatorning funksional zo'riqishi paydo bo'lishini profilaktika qilish (normal uxlash va dam olish, to'g'ri ovqatlanish, aqliy va jismoniy ishda qattiq charchab qolishga yo'l qo'ymaslik);

profilaktik tadbirlar naf bermaganda LOR mutaxassisda davolanish.

Markaziy nerv sistemasi zararlanganda bosh aylanishi: bosh aylanishlari markaziy nerv sistemasining turli xil bo'limlari (vestibulyar yadrolar, to'rsimon substansiya, miyacha, katta yarimsharlar po'stlog'i) zararlanganda, miya qon aylanishi buzilganda (oldingipastki va orqa-pastki miyacha arteriyalari trombozi, ko'priksimon miyacha burchagi anevrizmasi), miyacha va IV qorincha o'smalarida ro'y berishi mumkin.

Tashxisi:

- KT, YAMR, bosh miya tomirlarining angiografiyasini o'tkazib, zararlanish o'choqlarini aniqlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng nevrologda LOR mutaxassis bilan hamkorlikda davolash.

O'tkir rinit: ko'pincha, organizmning chidamliligi pasayganda yoki sovuq qotishida burun bo'shlig'i mikroflorasining faollashuviga olib keladigan holat sabab bo'ladi. Uchta bosqichi farq qilinadi (quruq

ta'sirlanish bosqichi, seroz ajralmalar bosqichi va shilimshiq-yiringli ajralmalar chiqish bosqichi-tuzalish). 1- bosqich bir necha soat davom qiladi, burunda quruqlik, bitib qolish, achishish sezgisi, tirnalar va qitiqlanish sezgisi, aksirish qayd qilinadi, burun orqali nafas olish qiyinlashadi, behollik, harorat ko'tarilishi, hid va ta'm bilish yomonlashuvi; 2- bosqichda ko'zdan yosh oqadi, burundan mo'l suyuqlik ajraladi, burun orqali nafas olish keskin buziladi, aksirish, quloqlarda shovqin va lo'qillovchi og'riq bezovta qiladi; 3-bosqich 4-5-kunda yuz beradi, sarg'ish yoki ko'kimtir rangli shilimshiq-yiringli ajralmalar, burun bitishi paydo bo'ladi, simptomlar kasallik boshlangan vaqtdan 8-14 kun o'tgach yo'qoladi.

Tashxisi:

- bosqichiga ko'ra shikoyatlarni aniqlash (yuqoriroqqa q.);
- anamnezdan kasallik boshlanishini so'zlash yoki organizmning umumiy zaiflashuvi bilan aloqasi borligini aniqlash;

umumiy ko'zdan kechirishda o'tkir konyunktivit kechishining 2- bosqichida konyunktivit (skleralarning tomirlardan inyeksiyasi), burun dahlizi oldidagi teri va yuqori labning shish va qizarishi topilishi;

oldingi rinoskopiya: 1- bosqichi shilliq parda quruqishi va giperemiyasi bilan xarakterlanadi, ko'rinishi yaltiroq va bo'rtib chiqqan bo'ladi; 2- bosqichi-burun dahlizi oldidagi teri qizargan va bo'rtgan, burun yo'llarida ko'p miqdorda shilimshiq, burun chig'anoqlari giperemiyalangan, shishgan, burun yo'llarini deyarli to'liq bekitib turadi, burun orqali nafas olish buzilgan; 3-bosqichi-burun yo'llarida shilimshiq-yiringli sarg'ish yoki ko'kimtir rangli ajralmalar bor, shilliq parda shishgan, to'q pushtirang, nafas qiyinlashgan, 8-14-kunga kelib ajralmalar miqdori kamayadi, shilliq parda normal tusga kiradi, nafas tiklanadi;

allergik rinit bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (tez-tez aksirish, mo'l tiniq sekret ajralishi, burun sohasi qichishadi, burun chig'anoqlari rangpar shishli va ko'kimtir, anemizatsiyadan so'ng burun chig'anoqlari sust qisqaradi); burun difteriyasi (burundan nafas olish qiyinlashgan, odatdagi burun tortish, qaloqlar, yarachalar va shilliq pardaga yopishgan kulrang-oq qatqaloqlar, ular olib tashlanganda o'rni qonaydi); burun sili (burun bo'shlig'ida qaloqlar yig'ilishi, ular olib tashlanganda burun to'sig'ining tog'ay bo'limida, pastki va o'rta burun

chig'anoqlarining oldingi qismlarida infiltratlar va yaralar topiladi, ular shilliq pardaning yuza nuqsonlari bo'lib, ularning tubida bo'sh granulyatsiyalar joylashgan, Pirke reaksiyasi natijasi); burun zaxmi (burundan badbo'y hid kelishi, burun to'sig'ining suyak bo'limida va burun bo'shlig'i tubida mis-qizil rangli infiltratlar va chuqur yaralar, burun, ko'z kosasi sohasida og'riq, Vasserman serologik reaksiyasi natijasi).

Tashxis asoslangandan keyin UAV taktikasi:

- tomirlarni toraytiruvchi va mikrobgga qarshi preparatlar tayinlash- adrenalin, efedrin, otrivin (5 tomchi sutkasiga 2-3 marta), sanorin; 2- bosqichda-3-5% kollargol eritmasi yoki protargol 10 kungacha, izofra (framitsin antibiotigi - 5 tomchidan burunning ikkala yarmiga kuniga 4 marta 5-8 kun), polideks (fenilefrin, polimiksin, neomitsin va deksametazon bilan 1-2 tadan instillyatsiya, sutkasiga 3 marta 5-7 kun);

- qatqaloqlar paydo bo'lganda - burun bo'shlig'ini izotonik natriy xlorid eritmasi bilan kuniga 3-4 marta yuvish;

- yaqqol yallig'lanish reaksiyasida bir necha sulfanilamid preparatlar aralashmasi yoki antibiotik bilan insufflyatsiyalash yoki kuniga 4 marta 6-8 kun mobaynida bioparoks ingalyatsiyasi (mahalliy ingalyatsion antibiotik);

fizioterapiya UF, UV, geliy-neonli lazer endonazal, mikroto'lqinli ta'sir, burun sohasida mahalliy issiq qilish 10 kungacha;

umuman quvvatlantiruvchi va immunitetni rag'batlantiruvchi davolash (IRS - 19-kattalarga 1 dozadan kuniga 5 marta, bolalarga kuniga 3 marta-2-5 kungacha, vitaminoterapiya, na'matak damlamasi ichish, autogemoterapiya).

Surunkali kataral rinit: etiologiyasida infeksiyon va umumiy kasalliklar, adenoid o'simtalar, takroriy sovqotishlar, irsiyat va immun sistema holati; burundan nafas olishning qiyinlashib, burunning goh bir, goh ikkinchi yarmining galma-gal bitishi, yonbosh bilan yotilgan holatda burunning pastki yarmi ko'proq bitib qoladi, bu-tonusi surunkali rinitda susayib qolgan quyida joylashgan chig'anoqlar kavernoza tomirlarining qon bilan to'lishi bilan izohlanadi, hid bilishning buzilishi, mo'l shilimshiq ajralmalar chiqishi.

Tashxisi:

burundan nafas olishning o'rtacha qiynlashuvi borligiga va burundan shilimshiqsimon (rinoreya) ajralmalar oqishiga shikoyatlarni aniqlash, qo'zish davrida esa mo'l va yiringli ajralmalar, hidlarni sezish pasayishi;

rinoskopiya shilliq pardaning aksariyat ko'kimtir tusdagi dimlanishuvi va shishi hamda uning, asosan, pastki chig'anoq sohasida va o'rta chig'anoqning oldingi uchida kichikroq qalinlashmasi bor, burun bo'shlig'i devorlari shilimshiq bilan qoplangan;

surunkali rinitning gi pertrofik formasi bilan solishtirma tashxis o'tkazish;

- anemizatsiya bilan sinama bajarish - qalinlashgan shilliq pardaga tomirni toraytiruvchi vosita surtish (0,1 adrenalin eritmasi), bunda shilliq parda shishining anchagina kamayishi chin gi pertrofiya yo'qligidan dalolat beradi, Muk sinamasi (tugmachasimon zond bilan sinama)-agar burun chig'anog'i bo'ylab zond yurgizilganda bosilishdan yo'l-yo'l chiziq qoladi, bu kataral forma belgisi, agar yo'q bo'lsa - gi pertrofik forma;

- sinuitni istisno qilish uchun QUA, SUA, burun yondosh bo'shliklarining rentgenografiyasini o'tkazish.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

rinit rivojlanishiga imkon beradigan omillarni bartaraf etish (sovqotish, chang-to'zon, gazdan zararlangan, surunkali kasalliklar-yog' bosish, buyraklar, yurak, qon kasalliklari va shu kabilarni davolash);

- bitishga yordam beradigan vositalarni tayinlash: 3-5% protargol (kollargol) eritmasi - burunning har bir katagiga 5 tomchidan kuniga 2 marta yoki protargol malhami kunda 3 mahal, shilliq pardani zond uchiga o'ralgan va 3-5% lyapis eritmasiga ho'llangan paxta bo'lakchasi bilan artish, 10 kun mobaynida;

- burun sohasiga fizioterapiya - UVCH, UFO, geliy-neonli lazer endonazal;

- keyinchalik, burunga peloidin (shifobaxsh balchiq suspenziyasi) tomchilarini quyish va balzamlı eritmaları galma-gal ingalyatsiya qilish (o'simlik moyi bilan 5 marta suyultirilgan Shostakovskiy balzami, evkalipt balzami vab.);

- qatqaloqlar hosil bo'lganda burunga faqat izotonik natriy xlorid eritmasi gidrokortizon bilan quyiladi;

- vaqti-vaqtida quruq iliq iqlimda bo'lish.

Surunkali atrofik rinit: burun shilliq pardasining atrofiyasi va subatrofiyasi termik (issiq iqlim) yoki mexanik (shikast, burun bo'sh-lig'idagi operatsiya, chang, gaz va bug' ta'siri) omillar ostida paydo bo'ladi, irsiy moyillik, shuningdek, vitamin muvozanati buzilishi, voyaga yetish davridagi gormonal o'zgarishlar bilan bog'liqlik ham istisno qilinmaydi; og'iz, halqum qurishi, burundan nafas olishning qiyinlashuvi va hid bilishning pasayishi asosiy shikoyatlar hisoblanadi.

Tashxisi:

burundan oz miqdorda yopishqoq shilimshiq yoki shilimshiq-yiringli ajralmalar borligiga shikoyatlarni topish, ular ko'pincha burunda qotib qoladi va qatqaloqlar hosil qiladi, vaqti-vaqtida burundan nafas olishni qiyinlashtiradi, burun va halqumda quruqlik, hidlarni sezishning pasayishi, ba'zan qatqaloqlar ko'chishi sababli oz-moz qon oqadi;

- rinoskopiya da burun yo'llarining ozmi-ko'pmi kengayishi, burunchig'anoqlarining hajmi kichrayishi, rangsiz, yupqalashgan quruqroq shilliq parda bilan qoplanishi, uning salga qonashi, har joy-har joyida qatqaloqlar yoki yopishqoq shilimshiq bo'lishi;

ozena (yoqimsiz hidli), sil jarayoni (burun to'sig'ining faqat tog'ay qismini qamrab olgan granulyatsiyali yara va teshilik) va zaxm jarayoni bilan (to'sig'ni tog'ay bilan chegaradosh suyak qismini zararlantiradi) qiyosiy tashxis o'tkazish.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

- atrofik rinit rivojlanishiga imkon beradigan omillarni bartaraf qilish (quruq iqlim, chang-to'zonlar, gaz yiqilishi va b.);

- simptomatik davolash-burunda yig'iladigan qatqaloqlarni doimo tozalab turish har kuni 1-2 marta burun shilliq pardasini yod-qo'shilgan izotonik natriy xlorid eritmasi bilan pulverizator yordamida yuvish (200 ml eritmaga 6-8 tomchi 10% yod nastoykasi);

- ta'sirlantiruvchi terapiya - burun shilliq pardasiga kuniga 1 marta 10 kun mobaynida yod-glitserin, 30% kaliy yodid eritmasi 8 tomchidan kuniga 3 marta 2-3 hafta mobaynida surtish, 1-2% moyli sitral eritmasi

tomchilarini burunning ikkala yarmiga kuniga 2 marta bir hafta mobaynida quyish.

Surunkali gipertrofik rinit: pastki burun chig'anoqlarining kattalashishi, ular anemizatsiyadan keyin qisqarmaydi.

Tashxisi:

burundan nafas olish buzilishiga, burunning ikkala yarmining doimiy bitib qolishi, hid bilishning buzilishi, burundagi ajralmalarga shikoyatlarni aniqlash;

- chang-to'zon, bug' va gazlar, iqlim omillari ta'siri; haroratning keskin o'zgarishlari, nafas olinadigan havoning yuqori yoki past namligi, birorta allergik omil bilan sabab-bog'lanishini aniqlash;

kasallikning boshlanish vaqtini, uning yilning turli fasllarida kechish xususiyatlarini aniqlash;

- ilgari LOR a'zolarining kasalliklari bo'lganligi, oldin o'tkazilgan xirurgik usul yoki dorilar bilan davolashning qanday samara berganligini aniqlash;

rinoskopiya shilliq pardaning, ayniqsa, chig'anoqlarning giperemiyasi vashishini, shilimshiq yoki shilimshiq-yiringli ajralmalar borligini, burundan nafas olishning qiyinlashganini, tomir toraytiruvchi vositalar bilan anemizatsiya o'tkazilgandan so'ng chig'anoqlarning qisqarmaganligini aniqlash;

QUA, teri allergik sinamalari, burun bo'shlig'idan olingan shilimshiqni bakteriologik tekshirish;

- burun bo'shlig'ini zondlashni, orqa rinoskopiya bajarish;

- burun yondosh bo'shliqlari rentgenologik tekshirishini tayinlash;

- allergik rinit bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (allergenni topish, musbat allergik teri sinamalari, mavsumiylik va h.k.).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarrohlik amaliyoti bilan davolash (konxotomiya) o'tkazish uchun LOR stasionarga joylashingtirish.

Allergik rinit: o'tkir allergik rinitda burun bitishi, burun yo'llarida seroz ajralma, burun bo'shlig'i shilliq pardasining ko'kimtirliги va shishi kuzatiladi, o'rtacha o'tkir va surunkali allergik rinitda burun bo'shlig'idan mo'l, tiniq ajralma chiqishi qayd qilinadi, burun sohasida qichishish, tez-tez aksirish bilan burundan mo'l tiniq sekret ajralishi, shish, burun chig'anoqlarining ko'kimtir tusdaligi kuzatiladi; burun

bo'shlig'i shilliq pardasining qolgan qismi rangpar, moviyrang tusda, anemizatsiyadan so'ng chig'anoqlar sust qisqaradi.

Tashxisi:

tez charchab qolish, bosh og'rishi, burundan ko'p suvsimon ajralmalar chiqishi bilan o'tadigan paroksizmal aksirish va burundan nafas olish qiyinlashuvi, burun sohasida qichishish kabi shikoyatlarni topish;

hayot anamnezidan asosiy ma'lumotlarni yig'ish (ovqatlantirish xususiyatlari, oziq-ovqat mahsulotlariga, dorilarga allergik reaksiyalar borligi, qarindoshlarida allergik kasalliklar: ekzema, eshakem, migren, bronxial astma, Kvinke shishi borligi);

kasallikning rivojlanish sabablarini topish (allergik omil ta'siri, nafas yo'llaridagi yallig'lanish jarayoni, tomir toraytiruvchi vositalar, shuningdek, antibiotiklarning eritmalarini nazoratsiz mahalliy qo'llanish, ovqat allergenlari ta'siri: shokolad, kakao, asal, baliq, sitrusli mevalar va b.);

kasallikning boshlanishini aniqlash;

- qo'shib kelgan kasalliklarni, ilgari o'tkazilgan davolash samaradorligini aniqlash;

ko'zdan kechirishda burun shilliq pardasining, asosan, pastki burun chig'anoqlarining shishi, ularning oqimtir-ko'kish tusi, kasallik xuruji davrida tomir toraytiruvchi vositalar surtilgandan so'ng sust qisqarishi va aksincha, xamirsimon ko'pchiganligi, eshitishning pasayishi, hid bilishning buzilishi, burun yo'llarida poliplar borligi aniqlanadi;

- QUA tayinlash, umumiy va mahalliy eozinofiliyani topish, bakterial va maishiy allergenlar bilan teri sinamalari o'tkazish, burun-halqumni tekshirishlar, burun yondosh bo'shliqlarini rentgenologik tekshirish;

- gi pertrofik rinit bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (burun chig'anoqlari shilliq pardasining doimiy shishi, adrenalin bilan manfiy sinama).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR mutaxassisda davolanish.

Burun shikasti: keskin og'riq, burundan qon oqishi, teri osti emfizemasi, bu burun qoqishda kuchayadi; rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq pardasining yirtilishi, boshqa to'qimalarning buzilishlari aniqlanadi.

Tashxisi:

bosh og'risi, bosh aylanishi, burun sohasi, burun yondosh bo'shliqlari sohasida og'riq, yuz yumshoq to'qimalariga, ko'z kosasi yaqinidagi kletchatkaga qon quyilishi, tashqi burun sohasida, burun yondosh bo'shliqlari sohasida jarohat borligi, burundan nafas olishning qiyinlashuvidan shikoyatlarni topish;

- shikast yuz bergan sharoit va vaqtini, yot jism tushgan bo'lishi mumkinligini surishtirish;

- ko'zdan kechirishda tashqi burunning shakli o'zgarganligini, yuz yumshoq to'qimalarining shikastlanganligi(yoki buzilmaganligi)ni, burun yondosh bo'shliqlarining shikastlanganligi, burundan va jarohatdan qon oqishi, ekximozlarni topish;

rinoskopiya: qon oqayotgan joyni topish, burun to'sig'i va burun bo'shlig'i lateral devorlarining holatiga baho berish, jarohat o'lchamlarini aniqlash;

qon umumiy analizi, burun va burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasini tayinlash, burundan nafas olishga baho berish;

- okulist, nevropatolog, neyroxirurg (shikastning turi va hajmiga ko'ra) konsultatsiyasini tashkil qilish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisning shoshilinch yordam ko'rsatishi.

Burun to'sig'ining qiyshayib qolishi: rinoskopiya qiyshayishning turli-tuman shakllari bir yoki ikki tomonlama, tikanli va qirrası bor xillari aniqlanadi.

Tashxisi:

burundan nafas olish qiyinlashgani, tumovga shikoyatlarni aniqlash;

- kasallikning boshlanishi va sababini (shikast va b.) aniqlash;

- tashqi ko'zdan kechirishda burunning shakli buzilishini aniqlash;

oldingi rinoskopiya da burun to'sig'i deformatsiyasining turini aniqlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarrohlik usulida (septoplastika) davolashga tayyorgarlik ko'rish va LOR statsionarga joylashtirishni tashkil etish.

Burun to'sig'ining gematomasi va absessi: burun to'sig'i oldingi qismi rinoskopiya da bir yoki ikkala tomondagi to'q-qizil rangli

shishinqirash aniqlanadi; shishgan joy devori yumshoq va zond tekkizilganda osonlikcha botadi.

Tashxisi:

burundan nafas olish qiyinlashgani, burunning oz-moz shishi; qovoqlarning xamirsimonligi, burun sohasidagi og'riqdan shikoyatlarni aniqlash;

kasallik sababini aniqlash (travma, sinuit);

ko'zdan kechirilganda burun to'sig'ining bir yoki ikkala tomonlaridan to'q qizil rangli shishganlikni aniqlash;

- zondlashda burun to'sig'ida yumshoq konsistensiyadagi bo'kishni aniqlash;

rinoskopiyada burun to'sig'idagi shish, abscess paydo bo'lganda qo'l tekkizilganda og'riqni aniqlash;

QUA tayinlash (SOE oshishi, leykotsitlar miqdori oshganligi);

burun chipqoni bilan (faqat bitta burun katagi berk, yuqori labda infiltratsiya, qichishish bor), saramas yallig'lanishi (burundan nafas olish qiyinlashmagan, burun shilliq pardasida xarakterli pufakchalar) bilan solishtirma tashxis o'tkazish (12- rasm).



12- rasm. 1. Burun kataklarini qo'l bilan qisish.
2. Burunga sovuq kompres qilish.

UAV taktikasi: LOR mutaxassisida davolanish.

Burun bo'shlig'idagi yot jism: odatda, burundan bir tomonlama nafas olishning qiyinlashuvi, shilimshiqli, shilimshiq-yiringli ajralmalar, yoqimsiz hid, burunning vaqti-vaqtida qonab turishi; rinoskopiya burun bo'shlig'i shilliq pardasining shishgani aniqlanadi, uning anemizatsiyasidan keyin yot jism topiladi.

Tashxisi:

- odatda, burunning bitta yarmidan hid kelishi (yot jism uzoq vaqt turganda), aksirish, ko'z yoshlanishi, burundan shilimshiqli ajralmalar (bir tomonlama), burundan nafas olishning, odatda, bir tomondan qiyinlashganiga shikoyatlarni aniqlash;

rinoskopiya yot jismlar, granulyatsiyalar, burun shilliq pardasining shishi aniqlanadi;

- zond bilan yot jism borligini aniqlash;

- rentgenda kontrast yot jism borligiga shubha bo'lganda burun va uning yondosh bo'shliqlari rentgenografiya qilinadi;

burun o'smasi bilan solishtirma tashxis o'tkazish (anamnez, biopsiya, rentgenografiya).

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

- yot jismni chiqarish;

yot jismni chiqarishning iloji bo'lmaganda, LOR statsionarga joylashtirishni tashkil qilish.

Burun bo'shlig'i atreziyalari va sinexiyalari: rinoskopiya biriktiruvchi to'qimali, tog'ayli yoki suyak to'sinchalari, devorlari o'rtasidagi bitishmalar burun yo'llarini turli darajada yopib qo'ygani aniqlanadi. Xoanalar atreziyasi: ko'proq qiz bolalarda uchraydi; xoanalarning to'liq ikki tomonlama atreziyasi bola hayotining birinchi kunlarida aniqlanadi; yaqqol nafas qisishi, lab va timoqlarning ko'kirtusga kirishi, burun bo'shlig'idagi cho'ziluvchan quyuq shilimshiq, u olib tashlagandan so'ng nafas qisishi to'xtamaydi; bir tomonlama atreziyada baland, asimmetrik tanglay, zararlangan tomonda tishlarning noto'g'ri o'sishi aniqlanadi; orqa rinoskopiya xoanani bekitib turadigan zich membranani topishga yordam beradi; burunning zararlangan tomoniga 1% metilen ko'ki tomizilgandan so'ng eritma halqumning orqa devorida paydo bo'lmaydi.

Tashxisi:

burunning tashqi shakli buzilganiga, burundan nafas olish qiyinlashgani yoki yo'qligiga, quyuq cho'ziluvchan shilimshiq ajralishiga shikoyatlarni aniqlash;

yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlarning paydo bo'lish muddatlarini aniqlash;

onada homiladorlik va tug'ruqlarning kechish xususiyatlarini, bola hayotining birinchi haftalar, oylar, yillardagi rivojlanish xususiyatlarini aniqlash;

paydo bo'lish sabablarini aniqlash (tug'ruq travmasi, noxush irsiyat va b.);

burun yo'llarini zondlash;

tashxisni va jarrohlik usulida davolashga ko'rsatmalarni oydinlashtirish uchun zarur konsultatsiyalar va qo'shimcha tekshirishlarni tashkil qilish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan keyin LOR statsionarga jarrohlik usulida davolash uchun joylashtirish.

O'tkir va surunkali sinuit: o'tkir sinuitda og'riq asta-sekin paydo bo'ladi, avj oladi, ko'z ichki burchagi sohasi bosilganda, aksirish va yo'talganda kuchayadi, kechki paytlarda o'rta burun yo'lida yiringli ajralma, shish, burun o'rta chig'anog'i oldingi qismida oz-moz shish, burundan yiringli ajralmalar, burun bo'shlig'i shilliq pardasida gi peremiya va shish, o'rtaburun yo'llaridashilimshiq-yiringli ajralma, ertalablari dag'al tovush, bo'lib birozdan keyin normaga tushadi. Surunkali sinuitda burundan nafas olishning qiyinlashuvi, burundan yiringli ajralmalar, o'rtaburun chig'anoqlarida gi peremiya va shish, o'rta burun yo'llarida yiring tasmasi. Etmoidit: bosh og'rishi, burun ildizi oldida va ko'z kosasi ichki chekkasi oldida og'riq, yuqori burun yo'li sohasida yiringli ajralma borligi. Sfenoidit: ensa sohasida, kamroq peshona, tepa suyagi yoki chakkalar sohasida bosh og'rishi, o'rta burun chig'anog'i ustidan oqib tushadigan yiringli ajralma, orqa rinoskopiya da burun-halqumda yiring aniqlanishi.

O'tkir sinuitda tashxis qo'yish:

betoblik, bosh og'rishi, doimiy tumov tana haroratining ko'tarilishi, burundan nafas olishning qiyinlashuvi, burun yondosh bo'shliqlari sohasida og'riq, hid bilishning pasayishi, tish og'rig'i,

burun bo'shlig'ida shilimshiq, yiringli ajralmalarga shikoyatlarni aniqlash;

- kasallikning sababini, uni qancha davom etganini va o'tkazilgan davolashni aniqlash;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda zararlangan tomonda to'qimalarning xamirsimonligi, burun yondosh bo'shliqlari sohasi bosilganda og'riq borligi aniqlanadi;

- rinoskopiyadaburun chig'anoqlarining shilliq pardasidagi peremiya va shish, o'rta burun yullarida yiringli ajralma va poli plar;

- faringoskopiya va orqa rinoskopiyada xoanalar va halqumning orqa devorida yiring borligi aniqlanadi;

QUA tayinlash, burunning yondosh bo'shliqlarini obzor va kontrast rentgenografiya, burun bo'shlig'idan olingan surtmani floraga va uning antibiotiklarga sezuvchanligini tekshirish, eozinofillar miqdorini aniqlash;

- burun yondosh bo'shliqlarini diagnostik punksiya qilish;

- o'sma (rinoskopiya, punksiya ma'lumotlari), yuqori jag' bo'shlig'i kistasi (ichidagi modda xarakteri, obzor va kontrast rentgenografiya ma'lumotlari) bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslab berilgandan so'ng LOR mutaxassisda davolanish.

Burun poli pozi: bosh og'risi, tovushning burundan chiqqanday bo'lishi, burundan nafas olishning qiyinlashuvi allergik rinitlar va sinuitlarning asoratlaridan biridir; sariq rangli, tiniq, kelib chiqishi allergikpoli plar, ularning hajmi nafas olinadigan havo namligigako'ra o'zgaradi; yallig'lanishdan kelib chiqqan poli plar, oyoqchali; poli plar u yoki bu darajada burun yo'llarini obturatsiya qiladi; burun-halqumga oyoqchasi bilan osilib turadigan xoanal poli plar orqa rinoskopiyada topiladi, ular o'rtacha qon oqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Burunning xavfsiz o'smasi: burun dahlizi sohasida: papillomalar-gulkaramni eslatuvchi kulrang tuzilmalar; fibromalar-katta-kichikligi va konsistensiyasi yumaloq, silliq tuzilmalar; osteomalar katta yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi; sekin o'sishi bilan farq qiladi; giposmiya, atrof to'qimalarning bosilish simptomlari kuzatiladi; tashxis rentgenologik tekshirishda aniqlanadi; fibroz displaziya-yuz

asimmetriyasi, bosh og'rishi, yuqori jag' bo'shlig'ining kuchli qora-yishi, o'sma shu joydan chiqadi; angioma-aksariyat qiz bolalarda uchraydi; yumaloq shakldagi o'sma, yumshoq konsistensiyali, sathi notekis, qip-qizil rangda, burun to'sig'ining oldingi bo'limlarida joylashadi.

Burunning xavfli o'smasi: aksariyat burun sarkomasi uchraydi; burundan nafas olishning keskin qiyinlashishi, burundan badbo'y ajralmalar chiqishi, qattiq tanglay asimmetriyasi, yuz skeletining deformatsiyasi, ko'z soqqasining surilishi.

Tashxisi:

bosh og'rishi, burundan nafas olishning qiyinlashishi, burun bo'shlig'ida yot narsani sezish, vaqti-vaqti bilan burun qonashi (qonab turadigan poli pda), hid bilishning buzilishi, burundan yoqimsiz hidli shilimshiq ajralmalar, yuz deformatsiyasi, ekzoftalm xarakterli shikoyatlar;

- kasallikning boshlanishi va rivojlanishi, allergiya borligi, boshqa a'zolar va sistemalarning allergik kasalliklari (bronxial astma, aspirin yoqmasligi va b.), burunning yondosh bo'shliqlarining surunkali kasalliklari bilan aloqasi, o'tkazilayotgan davolash xarakterini aniqlash;

rinoskopiya burun bo'shlig'ida yuzasi tekis, bo'laksimon, qizil rangli (qonab turgan polip) yoki sariq rangli, keng asosdagi, gulkaramga o'xshash o'sma (papilloma), pushti rang (adenoma), zich, asosi enlik (xondroma), zich kulrang-qizil, qo'l tekkizilganda qonaydigan tuzilma topilishi (xavfli o'sma); orqa rinoskopiya oyoqchasi bilan burun-halqumga osilib turgan xoanal poli plar topiladi, ular o'rtacha qon oqishiga sabab bo'lishi mumkin.

-QUA, burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasi, tomografiyasi tayinlash, biopsiya o'tkazish, sitologik tekshirish uchun surtma olish;

yot jism bilan (anamnez, biopsiya natijasi) solishtirma tashxis o'tkazish).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarrohlik usulida davolash (burun poli potomiyasi) o'tkazish uchun LOR stasionarga tayyorlash va joylashtirish, o'sma aniqlangan holda - LOR onkologdan maslahat olish va davolash.

Ozena: atrofdagilar sezadigan badbo'y hid; bemorning o'zi hid bilish retseptori atrofiyaga uchragani sababli buni sezmaydi; burun

shilliq pardasida oson ko'chadigan, yoqimsiz hidli ko'p kulrang-yashil qatqaloqlar, shilliq pardaning keskin atrofiyasi, burun yo'llari keng, pastki burun chig'anoqlari hajmining kichrayishi natijasida burun bo'shlig'i yullarining kengayishi, bemor burnida quruqlik his qiladi.

Tashxisi:

burunning quruqligidan shikoyat, hid bilishning pasayishi yoki yo'qolishi, burundan nafas olishning qiyinlashishi, tomoq qurishi va bo'g'ilishi, burundan yoqimsiz hid kelishi;

kasallik paydo bo'lish sababini, yosh va jins bilan aloqasini aniqlash;

kasallikning boshlanish xususiyatlarini aniqlash;

- rinoskopiya burundan spetsifik hidli qatqaloqlar topilishi, burun shilliq pardasi va chig'anoqlarda suyak skeletining keskin atrofiyasi, quyuk ajralmalar borligi;

- subatrofik faringit va laringotraxeobronxit belgilarini aniqlash;

- QUA, burun ajralmasini bakteriologik tekshirish, burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasini tayinlash;

- burun bo'shlig'ida zondlash o'tkazish;

atrofik rinit bilan solishtirma tashxis o'tkazish (burundan xarakterli hid kelmasligi).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisida davolanish.

Burun bo'shlig'i shilliq pardasining kimyoviy kuyishlari: burun bo'shlig'i shilliq pardasiga kumush nitrat, rux sulfat yoki achchiq-toshning konsentrlangan eritmaları surtilganda paydo bo'ladi.

Tashxisi:

burunda og'riq va achishish, burun orqali nafas olishning qiyinlashganiga shikoyatlarni aniqlash;

kuyish vaqtini va sababini, kuyishga sabab bo'lgan modda xarakterini aniqlash;

- rinoskopiya ehtiyotlik bilan o'tkazilganda burun shilliq pardasida kuyish belgilari, shilliq pardasining giperemiyasi va shishi(kuyish darajasi quyidagicha aniqlanadi: 1- darajasi - shilliq pardagi peremiyasi, 2- darajasi - shish va fibrinli parda, 3-darajasi - nekroz uchastkalari)ni topish;

QUA, burun rentgenografiyasini tayinlash.

Tashxis asoslangandan so'ng davolash taktikasi:

mahalliy kuyishni keltirib chiqargan kimyoviy moddani neyrallaydigan suyuqliklar qo'llash;

- zarurat bo'lganda shokka qarshi tadbirlar o'tkazish va toksikologik bo'limga joylashtirishni tashkil qilish.

Burun difteriyasi: burundan nafas olishning xarakterli pishillash bilan qiyinlashishi, burun dahlizi va yuqori lab sohasida qatqaloqlar bilan qoplangan yoriqlar hosil bo'lishi, burun shilliq pardasida qatqaloqchalar va yarachalar, shilliq parda bilan yopishgan kulrang-oq pardalar; pardalarni ko'chirishga urinishda qonaydigan yuzalar paydo bo'ladi.

Tashxisi:

- epidemiologik sharoitni hisobga olish zarurligi (bemor yoki rekonvalessent bilan kontaktda bo'lish);

- rinoskopiya da burundan nafas olishning o'ziga xos pishillash bilan qiyinlashgani, burun dahlizi va yuqori lab sohasida qatqaloqlar bilan qoplangan yoriqlar, burun shilliq pardasida qatqaloqcha va yarachalar, shilliq parda bilan yopishgan kulrang-oq pardalarni aniqlash; pardalarni olib tashlashga urinishda qonab turadigan yuzalar hosil bo'lishi;

burundagi ajralmalar va pardalarni bakteriologik tekshirishdan o'tkazish (materiallar cho'p yoki zanglamaydigan materialdan tayyorlangan steril quruq paxta tamponlar yordamida olinadi: ajralmalar va pardalar burundan aylanma harakatlar bilan olinadi va 2-3 soat ichida laboratoriyaga yetkaziladi).

UAV taktikasi: tashxis asoslab berilgandan so'ng LOR mutaxassis maslahati bilan spetsifik davolash olib borish uchun infeksiyon bo'limga shoshilinch joylashtirishni tashkil qilish.

Burun zaxmi: burun, peshona, ko'z kosalari sohasida og'riqlar (zaxmning uchlamchi davri uchun xos), burundan badbo'y hid, mis-qizil rangli infiltratlar yoki burun to'sig'ining suyak bo'limida va burun bo'shlig'i tubida joylashadigan, chetlari hoshiyali va yog'li tubi chuqur yara bo'lgan, burun to'sig'ida va qattiq tanglayda sekvestrlar va nuqsonlar bo'lishi mumkin; tashxis Vasserman serologik reaksiyasi yordamida oydinlashtiriladi. Sekvestrlar: zaxmning uchlamchi davri uchun xos.

Tashxisi:

- burun, ko'z kosalari sohasida og'riqlar, burundan badbo'y hid kelishiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnez yig'ishda zaxmli bemor bilan kontakti yoki bemorning o'zida zaxm borligini aniqlash;

rinoskopiya o'tkazish: mis-qizil rangli infiltratlar va chetlari hoshiyali va yog'li tubi bo'lgan chuqur yaralar borligi, ular burun to'sig'ining suyak bo'limida va burun bo'shlig'i tubida joylashadi, burun to'sig'i va qattiq tanglayda sekvestrlar va nuqsonlar bo'lishi mumkin;

- zaxm infeksiyasining boshqa belgilari borligi;

- musbat serologik reaksiyalarni aniqlash;

- Amber musbat simptomlari va Getchinson triadasi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng venerologda spetsifik davolash.

Burun sili: burun bo'shlig'ida qatqaloqlar yig'ilishi, ularni ko'chirganda shilliq pardada infiltratlar va yaralar ko'rinadi; sil yaralari shilliq pardaning tubida yumshoq granulyatsiyalari bo'lgan yuza nuqsonlaridan iborat; infiltratlar va yaralar burun to'sig'ining tog'ay bo'limida, pastki va o'rta burun chig'anoqlarining oldingi qismlarida joylashadi.

Tashxisi:

- burun bitishi, burundan ajralmalar chiqishi va qatqaloqlar hosil bo'lishiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnez yig'ishda organizmda sil infeksiyasi o'choqlari borligini aniqlash;

- rinoskopiya sil infiltratlari - shilliq pardaning tubida yumshoq granulyatsiyalar joylashgan nuqsonlarini ko'proq aniqlash;

- QUA, SUA, ko'krak qafasi rentgenografiyasini tayinlash, Mantu sinamasi o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng ftiziatriya spetsifik davolash.

Skleroma: burun dahlizini ushlab ko'rilganda qattiq va tikkaygan burun qanotlarining infiltratsiyasi hisobiga torayishi; infiltratlar burun-halqum, xoanalar sohasida joylashishi mumkin; sklerom antigen bilan Borde-Jangu reaksiyasi yordamida tashxis oydinlashtiriladi.

Tashxisi:

burun, halqumda, hiqildoqda quruqlik, nafas olishning qiyin-

lashishi, yopishqoq balg'am ajraladigan yo'talga xos shikoyatlarni aniqlash;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda nafas yo'llari stenozi belgilari borligi ehtimolini aniqlash;

- nafas yo'llari ko'zdan kechirilganda tabiiy toraygan joylarida (burun kataklari, burun dahlizi, xoanalar, tovush boylamalari sohasida) yumshoq yoki zich infiltratlar (chegaralangan yoki tarqalgan), chandiqlar (kasallikning bosqichiga ko'ra), qo'lansa hidga ega bo'lgan qatqaloqlarni topish;

- QUA tayinlash, Vasserman reaksiyasiga qonni, BKga balg'amni, ko'krak qafasi, hiqildoqni tekshirish, biopsiya qilish;

- burma osti laringiti (o'tkir boshlanadi va kechadi, burun bo'shlig'i va burun-halqumda infiltratlar va yamoqlar yo'qligi), infeksiyon granulyomalar bilan (laboratoriya tekshiruvlari, biopsiya natijalari) solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisida davolanish.

Qattiq va yumshoq tanglay kemtigi: odatda, tug'ma, to'liq va chala bo'ladi. Jarroh-stomatolog davolaydi.

O'rta va pastki burun chig'anoqlaridagi shish: o'tkir va surunkali rinitlar, sinuitlarda, burun bo'shlig'idagi yot jismlarda kuzatiladi.

UAV tashxisi va taktikasi: sababni aniqlash va topilgan patologiyani hisobga olgan taktika.

Miya peshona sohasining absessi: rinogen va boshqa sababdan paydo bo'lishi mumkin.

Tashxisi:

bosh og'rishiga, tana harorati ko'tarilishiga, uyqusizlik yoki uyquchanlik, bulimiyaga shikoyatlarni aniqlash;

kasallikning sababi (burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishi), boshlanishi va rivojlanishi, o'tkazilayotgan davolashni aniqlash;

ko'zdan kechirilganda holsizlik, tormozlanish, uyquchanlik, markaziy falajlar va parezlar borligi (nigoh parezi - "bemor zararlangan o'choqqaqaraydi", yuz nervining mimikparezi), gi pokinez, ataksiya

harakat faolligining pasayishi, tik tura olmaslik, yura olmaslik, qarama-qarshi tomonga og'ib ketish, apraksiya-harakatlarning tugal emasligi, motor afaziya, epileptik tutqanoqlar, tajovuzkorlik va eshushning qisqa vaqtga yo'qotilishini aniqlash;

rinoskopiya da burun shilliq pardasi giperemiyasi va shishini, burun yo‘llaridagi patologik ajralmani, burundan nafas olishning qiyinlashganini aniqlash;

- okulist, nevropatolog, neyroxirurg va infeksionistlarning konsultatsiyalarini tashkil qilish.

Tashxis asoslangandan so‘ng UAV taktikasi: LOR statsionarga zudlik bilan joylashtirishni tashkil qilish.

O‘tkir faringit: tomoq qurishi, qichishi, yutinganda og‘riq, halqum orqa devorining shilliq pardasi, yon bolishchalari, tilchani keskin giperemiyasi; halqumning orqa devorida qizil donachalar ko‘rinishidagi ayrim follikullar bo‘rtib turadi.

Tashxisi:

- halqumda quruqlik, qichishish, og‘riq sezish, yutinganda og‘riqning quloqqa tarqalishi (irradiatsiya), tana haroratining oshishi haqida shikoyatlarni aniqlash;

kasallik sabablari to‘g‘risida asosiy ma‘lumotlarni yig‘ish (sovqotish, keskin harorat o‘zgarishlari ta‘siri);

- limfoid to‘qima tomonidan reaksiyalar borligini aniqlash;

faringoskopiya da halqum orqa devori giperemiyasi va shishi, follikullarning qalin tortishi va giperemiyasi, halqum orqa devorida shilimshiq-yiringli ajralma borligini aniqlash;

- o‘tkir adenoid bilan solishtirma tashxis o‘tkazish.

Tashxis asoslanganda UAV taktikasi:

tomoqni dezinfeksiya qiladigan eritmalar, giyohlar (furatsilin, moychechak, marmarak damlamalari va b.);

- aerozollarni mahalliy qo‘llash (ingalpt, IRS-19, imudon va b.);

- yotoq rejim;

- antibakterial terapiya;

- giposensibilizatsiya qiladigan terapiya;

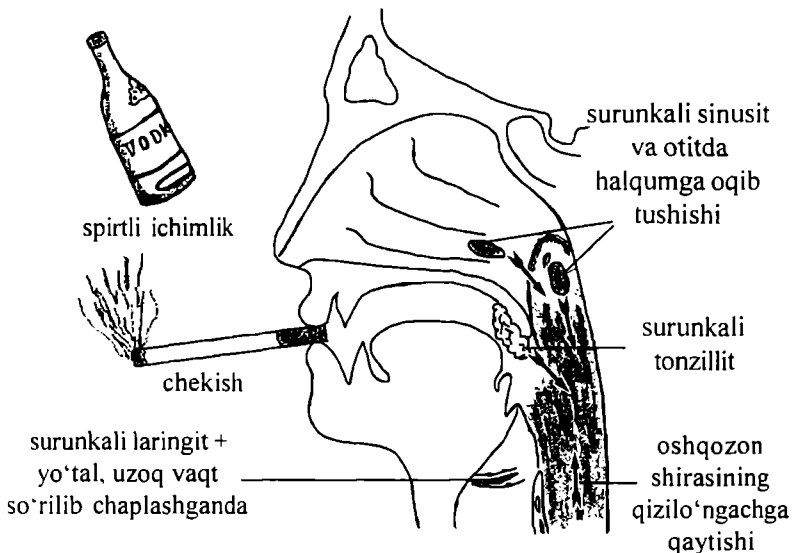
- issiqni tushiradigan terapiya;

- dezintoksikatsion terapiya;

- chalg‘itadigan terapiya;

- ta‘sirlantirmaydigan iliq taomlarni tanovul qilish.

Surunkali faringit: halqumni qichitish, paresteziya qilish va yo‘talish bilan yuzaga chiqadigan uzoqqa cho‘ziluvchi kasallik; kataral, gipertrofik va atrofik formalari farq qilinadi (13- rasm).



13- rasm. Surunkali farangit sabablari

Tashxisi:

oddiy va gipertrofik formasida, ayniqsa, ertalabki soatlarda qichishish, achishish, qitiqlash sezgilari borligiga, ko'p so'lak ajralishiga shikoyatlarni aniqlash; atrofik faringitda halqum qurishi va so'lak yoki ovqatni to'liq yuta olmaslik asosiy sezgi hisoblanadi;

kataral formasida faringoskopik manzara halqum giperemiyasi, bir oz shishganligi va shilliq pardasining qalin tortganligi bilan tavsiflanadi, orqa devori har yer-har yerida tiniq yoki loyqaroq shilimshiq bilan qoplangan; gipertrofik granulyoz formasida shilliq pardaning ro'y-rost giperemiyasi vaqalin tortishi, tilcha va yumshoq tanglayning bir oz shishi qayd qilinadi, tarmoqlanadigan yuza venalar ko'rinadi, halqumning orqa devori bir oz shishgan bo'lib, shilimshiq bo'ladi, o'lchami 1-2 dan 3-5 mm gacha qizil rangli yoki deyarli bir xil qizil donachalar ko'rinishidagi yumaloq yoki cho'zinchoqroq tuzilmalar borligi ko'rinadi; yon tomonlama gipertrofik faringitda halqumning yon devorlarida tanglay yoychalari orqasida va ularga parallel joylashgan limfadenoid to'qima gipertrofiyasi qayd qilinadi; atrofik

faringitda halqum shilliq pardasining yupqa tortishi va qurishi kuzatiladi, u oqimtir-pushtirang, yaltiroq va loklangan ko'rinishga ega bo'lishi mumkin, ba'zan u yopishqoq, yiringli shilimshiq yoki qatqaloqlar bilan qoplangan.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

dastavval kasallikning mahalliy va umumiy sabablarini, chunonchi, burunda va burun yondosh bo'shliqlari, bodomcha bezlaridagi surunkali yiringli kasalliklarni bartaraf etish kerak; bunda ehtimol tutilgan ta'sirlantiruvchi omillar-chekish, chang-to'zon va gazdan ifloslanish, havoning ortiqcha quruqligi va ta'sirlantiradigan ovqat kabilar ta'sirini istisno qilish lozim;

faringit avj olishiga yordam beradigan umumiy surunkali kasalliklarni (ayniqsa, me'da — ichak) tegishlicha davolash, ichak mikroflorasini tekshirish va zarur bo'lsa, davolash (xilak, baktisubtil va b.);

mahalliy davolashda halqum shilliq pardasini shilimshiq va qatqaloqlardan tozalash va unga davolash ta'sirini o'tkazish maqsadida chayib turishdan iborat, dori moddasini shilliq pardaga ingalyatsiya, aerozol ko'rinishida, surtmalar va burunga tomchilar tomizib qo'llash mumkin: faringitning gipertrofik formalarida 0,5-2% iliq natriy bikarbonat eritmasi bilan chayish qo'llaniladi, xuddi shu eritmalar bilan halqumni ingalyatsiya va pulverizatsiya qilinadi, shilliq parda shishini kuchsiz bitiradigan va yallig'lanishga qarshi vositalar, masalan glitserindagi 5-10% tanin eritmasi, 1-2% lyapis eritmasi, ba'zan esa gipertrofiyalangan uchastkalariga 10% protargol yoki kollargol nuqtasimon surtiladi; marvarak yoki moychechak damlamasi bilan chayishni tavsiya qilish ham mumkin, yirik granulalarni yaxshisi lazer yoki krio ta'sir yordamida yo'qotish mumkin, bu limfoid tuzilmalarni konsentrlangan (30-40%) lyapis eritmasini yoki zond uchiga shu modda "duri"ni kavsharlab surtsa ham bo'ladi; atrofik faringitni davolash uning yuzasidan yiringli ajralma va qatqaloqlarni har kuni yuvib tashlashni o'z ichiga oladi. Izotonik yoki 1% natriy xlorid eritmasi ishlatib, 200 ml suyuqlikka 10% yod eritmasidan 4-5 tomchi qo'shib yuvish ham mumkin. Halqumni shu eritma bilan muntazam va uzoq vaqtgacha yuvish shilliq parda ta'sirlanishini yo'qotadi, faringitning azobli simptomlarini yumshatadi, halqum

orqa devori shilliq pardasiga vaqti-vaqti bilan lugol eritmasini surtish kurslari o'tkaziladi, kuniga 8 tomchidan 30% kaliy yodid eritmasini suv bilan ichish tayinlanadi, bunda yod yoqish-yoqmasligini tekshirib ko'rish kerak. A vitaminini kuniga 2 tomchidan 2 hafta mobaynida ichish yaxshi natija beradi, halqum shilliq pardasiga dori preparatlarining boshqa tarkiblarini surtish ham mumkin, biroq atrofik faringitda quritadigan, bezlar sekretsijasini pasaytiradigan vositalar ishlatishdan saqlanish kerak, xususan, natriy gidrokarbonat eritmalaridan uzoq vaqt qo'llash maqsadga muvofiq emas, chunki u bezlar sekretsijasini, evkalipt vaoblepixamoylari aktivligini pasaytiradi, qurituvchi xossaga ega va h.k.

- xronik faringitdagi azob beradigan sezgilar-paresteziya, achishish, qurish va boshqalarni halqum orqa devorining yon bo'limlarida novokain blokadalari yordamida, ko'pincha, aloe bilan birga bartaraf etish mumkin: bitta shprintsiga 1 ml novokain eritmasi hamda 1 ml aloe olinadi va halqumning o'rta bo'limi orqa devorining yon qismidagi shilliq pardasi ostiga yuboriladi; boshqa tomondan ham xuddi shunday inyeksiya qilinadi, davolash kursi 8-10 muolajadan iborat, inyeksiyalar 7 kun tanaffus bilan qilinadi;

- mahalliy immunitetni oshirish-IRS, imudon va boshqa.

Kataral angina: yutishda og'riq, gipertermiya, og'iz qurishi, tanglay yoychalari, bodomchabezlar gi peremiyasi. Tanglay bodomcha bezlari (murtaklar) yupqa shilimshiq-yiringli ajralma bilan qoplangan, yallig'langan, kattalashgan; regionar limfadenit.

Folikulyar angina: gipertermiya, yutishda og'riqlar, bodomcha bezlar kattalashgan, gi peremiyalangan, bodomchabezlarning qabariq uchastkalarida shilliq parda ostida yumaloq, to'g'nog'ich boshchasi kattaligidagi sarg'imgir nuqtalar ko'tarilib turadi, tanglay yoychalari gi peremiyalangan, shishgan; regionar limfadenit.

Lakunar angina: gipertermiya, yutishda og'riq, bodomchabezlar kattalashgan, lakunar og'zida ko'p sonli och-sariq rangli, aksariyat bir-biriga qo'shilib ketadigan parda(karash)lar joylashgan, ular osonlikcha ko'chadi va qonab turadigan yuza qoldirmaydi: pardalar bodomcha bezlar tashqarisiga chiqmaydi, tanglay yoychalari yallig'langan; regionar limfadenit.

Yarali-nekrotik angina (Simanovskiy-Plaut-Vensan anginasi): mo'l

soʻlak ajralishi (salivatsiya), yutishda oʻngʻaysizlik va yot jism borligini his qilish, ogʻizdan noxush chirindi hidi kelishi, faringoskopiya bodomcha bezning yuqori qutbi sohasida bir tomonlama sargʻimtir-sariq-yashil parda (karash); parda oson koʻchadi va qonab turadigan yuzani qoldiradi, keyin bu chetlari notekis kratersimon yaraga aylanadi, yangi surtmada koʻp miqdordagi duksimon tayoqchalar va spiroxetalarning topilishi.

Tashxisi:

sovuq qotish, tana haroratining koʻtarilishi, betoblik, ishtaha yoʻqligi, tomoq ogʻrishi, ogʻiz qurishi, intoksikatsiya hodisalarini aniqlash;

kasallik sababini aniqlash (sovqotish, keskin harorat oʻzgarishlarining taʼsiri, bemorlar bilan kontakt, autoinfeksiyani aniqlash);

- kasallik boshlanishining xususiyatlarini (yuqori harorat, yutishda ogʻriq, intoksikatsiya va h.k.) aniqlash;

- intoksikatsiya belgilarini aniqlash (tormozlanish, qusish, limfatik tugunlar tomonidan reaksiya);

- bodomcha bezlarining zararlanish belgilarini aniqlash (bodomcha bezlar shilliq pardasi, yoychalarning keskin giperemiyasi, bodomcha bezlar shishi, bodomcha bezlarida nuqtalar koʻrinishidagi karashlar yoki lakunalar sohasida aniq chegaralari boʻlmagan karashlar yoki bitta bodomga bezida kratersimon yara);

- QUA, SUA, ogʻiz-halqumdan bakteriologik tekshirishga surtma olishni tayinlash;

- skarlatina bilan ("malinasimon til", nekrotik jarayon); difteriya bilan (kulrang zich karashlar, shirinroq-chirindi hidli, qiyinlik bilan koʻchadi, bodomcha bez yuzasi qonab turadi, boʻyin kletchatkasining ifodalangan shishi, surtmada Lefler tayoqchalari); qizamiq bilan (lunjar shilliq pardasida Filatov-Belskiy dogʻlari, tanada toshmalar); infeksiyon mononukleoz bilan (limfatik tugunlarning koʻpgina guruhlari kattalashishi, jigar va taloqning kattalashishi, qonda mononuklear hujayralar); agranulotsitoz bilan (nekrotik va yarali zararlanish, shuningdek, ogʻiz boʻshligʻi, halqum, milk, hiqildoqni qamrab oladi, regional limfatik tugunlar kattalashmagan, qonda leykotsitlar miqdorining keskin kamayishi) solishtirma tashxis oʻtkazish.

Tashxis asoslangandan soʻng UAV taktikasi:

to'shakda yotish tartibini tayinlash;

ta'sirlantirmaydigan iliq ovqat, mo'l vitaminlashtirilgan suyuqliklar;

- antibakterial terapiya; kataral anginada bioparoks (asosi-fuzafunjin antibiotigi, og'iz orqali 4 tadan ingalyatsiya kuniga 4 marta 6-8 kun) ingalyatsiyalari kifoya, augmentin, fenoksimetilpenitsillin, rulid, sedeks, ampitsillin, oksatsillin, ampioks, seporin, tetratsiklin, oleandomitsin, eritromitsin 7-10 kun;

giponsensibilizatsiya qiladigan terapiya (dimedrol, suprastin, diazolin, klaritin);

- issiqni tushiradigan, yallig'lanishga qarshi terapiya (paratsetamol, koldreks);

- tomoqni dezinfeksiyalovchi iliq eritmalar, giyohlarning damlamalari (furatsilin, kaliy permaganat, moychechak, marvarid damlamalari va b.) bilan chayish;

aerozollarni mahalliy qo'llanish (strepsils-plus-sprey, ingalipt, kamfomen, IRS-19, imudon va b.);

asoratlarning belgilari paydo bo'lganda (retrofaringeal, paratonzillar abscess va b.) va konservativ davolash naf bermaganda bemorni LOR statsionarga joylashtirishni tashkil etish.

Til murtagi anginasi: yutishda og'riq, til murtagining giperemiyasi va shishi; yuzasi sarg'imgir karash bilan qoplangan, regionar limfadenit, gipertermiya.

Tashxisi:

- yutishda qattiq og'riq, nutq hosil bo'lishi buzilishiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezda ovqat qabul qilish vaqtidagi travma bilan bog'liqlikni aniqlash;

ko'zdan kechirganda tilni chiqarish va uning ildizini paypaslab ko'rish qattiq og'riq beradi; ba'zan chaynash muskulaturasi spazmi paydo bo'ladi (trizm-jag'larning tirishib qisilishi), hiqildoq ko'zgusi bilan ko'zdan kechirishda til murtagining kattalashgani va giperemiyasi qayd qilinadi, ba'zan nuqtasimon karashlar hosil bo'ladi;

- QUA, SUA, og'iz-halqumdan bakteriologik tekshirishga surtma olishni tayinlash;

- anginaning boshqa turlari, parafaringeal va halqumorti abscessi bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: anginalardagi UAV taktikasiga qaralsin.

Agranulotsitozdagi angina: disfagiya, so‘lak oqishi, og‘izdan chirindi hid kelishi, nekroz sohalar va atrof to‘qimalarda yallig‘lanish reaksiyasiz yarachalar, ular murtaqlarda, halqum orqa devorida, milklarda joylashadi, qonda leykotsitlar miqdorining keskin pasayishi-leykopeniya (500 gacha), donali shakllari (bazofillar, eozinofillar, neytrifillar yo‘qligi, nisbiy limfotsitoz (90% gacha).

Mononukleozdagi angina: bodomcha bezlar gi peremiyalangan, anginaning har xil turlari va halqum differiyasini eslatadigan karash bilan qoplangan; karashlar uzoq vaqt saqlanadi; og‘izdan chirindi hid kelishi; leykotsitoz (20-30 ming) monolimfotsitlar ustunligi bilan.

Tashxisi:

- agranulotsitar anginada - haroratning 40 C gacha ko‘tarilishi, et junjikishi, bo‘g‘imlarda og‘riq, tomoqda qattiq og‘riq, yutishning buzilishi, so‘lak oqishining kuchayishi va og‘izdan chirindi hid kelishiga shikoyatlarni aniqlash; mononukleozda - oddiy anginalardan birining klinikasini eslatadi;

- agranulotsitozni ko‘zdan kechirganda - o‘rta va yoshi ulg‘aygan kishilar, ayollar ko‘proq kasallanadi, umumiy og‘ir holat, skleralar-ning sarg‘ayganligi aniqlanadi, mononukleozda - ko‘proq bolalar va navqiron yoshdagilar kasallanadi, limfa tugunlari avvaliga bo‘yinda, so‘ngra chov, qo‘ltiq osti, abdominal tugunlar kattalashadi, ular paypaslanganda zich, yiringlamaydi, taloq va jigar ham kattalashishi mumkin;

faringoskopiya: agranulotsitozda angina-atrof to‘qimalarning murtaq bezlari, halqum orqa devorida, milklarda joylashgan himoya yallig‘lanish reaksiyasiz nekroz sohalari va yaralari; mononukleozda - bodomchabezlar gi peremiyalangan, anginalarning har xil turlari va halqum differiyasini eslatadigan karash bilan qoplangan; karashlar uzoq vaqt saqlanib qoladi;

- batafsil qon analizini tayinlash - leykotsitlar miqdorining keskin kamayishi-leykopeniya (500 gacha), donali shakllari (bazofillar, eozinofillar, neytrifillar) bo‘lmasligi, nisbiy limfotsitoz (90% gacha) agranulotsitozda va katta miqdorda (15-30 dan 65% gacha) o‘zgartirgan monotsitlar va limfotsitlar, leykotsitoz 10-20 10⁹/l va bundan yuqori, bir yadroli hujayralar ustunligi bilan, ularga protoplazma limfotsitlardagi, yadrolar esa monotsitlardagi kabidir;

Simanovskiy - Plaut-Vensan anginasi, difteriya, o'tkir leykoz bilan solishtirma tashxis o'tkazish, bunda qonni va surtmani mikrofloraga tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng gematologda davolanish.

Surunkali tonzillit: bodomcha bezlar yuzasining notekisligi, kengaygan, destruktiv lakunalar, oldingi tanglay yoychalari chetlarining giperemiyasi vashishi, tanglay yoychalarining bodomchabezlar bilan yopishib qolishi, bodomcha bezlar lakunalarida yiringli-kazeoz tiqinlar yoki suyuq yiring.

Tashxisi:

qaytalanuvchi anginalar, paratonzillyar abscesslar, lohaslik, subfebril harorat, yurak, bo'g'imlar, buyraklar sohasidagi og'riqdan xarakterli shikoyatlarni aniqlash;

kasallikning boshlanish vaqti sababini, o'tkazilgan davolash, qo'shib kelgan kasalliklarni aniqlash;

- tekshirishda limfatik tugunlarning kattalashishi va og'rishini (jag'osti), yumshab qolgan tanglay murtaklari, tanglay yoychalari bilan yamoqli bitishmalar hosil bo'lishi, tanglay yoychalarining shishi, giperemiyasi vazichlashishi, murtaklar yuzasining notekis do'ngchalari borligi, lakunalarda yiringni aniqlash;

QUA, SUA, EKG (zarurat bo'lganda), laboratoriya tekshirishlari ma'lumotlarini talqin qilish;

kardiotonzillogen intoksikatsiyani aniqlash uchun revmatolog konsultatsiyasini uyushtirish;

surunkali tonzillitning kataral angina (yuqori harorat, o'tkir boshlanishi), surunkali faringit bilan (o'zgarishlar murtaklardan tashqarida kuzatiladi), tanglay murtaklari giperplaziyasi (surunkali tonzillit belgilari bo'lmaydi), murtaklarning sildan zararlanishi bilan (o'pkaning sildan zararlanishi borligi, o'lchami va zichligi har xil og'rimaydigan limfatik tugunlar, musbat tuberkulin sinamalari) solishtirma diagnostika o'tkazish.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

toksiko-allergik belgilarisiz I- II darajali surunkali tonzillitning formasida konservativ davolash:

- lakunalarni yuvish, dori surtish, dorilarni intratonzillyar yuborish,
- antibiotiklar, fitonsidlarni ingalyatsiya qilish,

- fiziodavolash (ultrabinafsha nurlatish, UVCH, ultratovush va b.).

Toksiko-allergik belgilari bilan II darajali surunkali tonzillitning formasida (yurak-tomirlar sistemasi, bo'g'imlar va b. tomonidan o'zgarishlar) va konservativ davolash naf bermaganda LOR statsionarda jarrohlik usulida (tonzillektomiya) davolashga tayyorgarlik.

Paratonzillary abscess: yutishda, aksariyat bir tomonlama irradiatsiyali (o'tuvchi) og'riq, quloqqa o'tadi, trizm, zararlangan tomoqda regionar limfa tugunlarining shishi va og'rishi, boshning kasal tomonga engashib, majburiy holat egallashi, og'izda mo'l shilimshiq yig'ilishi, shilimshiqning yopishqoqligi, yumshoq tanglay va oldingi yoychanning bir tomonlama keskin giperemiyasi, shishi, bo'rtishi, tomoqda asimmetriya; regionar limfadenit.

Tashxisi:

- o'ziga xos shikoyatlarni (yutishda va og'izni ochishda keskin og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, bo'shshish, ishtaha buzilishi) aniqlash;

kasallik sababini aniqlash (sovqotish, travma, yot jism, yuqori nafas yo'llari kasalligi va b.);

ko'zdan kechirganda jag' osti sohasining pastki jag' burchagi proyeksiyasida tekislik, paypaslashda jag'osti va tonzillary limfatik tugunlarning kattalashgani aniqlanadi;

faringoskopiyada tanglay murtagi asimmetriyasi va giperemiya, bo'kkanligi, tanglay yoychalarining ko'pincha bir tomonlama, shishi vagiperemiyasi, flutuatsiya borligi va joyi aniqlanadi;

QUA, SUA tayinlash;

- abscess joyda paypaslash, eng bo'rtib chiqqan joy va flutuatsiyada punksiyalar;

- zarurat bo'lganda infeksiyalar va onkolog konsultatsiyasini tashkil qilish;

- o'sma bilan (punksiyada yiring yo'qligi, qon analizida o'zgarishlar yo'qligi), monotsitar angina bilan (tanglay murtagi yallig'lanishi borligi, qondagi o'zgarishlar).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisida davo'lanish.

O'tkir adenoidit: burundan nafas olishning buzilishi, tovushning burundan chiqishi (manqalik), adenoid to'qima giperemiyasi va shishi, burun-halqumda shilimshiq-yiringli suyuqlik, orqa devor bo'ylab yiring oqishi.

Tashxisi:

betoblik, bosh og'risi, harorat ko'tarilishi, burundan nafas olish qiyinlashishi, burun bo'shlig'idan shilimshiq-yiringli ajralmalarga shikoyatlarni aniqlash;

- kasallik sababini, uning davomiyligini aniqlash;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda yuzning kepchiganligi (pastozli), jag'osti va bo'yin limfatik tugunlari kattalashganligi aniqlanadi;

- burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda burun chig'anoqlari shilliq pardasi va shishi, burun yo'llarida shilimshiq-yiringli ajralma, orqa rinoskopiya-halqum murtagi shilliq pardasining giperemiyasi va shishini topish;

- QUA, SUA, burun-halqumdan surtma olib, bakteriologik ekish va mikrofloraning antibiotiklarga sezuvchanligini tekshirish.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

burun-halqumni antiseptik eritmalar bilan chayqatish usulida yuvish;

murtaqlarni giyohlarning eritmaları, propolis bilan yuvish;

burun bo'shlig'iga kukunsimon dori vositalarini insufflyatsiya qilish;

- burunga tomir kengaytiruvchi vositalar;

- o'rinda yotish tartibiga rioya qilish;

- yallig'lanishga qarshi terapiya;

- desensibilizatsiya qiladigan terapiya;

- simptomatik terapiya;

- fiziodavolash;

- iliq ichimlik ichirish.

Adenoidli vegetatsiyalar: yuz skeleti o'sishining buzilishi: uzunlashgan yuqori jag', baland va tor tanglay; yuzning o'ziga xos ifodasi: og'iz yarim ochiq, pastki jag' pastga osilgan, burun-lab burmalarining tekislashganligi; tashxis burun-halqumni barmoq bilan tekshirib oydinlashtiriladi.

Tashxisi:

burundan nafas olishning qiyinlashgani, tunlari xurрак otish, eshitishning pasayishi, burundan to'xtovsiz ajralma oqishi, uyquning buzilishi, lanjlik;

- kasallikning qancha vaqt davom etganligini, uning rivojlanishini, ilgari o'tkazilgan davolashni aniqlashtirish;

- tashqi tomondan ko'zdan kechirishda yuzning adenoidga xos tipini, burun-halqumni ko'zdan kechirishda va uni barmoq bilan tekshirishda - burun-halqum murtagini aniqlash;

QUA, zarurat bo'lganda burun-halqum rentgenografiyasini tayinlash;

Surunkali adenoidit (burun-halqum murtagi sathida patologik ajralma), surunkali gipertrofik rinit (burun chig'anoqlari shilliq pardasining shishi), burun-halqum angiofibromasi bilan (vaqti-vaqtida qon oqib turishi) solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarrohlik usulida davolash (adenotomiya) o'tkazish uchun tayyorlash va LOR statsionarga joylashtirish.

O'smirlar burun-halqum angiofibromasi: 10-15 yoshdagi o'g'il bolalarda kuzatiladi; burundan nafas olish qiyinlashishi, shilimshiq-yiringli ajralmalar, og'zi yarim ochiq, yuzi kerikkan; o'sma qizil rangda, yuzasi silliq, zich, burun-halqumni qisman yoki to'liq to'ldirib turadi.

Tashxisi:

burundan nafas olishning qiyinlashishi, tomoq qirilishi, tovush o'zgarishi (manqalik), spontan mo'l qon oqishlar, umumiy beholikka shikoyatlarni aniqlash;

ko'zdan kechirilganda yuzning adenoid tipi (turi) (shish, og'izning yarim ochiqligi), teri va shilliq pardalarning rangparligi (ikkilamchi postgemorragik anemiya rivojlanishi);

- oldingi va orqa rinoskopiyada tiniq qizil rangdagi yumaloq, silliq yoki do'ngsimon o'sma ko'rinadi, zond bilan paypaslab ko'rilganda zich, burun-halqumni batamom egallab turadi, ba'zan halqumning o'rtasida bo'limiga osilib turadi, paypaslab ko'rilganda o'sma, odatda, qonab turadi, zich, ildizi burun-halqumning yuqori bo'limida boshlanadi;

- endoskopik, rentgenologik (jumladan, kompyuter ham), qator hollarda esa ham angiografik tekshirishlar o'tkazish (o'sma strukturasi va chegaralarini aniqlash);

- xoanal polip, adenoidlar, papillomalar, sarkoma, rako'smasi va adenoma bilan solishtirma diagnostika o'tkazish (biopsiya ma'lumotlari).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng bemorni tayyorlash

va jarrohlik usulida davolash o'tkazish uchun LOR statsionarga joylashtirish.

Til ildizi absessi: yutishda, so'zlashishda keskin og'riqlar, jag'osti sohasi o'rtasidatutash, zich shish borligi, til ildizi giperemiyasi; til shishib ketgan, shishlari tufayli og'iz bo'shlig'iga sig'maydi.

Tashxisi:

surishtirilganda yutishda, so'zlashganda keskin og'riq, tana haroratining 38-39 C gacha ko'tarilishi, behollik, lanjlik, anamnezdan halqum shamollashi yoki til ildizi sohasida suyak yoki boshqa jismdan shikastlanish sababli boshlangan;

- faringoskopiya shishib ketgan shish sababli og'iz bo'shlig'iga til sig'may qolgan;

- bilvositalaringoskopiya til ildizi sohasidagi peremiya aniqlanadi, yiringlik shakllanganda til yuzasidan ko'tarilib turadigan, qo'l tekizilganda qattiq og'riydigan yumaloq shish hosil bo'lganligi aniqlanadi;

QUA (neytrofilyoz, leykotsitoz, SOE (ECHT) oshishi).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng jarrohlik stomatologiya statsionariga joylashtirish.

Halqumorti absessi: uch yoshgacha bolalarda kuzatiladi; gipertermiya, nafas olishda o'zigaxos xirillash, disfagiya, ovqatdan yuz o'girish, manqalik, bolaning boshi bir oz orqaga engashgan; burundan nafas olishning buzilishi burun-halqumda joylashgan absess chaqiradi; faringoskopiya yumshoq tanglayni shpatel bilan oz-moz ko'tariladi va halqum orqa devoridagi bo'rtgan joy aniqlanadi, u orqa yoychani va murtakni oldinga siqib qo'yadi, paypaslab ko'rilganda u yumshoq (fluktuatsiya), punksiyadan yiring chiqadi.

Tashxisi:

ishtaha buzilishi, umumiy holatning o'zgarishi, yutishning, burundan nafas olishning qiyinlashishi, disfagiya, yo'tal, qusishga xos shikoyatlarni aniqlash;

- kasallik paydo bo'lish sababini aniqlash (sovqotish, bundan oldingi kasallik, travma, halqumda yot jism va b.);

obyektiv ko'zdan kechirishda kasallikning spetsifik belgilari (bolaning bezovtaligi, og'zi ochiq, tana harorati ko'tarilishi, manqalik, paypaslab ko'rilganda bo'yin va jag'osti limfatik tugunlarining kattalashganligi);

- halqumning orqa devorini ko'zdan kechirganda shilliq pardaning keskin gi peremiyasi, halqumning yuqori vapastki bo'limlarida bo'rtib chiqqanligini aniqlash;

- sovuq abscess (sekin rivojlanadi, halqum shilliq pardasida gi peremiya bo'lmaydi, harorat normal, ensa sohasida og'riqlar, spetsifik reaksiyalar va rentgenografiya ma'lumotlari), yuqoriga ko'tariluvchi halqum arteriyasi anevrizmasi bilan (pulsatsiya, punksiya ma'lumotlari), soxta bo'g'ma bilan (hiqildoqdagi laringoskopiyada ko'rinadigan tegishli o'zgarishlar) solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisda davolanish.

Parafaringeal abscess: yutishda qattiq og'riq, bosh kasallik tomonga burilgan; pastki jag' burchagi oldida jag'osti sohasi tekislashgani, orqa tanglay yoychasi orqasida bo'rtib chiqish va shish borligi, regionar limfadenit, gi pertermiya.

Tashxisi:

- yutishda keskin og'riqqa, og'izni qiyinlik bilan ochishga shikoyatlarni aniqlash;

anemnez yig'ishda bo'lib o'tgan angina yoki tonzillektomiya, halqum shilliq pardasining travmadan zararlanishi, yiringning so'rg'ichsimon o'siqdan tarqalishi bilan bog'liqlikni aniqlash;

- ko'zdan kechirilganda avvaliga jag'osti sohasining va pastki jag' burchagi proyeksiyasida tekislashganini aniqlash, keyinroq paypaslab ko'rilganda og'riydigan infiltrat kattalashadi, qator hollarda paypaslashda fluktuatsiya topiladi;

QUA (leykotsitoz 10,0-14,0 109/l, SOE soatiga 45-50 mm), SUA, kompyuter tomografiyasi tayinlash.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng LOR mutaxassisda davolanish.

Halqum sili: quyuq ovqat va suyuq ovqat tanovul qilinganda og'riq; sil yaralari tanglay yoychalarida, halqumning orqa devorida, yumshoq tanglayda joylashishi mumkin; yaralarning cheti notekis, o'ydimchuqur, rangi oqimtir pushtirang, yuzasi yiringli parda bilan qoplangan, ikkilamchi infeksiya qo'shilishi og'izdan yoqimsiz, chirindi hid kelishiga olib keladi.

Tashxisi:

- quyuq ovqat va suv ichganda keskin og'riq, tomoqda g'alati sezgi borligi va og'izdan yoqimsiz hid kelishidan shikoyatlar;
 - anamnezda bemorning boshqa a'zolarida sil borligini aniqlash;
- QUA, SUA, yara sohasidagi granulyatsiyalarni mikroskopik tekshirish, Mantu sinamasi, o'pka rentgenografiyasi o'tkazish;
- Zaxm, rak va teri sili bilan solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: asosiy kasallikni ftiziatrda davolash.

Halqum difteriyasi: tovush manqalangan, nafas qiyinlashgan, so'lak oqishi, og'izdan chirindi hid kelishi, murtaklar, tanglay yoychalari, yumshoq tanglayda kulrang karashlar, ular qiyinlik bilan ko'chib, qonaydigan yuza qoldiradi.

Tashxisi:

- manqalangan tovush, nafas olish qiyinlashgani, so'lak oqishi, og'izdan chirindi hid kelishiga shikoyatlarni aniqlash;
- epidemiologik anamnez yig'ish (difteriya tarqalgani);
- faringoskopiya murtaklar, tanglay yoychalari, yumshoq tanglayda kulrang pardalar, ular qiyinlik bilan ko'chib, qonaydigan yuza qoldiradi;
- QUA, SUA, halqumdan olingan surtma va pardalarni bakteriologik tekshirish - difteriya qo'zg'atuvchisini ajratish (fibrinli pardaning kichik qismini ikkita shpatel orasida ezilmay va 2-3 soat ichida laboratoriyaga jo'natiladi yoki shu joyning o'zida Petri kosachasiga elektiv yoki transport muhitiga ekiladi va so'ngra laboratoriyaga jo'natiladi);
 - oddiy anginalar bilan (ular uchun quyidagilar xos: bir muncha o'tkir boshlanadi, tana harorati yuqori bo'ladi, faringoskopiya pardalar lakunalar yo'li bo'ylab yoki fallikullar sohasida joylashadi, shpatel bilan oson ko'chadi, qonamaydi), yarali- nekrotik angina bilan (bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmagan, faringoskopiya murtaklarning bir tomonlama zararlanib, suzmasimon nekrotik massa bilan qoplangan kratersimon yara hosil bo'lishi, og'izdan chirindi hid kelishi), infeksiyon mononukleoz bilan (asta-sekin boshlanishi, jigar, taloq va limfatik tugunchalarning kattalashishi, qonda katta miqdordagi limfotsitlar, ati pik mononuklearlar, M-antigengaantitanalar aniqlanishi) solishtirma tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis aniqlangandan so'ng zudlik bilan infeksiyon (yuqumli kasalliklar) bo'limga joylashtirish.

Halqum zaxmi: halqum zaxmi hamma bosqichlarda aniqlanadi, qattiq shankr labda, lunj shilliq pardasida, tilda, yumshoq tanglay va tanglay murtagida bo'lishi mumkin va jag' osti, bo'yin hamda ensa limfatik tugunlarining limfadentining bir tomonlama zararlanishi bilan tavsiflanadi; ikkinchi bosqich poliadenit bilan tavsiflanadi, faringoskopiya - mis-qizil rangli giperemiya fonidagi tutash shishinqirash tanglay yochalariga, yumshoq va qattiq tanglay shilliq pardasiga tarqaladi yoki yuzasidan ko'tarilib turadigan va qizil hoshiya bilan o'ralgan yumaloq yoki cho'zinchoq shakldagi nim kulrang-oq toshmalar ko'rinishidagi papulalar hosil qiladi.

Tashxisi:

yutishda tomoqda g'alati noqulaylik yoki achishish sezgisiga shikoyatlarni topish;

- anamnezdan bemorning o'zida zaxm topish yoki zaxmli bemor bilan muomalada bo'lganligini aniqlash;

- ko'zdan kechirishda zaxm infeksiyasi borligining boshqa belgilarini (toshmalar, keng kondilomalar hosil bo'lishi, burun, quloq va hiqildoq zararlanganini, tug'ma zaxmda Getchinson triadasini) aniqlash;

Vasserman serologik reaksiyasini o'tkazish (musbat reaksiya), yara va papulalar suyuqligidan oqish treponemalar topish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng venerologda davolanish.

Halqumning xavfli o'smalari: disfagiya, ovqat vaqtida qalqib ketish, tovush (ovoz) buzilishi (o'zgarishi), og'izdan hid kelishi (bolalarda tanglay murtaklaridan chiqadigan limfosarkoma ko'proq kuzatiladi), kattalashgan limfatik tugunchalar.

Tashxisi:

yutish qiyinlashishi, manqalik, halqumda yot jism bordek tuyulishiga shikoyatlarni aniqlash;

- kasallik boshlanishi va rivojlanishini, o'tkazilayotgan davolashni aniqlash;

- ko'zdan kechirilganda yuz asimmetriyasini, limfatik tugunchalar kattalashishini (kechikkan bosqichlarida) topish;

faringoskopiya yuzasi tekis, notekis, yaraga aylangan o'sma borligini aniqlash;

QUA, koagulogramma tayinlash, biopsiya olish va sitologik tekshirishga surtma olish

Onkolog konsultatsiyasini uyushtirish;

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng onkologik statsionarga joylashtirish.

Halqumdagi yot jism: kuchaygan salivatsiya, qusish harakatlari, yutishda og'riq kuchayishi; yot jism burun-halqumda, tomoq sohasida, murtaklarda, til ildizida, til ildizi bilan hiqildoq qopqog'i usti orasida, noksimon bo'shliqlarda tiqilib qolishi mumkin (14- rasm).

Tashxisi:

- salivatsiya, halqumdagi og'riq, ovqatdan qalqib ketishga o'xshash shikoyatlarni topish;

yot jism tushgan vaqti, sababi, xususiyati, ovqat tanovul qilish bilan bogliqligini aniqlash;

- burun-halqum, hiqildoq-halqum, burunni ko'zdan kechirishda yot jismning qayerda joylashganini, shikast borligini aniqlash;

hiqildoq shikasti bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (anamnez, qon oqishi, to'qimalar shishi).

- yot jismning tabiati va joylashuviga ko'ra zarurat bo'lsa maslahat uchun mutaxassislarni (stomatolog, jarroh) taklif qilish.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

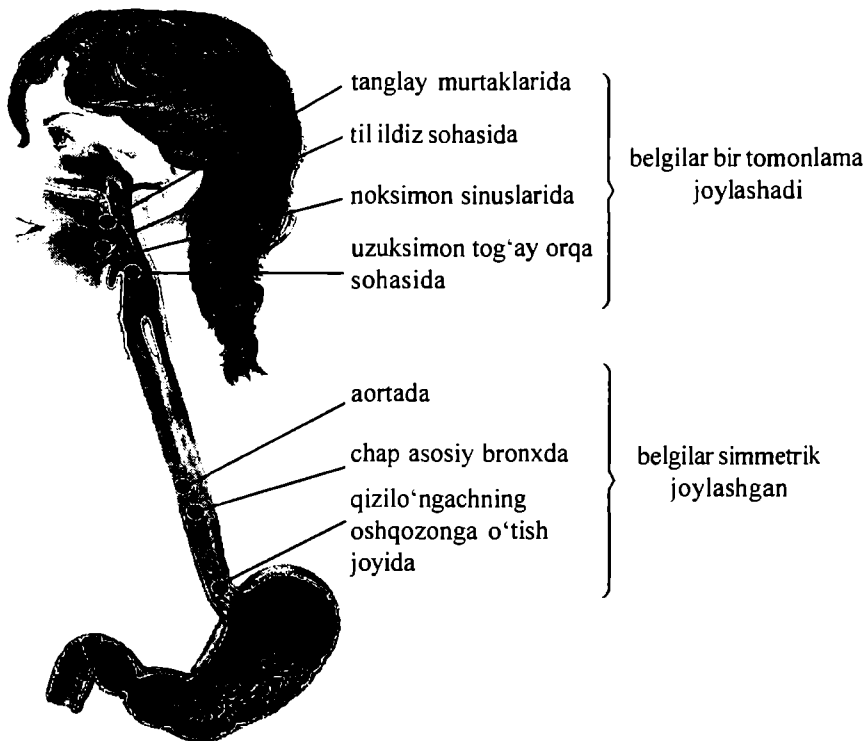
zudlik bilan yordam ko'rsatish (reviziya qilish va yot jismni chiqarish);

- yot jismni chiqarib bo'lmasa yoki asoratlar boshlanishiga belgilar paydo bo'lganda abscess hosil bo'lishi, qon oqishi(ketishi)ning stasionar turini aniqlab gospitalizatsiyani tashkil qilish.

Halqum kandidamikozi: og'iz qurishi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining tutash giperemiyasi; avvaliga giperemiyalangan fonda chegaralangan oq dog'lar paydo bo'ladi, so'ngra ular katta pardalarga qo'shiladi; ular qiyinlik bilan ko'chadi va yumshoq tanglay, tanglay yoychalari, murtaklar, til, lunjlarning ichki yuzasida joylashadi.

Tashxisi:

og'iz bo'shlig'idagi o'ng'aysizlik (og'iz qurishi yoki qichishi), haroratning oz- moz (37,5 37,9 C) ko'tarilishidan shikoyatlarni aniqlash;



14- rasm. Qizilo'ngach, hiqildoq va halqumdagi yot jismlar

anamnezdan disbakterioz borligini, ovqatni hazm qilish buzilishlari, bo'lib o'tgan yuqumli kasalliklarni aniqlash.

faringoskopiya murtaklar(ba'zan bittasi)ning kattalashishi va yengil giperemiyasi, murtaklar yoki yumshoq tanglay, tanglay yoychalari, til, lunjlarning ichki yuzasida orolchalar ko'rinishidagi tiniq oq, g'ovak, tvorogsimon ko'rinishdagi qatlamlar, ular ostidagi to'qimaga shikast yetkazmay ko'chadi;

QUA, SUA tayinlash, halqum shilliq pardasidan olingan qirmalarini tekshirish (mog'or zamburug'i hujayralarining to'plamlarini topish).

Tashxis asoslangandan keyin UAV taktikasi:

zamburuqqa qarshi davolash (nizoral 200 mg kuniga 2 marta,

diflukan 100 mg kuniga 2 marta, levorin 500000 TB kuniga 4 marta, 2 hafta);

organizmning umumiy chidamliligini oshirish (V, S, K guruhidagi vitaminlar), immunomodulyatorlar;

zararlangan o'choqlarga mahalliy 5-10% iyapis eritmasi, 2-5% natriy bikarbonat eritmasi, 1-2% brilliant yashili eritmasi yoki Lugol eritmasi surtish qo'llaniladi;

o'tkazilgan muolaja samarasiz bo'lganda LOR mutaxassisda davolanish.

Skarlatina: "malinasimon til" tilning xarakterli rangi, gi peremiyalangan tanglay murtaklarida, oldingi tanglay yoychalarida kulrang yupqa pardalar uchraydi, ular oson ko'chadi.

Tashxisi:

tomoqda og'riq, harorat ko'tarilishi, lohaslik, qusish, tanada toshmalar toshishiga shikoyatlarni aniqlash;

- epidemiologik sharoit va skarlatina bilan kasallangan bemor bilan kontaktda bo'lganlikni hisobga olish;

- ko'zdan kechirilganda ko'krakda, qorinda, qo'llarning bukiladigan yuzalarida pushtirang mayda nuqtasimon, ba'zan qattiq qichishadigan toshmalar, bo'yin limfadeniti, kasallikning 2 haftasida - terida po'st tashlash, tanada kepaksimon, barmoqlarda plastinkasimon po'st tashlash topilishi;

- faringoskopiya tomoqning qip-qizil gi peremiyasi "yonayotgan tomoq", gi peremiyalangan tanglay murtaklarida, oldingi tanglay yoychalarida, yumshoq tanglayda kulrang, yupqa pardalar bo'ladi, ular oson ko'chadi, tilda yaqqol so'rg'ichlar ko'rinadi (malinasimon til);

QUA tayinlash (neytrofilyoz va yadroli chapga siljish bilan leykotsitoz, SOE (ECHT) tezlashishi, 3-kundan - eozinofiliya);

- tomoqdan surtma olish (toksigen gemolitik streptokokk ajratish), Dik reaksiyasi o'tkazish (0,1 ml termolabil Dik toksini fraksiyasi teri orasiga kiritiladi - kiritilgan joyda teri qizarishi va infiltratsiyasi paydo bo'ladi);

boshqa patologiyadagi anginalar, differiya, qizamiq, qizilcha kabilar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng infeksiyon bo'limga gospitalizatsiya qilish.

Yumshoq tanglay falaji: boshdan kechirilgan difteriya oqibati bo'lishi mumkin, ovqatning suyuqlikni burun orqali oqib tushishi qayd qilinadi; ko'zdan kechirilganda yumshoq tanglayning osilib qolganligi aniqlanadi; ba'zan nevrinining boshqa ko'rinishlari ko'z kipriklar mushagining falaji bilan birga uchrashi mumkin.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng nevropatologda davolanish.

Qizilo'ngachdagi yot jism: go'sht suyaklari va baliq qiltanoqlari, katta go'sht parchalari, tangalar, tugmachalar, jetonlar va shu kabilar bo'lishi mumkin: ko'pincha yot jism qizilo'ngachning boshlang'ich qismida to'xtab qoladi: disfagiya, ko'p so'lak ajralishi, qusish, nafas olish qiyinlashishi qayd qilinadi, og'zi yarim ochilgan holatda; tashxis rentgenologik tekshirish usuli bilan oydinlashtiriladi.

Tashxisi:

- yutishning qiyinlashishi yoki iloji yo'qligi, ovqat tanovul qilishga urinib ko'rilganda orqaga, kuraklarga, qo'lga o'tadigan kuchli og'riqlar bezovta qiladi, odam ovqatdan yuz o'giradi;

anamnezdan ovqat tanovul qilishdan so'ng shikoyat paydo bo'lishini yoki yot jism tushganligi, uning qachon tushgani, imkon bo'lsa, xarakteri va o'lchamlarini aniqlash;

ko'zdan kechirishda kuchli yutinish yoki qusish harakatlari, so'lak ajralishi aniqlanishi mumkin; yot jism qizilo'ngachning pastki bo'limiga tiqilib qolganda bemor vertikal holat olishdan qochishga urinadi (qo'shni a'zolarga bosim tushishi sababli), qornini yoki qovurg'a ostilarini qo'li bilan changallab butun gavdasi bilan pastga engashadi, stulda engashib o'tiradi, oyoqlarini ichiga tortgan holatda yotishni afzal ko'radi;

bir qultum suv berib sinash- bir qultum suv ichish taklif qilinadi, yot jism bo'lganda og'riq paydo bo'lib, bemorning aft-basharasi o'zgarib, yelkalari ucha boshlaydi;

- qizilo'ngach obzor va kontrast rentgenografiyasi (Zemsov usulida bo'yinning yon tomondan rasmini olish) yoki yot jismini, uning qayerda joylashgani va perforatsiya yo'qligini aniqlash uchun frontal tomografiyani tayinlash (retrotraxéal bo'shliq kengayishi traxeya bo'yin qismining havo ustuni soyasi bilan umurtqa pog'onasi o'rtasidagi masofaning ko'payishi); nokontrast yot jismlarda LOR mutaxassis amalga oshiradigan gi pofarin-gozofagoskopiya tashxisning ta'sirchan va davolashning asosiy usuli hisoblanadi.

UAV taktikasi: tashxis tasdiqlangandan so'ng LOR mutaxassis yoki endoskopist tamonidan yordam ko'rsatishni uyushtirish.

Qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi: to'sh orqasida og'irlik, achishish, disfagiya, regugitatsiya, yutishda og'riq; tashxis rentgenologik tekshirish bilan oydinlashtiriladi.

Tashxisi:

to'sh orqasida og'irlik, achishish, disfagiya, regurgitatsiya, yutishda og'riqdan shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezdan bemorda jigar kasalliklarini (surunkali gepatit, jigar sirrozi) aniqlash;

jigarni UTT qilish, qizilo'ngach venografiyasi, qizilo'ngach rentgenografiyasi va endoskopiyasi.

UAV taktikasi: asosiy kasallikni jarroh va terapevtda (jigar sirrozi va b.) davolash.

Halqum shikasti: halqum ichki devorining yuza qavati atrofidagi to'qimalarni zararlantirmay shikastlanadi; shilliq pardaning lat yeyishlari, yuzaki yaralanishlar, sanchilishlar, yumshoq tanglay, ravoqlarning yirtilishlari aniqlanadi.

Tashxisi:

- bemorning og'zidan qon oqishi, tomoqdagi og'riq, nafas olish, yutishning qiyinlashgani, so'lak oqishi (salivatsiya) shikoyatlarini aniqlash;

- shikast yuz bergan vaqtini va sababini yoki jism tushgan bo'lishi mumkinligini aniqlash;

- burun, burun-halqum va hiqildoq-halqumni ko'zdan kechirishda shikast yuz bergan joyni va uning xarakterini, chuqurligini, yot jism tushgan bo'lishi ehtimolini, qon oqishlarni aniqlash;

- QUA tayinlash, qon gruppasi, rezus-omilni aniqlash, hiqildoqni rentgenda tekshirish;

shikastning joylashgan o'rniga qarab, jarroh, stomatolog konsultatsiyasi.

Tashxis asoslangandan so'ng UAV taktikasi:

- shoshilinch yordam ko'rsatish (qon oqishni to'xtatish, yot jismni olib tashlash, traxeostomiya o'tkazish, yaraga ishlov berish, choklar solish);

- yallig'lanishga qarshi, simptomatik va gi posensibilizatsiya qiladigan terapiya tayinlash;

- asorat rivojlanishning xavfi bo'lganda (absesslanish va b.) LOR bo'limga gospitalizatsiya qilish.

Aftoz stomatit: og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasida yumaloq mayda yarachalar, ularning tubida ko'kimtir-sariq karash bo'ladi.

Tashxisi:

- og'iz bo'shlig'ida achishish, og'riq yoki yoqimsiz sezgi bo'ladi, ta'sirlantiradigan ovqat (nordon, sho'r va b.) tanovul qilishda achishish va og'riq kuchayadi;

stomofaringoskopiyada og'iz shilliq pardasida mayda yumaloq yarachalar, ularning tubida ko'kimtir-sariq karash bo'ladi, tanglay murtaklari va halqumning orqa devori inaktiv;

- yarachalardagi karashlarni bakteriologik tekshirish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng stomatologda davolash.

Ludvig anginasi: trizm, so'lak oqishi, og'izdan badbo'y hid kelishi, og'iz bo'shlig'i tubida va jag'osti sohasida zich og'riqli infiltrat. Bu jag'-tilosti mushagigacha tarqaladigan pastki jag'osti uchburchagidagi o'tkir sellulit, odatda, u og'iz bo'shlig'i (jumladan, tishlardagi) yoki halqumdagi septik jarayonlarga bog'liq, immun sistema funksiyasi pasayib ketganda, ko'pincha, anaerob infeksiya tomonidan qo'zg'atilib, bo'yin to'qimalarigacha egallaydi. Infeksiya bo'yin chuqur fassiyasi pastki jag'ga va tilosti suyagiga yopishgan soha bilan chegaralanib qoladi; bu sohada bosim oshadi va yaqqol og'riq paydo bo'ladi. Infeksiya orqaga bo'yinning chuqur bo'limlariga tarqaladi; xavfli asorat - hiqildoq shishi rivojlanishi ehtimoli bo'ladi.

Tashxisi:

- og'izni ochish qiyinlashganiga shikoyatlar, og'izdan badbo'y hid kelishi, tilostida va jag'osti sohasida og'riqlar, so'lak oqishi;

- ko'zdan kechirilganda keskin umumiy intoksikatsiya va betoblik aniqlanadi, pastki jag'osti uchburchagida zichlashgan shish aniqlanadi, paypaslaganda og'riydi, shish, shuningdek, og'iz bo'shlig'i tubiga ham tarqalib, tilni yuqoriga surib qo'yishi mumkin;

- angina va til murtagi absessi bilan (jag'osti sohasida shish yo'q, bilvosita laringoskopiyada til murtagi inaktiv), o'sma bilan (asta-sekin boshlanadi, biopsiya o'tkazish) qiyosiy tashxis o'tkazish.

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng xirurg-stomatologda davolanish, hiqildoq shishi rivojlanganda - shoshilinch traxeotomiya.

Qizilo'ngach o'smasi:

Tashxisi:

yutishda og'riqning quloqqa berilishiga shikoyatlarni aniqlash, tovush afoniyagacha o'zgarishi mumkin, yutish va nafas olishning qiyinlashishi (ayniqsa, qattiq ovqatda), oriqlab ketish va ishtaha yo'qolishi;

anamnez asta-sekin boshlanishi, og'riq va harorat yo'qligini aniqlash, ilgari xirurgik va medikamentoz davolash o'tkazilgan bo'lsa, ularning samaradorligiga baho berish;

ko'krak qafasi a'zolari, qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish, kompyuter tomografiyasini tayinlash (o'smani topish).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng onkologda davolanish.

Qizilo'ngachning chandiqli torayishi: qizilo'ngach kislotalar va ishqorlardan kuyishi natijasida, yaralanganda travmalardan paydo bo'ladi; tashxis anamnezga asoslanib va og'iz bo'shlig'i, halqumda chandiqli o'zgarishlar borligi asosida qo'yiladi.

Tashxisi:

- yutish, nafas olish qiyinlashgani shikoyatlarni aniqlash, faringos-toma yoki gastrostoma borligi;

bilvosita laringoskopiyada hiqildoq qopqog'i usti, og'iz va qizilo'ngach noxsimon cho'ntaklarining chandiqdand o'zgargani yoki shakli o'zgarganini topish;

- anamnezdan kasallik muddati va sababini (kuyish, jarohat qachon va nima sababdan bo'lgan) oydinlashtirish;

- stoma bo'lganda hiqildoqni retrograd pastdan yuqoriga ko'zdan kechirish; QUA, SUA tayinlash, qizilo'ngachni kontrast modda bilan rentgenologik tekshirish yoki kompyuter tomografiyasi, YAMR.

UAV taktikasi: klinik tekshirishga va maxsus tekshirish usullariga asoslanib chandiqli deformatsiya darajasini aniqlash va jarroh, LOR mutaxassis konsultatsiyasini o'tkazish; qizilo'ngach bo'shlig'ining avj olib boradigan torayishi, ezofagitlar, periezofagitlar kabi asoratlar bo'lmaganda;

umumiy quvvatlantiruvchi va so'rib oladigan davolash (aloe, FIBS, lidaza, elastaza);

- fiziotcrapiya;

- qizilo'ngach kasalliklari profilaktikasi (gastro- va faringostomani to'g'ri parvarish qilish);

boshlanayotgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlash va davolanish uchun jarrohga yuborish.

Qizilo'ngach atoniyasi: markaziy (bosh miya travmasi, poliomyelit) va periferik nerv sistemalari zararlanganda (qizilo'ngach nerv chigallari zararlanishi) kuzatiladi; disfagiya qattiq ovqatni yutganda va yotgan holatda bilinadi; rentgenologik tadqiq qilishda qizilo'ngachning kengayishi, yotgan holatda bariyning uzoq vaqt tutilib qolishi, qizilo'ngachda peristaltika yo'qligi aniqlanadi.

Tashxisi:

qattiq ovqatni yutishda qiyinchiliklar borligiga shikoyatlarni aniqlash;

anamnezdan bemorda bosh shikasti, poliomyelit yoki boshqa nevrologik patologiya borligini aniqlash;

-qizilo'ngachni endoskopik va rentgenologik tekshirish o'tkazish (qizilo'ngach kengayishi, yotgan holatda bariyning uzoq vaqt tutilib qolishi, qizilo'ngachda peristaltika yo'qligi).

UAV taktikasi: tashxis aniqlangandan keyin nevropatolog bilan jarroh hamkorligida davolash.

Rossolimo-Bexterev sindromi: faringit hodisalari, teri, soch, tirnoqlarning trofik o'zgarishlari, atrofik ezofagit; me'da axiliyasi va temir tanqisligi anemiyasi bilan birga keladi.

Tashxisi:

tomoqdagi g'alati sezgini aniqlash, tomoqning qurishi, sochlar to'kilishi, tirnoqlarning mo'rtlashishi, ishtaha yomonligi;

ko'zdan kechirganda teri va shilliq pardalarning (qavatlarning) rangparligi, tirnoqlar, sochlarning sinuvchanligi, ularning xiraligi;

- faringoskopiya hiqildoq orqa devori shilliq pardasining oqimtir atrofiyasi;

- QUA tayinlash (gemoglobin darajasi past, eritrotsitlar miqdori kamaygan);

qizilo'ngach va me'dani endoskopik tekshirishdan o'tkazish (atrofiya belgilarini aniqlash);

- me'da shirasini tekshirish (aktivligi pasayib kam ishlanishi).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so'ng gastroenterologda davolanish.

Ezofagit: to'sh orqasida og'riq, achishish, jig'ildon qaynashi va

qusish, bu gorizontal holatda, gavdani oldinga engashtirganda kuchayadi; ba'zan qon aralash qusish bo'ladi.

Periezofagit: to'sh orqasida kuchli og'riq, septik holat belgilari, ko'pincha qon aralash qusish bo'ladi.

Tashxisi:

to'sh orqasida og'riq, jig'ildon qaynashi, qon aralash qusishga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezda qizilo'ngachning travmadan zararlanganini, yot jismlar olib tashlanganini, endoskopik tekshirish o'tkazilganini yoki qizilo'ngach kuyganini aniqlash;

- ezofagitda endoskopik tekshirish o'tkazish (qizilo'ngach shilliq pardasida yallig'lanish hodisalari, eroziyalar va yiringli qatlamlar borligi), periezofagitda qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish o'tkazish (qizilo'ngachning shishdan torayishi, ko'ks oralig'iga va plevra bo'shlig'iga kontrast modda oqib tushishi, ko'ks oralig'i emfizemasi belgilari).

UAV taktikasi: ezofagitda tashxis tasdiqlangandan so'ng konservativ terapiya o'tkazish uchun terapevtik statsionarga joylashtirish; periezofagitda mediastinit rivojlanishining oldini olish maqsadida shoshilinch yordam ko'rsatish uchun zudlik bilan xirurgik statsionarga joylashtirish.

Qizilo'ngachning rivojlanish nuqsonlari:

- halqum divertikullari: halqum orqa devorining eng kuchsiz joyida qizilo'ngachga kirish oldida joylashgan; halqumning mushak pardasi bu yerda halqumning pastki konstruktorining kuchsiz parallel dastalari ko'rinishida joylashgan; divertikul teshigi keng va halqumning bevosita davomi hisoblanadi, qizilo'ngachga kirish oldinga siljigan; divertikul qopchasida mushak tolalari bo'lmaydi va atrof to'qimalar bilan o'sib bitmagan;

qizilo'ngach aplaziyasi: qizilo'ngachning to'liq yo'qligi bilan tavsiflanadi; bu holat hayotga zid; bunday bolalar tug'ilgandan keyin bir necha kun ichida nobud bo'ladilar;

- qizilo'ngach atreziyasi: qizilo'ngachning biror bir qismida bo'sh joy yo'qligi bilan xarakterlanadi; bola hayotining birinchi soatlarida aniqlanadi: og'iz va burundan so'lak va shilimshiqning doimiy ajralib turishi kuzatiladi; emizishga urinishda qattiq yo'tal, nafas qisishi,

sianoz paydo bo'ladi; dastlabki so'rishlardan so'ng sut qaytariladi va og'izga ivimagan holda tushadi;

- qizilo'ngachning tug'ma stenozlari: ko'pincha qizilo'ngachning yuqori uchdan bir qismida, uzuksimon tog'ay sathida, kamroq qizilo'ngachning uchdan bir o'rta va pastki qismida joylashadi; stenozga uchragan uchastka uzunligi har xil bo'lishi mumkin, bolaning og'zi va burnidan ko'piksimon so'lak va shilimshiqning mo'l ajralishi, ivimagan sutni qaytarish qayd qilinadi; stenozning yengil darajasida qizilo'ngachning tutilib qolish simptomlari 1 yoshda va bundan kattaroq yoshda paydo bo'lishi mumkin;

- traxeya-qizilo'ngach oqmalari: bolani emizish vaqtida yo'tal va bo'g'ilish xurujlari paydo bo'ladi; bola nafas olgan va qichqirgan paytda uning me'dasiga havo tushishi natijasida bola qornining dam bo'lishi qayd qilinadi;

- qizilo'ngachning tug'ma kistalari: kistalar qizilo'ngach devorida joylashadi yoki ular bilan yashirin (intim) bo'ladi; kista bo'shlig'i dirildoqsimon yoki suyuq qaymoqsimon suyuqlik saqlaydi; disfagiya hodisalari kista katta o'lchamlargacha yetganda paydo bo'ladi.

Tashxisi:

diagnostikada qizilo'ngachni tekshirishning endoskopik va rentgeno-kontrast usullari katta ahamiyatga ega, ular bo'shliq yo'qligini, qizilo'ngachning to'lish nuqsonini yoki kontrast moddaning traxeyaga oqib o'tishini aniqlashga imkon beradi.

UAV taktikasi: qizilo'ngachning rivojlanish nuqsoni tasdiqlanganda bemorni jarrohlik korreksiyasini o'tkazish uchun tayyorlash va xirurgik statsionarga joylashtirish.

Botulizm: disfagiya botulizmning ilk va keskin yuzaga chiqqan simptomi hisoblanadi; ayni vaqtda til jonsizlanadi, tovush bo'g'iladi va afoniya kuzatiladi; keyinchalik to'liq afoniya rivojlanadi, ko'z simptomlari qo'shiladi: asimmetrik ptoz, diplopiya, konvergensiya buzilishi.

Tashxisi:

yutish qiyinlashgani, ovoz bo'g'ilishi yoki uning yo'qolishi, til jonsizlanishi, ko'zga narsalar qo'shaloq bo'lib ko'rinishiga shikoyatlarni aniqlash;

to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradigan qimmatli belgi anamnezdan konservalangan mahsulotlar va kolbasalarni iste'mol qilishni aniqlashdir;

- ko'zdan kechirishda umumiy darmonsizlik, bemorning tormozlangani, asimmetrik ptoz, konvergensiyaning turli xil buzilishlari, tovush funksiyasining to'afoniyagacha buzilishlari.

UAV taktikasi: tashxis tasdiqlangandan so'ng shoshilinch yordam ko'rsatish uchun zudlik bilan infeksiyon bo'limga joylashtirish (botulizmga qarshi zardob yuborish).

Galvanokaustikadan keyingi reaksiya: giperemiyalangan asosda joylashgan oq karashlar; ko'chmaydi. Operatsiyadan keyingi karash: shilliq parda sathidan unchalik ko'tarilmaydigan oqimtir karash; ko'chmaydi; galvanokaustikadan keyingi karashga o'xshaydi. Krioapplikatsiyadan keyingi reaksiya: yupqa oq nekrotik karash; krionekroz chegarasi hamisha aniq.

Tashxisi:

anamnezda o'tkazilgan jarrohlik amaliyotini aniqlash katta ahamiyatga ega.

UAV taktikasi: tashxis tasdiqlangandan so'ng operatsiyadan keyingi bemorlarni parvarishlash taktikasiga binoan kuzatish.

O'tkir laringit: kasallik to'satdan tomoq xirillashi, qichishishi, achishishi va qurishi bilan tavsiflanadi, oldiniga quruq yo'tal, keyinchalik balg'amli yo'tal kuzatiladi. Tovush hosil qilish funksiyasi disfonianing har xil darajasidan to'afoniyagacha ko'rinishda buziladi (past va yuqori tonallikdagi xirillash).

Tashxisi:

- tomoqda xirillash, achishish, qichishish va qurishga shikoyatlarni aniqlash;

anamnezdan tovush charchashidan keyingi, O'RVI, umumiy va mahalliy sovqotish fonida, travma, hiqildoqqa yot jism tushishidan keyingi shikoyatlarni aniqlash;

laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasidagi shishinqirash va shishganlikni aniqlash, bular tovush burmalari sohasida yaqqolroq bo'ladi, ba'zan shilliq parda bag'riga nuqtasimon qon quyiladi, keyinchalik shilimshiq paydo bo'lib, u qatqaloqqa aylanadi, yo'talishda ular uzilib, tez o'tib ketadigan qon tupurish bilan kechadi;

hiqildoq difteriyasi bilan (fibrinoz yallig‘lanish bilan ostidagi to‘qimalarga intim bog‘langan kulrang pardalar hosil qilish), silning boshlang‘ich formasi bilan (hiqildoqning bir tomonlama zararlanishi - o‘pkaning spetsifik zararlanishi aniqlanadi), hiqildoq zaxmi bilan - eritema bosqichi (zaxm jarayoni hamisha faqat hiqildoqning emas, balki og‘iz-halqumning ham shilliq pardasiga tarqaladi), hiqildoq saramasi bilan (yuz va bo‘yin terisining aniq chegaralanganligi va bir vaqtning o‘zida kasallanganligi) qiyosiy tashxis o‘tkazish.

Tashxis asoslangandan so‘ng UAV taktikasi:

tovush tartibini tayinlash (sukut saqlash tartibi);

achchiq, sovuq ovqatlar tanovul qilmaslik, spirtli ichimliklar ichmaslik va chekmaslik;

- hiqildoq sohasiga isituvchi kompress;

bioparoks (burun orqali ingalyatsiya har 4 soatda 5-7 kun), antibiotiklar eritmalaridan ingalyatsiyalar, agar ular yoqadigan bo‘lsa, masalan: 200 000 TB penitsillin + 250 000 TB streptomitsin + 5 ml izotonik natriy xlorid eritmasi + 2 ml gidrokartizon suspenziyasi yoki 25 ml. dimeksid + 75 ml. fiziologik eritmasi + 2 ml. linkomitsin gidroxloridi + 2 ml. gidrokartizon suspenziyasi + 1 ml. adrenalin gidroxloridi kuniga 1 marta 7-10 kun ;

- yallig‘lanishga qarshi terapiya - erespal - 1 tabletkadan kuniga 2-3 marta, issiq chiqqanda - isitmani tushiradigan terapiya (paratsetamol, koldreks va b.);

- fizioterapiya - augmentin yoki prednizalon bilan hiqildoq sohasiga fonoelektroforez;

- kasallik bir muncha og‘ir formaga o‘tganda yoki bo‘g‘ilish xurujlari rivojlanganda bemorni zudlik bilan LOR stasionarga joylashtirish zarur.

Surunkali laringit: surunkali kataral, giperplastik va atrofik laringitlar farq qilinadi. Hiqildoq shilliq pardasining qaytalanib turadigan yallig‘lanishlari, organizmning sovqotishi, ovozni charchatib qo‘yish, xonalarda chang-to‘zon va gazlarning ko‘pligi, chekish va ichimlik ichish bunga sabab bo‘ladigan omillar hisoblanadi.

Tashxisi:

ovozning tez charchab qolishi, bo‘g‘ilib qolishning har xil darajasi, tomoq qurishi, achishishi, yot jism tushishiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezdan zararli odatlar borligini (chekish, ichimlik ichish), kasbga doir zararlanishlarni (doimo ovozning zo'riqishi, zax, gaz yoki chang-to'zoni ko'p sharoitlarda ishlash) aniqlash;

- bilvosita laringoskopiyada surunkali kataral laringit hiqildoq shilliq pardasining dimlanish gi peremiyasi bilan tavsiflanadi, bu ikkalatovush burmalari sohasida birmuncha yaqqolroq bo'lishi mumkin, shilliq parda ortiqcha nam yoki quruqroq, oz-moz shishgan, har yer-har yerida kengaygan qon tomirlar va shilimshiq to'plamlari ko'rinib turadi; gi perplastik laringit-hiqildog'ining ikkala tomonidan simmetrik shilliq pardagi peremiyasi vagi pertrofiyasi, cho'michsimon sohasida hiqildoq bo'shlig'iga chiqib turadigan cheti o'tmaslashgan ko'ndalang bolishcha ko'rinishidagi gi pertrofiya (paxidermiya), ashulachi ikkala tovush burmalarining erkin chetlarida uchdan bir oldingi va o'rta qismi chegarasida simmetrik 1-2 mm li bitta yoki ikkita yumaloq bo'rtma (ashulachi tugunchalari) hosil bo'lishi mumkin; atrofik laringit jarayon boshlanishida hiqildoq shilliq pardasi gi peremiyasi aniqlanadi, u yaltiragan ko'rinishga ega bo'ladi, keyinchalik gi peremiya yo'qoladi, yopishqoq sekret paydo bo'ladi, qatqaloqlar to'q ko'kimtir rangda, hiqildoq shilliq pardasi oqish, yupqalashgan, atrofi yalangan;

- xavfli o'smalar, zaxm va hiqildoq sili bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (hiqildoqning xavfli o'smalariga qaralsin).

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

etiologik omilni bartaraf qilish, surunkali laringitning hamma turlarida ovoz rejimiga (tartibiga) rioya qilish;

kataral laringitda hiqildoqqa gidrokartizon suspenziyasi bilan antibiotik eritmasini (4 ml izotonik natriy xlorid eritmasi + 150000 TB penitsillin + 250000 TB streptomitsin + 25 mg ximopsin bilan alishtirish mumkin) kuniga 1-2 marta 1,5 2,0 ml dan mahalliy quyish yoki shu eritmani 10 kun mobaynida har kuni ingalyatsiya qilish, hiqildoq sohasiga augmentin va prednizolon bilan elektroforez tayinlash, shu kursdan keyin zarurat bo'lsa, 2% moyli sitral eritmasi bilan ingalyatsiya qilish mumkin, 10 kungacha har kuni 1-2 ingalyatsiyadan;

gi perplastik laringitda qo'zigan davrida kataral laringitdagi kabi davolash, gi perplaziya anchagina bo'lganda LOR mutaxassisda davolanish (zararlangan uchastkalariga kunora 1-2% iyapis eritmasi bilan 2 haftamobaynida kuydirish (tushirovaniye) yoki gi pertrofiya-

langan uchastkalarni lazer bilan destruksiya qilish, ashulachi tugunchalari bo'lganda - ularni olib tashlab, keyin gistologik tekshirish va ularning yopishgan joylariga lazer bilan ishlov berish);

- atrofiyalangan laringitda balg'amni suyultirish va uning osonlikcha ko'chishiga yordam beradigan vositalar tayinlash - halqumni chayish va izotonik natriy xlorid eritmasi bilan ingalyatsiya qilish (200 ml eritma + 5 tomchi 10% yod nastoykasi), bu kuniga 2 marta (1 muolajaga 30-50 ml eritma) 5-6 hafta mobaynida tayinlanadi. Bemor bu muolajalarni o'zi mustaqil bajara olishi mumkin; shilimshiq yoki qatqaloqlar bo'lganda 3-6 kungacha ishqor-moyli ingalyatsiyalar, vaqti-vaqtida moydagi 1-2% mentol eritmasi bilan ingalyatsiya, halqum atrofiyasi bilan uchraganda - halqum orqa devorining yon bo'limlariga aloe va novokain eritmasini shilliq parda osti infiltratsiyasi (2 ml 2% novokain eritmasi + 2 ml aloe), tarkibni har bir tomonga 2 ml dan inyeksiya qilinadi, haftasiga 1 marta, 8 inyeksiya, hiqildoq shilliq pardasi bezsimon apparati faoliyatini kuchaytirish uchun yodni ko'tara olish aniqlangandan keyin 8 tomchidan kuniga 3 marta 2 hafta mobaynida 30% kaliy yod eritmasi, 1 drajedan kuniga 2 marta 2 hafta mobaynida ayevit ichishga tayinlanadi.

Epiglottit:

Hiqildoq usti qopqog'ining o'tkir yallig'lanishi ilk go'dak yoshidagi bolalarda kuzatiladi; yutishda keskin og'riqlar, tomoq xirillashi, og'iz katta ochilgan, bosh orqaga tashlangan; hiqildoq usti qopqog'i giperemiyasi, infiltratsiyasi, shishi. Asosan, **Haemophilus influenzae** infeksiyasiga bog'liq bo'lgan hayotga tahdid soladigan holat. Hiqildoq usti qopqog'i shishi tez boshlanadi va tomoqni ko'zdan kechirishga bo'lgan har qanday urinishlar hiqildoqning o'lim bilan tugaydigan stenoziga olib kelishi mumkin. Tomoqdagi unchalik kuchli bo'lmagan og'riq va yuqori nafas yo'llarining infeksiyasi klinik simptomatikaning kengayib ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Tezda disfagiya va bolaning qichqirishi va tovushida xarakterli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Inspirator stridor jadallik bilan rivojlanadi, davolash o'tkazilmaganda bu bir necha soat ichida nafas yo'llari torayishidan o'lim sodir bo'lishiga olib keladi. To'g'ridan-to'g'ri laringoskopiyaning intubatsiya va traxeostomiya uchun jihozlar bo'lgandagina o'tkaziladi. O'tkir yallig'lanish bor-yo'g'i bir necha kun davom qilganligi tufayli

intubatsiya birmuncha afzal bo‘lib ko‘rinadi, biroq davolash usulini tanlash oxir-oqibatda tibbiyot xodimlarining tajribasiga va mahoratiga hamda anesteziyaning bajarish mumkin bo‘lgan usullariga bog‘liq. Nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligi tiklangandan keyin suyuqlik va antibiotiklarni vena ichiga yuborishni o‘z ichiga olgan medikamentoz davolash o‘tkaziladi.

Tashxisi:

yutishda keskin og‘riqlar, tovush bo‘g‘ilishiga shikoyatlarni aniqlash;

- ko‘zdan kechirishda og‘iz katta ochilgan, bosh orqaga tashlangan;

- bilvosita laringoskopiyada gi peremiya, infiltratsiya, hiqildoq usti qopqog‘i shishi;

yot jismlar, difteriya, halqum orti absessi bilan qiyosiy tashxis o‘tkazish (anamnez yig‘ish, difteriyada o‘ziga xos nim kulrang qiyinlik bilan ko‘chadigan pardalar, bo‘yinning yon tomonlama rentgenografiyasi).

UAV taktikasi: tashxis asoslangandan so‘ng LOR statsionarga shoshilinch joylashtirish, asfiksiya rivojlanganda - krikokonikotomiya, traxeotomiya.

Flegmonoz laringit: nafas olishing qiyinlashishi, disfoniya, disfagiya, yutishda keskin og‘riq, hiqildoq shilliq pardasining xira qizil rangdagi diffuz shishi, yiringli eksudat.

Tashxisi:

- yutishda og‘riqlar, yot jism borligi, bo‘g‘ilish, nafas qiyinlashishi, yo‘tal, tana haroratining ko‘tarilishi;

- kasallik boshlangan vaqtini, bo‘lib o‘tgan kasalliklar, travmalar, kuyishlarni aniqlash;

ko‘zdan kechirishda intoksikatsiya, nafas qisishi, et junjikishi, tana haroratining oshishini aniqlash;

- bilvosita laringoskopiyada kasallik belgilarini aniqlash: hiqildoq shilliq pardasi tiniq qizil, nim kulrang nekroz orolchalari, shilimshiq-yiringli ajralmalar, hiqildoq usti qopqog‘ining kattalashuvi va harakatchanligining cheklanishi, cho‘michsimon-hiqildoq usti burmalari, cho‘michsimon tog‘aylar va tovush burmalarining infiltratlanishi, tovush burmalari va cho‘michsimon tog‘aylar harakatchanligining cheklanishlari;

hiqildoq bo'shlig'i yoki burma osti bo'shlig'ining torayish darajasini aniqlash;

hiqildoq perixondriti (tog'aylar paypaslanganda keskin og'riq), hiqildoq absessi (markazida yiringli nuqta bo'lgan lokal infiltrat) bilan qiyosiy tashxis o'tkazish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

- zarurat bo'lganda mustaqil traxeostomiya o'tkazish;
- LOR statsionarga shoshilinch joylashtirishni tashkil qilish.

Hiqildoqdagi yot jism: muntazam tinimsiz yo'tal, bo'g'ilganlik, hech qanday sababsiz nafas qisishi. Traxeyadagi yot jism: tinimsiz yo'tal, ko'pincha nafas olishning qiyinlashishi, auskultatsiyada yoki bo'yinturuq chuqurchasi sohasi paypaslanganda aniqlanadigan o'ziga xos chapaksimon shovqin.

Tashxisi:

- yo'tal xurujlari, nafas olish qiyinlashishi, yutish, yot jism bordek tuyulgan sezgi, gipersalivatsiya, yutishda og'riqlarga xos shikoyatlarni aniqlash;

yot jism tushish sharoitlarini, uning qandayligini (qanday materialdan), o'lchamlarini oydinlashtirish;

tashqi tomondan ko'zdan kechirishda stenoz belgilarini, yot jismni shovqinli erkin harakat holati belgilari, bronxlar yopilish belgilarini oydinlashtirish;

- bilvosita laringoskopiyada yot jismni topish;
- hiqildoq, ko'krak qafasi a'zolari, qizilo'ngach rentgenografiyasini tayinlash.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

LOR mutaxassisning shoshilinch yordamini tashkil qilish;

- asfiksiyada traxeostomiya o'tkazish;

qanday statsionarga yotqizishni aniqlash (otorinolarologik, ko'krak jarrohligi, reanimatsiya) va gospitalizatsiyani tashkil qilish.

Hiqildoq travmasi: tashqi shikastlar: lat yeyish, bosilish, ular hiqildoq shilliq pardasiga katta qon quyilishlar berishi, nafas qiyinlashishi, afoniya, yutishda og'riq; aksariyat katta yoshdagi bolalarda uchraydi; ichki (instrumental) shikast: intubatsiya vaqtida bronxoskop kiritilganda paydo bo'ladi; simptomatikasi burmaosti laringitidagi singari; burmaosti bo'shlig'ida qon quyish elementlari bilan to'q-qizil shilliq

parda aniqlanadi: hiqildoqning boshqa hududlarida ham qon quyilish izlari bo'lishi mumkin, yo'tal, afoniya, disfoniya, yutishda va fonatsiyada og'riq.

Tashxisi:

- hiqildoq, traxeya sohasidagi keskin og'riq, tovushning o'zgarishi, nafas qiyinlashishi, qon oqishi, bo'yin teri qoplamlarining shikastlanishiga shikoyatlarni aniqlash;

- travma sababini oydinlashtirish;

tashqi ko'zdan kechirishda bo'yin yumshoq to'qimalarining shikastlari, qon oqishlar, gematomalarni topish;

bilvosita laringoskopiyada shilliq pardaning shikastlanganini va hiqildoq bo'shlig'i torayganini, elementlarining surilganini, tog'aylarning shikastlanganini topish;

hiqildoq rentgenografiyasini tayinlash, zarurat bo'lsa, tomografiyalar, QUA (qon umumiy analizi), SUA (siydik umumiy analizi).

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

- shoshilinch yordam ko'rsatish (qon oqishini to'xtatish, jarohatni birlamchi ishlash, hiqildoq tog'aylarini repozitsiya qilish, zarurat bo'lganda me'da zondini kiritish, stenoz hodisasida traxeostomiya qilish yaxshisi statsionar sharoitlarida);

- stenoz hodisasi kuchayib borayotganda, qon oqishlarda va bo'yin yumshoq to'qimalarining katta shikastlarida shoshilinch ravishda LOR statsionarga gospitalizatsiya;

- gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar bo'lmaganda o'rinda yotish tartibini belgilash, yallig'lanishga qarshi, umuman quvvatlantiradigan, gi posensibilizatsiya qiladigan, shishlarga qarshi simptomatik davolash;

- boshlanayotgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlash (shok, qon oqishi, stenoz, xondroperixondrit) va LOR statsionarga joylashtirishni tashkil qilish.

Hiqildoq xondroperixondriti: tovush bo'g'ilishi, yo'tal, disfoniya, disfagiya, hiqildoq konturlarining tekislashishi, bo'yin hajmining kattalashishi, tog'aylarning qalin tortishi, paypaslaganda, yutganda og'riq; cho'michsimon tog'ay zararlanganda cho'michsimon hiqildoq usti qopqog'i burmasining shishinqiraganligi, noksimon bo'shliqning torayishi, hiqildoqning zararlangan tomon yarmining harakatsizligi, tovush burmasining o'rta holatdagi fiksatsiyasi; hiqildoq usti qopqog'i zararlanganda - hiqildoq yuzasining shishinqiraganligi, rigidligi.

Tashxisi:

- nafas olish qiyinlashgani, traxeostoma borligi, tovush bo'g'ilishiga xos shikoyatlarni aniqlash;

- stoma qo'yilgani va intubatsiya o'tkazilgani sababaini aniqlash (infekcion kasallik, nafas yo'llaridagi yot jism, intubatsion narkoz va b.);

- tashqi ko'zdan kechirishda stenoz belgilari, traxeostoma borligini aniqlash;

- bilvosita laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasining rangini, yallig'li infiltratsiyani, cho'michsimon hiqildoq usti burmaning shishinqiraganini, noksimon sinus torayganini, hiqildoq zararlangan yarmining harakatsizligini, tovush burmasining o'rtacha holatda fiksatsiyalanganini; hiqildoq usti qopqog'i zararlanganda uning hiqildoq yuzasi shishinqiraganini va rigidligini aniqlash;

- QUA va SUA, hiqildoqni va ko'krak nafas a'zolarini rentgenologik tekshirishni tayinlash.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: LOR statsionarda davolash.

Hiqildoqning kimyoviy kuyishi: yutishda og'riq, og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoq shilliq pardasining shishi, shilliq pardaning ayrim sohalarida kulrang karash bilan qoplangan yarali yuza aniqlanadi.

Tashxisi:

- yutishda og'riq, ovqat yutishning qiyinlashishi, nafas olishning qiyinlashishi, nafas olish va yo'talishda og'riq, tovushning o'zgarishiga oid shikoyatlarni aniqlash;

kuyish vaqtini, sababini, kuyishga sabab bo'lgan moddaning qandayligini aniqlash;

- tashqi ko'zdan kechirishda og'iz atrofidagi terida kuyish alomatlarini, og'iz shilliq pardasida oqimtir karashlarni topish;

- faringoskopiyada, gipofaringoskopiyada, bilvosita laringoskopiyada halqum, hiqildoq-halqum, hiqildoq shilliq pardasida karash va shishni aniqlash.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

- shoshilinch yordam ko'rsatish: og'iz, halqum, hiqildoq, qizilo'n-gach shilliq pardalariga dori surtish, me'dani neytrallovchi eritmalar bilan yuvish, asfiksiyada traxeostomiya;

zararlanishning og'ir-yengilligi va statsionar ixtisosligi bo'yicha qaysi simptomlarning ko'pligiga ko'ra gospitalizatsiyani tashkil qilish (reanimatsion, otorinolaringologik, kuyish, ko'krak xirurgiyasi).

O'tkir burma osti laringiti (soxta bo'g'ma): 5-8 yoshdagi bolalarda kuzatiladi, tunda paydo bo'ladigan bo'g'ilish xuruji, shovqinli nafas, sianoz, bo'g'iq "akillashsimon" yo'tal, yopishqoq balg'am ajralishi, inspirator nafas qisishi, bunda qovurg'alararo oraliqlar ichiga tortiladi; xuruj davomiyligi bir necha minutdan yarim soatgacha; hiqildoq shilliq pardasi giperemiyasi, tovush boylamlari ostida qizil rangli bolishchalar aniqlanadi.

O'tkir fibrinoz-pardali laringotraxeobronxit: 5-7 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi; o'tkir boshlanadi, og'ir kechadi, burmaosti bo'shlig'ining yallig'li shishi, mo'l shilimshiq-yiringli ajralma; hiqildoqusti qopqog'i, cho'michsimon hiqildoqusti burmalarida, tovush burmalarida, burmaosti bo'shlig'ida sarg'imgir yoki ko'kimtir fibrinoz pardalar aniqlanadi.

Tashxisi:

nafas olish qiyinlashgani, "akillashsimon" yo'talish, tovush bo'g'ilishi, tana haroratining oshishi, umumiy holatning o'zgarishi, to'satdan (aksariyat tunda) boshlanishi va boshqalarga shikoyatlarni aniqlash;

kasallikning har xil sabablarini (sovqotish, yuqumli kasalliklar bilan kontaktda bo'lish, allergik reaksiyalar);

bemorni ko'zdan kechirib torayish bosqichini aniqlash: 1-bosqich nafas olishda burun qanotlari, yordamchi mushaklarni qatnashishi, nafas olish chuqur, biroq odatdagidan soni kam; 2-bosqich nafas tezlashgan, bola notinch, rangi oqargan, tirnoqlari ko'kargan; 3-bosqich - uziq-uziq nafas olish, qovurg'alararo oraliqlari, o'mrovusti- va o'mrovosti chuqurchalarining ichiga tortilishi, yuzning rangi oqargan, zahil, sovuq ter bosgan, burun-lab uchburchagi ko'kargan; 4-bosqichi - bo'g'ilishi yurak-tomirlar faoliyati buzilishi, arterial bosimning tushib ketishi, nafas to'xtashi;

- bilvosita laringoskopiyada laringit belgilarini aniqlash;

- QUA, SUA, ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik tekshirish, balg'amni flora va antibiotikogramмага ekish;

- hiqildoqdagi yot jism bilan qiyosiy tashxis o'tkazish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

zarur bo'lsa shoshilinch yordam ko'rsatish (stenozning 3-4 darajasi) - traxeostomiya yoki intubatsiya o'tkazish;

- bolani LOR stasionarga joylashtirishni tashkil qilish;

- stenozning I darajasida to'shakda yotish tartibini, yallig'lanishga qarshi, gi posensibilizatsiya qiladigan, umuman quvvatlantiradigan, shishga qarshi davolash, bug' ingalyatsiyalarini tayinlash;

- boshlanayotgan asoratni (torayishning avj olib borishi) o'z vaqtida aniqlash;

- kasallik dinamikasiga baho berish, davolashdan naf bo'lmaganda bolani LOR stasionarga jo'natish.

Hiqildoqning saramasli yallig'lanishi: boshlanishi to'satdan, et junjikishi, disfoniya, hiqildoq usti qopqog'i shilliq pardasi, cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimon hiqildoqusti burmalarining to'q-qizil rangga kirishi va infiltratlanishi; odatda, ayni vaqtda yuz, bosh va bo'yin terisining saramasli yallig'lanishi kuzatiladi.

Tashxisi:

- et junjikishi, tovush bo'g'ilishi, yuz, bo'yin terisida qizil rangli og'riqli sohalar paydo bo'lishiga shikoyatlarni aniqlash;

ko'zdan kechirishda yuz, bo'yin va bosh terisida chegaralari jug'rofiy karta kabi aniq bo'lgan, paypaslaganda og'riydigan va harorati oshgan qi p-qizil sohalar aniqlanadi;

- laringoskopiya hiqildoqusti qopqog'i, cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimon burmalar shilliq pardasining qi p-qizil rangi va infiltratlanishi.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: infeksiyon bo'limga joylashtirish.

Qizamiq laringitining shish-varali formasi: qizamiq kechishining ikkinchi haftasida aniqlanadi; cho'michsimon soha, qorincha burmalari, hiqildoq qorinchalari limfoid to'qimasi follikullarining infiltratsiyasi, yaraga aylanishi, qi p-qizil rangga kirishi, ular shishgan bolishchalar bilan o'ralgan; fonatsiyada tovush burmalari harakati chegaralangan.

Tashxisi:

tovush bo'g'ilgani, nafas olish qiyinlashganiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezdan 1-2 hafta ichida qizamiq bo'lganligi aniqlanishi;

bemorni ko'zdan kechirishda qizamiq infeksiyasining boshqa belgilari topilishi (dog'simon-papula xarakteridagi pigmentlanishga o'tadigan toshmalar, oyoq-qo'llarda kepaksimon po'st tashlash);

- epidemiologik sharoitni hisobga olish;

laringoskopiyada shishgan bolishchalar bilan o'ralgan cho'michsimon soha, qorincha burmalari, hiqildoq qorinchalarining infiltratsiyasi, yaraga aylanishi, qip-qizil rangga kirganini aniqlash; fonatsiyada tovush burmalari harakati chegaralangan.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: hiqildoq shishi paydo bo'lish xavfining oldini olish maqsadida infeksiyon bo'limda LOR mutaxassis nazorati ostida davolashni tashkil qilish.

Laringospazm: uch oylikdan to ikki yashargacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi; to'satdan paydo bo'ladi; shovqinli davomli nafas olish uziq-uziq nafas olish bilan almashinadi, bolaning boshi orqaga tashlangan, bo'yin mushaklari taranglashgan; xuruj 10-30 sekund davom qiladi; davomli bo'g'iq nafas olish ingrab nafas chiqarish bilan almashinadi va nafas tiklanadi; xuruj vaqtida bevosita laringoskopiya yordamida hiqildoqusti qopqog'ining buralib bujmayib qolganligi, cho'michsimon-hiqildoqusti burmalarining o'rta chiziqqa kelib qolishi, cho'michsimon tog'aylarning bir-biriga yaqinlashganligi va ag'darilganligi aniqlanadi.

Tashxisi:

onasidan bola yo'talganidan, kulganidan yoki qo'rqqanidan to'satdan shovqinli davomli nafas olishi, uning boshni orqaga tashlagan holda uziq-uziq yuzaki nafas bilan almashinishiga shikoyatlarini aniqlash;

anamnezdan raxit, sun'iy ovqatlantirish, bosh miya istisqosi borligini aniqlash;

- ko'zdan kechirishda hiqildoqusti qopqog'ining orqaga ketib qolishi va uning so'rilib qolishi (stridoroz nafas) hisobiga hushtakli nafas olishni aniqlash, xastalik zo'rayib ketgan hollarda og'izdan ko'pik chiqib, oyoq-qo'llar changak bo'lib qolib (jarayonga MNS qo'shilishi), nafas to'xtashi kuzatiladi, xuruj 1-2 s davom qiladi, so'ngra asta-sekin bartaraf bo'ladi, og'ir hollarda bolaning o'limi yuz berishi mumkin;

- laringoskopiyada organik o'zgarishlar yo'q.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

- xuruj uch shoxli nervni qandaydir ta'sirlantirish (igna sanchish, chimchilash, shapatilab urish, qusish refleksi, aksirish chaqirish) bilan bartaraf qilinishi mumkin;

- bemordan asta-sekin va chuqur nafas olish so'raladi va shu vaqt ichida ko'z soqqalarini bosh barmoqlar bilan 2-3 s ohista bosish kerak;

- nevropatolog va psixoterapevt ko'rigini uyushtirish;

- tahdid soladigan hollarda konikotomiya va traxeostomiya bajarilishi kerak.

Hiqildoqning tug'ma membranasi: aksariyat tovush burmalari sathida joylashadi, biroq burmaosti bo'shlig'ida, hiqildoqqa kirishda, cho'michsimon bo'shliqda bo'lishi ham mumkin; membranalar shakli bo'yicha ponasimon, ularning ustki yuzasi yassi, pastki yuzasi ichiga botgan; fonatsiyada membranalar tovush burmalaridan yuqorida yoki pastda burma hosil qiladi; membranalar kulrang-oq rangda, yaltiroq.

Traxeyaning tug'ma torayganligi: nafas olish va chiqarish nafas qiyinlashgani qayd qilinadi, nafas shovqinli, ko'karish; bronxoskopiyada traxeya bo'shlig'i o'rtasida joylashgan diafragma ko'rinishiga ega; torayish tepasida shilliq pardaning yallig'lanish o'zgarishlari yo'q; kamdan-kam uchraydi.

Hiqildoqning tug'ma kistasi: simptomatikasi 4 oylik yoshdan boshlanadi; nafas olishda hushtaksimon shovqin, kista hiqildoqusti qopqog'i yaqinida, lateral joylashgan, u hiqildoqusti qopqog'i erkin chekkasini, cho'michsimon-hiqildoq usti burmasini ikkiga bo'lib turadi, har gal nafas olishda hiqildoq bo'shlig'iga kiradi, turli joylarda: valekulalar, qorincha burmalari, hiqildoq qorinchasi, tovush burmalarida joylashishi mumkin. O'lchamlariga ko'ra kista tovush burmasini, qisman tovush yorig'ini va hatto qarama-qarshi tovush burmasini yopib turishi mumkin; bunday hollarda hiqildoqning tovush funksiyasi ham, nafas funksiyasi ham zarar ko'rishi mumkin.

Hiqildoqning tug'ma stridori: hiqildoq tashqi halqasi nuqsoniyumshoq, buralgan hiqildoqusti qopqog'i, yaqinlashib qolgan cho'michsimon-hiqildoq usti burmalari bilan xarakterlanadi, ular nafas olishda hiqildoq bo'shlig'iga so'rilib qoladi, hiqildoq mushaklari atoniyasi; klinik jihatdan nafas olishda hushtaksimon shovqin sifatida yuzaga chiqadi.

Laringomalyatsiya: bu atama ostida hiqildoqning tog‘ay skeleti va mushak sistemasining taraqqiy qilmaganligi tushuniladi. Tug‘ma stridor hollarining uchdan bir qismidan ko‘prog‘i laringomalyatsiyaga bog‘liq. Bunda bola aktiv harakat qilganda kuchayadigan va yotgan holatida kamayadigan klassik inspirator stridor kuzatiladi. Bola hayotining dastlabki oylarida stridor avj oladi, so‘ngra esa asta-sekin o‘zicha o‘tib ketadi.

Tashxis endoskopiya yordamida bola mustaqil nafas olganda aniqlanadi. Kasallikning klassik belgilari: hiqildoqusti qopqog‘i grek harfi omega shaklida; cho‘michsimon–hiqildoq usti boylamlari kalta; cho‘michsimon tog‘aylarning ortiqcha shilliq pardasi yumshoq (g‘ovak). Nafas olishda tog‘aylar ichkariga tortiladi va hiqildoq bo‘shlig‘ini bekitib turadi. 90% dan ortiq hollarda tashxis qo‘yilgandan keyin tekshirishga boshqa hojat qolmaydi. Ota-onalarni xotirjam qilish va to‘liq sog‘ayganlikni nazorat qilish uchun muntazam ko‘zdan kechirib turish kerak. Og‘ir laringomalyatsiyada nafas va ovqatlanishning turg‘un buzilishlari (me‘da-qizilo‘ngach refleksi natijasida) bolaning o‘sishi va rivojlanishini kechiktirishi mumkin.

Hozirgi vaqtda laringomalyatsiyani davolashda traxeostomiya o‘rniga ko‘pincha cho‘michsimon-hiqildoqusti plastikasi: cho‘michsimon-hiqildoqusti boylamlarini ajratish va ortiqcha shilliq pardani kesib olib tashlash o‘tkaziladi.

Traxeya gi poplaziyasi: traxeya(kekirdak)ning umumiy o‘sib yetilmaganligi, hamma o‘lchamlarining kamayishi, bo‘shlig‘ining torayishi va elastikligi yo‘qolishi bilan kuzatiladi.

Traxeomalyatsiya: yo‘tal, qon tupurish, shovqinli nafas, nafas qisishi qayd etiladi; yo‘tal vibratsiya (tebranish) tabiatiga ega; traxeya kavagi diametri birmuncha kattalashgan; bronxoskopiyada traxeya orqa devorining bo‘rtib chiqishi, tog‘ay halqalari orasidagi masofaning kengligi, tog‘ay halqalari kengligining kamayishi aniqlanadi.

Laringotsele: disfagiya, yutishning qiyinlashuvi, boshni burishda noqulaylik sezish; laringoskopiyada hiqildoq qorinchasidan chiqadigan va tovush yorig‘ini yopib turadigan sharsimon tuzilma aniqlanadi; nafas olishda tuzilma kichrayadi, fonatsiyada kattalashadi.

Traxeyaning tomir nuqsonlaridan bosilishi: aorta ravog‘ining ikkiga bo‘linishi bola hayotining dastlabki 6 oylarida stridor bilan o‘tadi;

stridor simptomi bola hayotining birinchi yili oxirida aorta ravog'i chappa boradigan arterial boylam bilan o'ng tomonlama joylashganda paydo bo'ladi, traxeya, shuningdek, odatdan tashqari joylashgan uyqu va o'mrovosti arteriyalaridan bosilishi mumkin.

Tashxisi:

- nafas, yutish buzilishi, tovush bo'g'ilishi, afoniya, yo'tal borligi, ovqat vaqtida qalqib ketish, nafas qisishi va unga xos bo'lgan shikoyatlarni aniqlash;

anamnezda onada homiladorlikning o'tish xususiyatlari, yaqin qarindoshlarida rivojlanish nuqsonlari borligini aniqlash;

- obyektiv tekshirishda hiqildoq ko'rinishidagi o'zgarishlar, ichga tortilish borligi, nafas olishda ko'krak qafasidagi yumshoq joylar, suyuqliklar ichishda qalqib ketish, teri qoplamlari va shilliq pardalarining ko'kimtirilgini aniqlash;

- QUA, SUA, hiqildoq va traxeya bo'yin bo'limini, qizilo'ngachni kontrast modda bilan rentgenografiya qilish, ko'krak qafasi a'zolarini rentgenda tekshirish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

- nafas va ovqat o'tkazish funksiyasining buzilish darajasini hisobga olib, otorinologik yoki xirurgik stasionarga joylashtirishni tashkil qilish.

Hiqildoq papillomatozi: asosan o'g'il bolalarda kuzatiladi; tovush bo'g'ilishi, shovqinli nafas; laringoskopiyada oldingi komissura sohasida joylashgan, gulkaramni eslatadigan kulrang yoki oqish-pushtirang tuzilmalar aniqlanadi; ular hiqildoq qorinchalari sohasida va hiqildoq qopqog'ining hiqildoq yuzasida kamroq joylashadi.

Tashxisi:

- tovush bo'g'ilib to uning yo'qolishigacha shikoyatlarni aniqlash va nafas olish qiyinlashuvining asta-sekin osha borishi;

- laringoskopiyada oldingi komissura sohasida joylashgan, gulkaramni eslatadigan oqish-pushtirang tuzilmalar aniqlanadi; ular hiqildoq qorinchalari sohasida va hiqildoq qopqog'i hiqildoq yuzasida kamroq joylashadi.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

Tashxisni oydinlashtirish uchun LOR mutaxassisga yuborish (bevosita laringoskopiya o'tkazish va biopsiya olish) va keyinchalik jarrohlik yo'li bilan davolash.

Hiqildoqning xavfli o'smasi: erkaklarda ko'proq (12.5 1) 50-60 yoshlarda paydo bo'ladi, hiqildoq dahlizi o'smalari erta metastaz berib, ayniqsa, xavfli hisoblanadi, chunki bu yerda limfosistema yaxshi rivojlangan bo'ladi. O'smalar ekzofit va endofit o'sishi mumkin. Tovush bo'g'ilishi, tovushning charchashi, yutishda og'riqlar, og'izdan badbo'y hid kelishi, balg'amga qon aralashib kelishi, regional limfa tugunlarining zichlashishi bilan yuzaga chiqadi; o'sma hiqildoqusti qopqog'ida, cho'michsimon-hiqildoq usti burmalarida, tovush va qorincha burmalarida, burmaosti bo'shlig'ida joylashishi mumkin.

Tashxisi:

tovush bo'g'ilishi, yo'tal, tomoq achishishi, og'izdan badbo'y hid kelishi, yutishda yoqimsiz sezgilar, balg'amda qon, tovush charchashi, tembrining o'zgarishi, jarangdorligi va softligi kuchining pasayib ketishi, so'zlashuvda qo'shimcha kuch sarflash va keyinroq - afoniya, yuz bergan o'zgarishlar doimiy va orta boradi, o'sma hiqildoqning yuqori bo'limlarida joylashganda yutishning buzilish simptomlari - tomoqda go'yo bo'lak borligi, so'lak oqishi, ovqat yutish vaqtida va yutishda qiynalish, ba'zan quloqlarda lo'qillagan og'riq, kechikkan bosqichlarida befarqlik paydo bo'lishi va ishtaha yo'qolishi - bemorlarning ozib ketishiga shikoyatlarni aniqlash;

- anamnezdan zararli odatlarni - ichkilik ichish va chekish, anilin bo'yoqlari, xrom va radiaktiv moddalar bilan ishlash, nutqni uzoq vaqtigacha kasb sababli charchatib qo'yish;

tashqi ko'zdan kechirishda hiqildoqni paypaslaganda og'riq sezgilari (hiqildoqning ikkilamchi perixondriti), hiqildoq har tomonlama surilganda hiqildoq tog'aylarining normada aniqlanadigan qisirlashi yo'qolishi, regional limfa tugunlarining katta shishi va harakatchanligi (bo'yin, iyakosti, o'mrov usti);

laringoskopiyada hiqildoq devorlarida o'sma borligi asosiy belgi hisoblanadi, ularning katta-kichikligi va joylashgan o'rni har xil bo'lishi mumkin, g'adir-budir yuzaligi ko'proq uchraydi, biroq u silliq bo'lishi ham mumkin (endofit o'sishda); birmuncha kechikkan davrda o'sma yuzasida oqimtir karash bilan qoplangan yarachalar bo'lishi mumkin, fonatsiyada hiqildoqning zararlangan yarmida harakatning cheklangani yoki to'liq harakatsizligi (III-IV bosqichlarda) yoki tovush burmasi harakatining cheklanishi bo'lishi mumkin.

- o'sma konturlarini va uning chegaralarining to'qimalar ichkarisiga qanchalik tarqalganligini aniqlash uchun hiqildoqni kontrast rentgenografiya qilish va tomografik tekshirishni tayinlash;

hiqildoq papillomatozi (yaraga aylanmay va ostidagi to'qimani infiltratlamay yuza bo'yicha o'sib qalinlashadi va gulkaramni eslatib so'rg'ichsimon o'sma ko'rinishiga ega), gi perplastik laringit (hiqildoq ikkala yarmining simmetrik shikastlanishi), paxidermiya (cho'michsimon bo'shliqda yassi yuzada o'sib qalinlashish va muguzlanish), hiqildoq sili va zaxmi (qunt bilan analiz yig'ish va tegishli laboratoriya tekshirishlari), skleroma bilan (nafas yo'lining anchagina qismi - burun va halqum chandiqli o'zgarishlarga moyil, jarayon simmetrik, yaraga aylanmaydi) qiyosiy tashxis o'tkazish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi:

Tashxisni LOR-onkologda oydinlashtirib (bevosita laringoskopiya o'tkazish va biopsiya olish), keyin davolash.

Hiqildoq difteriyasi: afoniya, yo'tal, ovqat yeyayotganda qalqib ketish; tovush burmalarida zich yopishgan kulrang karashlar topiladi; pardalar olib tashlangandan so'ng shilliq parda yuzasi qonaydi.

Tashxisi:

ping'illagan, bo'g'iq tovushdan shikoyatlar, qiyinlashgan shovqinli stenotik nafas, so'lak oqishi, og'izdan badbo'y hid kelishi;

- epidemiologik anamnez yig'ish (difteriya avj olishi);

laringoskopiya tovush burmalarida kulrang parda, ular qiyin ko'chib, qonaydigan yuza qoldiradi;

QUA, SUA, halqumdan olingan shilimshiq va pardalarni bakteriologik tekshirish, difteriya qo'zg'atuvchisini ajratish (olingan pardaning ozgina qismini ikkita oyna orasida eziladi va laboratoriyaga 2-3 soat ichida yuboriladi yoki shu joyning o'zida Petri kosachasiga elektiv yoki transport muhitiga ekiladi va laboratoriyaga jo'natiladi).

UAV taktikasi: tashxis aniqlangandan so'ng shoshilinch ravishda infeksiyon bo'limga joylashtirish, asfiksiya rivojlanganda - konikotomiya va traxeostomiya.

Hiqildoq zaxmi: tovush bo'g'ilishi, hiqildoq shilliq pardasining zaxmli eritemasi, tovush, shuningdek, qorincha, cho'michsimon hiqildoqusti burmalarida papulalar.

Tashxisi:

- tovush bo'g'ilishi yoki tovushning butunlay yo'q bo'lib qolganiga shikoyatlarni aniqlash, uchlamchi bosqichda nafas olish qiyinlashishi;
 - anamnezdan bemorda zaxm borligini yoki zaxmli bemor bilan jinsiy yaqinlik bo'lganini aniqlash;
 - laringoskopiyada ikkilamchi bosqich tovush burmalari, cho'michsimon tog'aylar va hiqildoqusti qopqog'i shilliq pardasining tutash zaxmli eritemasi, shuningdek, tovush, vestibulyar, cho'michsimon hiqildoq usti burmalarida va hiqildoqusti qopqog'ida papulalar va keng (serbar) kondilomalar hosil bo'lishi bilan kuzatiladi; uchinchi bosqich ko'pincha hiqildoqusti qopqog'ida gümma hosil bo'lishi bilan o'tadi, parchalanganda va ikkilamchi infeksiya tushganda gümmoz yara hosil bo'ladi, u asoratlanishi va shish, hiqildoq flegmonasi, artriti yoki xondroperixondriti ko'rinishini berishi mumkin, oqibati yulduzsimon oqimtir-sariq chandiqlardan to hiqildoq torayishiga olib keladi (nafasning qiyinlashishi);
 - Vasserman reaksiyasini tayinlash, zararlangan joydan biopsiyaga olingan to'qima bo'lakchasi gistologik tekshirish, bemorni sil borligiga tekshirish (o'pka rentgenografiyasi, Mantu sinamasi);
 - xavfli o'sma va hiqildoq sili bilan qiyosiy tashxis o'tkazish (hiqildoqning xavfli o'smalariga qaralsin).
- Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: venerologda LOR mutaxassisning konsultativ ko'riklari bilan davolanish.
- Hiqildoq sili: disfagiya, nafas buzilishi, disfoniya; sil yaralari va infiltratlari hiqildoqusti qopqog'i sohasida, cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimon-hiqildoqusti burmalarining orqa yuzasida joylashganda yutishda og'riq, tovush bo'g'ilishi, yo'tal kuzatiladi, shishgan pushtirang ko'rinishdagi sil infiltratlari tovush burmasida bir tomonlama, hiqildoqusti qopqog'ida, cho'michsimon tog'aylarda, cho'michsimon-hiqildoqusti burmasida joylashishi mumkin.
- Tashxisi:
- yutishda og'riq borligi va nafas tomonidan shikoyatlarni aniqlash, tovushning turli xil buzilishlari (xirillash, tovush bo'g'ilishi yoki uning butunlay yo'q bo'lib qolishi);
 - anamnezdan bemorda sil borligi yoki sil bilan kasallangan bemor bilan kontakti aniqlash;

laringoskopiyada sil jarayoni aksariyat cho'michsimon yuza, cho'michsimon tog'aylar va tovush burmalarining unga yopishgan sohalariga zarar yetkazadi, odatda, bu giperemiya, infiltratsiya yoki yara hosil qilish bilan bir tomonlama zararlanish;

o'pka rentgenografiyasi, QUA, SUA, Vasserman reaksiyasi va Mantu sinamalarini tayinlash;

hiqildoqning o'sma jarayoni va zaxm bilan qiyosiy tashxis o'tkazish, bunda zararlangan soha biopsiyasi katta yordam beradi.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: ftiziatrda davolanish.

Skleroma: tomoq qurishi, tovush o'zgarishi, yo'tal, balg'am qiyinlik bilan ko'chadi; skleroma infiltratlari tovush burmalari ostida, tovush va qorincha burmalarida (ko'pincha fiziologik toraygan joylarda, keyinchalik bu sohalarda toraytiruvchi chandiqlar hosil bo'ladi) joylashadi.

Tashxisi:

nafas olish qiyinlashganiga, balg'am qiyinlik bilan ko'chadigan yo'tal, burunning qo'shilib kelgan zararlanishida burun qurishi, bitishi va u orqali nafasning qiyinlashganiga shikoyatlarni aniqlash;

ko'zdan kechirishda bemor navqiron yoshda, anmnezdan simptomlarining asta-sekin orta borishi;

- laringoskopiyada tovush boylami osti bo'shlig'ida ikkala tomondan simmetrik joylashgan egri-bugrisimon oqimtir-pushtirang infiltratlar borligi, tovush burmalari sohasida yaralarga aylanmagan, burmalar harakati cheklangan gomogen infiltratsiya, chandiqlik hosil qilganida diafragmalar ko'rinishidagi bitishmalar hosil bo'lishi, atrofik formasida qatqaloqlar va chirigan mevalar hidini eslatadigan hid borligi;

- hiqildoqni kontrast rentgenologik tekshirish, Vasserman reaksiyasi va komplementni bog'lash reaksiyasi (skeroma antigeni bilan), infiltratni gistologik tekshirish bilan biopsiya (Volkovich-Frish tayoqchasi, Mikulich hujayralari, Russel tanachalari);

hiqildoqning o'sma jarayoni, sil va zaxm bilan qiyosiy tashxis o'tkazish.

Tashxis tasdiqlangandan keyin UAV taktikasi: LOR mutaxassisda davolanish.

Hiqildoq falaji: tovush burmalari fonatsiyada va nafas olishda harakatsiz, odatda, intermedial holatda turadi.

Qaytuvchi nerv falaji: bir tomonlama falajlikda tovush burmasi oraliq holatda bo'ladi; tovush bo'g'ilishi, yengil nafas qisishi bilan o'tadi; ikki tomonlama falajlikda tovush burmalari fonatsiyada va nafas olishda harakatsiz, intermedial holatda bo'ladi; disfoniya, jismoniy harakatda nafas qisishi.

Qaytuvchi nervning bir tomonlama falaji: tovush burmasi oraliq yoki intermedian (chuqur nafas olish bilan fonatsiya o'rtasidagi o'rtacha) holatda bo'ladi va harakatsiz. Tovush burmalari falajlari chaqaloqlar stridorining muhim sababi bo'lib qolmoqda. Tovush burmalarining ikki tomonlama falaji, odatda, stridor, sianoz va apnoe bilan yuzaga chiqadi, vaholanki, bir tomonlama falajda simptomatika birmuncha yumshoq (disfoniya). Bir tomonlama falajlik kam kuzatiladi, biroq bu uni diagnostika qilishning qiyinchiliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bolalarda ovqatlanishning buzilishlari ikkala formasida bir xil ko'p uchraydi. Tashxis endoskopiya yordamida qo'yiladi, bunda bir yoki ikkala burmalarning o'rta yoki para o'rta holatdagi fiksatsiyasi qayd qilinadi. Ba'zan burmalarning nafas olishda paradoksal yaqinlashuvi uchraydi, bu fenomenni diafragma harakatlarini kuzatib va nafas sikli fazalarini aniqlab topish mumkin. Bemor mustaqil nafas olganda tolali-optik laringoskopdan qattiq laringoskop afzal, chunki tovush burmalarini paypaslash va burmalarning chin falajini uzukcho' michsimon bo'g'im ankilozidan farq qilish imkonini beradi. Bolalarda tovush burmalarining sabablari nevrologik kasalliklar bo'lishi mumkin; meningomiyelotsele Arnold-Chiari malformatsiyasi bilan; gidrotsefaliya; tug'ruq travmasi; xirurgik travma, ayniqsa, traxeo-qizilo'ngach oqmasi bartaraf qilinganda va tug'ma yurak poroklarini korreksiya qilishda. Markaziy falajliklar aksariyat ikki tomonlama, periferiklari esa bir tomonlama bo'ladi. Aftidan, bolalarda tovush burmalari falajlari hollarining taxminan uchdan biri idiopatik bo'ladi; ko'pincha u boshqa rivojlanish nuqsonlari, asosan nafas va yurak-tomir sistemalari va qizilo'ngach nuqsonlari bilan birga uchraydi. Spontan sog'ayish, odatda, bola hayotining dastlabki 6 oylari ichida ro'y beradi. Birmuncha kech spontan sog'ayishlar ham tasvirlangan, biroq bunday hollarda har xil asoratlar: hiqildoq mushaklari atrofiyasi, sinkineziyalar va uzuk cho' michsimon bo'g'im ankiлоzi kuzatiladi. Erta sog'ayish ko'proq orttirilgan va bir tomonlama falajlikda kuzatiladi.

Tashxisi:

- tovush bo'g'ilishiga, tovushning tezda charchab qolishiga, nafas qiyinlashishiga xos shikoyatlarni aniqlash;

kasallikning ehtimol tutilgan sabablarini (infektsion kasalliklar, qalqonsimon bezning kattalashuvi, bo'yin va ko'ks oralig'i o'smalari, bo'yin, hiqildoq travmalari va b.) aniqlash;

tashqi ko'zdan kechirishda teri qoplamlarining rangparligi, hiqildoq stenozi belgilari qayd qilinadi;

- bilvosita laringoskopiyada kasallik belgilarini aniqlash: hiqildoqning bir yoki ikkala yarmi harakatining cheklangani, tovush yorig'ining torligi, tovush burmalarining yoki ulardan birining harakatsizligi;

QUA, SUA qilish, ko'krak qafasi va ko'ks oralig'i a'zolarini rentgenologik tekshirish, hiqildoq rentgenografiyasi;

nevropatolog, endokrinolog, foniatr konsultatsiyasini tashkil qilish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: davolash simptomlarning og'ir-yengilligi, etiologiyasi va prognozga bog'liq. Og'ir va avj olib kechgan taqdirda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash uchun intubatsiya va traxeostomiya qilish talab etiladi. Ular bir tomonlama falaji bo'lgan bemorlarning uchdan bir qismiga va ikki tomonlama falaji bo'lgan 75% patsiyentlar uchun zarur bo'ladi;

- o'tkir stenoz holatida traxeostomiya, intubatsiya o'tkazish;

- stenoz belgilari paydo bo'lganda - bolani LOR stasionarga yuborish.

Ko'kyo'tal: tovush bo'g'ilishi, yo'tal xurujlari, hiqildoq shilliq pardasi gi peremiyasi; kengaygan tomirlar va qon quyilish izlari ko'rinib turadi; orqa komissura va burmaosti bo'shlig'i sohasidagi limfoid to'qimagi pertrofiyasi.

Tashxisi:

- quruq xurujsimon yo'talga shikoyatlarni aniqlash;

epidemiologik anamnezni aniqlash (kasal yoki uzoq vaqtdan buyon yo'talib yurgan bola bilan birga bo'lish);

ko'zdan kechirishda bir necha qisqa, ketma-ket keladigan tez yo'tal silkinishlari, ular hushtakli entikib nafas olish bilan almashinadi, so'ngra yana xuruj qiladi (reprizlar), yo'tal xurujlari yopishqoq balg'am ajralishi va aksariyat qusish bilan o'tadi, bemor yuzi kerikkan, ba'zan terisi va skleralariga qon quyilgan bo'ladi;

- laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasi gi peremiyasi; kengaygan

tomirlar va qon quyilish izlari ko'rinadi; orqa komissura sohasida va burmaosti bo'shlig'idalimfond to'qima gi pertrofiyasi;

- QUA tayinlash (leykotsitoz, ECHT noromal yoki sekinlashganda limfotsitoz);

- "yo'tal plastinkalari" usulida yoki paxta tampon yordamida bakteriologik tekshirish.

Tashxis tasdiqlangandan so'ng UAV taktikasi: infeksiyada davolanish.

Halqumning og'iz bo'shlig'i a'zolaridan obstruksiyasi; tilosti yo'li kistasi, mikrognatiya bilan til ptozi, makroglossiya, diafragma churrasi bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

O'smalar, ko'ks oralig'i a'zolari kattalashishi: qalqonsimon bez o'smalari (timoma), limfosarkoma, leykozlarda limfatik tugunlarning kattalashishi, tug'ma va orttirilgan bo'qoq, sil, sarkoidozda limfogradu-lematoz, ko'ks oralig'i limfodenopatiyasi.

Nevrogen stridoz: bolalarda, ko'pincha, nevrozlarda paydo bo'ladi.

Tovushning o'ta charchashi: uzoq vaqt ashula aytishda, uzoq vaqt qattiq qichqirishda paydo bo'ladi.

Gipotireoz: tovush past, dag'al, ayniqsa, yig'lash paytidabilinadi.

Tug'ma yurak porogi: dag'al tovush o'pkagipertenziyasi vaqtida paydo bo'ladi, bunda tomirlar qaytuvchi nervdan bosiladi.

Lor a'zolari patologiyasida umumiy amaliyot vrachining amaliy ko'nikmalari

Quloqni tozalash:

Ikki usulda: nam yoki quruq usulda o'tkaziladi.

Quloqni tozalashning quruq usuli:

zondga (paxta ushlagich) paxtani o'raganingizda eshituv yo'li yoki nog'ora pardasi terisini shikastlab qo'ymaslik uchun uning o'tkir uchini paxta bilan yaxshilab yoping;

- quloqni tozalashda nog'ora pardasini shikastlanishdan saqlash uchun peshona reflektoridan foydalanib, albatta, ko'z nazoratida ehtiyotlik bilan harakat qiling;

- uchiga paxta o'ralgan zondni tashqi eshituv yo'liga 2,5 sm gacha ichkariga yoki nog'ora pardasigacha ehtiyotlik bilan kiriting;

- zondning yengil aylanma harakatlari bilan quloqni arting;

- paxta ushlagichdan foydalanilgan paxtani toza paxta bilan oling;

- bu manipulyatsiyani quloqdan olingan paxtaquruq bo'lmaguncha takrorlang;

Quloqni Janne shpritsi va dezinfeksiya qiladigan eritmalar bilan yuvishning nam usuli:

-bemordan buyraksimon tog'orachani quloq ostida ushlab turishni so'rang;

- quloqni peshona reflektori bilan yoriting;

- chap qo'l bilan quloq suprasini yuqoriga va orqaga (kattalarda) torting, o'ng qo'lda tana haroratiga yaqin (aks holda vestibulyator apparat ta'sirlanib, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish ro'y berishi mumkin) iliq suyuqlik (masalan, 1: 5000 furatsilin) to'ldirilgan Janne shpritsini ushlab turing;

shprits uchligini tashqi eshituv yo'li pardasimon-tog'ay bo'limining orqa yuqori devori sohasiga qo'ying, shprits uchligining tashqi eshituv yo'li devorlarini yoki hatto nog'ora bo'shlig'ini tasodifan shikastlab qo'yishidan saqlash uchun chap qo'l bilan quloq suprasini tortib, barmoqlardan uchlikning eshituv yo'liga to'satdan kirishiga yo'l qo'ymaydigan tayanch hosil qiling;

oltingugurt qo'llag'ini yuvib tushirish yoki quloqni sanatsiya qilish uchun shprits porsheni bilan kuchi mo'tadil oqim hosil qiling.

Attikni Gartman bo'yicha yuvish:

- bemordan buyraksimon tog'orachani quloq ostida ushlab turishni so'rang;

- uchi chetga qayrilgan maxsus kanulani oling, yuvish uchun iliq eritma (furatsilin va b.) tortiladigan 20 grammlı shprintsğa ulang va nog'ora parda perforatsiyasi orqali nog'ora bo'shlig'ining yuqori bo'limlariga (attik) kiriting;

nog'ora bo'shlig'i devorlari yoki nog'ora pardasini kanuladan tasodifan shikastlanib qolishiga yo'l qo'ymaslik uchun chap qo'l bilan quloq suprasini cho'zib, shprints uchun jarohatlanishga to'sqinlik qiladigan barmoqlardan tayanch hosil qiling;

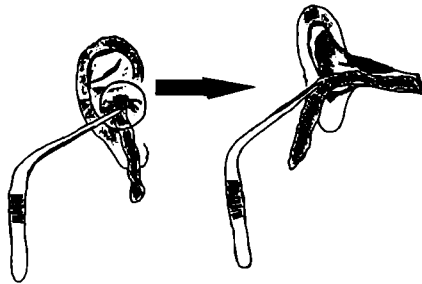
- attikni yaxshiroq sanatsiya qilish uchun shprints porsheni bilan o'rtacha kuchli oqim hosil qiling.

Tashqi eshituv yo'liga doka tasmalarni kiritish (15- rasm):

tashqi eshituv yo'lini to'g'rilash uchun chap qo'l bilan quloq suprasini orqaga va yuqoriga (kattalarda) cho'zing;

- quloq pinseti bilan loka tasmani uchidan ushlab (uzunligi ko'pi bilan 5 sm maxsus buklangan yoki dori moddasi bilan ho'llangan ensiz doka tasma), uni eshituv yo'li bo'ylab 2,5 sm gacha ichkariga ehtiyotlik bilan suring;

- pinsetni chiqarib, doka tasmani uchidan 1-1,5 sm qoldirib yana ushlab va uni nog'ora pardasiga tekkuncha ehtiyotlik bilan suring.



15- rasm. Tashqi o'tkir otitni davolashda doka tasmani tashqi eshituv yo'liga kiritish usuli

Quloqlarga dori tomizish:

- quloqni tozalashni o'tkazing;
vestibulyar apparatni ta'sirlantirmaslik uchun (kalorik reaksiya) tomchilarni tana haroratigacha iliting;
- bemorning boshini qarama-qarshi tomonga engashtiring;
- chap qo'l bilan quloq suprasini orqaga va yuqoriga cho'zib, ko'z pipetkasi bilan 5-10 tomchi dori tomizing;
- quloqda tomchilar 10-15 minut tutib turilgandan so'ng tomchilar undan oqib chiqishi uchun bemorning boshini kasal qulog'i tomoniga aylantiring;
- shundan so'ng eshituv yo'lini zondga o'ralgan paxta bilan bir necha marta artib quriting.

Kukunsimon dori moddalarini purkash (insufflyatsiya):

quloqqa kukun purkashdan oldin tashqi eshituv yo'lini qunt bilan tozalash kerak. Purkashni har xil kukun purkagichlar (insufflyatorlar) yoki quloq voronkasi bilan o'tkaziladi:

voronka uchini kukunning bir qismi voronka kovagiga tushishi uchun kukunga botirib oling;

- voronka uchini quloq yoki burunga qo'ying va rezina ballon bilan kukunni changlating.

Dori vositalarini transtimpanal yuborish (16- rasm):

vestibulyar apparatning ta'sirlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun tomchilarni tana haroratigacha iliting (kalorik reaksiya);

- bemor boshini qarama-qarshi tomonga engashtiring;
- taxminan 2 ml miqdordagi dori tarkibini iliq holda eshituv yo'liga nog'ora pardadagi mavjud perforatsiya orqali quyuing;
- barmoq bilan supachani qayta qisib, 5-10 s ichida ehtiyotlik bilan ichkariga suring, bunda bemor ko'pincha og'zida dori ta'mi paydo bo'lganligini aytadi (17- rasm).

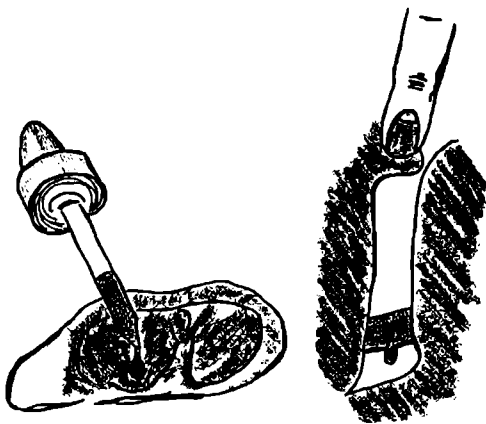
Evstaxiy paylariga Politser bo'yicha havo yuborish:

- quloq balloni boshligini o'ng tomondan burun dahliziga kiriting, uni chap qo'lning II barmog'i bilan tutib turing, I barmoq bilan esa hermetiklik yaratish maqsadida burun chap qanotini burun to'sig'iga bosing;

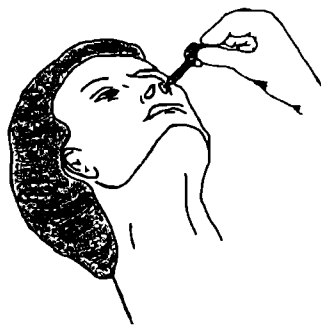
- otoskopning bitta boshligini tekshirilayotgan odamning tashqi eshituv yo'liga kiriting va bemordan "paroxod" yoki "bir, ikki, uch" so'zlarini talaffuz qilishni so'rang, unli tovush talaffuz qilinayotganda o'ng qo'lning to'rtta barmoqlari bilan ballonni qising (I barmoq tayanch vazifasini bajaradi);

- unli tovush talaffuz qilinayotganda havo yuborish paytida yumshoq tanglay orqaga og'adi va burun-halqumni ajratadi; havo burun-halqumning yopiq bo'shlig'iga kiradi va hamma devorlarni bir tekisda bosadi; havoning bir qismi kuch bilan eshituv paylari og'ziga o'tadi, bu otoskopda xarakterli tovush bilan aniqlanadi;

Politser usulida havo yuborish burunning chap yarmi orqali ham shunday bajariladi.



16- rasm. O'rta quloq bo'shlig'iga dori tomchilarni transmeatal yuborilishi.



17- rasm. Dori moddalarini burunga tomizish.

Burunning qonaydigan zonasini lyapis bilan kuydirish:

kuydirish (tushlash) oldidan qonab turgan joyga vodorod peroksidga ho'llangan paxtani bosib qon oqishini to'xtating yoki kamaytiring, so'ngra shilliq pardani unga 5% kokain eritmasi yoki boshqa anestetikka ho'llangan turundani bosib og'riqsizlantiring;

- spirtovka alangasida qizdirilgan metall zond uchini 2-3 s ga kristalik lyapis kukuniga tushiring; bunda lyapis uchlikka marvarid ko'rinishida kavsharlanadi va so'ngra uni qonab turgan joyga bosing;

- shilliq parda yoki teridagi ortiqcha lyapisni izotonik natriy xlorid eritmasi bilan neytrallang.

Burunning oldingi tamponadasi:

eni 1-1,5 *sm*, uzunligi 60-80 *sm* steril doka tampon, burun kornsangi yoki tizzasimon pinset, burun ko'zqusini taxt qilib qo'ying;

- og'riqsizlantirish maqsadida oldindan shilliq pardaga 2-3 marta anestetik (2% dikain eritmasi va b.) surting;

- doka tasмага gemostatik tarkib shimdiring va pinsetning qisilgan branshlari orasidan o'tkazib oz-moz siqing;

- tamponlashni doka tasmanm burun tubiga uning dahlizidan to xoanalargacha batartib qilib bajaring: doka tasmani tizzasimon pinset yoki Gartman burun qisqichi bilan uchidan 6-7 *sm* qoldirib ushlang va burun tubidan to xoanlarigacha kiriting;

har gal pinsetni burundan chiqaring va burun tubiga kiritilgan doka tasma qatlamini bosib turish uchun qaytadan doka tasmasiz kiriting, so'ngra yangi doka tasma qatlamini kiriting va h.k.

Burunning orqa tamponadasi:

taxminan 3x2,5x2 *sm* o'lchamdagi tugunchasimon tampon tayyorlang, uni uzun (20 *sm*) ikkita ipak iplar bilan qo'shuv alomati shaklida bog'lang, bog'lashdan so'ng bitta ipni qirqing, qolgan uchtasini esa qoldiring;

- orqa tamponadani burunning qonayotgan yarmiga ingichka rezina kateter kiritishdan boshlang, uni burun-halqum orqali halqumning o'rta bo'limidan chiqqunicha o'tkazing;

- kateterni qisqich yoki pinset bilan ushlang va uni og‘iz bo‘shlig‘i orqali tashqariga chiqaring;

kateter uchiga tamponning ikkita ipini bog‘lang va kateterni burun tomonidan ungabog‘langan iplar bilan birgatortib, tamponni og‘iz orqali burun-halqumga yaqinlashtiring, bunda o‘ng qo‘lning ko‘rsatkich barmog‘i bilan (bemorning o‘ng tomonida turganda) tamponni yumshoq tanglay orqasiga o‘tkazing va uni tegishli xoanaga qattiq qising;

burun orqali chiqarilgan ikkita ipni qattiq torting, so‘ngra burunning shu yarmini doka tasma bilan tamponlang va burun katagini kirish joyidai plarni doka bolishcha ustida bog‘lang;

og‘izda qoldirilgan 3-ip uchini leykoplastir bilan lunjga mahkamlang (bu tamponni olib tashlashga xizmat qiladi).

Gaymor bo‘shlig‘ini punksiyasini o‘tkazish texnikasi:

- shilliq parda teshiladigan joyda (pastki burun chig‘anog‘i ostidagi pastki burun yo‘lida uning oldidan oxiridan 1,5-2 *sm* ichkarida yopishgan joyida) uni 2-3% kokain yoki adrenalin bilan dikain eritmasini takroran surtib qunt bilan anesteziya o‘tkazing;

- teshishda shu maqsad uchun maxsus mo‘ljallangan Kulikovskiy ignasidan foydalaning, teshish vaqtida oz-moz qarshilikdan keyin ignaning bo‘shliqqa tushib ketayotganligini his qiling;

- bemordan tilini chiqarishni va iyagi ostida chayilgan suyuqlikni tushishi uchun buyraksimon tog‘orachani ushlab turishni so‘rang;

- bo‘shliqqa o‘rtacha bosimda yuvadigan suyuqlikni (1:5000 furatsilin eritmasi yoki 0,9% fiziologik eritma) 10- yoki 20- gramml shprints yordamida kiriting.

Halqumga dori surtish:

muolajani, albatta, ko‘z nazoratida o‘tkazing, buning uchun shpatel va peshona reflektoridan foydalaning;

zondga paxta bo‘lakchasini o‘rang, menzurka yoki ko‘z vannachasiga quyilgan dori eritmasida ho‘llab oling;

- og‘iz bo‘shlig‘ini reflektor bilan yoritib, zondni tomoqqa halqum

orqa devoriga tekkuncha kiriting (tilni oldindan shpatel bilan bosib turing);

- halqum orqa devoriga tez harakatlar bilan surting va surtadigan asbobni olib qo'ying;

- har gal zondga o'ralgan quruq paxta cho'tkachani dori eritmasiga botirib olib, shilliq pardaga 2-3 marta surting.

Tanglay murtaklari lakunalarini yuvish:

- oddiy 20- gramml shprintsiga dori moddani (antiseptik eritmalar, antibiotiklar eritmaları va b.) to'ldiring;

- uni uchi yumaloqlangan va 90 burchak ostida qayrilgan metall kanulaga ulang;

bemordan iyagi ostida chayindi suvlar uchun buyraksimon tog'orachani ushlab turishni so'rang;

kanula uchini ko'z nazorati ostida navbatma-navbat hamma lakunalarga kiriting va bosim ostida ularga dori suyuqligini yuboring, suyuqlik oqib chiqayotganda lakunalar ichini yuvadi.

Bemor buyraksimon tog'arachaga tuflyadi. Muolaja yuvilgan suvlar toza bo'lguncha davom ettiriladi.

Limfa tugunlarini paypaslash:

chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan o'ng quloq regionar limfatik tugunlarini tashqi eshituv yo'lidan oldinga, pastga, orqaga paypaslang;

o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan chap quloq limfatik tugunlarini xuddi shunday paypaslang;

limfatik tugunlarni o'ng tomondan paypaslashda o'ng qo'lni tekshirilayotgan odam boshining tepa qismiga qo'ying, chap qo'l falangalarining uchlarini to'qimaga yumshoq botirib uqalovchi harakatlar qiling;

limfatik tugunlarni chapdan paypaslashda chap qo'l boshning tepa qismida turadi, o'ng qo'l bilan esa paypaslang;

jag'osti limfatik tugunlarini tekshirilayotgan odamning boshini oldinga bir oz engashtirib, jag' osti sohasida barmoq falangalarining

uchlari bilan pastki jag'ning o'rtasidan chekkasiga tomon yo'nalishda yengil uqalash harakatlarini bajaring;

chuqur bo'yin limfatik tugunlarini avvaliga bir, keyin ikkinchi tomonidan paypaslang: bemor boshini bir oz oldinga engashtiring, limfatik tugunlarni o'ng tomondan paypaslashda o'ng qo'l ni tekshiriluvchi boshning tepa qismiga qo'ying, chap qo'l bilan esa barmoq falangalari uchlarni to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushagi oldingi chetini oldingi tomon to'qimasini yumshoq chuqur botirib uqalovchi harakatlar qiling, chap qo'l boshning tepa qismida, o'ng qo'l bilan esa paypaslanadi.

Traxeokanulani ishlatish:

- traxeyada va kanulada qatqaloq hosil bo'lishining oldini olish uchun bemor nafas olayotgan havoni namlash lozim;

- terining shilinishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida traxeotomik kanula qalqonchasi ostidagi paxta-dokali qistirmani ho'l bo'lishi bilan yangilang, traxeostoma tevaragiga esa rux surtmasi yoki Lassar pastasini surting;

- qatqaloq hosil bo'lishini profilaktika qilish uchun va infeksiyaga qarshi kurash maqsadida operatsiyadan keyingi davrda traxeotomik kanulaga sutkasiga 5-6 marta 5% natriy gidrokarbonat eritmasi, antimikrob preparatlarning eritmalari, masalan, neomitsin (10 ml fizeritmaga 100 000 TB), furatsilin (1:3000), 5% dioksidin eritmasidan tomizing, proteolitik fermentlar (40 ml fizeritmaga 25 mg dan ximotripsin yoki ximopsin) qo'llaniladi; traxeostomaga ruxsat etilgan bo'lsa-da, moylar (vazelin, shaftoli, oblepixa moyi) tomizishni suiiste'mol qilmaslik lozim;

- aseptika qoidalariga rioya qilingan holda muntazam aspiratsiya o'tkazing, chunki kanula, traxeya va bronxlarda doimo shilimshiq, balg'am, operatsiya tugashi bilan esa jarohatdan ajralma ham yig'iladi, bularni bemor yo'talda ajrata olmaydi;

- so'rishni uchi qayrilgan va yon teshiklari bo'lgan yumshoq rezina yoki plastinassa kateterlar bilan, traxeotomik naycha kavagi diametri-ning yarmidan ko'p bo'lmagan tashqi diametrida so'rish rejimini boshqarish uchun uchlikdan foydalanib ehtiyotkorona amalga oshiring;

- naychani alishtirish oldidan yo'tal refleksini kamaytirish uchun traxeyaga 1-2% dikain bilan adrenalin eritmasini tomizib, uni anesteziya qiling;

- naycha olib tashlangan taqdirda zudlik bilan, bir necha sekund ichida shunday o'lchamdagi oldindan taxt qilib qo'yilgan boshqa kateterni kiritganingiz ma'qul;

yangi naycha kiritishda maxsus o'tkazgich (provodnik) dan foydalaning, bu vazifani qizilo'ngach buji yoki oddiy yumshoq rezina kateter bajarishi mumkin.

LOR a'zolari kasalliklarining profilaktikasi, bemorlarni reabilitatsiya qilish va dispanserlash.

Umumiy amaliyot vrachi (UAV) LOR a'zolarining quyidagi kasalliklari bo'lgan bemorlarning reabilitatsiyasini va dispanserlashni amalga oshiradi:

- 1) surunkali tonziloltilar,
- 2) surunkali otitlar,
- 3) surunkali laringitlar.
- 4) surunkali rinitlar
- 5) operatsiya qilingandan keyingi holat.

Otorinolariningologik bemorlarni dispanserlash

Otorinolariningologik kasalliklari bo'lgan katta yoshdagi odamlar va bolalarni dispanserizatsiya qilishda anamnez ma'lumotlarini tahlil qilib, quyidagi "xavf omillarini": O'RVI, yuqori nafas yo'llari va quloqning qaytalangan o'tkir kasalliklari, bola organizmi va uning ota-onasining sensibilizatsiyasi, ota-onasi va yaqin qarindoshlarining surunkali kasalliklari, shu jumladan, vegeto-tomirlar distoniyasi, o'smalarni aniqlash zarur.

Homiladorlik va tug'ruqlarning noqulay kechganligi, sun'iy ovqatlantirish va to'yimli ovqatlar yemaslik, ota-onalarning ichkilikbozligi, bolaning boshidan kechirgan shikastlari, immunitet tanqisligi holati, jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, kattalarda -chang-to'zonli, sershovqin xonalarda ishlashni hisobga olish lozim.

Burun va burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari

Burun va uning bo'shliqlari kasalliklari bo'lgan bolalarni dispan-

serlashda rinitlar va sinvitlar, jumladan, allergik turlari hisobga olinadi. Ayniqsa, bolalar va o'smirlarda burun kasalliklari burun orqali nafas olishning buzilishlariga olib keladi, bu bolaning jismoniy va aqliy rivojlanishiga va boshqa a'zolari va sistemalari kasalliklarining kechishiga ta'sir qilgani bois ehtimol tutilgan asoratlarning oldini olish zarur. Agar o'tkir rinit uzoqqa cho'zilganda uning surunkali formasiga o'tishining oldini olish lozim. Agar kasallikning sababi bartaraf etilmas ekan, hatto rinitni o'z vaqtida davolash to'liq bo'lmaydi. Surunkali rinitda asosiy xavf omillariga organizm sensibilizatsiyasini, surunkali adenoidit, sinvit, burun to'sig'i deformatsiyasi va nuqsonlari, ayniqsa, burun chig'anoqlaridagi kamchiliklar, shuningdek, yaqin qarindoshlaridagi surunkali rinitni ko'rsatib o'tish mumkin. Surunkali sinvitda burun va burun yondosh bo'shliqlarining rivojlanish nuqsonlari, burundan nafas olish buzilgan burun bo'shlig'i va burun-halqum patologiyasi, adenoidit, burun va burun yondosh bo'shliqlarining shikastlari, qarindoshlardagi surunkali sinuit, sinuitni davolashdan keyingi sog'ayish davri asosiy xavf omillari bo'lib xizmat qiladi. Dispanser ko'rigida mashqlarni tavsiya qilish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Burundan nafas olish buzilganda bajariladigan mashqlarning taxminiy kompleksi

Mashg'ulot paytida faqat burun orqali nafas olinsin.

1. Tik turilsin. Og'izni yumish. Burunning bitta yarmini barmoq bilan qattiq qisish, burunning har bir yarmi orqali galma-gal (4-5 martadan) nafas olish.

2. Tik turilsin, oyoqlar yelka kengligida qo'yilsin. Qo'llar asta-sekin oldinga va yuqoriga ko'tarib, kaftlar ichkarida - nafas olinsin, qo'llar pastga tushirilsin - nafas chiqarilsin (5 martagacha).

3. Tik turib, burunning yarmi orqali nafas olinsin, boshqa yarmidan esa chiqarilsin (burunning har yarmi orqali 5-6 marta).

4. Tik turgan holda oyoqlar birga qo'yilsin, burunni barmoqlar bilan qisilsin. Shoshmasdan, qattiq ovozda 10 gacha sanalsin, og'iz yumilsin, chuqur nafas olinsin va to'liq nafas chiqarilsin (5-6 marta).

5. Og'iz yumilsin, nafas olinsin. Uzaytirilgan nafas chiqarishda asta-sekin "m-m-m" tovushini sekin talaffuz qilinsin (8 martagacha).

6. Tik turib, oyoqlar uchida cho'zilish nafas olish, o'tirish to'liq nafas chiqarish.

7 Tik turib, qo'llarni yuqoriga ko'taring va bir oyoqni orqaga qo'ying - nafas oling, dastlabki holatga qayting - to'liq nafas chiqaring.

8. 2-3 minut ichida yurish. Asta-sekin nafas chiqarish fazasi uzaytirilsin (2 deb sanashda nafas olish, 3-4-5-6 deb sanashda nafas chiqarish; 2 deb sanashda nafas olish, 5-6-7 deb sanashda nafas chiqarish, 2-3 min.)

Halqum kasalliklari

Surunkali tonzillit eng ko'p tarqalgan patologiyalardan biri, bunda bolalar dispanser hisobida turishlari kerak. Hozirgi vaqtda surunkali tonzillit infeksiyon-allergik kasallik hisoblanadi. U ko'pincha tonzillogen intoksikatsiyaga, yurak-tomirlar sistemasi, buyrakning o'zgarishlariga olib keladi va h.k. Surunkali tonzillitning asosiy xavf omillari: limfadenoid to'qima gipertrofiyasi, anginaning qaytalinishlari, surunkali rinit, sinuit, adenoidit, faringit, surunkali pnevmoniya, tishlar kariyesi, stomatit, gastrit, gastroduodenit, o't yo'llari diskineziyasi, organizm sensibilizatsiyasi, shuningdek, qarindoshlardagi surunkali tonzillit; tonzillek-tomiyadan, konservativ davolashdan keyingi sog'ayish davri.

Surunkali tonzillitli bemorni dispanser hisobiga qo'yishda uni davolash rejasi va kasallik qo'zishining profilaktikasi tuziladi. Davolash kurslari yiliga kamida 2 marta o'tkaziladi. Agar 2 yil mobaynida qo'zishlar takrorlanmasa, surunkali tonzillitning klinik belgilari esa yo'qolsa, bu surunkali tonzillitning kompensatsiyalangan formasi bo'lgan bemorni dispanser hisobidan chiqarish mumkin. Anginalar tez-tez takrorlanib turadigan (yiliga 2 martadan ortiq) surunkali tonzillitning kompensatsiyalangan formasida operatsiya qilishdan foydalaniladi. Dispanser hisobidan tonzillektomiyadan keyin kam deganda 6 oy o'tgach chiqariladi. Umumiy intoksikatsiya hollari bo'lgan dekompensatsiyalangan tonzillit sababli operatsiyadan so'ng 70-80% bemorlarda yaqin bir necha oy ichida sog'ayish yuzaga keladi. Yurak-tomirlar sistemasidagi funksional o'zgarishlar 60-70% bolalarda 6-12 oy o'tgandan keyin yo'qoladi.

Kasallikning qo'zishini profilaktika qilishda sanitariya-gigiyena bilimlarini, shu jumladan, oilalarda va bolalar muassasalarida targ'ib qilishda muhim o'rin egallaydi: bolalar bog'chalari, maktablar, yashlarining tibbiyot xodimlari bolalarning o'z muassasalarida

masgh'ulotlar tartibi, dam olishi, ovqatlanishi va uxlashlari ustidan qat'iy kuzatuv olib borishlari, jismoniy chiniqtirishni amalga oshirishlari kerak.

Surunkali faringit rivojlanishining asosiy xavf omillariga burundan nafas olishning buzilishi, halqum limfadenoid to'qimasi gi pertrofiyasi, adenoidli vegetatsiyalar, adenoidit, surunkali rinit, sinuit, tonzillit, yiringli o'rta otit, shuningdek, stomatit, tishlar kariyesi, surunkali gastrit, gastroduodenit, o't yo'llari diskineziyasi, pnevmoniyalar, surunkali faringit va qarindoshlarida burundan nafas olish buzilgan burun bo'shlig'i va burun-halqum kasalliklarini kiritadilar, shuningdek, surunkali faringitni davolashdan keyingi sog'ayish holatini kiritish lozim.

Surunkali adenoiditning asosiy xavf omillariga surunkali rinit, sinuit, faringit, tonzillit, burun to'sig'ining deformatsiyasi kiradi; adenotomiyadan keyingi sog'ayish davri.

O'z navbatida, nazofaringit va adenoidit nospetsifik yallig'lanish bilan o'tadigan bronx-o'pka kasalliklariga va o'rta quloq patologiyasiga moyillik keltirib chiqaradi. Agar operatsiya natija bermagan bo'lsa, bemor dispanser kuzatuvida bo'ladi va yiliga 2 dan 4 martagacha davo oladi.

Hiqildoq kasalliklari

Dispanser kuzatuv surunkali laringiti, hiqildoq papillomalari, chandiqli stenozi va boshqa xastalıkları bo'lgan bemorlar ustidan amalga oshiriladi. Ko'krak yoshidagi bolada tovush va nafasning buzilishi hiqildoqni maxsus ko'rikdan o'tkazishni talab qiladi (bevosita laringoskopiya).

Bunday bemorlarni dispanser kuzatuv katta ahamiyatga ega, chunki o'z vaqtida davolash o'sma jarayoni, qaytalanishlar va asfiksiyaning oldini olishi mumkin.

Surunkali laringitning asosiy xavf omillariga boshdan kechirilgan o'tkir laringit yoki stenzlaydigan laringotraxeit, stridor, surunkali rinit, sinuit, adenoidit, tonzillit, faringit, yiringli o'rta otit, tishlar kariyesi, stomatit, surunkali traxeobronxit, pnevmoniyalar, laringitni konservativ davolash; papillomalarni, hiqildoq tugunlarini olib tashlash, hiqildoq tug'ma membranasini kesishdan keyingi remissiya, shuningdek, yaqin qarindoshlarda surunkali laringit borligini kiritadilar.

Yuqorida tasvirlangan bemorlar stenozning kompensatsiyalangan formasi bo'lgan bemorlar singari UAVda yilning har choragida 1 marta ko'rikdan o'tadilar. Stenozning subkompensatsiyalangan formalarida bemor hammavaqt ham erkin nafas ololmaydi, shuning uchun uni oyida 1 marta ko'zdan kechiriladi va nafasi yomonlashganda zudlik bilan statsionar davolanishga yuboriladi. Bemorni dispanser kuzatuidan 2-3 yil o'tgach, to'liq va barqaror remissiyadan keyin (hiqildoq nafas va fonator funksiyasining tiklanishi) chiqarish tavsiya etiladi.

Dekanulyatsiyadan keyin bemor nafas va tovush funksiyasi to'la-to'kis tiklanguncha 1-2 yil UAV kuzatuvi ostida bo'lishi kerak.

Quloq kasalliklari

Ushbu patologiyasi bo'lgan bemorlarni dispanserizatsiya qilishdan maqsad-o'rta quloq yallig'lanish kasalliklarining asoratlari rivojlani-shining (og'irquloqlik, kalla suyali ichi asoratlari), shuningdek, ularning surunkali formaga o'tishining oldini olishdan iborat. Dispanser kuzatuviga, odatda, qaytalanadigan o'rta otit bo'lib o'tgan surunkali yiringli o'rta otitli bemorlarni olinadi. Qaytalanadigan o'rta otitda asosiy xavf omillariga davolashdan keyingi remissiya davri, boshdan kechirilgan o'tkir yiringli o'rta otit, shuningdek, adenoidli vegetatsiyalar va adenoidit, surunkali rinit, sinuit, faringit, tonzillit, quloq va chakka suyagi shikastidan keyingi holat va, bundan tashqari, yaqin qarindoshlardagi surunkali o'rta otitni kiritadilar. Surunkali o'rta otiti bo'lgan bemorni yiliga 2 marta ko'zdan kechiriladi. Har yili bemor quloqlari audiogramma va rentgenogramma qilinadi. Cho'milish mavsumidan keyin nazorat ko'rigi o'tkazish shart. Otoreya to'xtashi bilan bemorni tez orada dispanser hisobidan chiqarish maqsadga muvofiq emas, chunki qaytalanishlar ro'y berishi mumkin. Buni nog'ora bo'shlig'i perforatsiyasi bitgandan va eshitish tiklangandan keyingina qilish mumkin.

O'rta quloqning yiringli bo'lmagan kasalliklari paydo bo'lishining asosiy xavf omillari joriy yilda boshdan kechirilgan o'tkir o'rta otit, surunkali o'tkir otit davolangandan keyingi remissiya davri, surunkali rinit, sinuit, tonzillit, adenoidit, burun to'sig'ining deformatsiyasi, shuningdek, go'dakning ota-onasi va yaqin qarindoshlaridagi yiringli bo'lmagan o'rta quloq kasalliklari hisoblanadi.

Quloqdagi sanatsiya qiladigan operatsiya va timpanoplastikadan keyin trepanatsion bo'shliqlar yiringlagan hollarda muntazam kuzatuv olib borish va davolash zarur. Quloqdagi yallig'lanish jarayoni to'xtagandan so'ng bu bemorlarni yiliga 2 marta ko'zdan kechiriladi, chunki ularda aksariyat konduktiv og'irquloqlik rivojlanadi. Konduktiv og'irquloqlikning asosiy xavf omillari deganda adenoid vegetatsiyalar, boshdan kechirilgan o'tkir yiringli o'rta otit, surunkali adenoidit, rinit, burun to'sig'ining deformatsiyasi, shuningdek, qaytalanadigan o'rta otit va qarindoshlardagi konduktiv og'irquloqlik tushuniladi.

Neyrosensor og'irquloqlikda bir tomonlama neyrosensor va konduktiv og'irquloqlik (yoki anamnezda), surunkali yiringli yoki yiringsiz o'rtaotit, meningit, epidemik parotit, virusli hepatit, gripp, chaqaloqlarning gemolitik kasalligi, ototoksik preparatlar qo'llanilishi (anamnezda), shuningdek, Reklingxauzen kasalligi, tug'ruqdagi kalla skeleti-miya shikasti, barotravma, chakka yoki so'rg'ichsimon o'siq sohasi shikasti (anamnezda) asosiy xavf omillari hisoblanadi. Yaqin qarindosh bilan nikohdan farzand tug'ilishi, homiladorlik va tug'ruqlar patologiyasi, tashqi quloqning rivojlanish nuqsonlari, quloq oldidagi oqmalar va kistalar xavf omili sanaladi. Yaqin qarindoshlardagi neyrosensor og'irquloqlik ham xavf omili hisoblanadi. Neyrosensor og'irquloqlikda akumetrik va audiometrik tekshirishlar va yiliga 1-2 marta konservativ davolashni o'z ichiga olgan dinamik kuzatuv olib boriladi.

Otorinolarinologik operatsiyalardan keyin bemorlarni parvarishlash

UAV ham ambulator, ham statsionarda bajarilgan operatsiyalardan keyin bemorlarni parvarish qiladi, turli xil muolajalar o'tkazadi. Davolash muolajalarining samaradorligi ularning to'g'ri bajarilishiga bog'liq.

Burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari

Konxotomiyadan keyin, ba'zan 9-20- kuni qon oqishi mumkin. Burun to'sig'i shilliq pardasi osti rezeksiyasidan keyin jarohat 10-14 kunlardan so'ng bitadi. Ba'zan operatsiyadan so'ng 4-5 kuni gematoma, so'ngra esa burun absessi ham paydo bo'lishi mumkin, burundan nafas olish qiyinlashadi, tana harorati ko'tariladi. Bu holda bemorni LOR bo'limiga gospitalizatsiya qilinadi.

Sinexiyalarni profilaktika qilish, qatqaloqlar hosil bo'lishni va shilliq

parda atrofiyasini kamaytirish maqsadida burun bo'shlig'iga 10-14 kun davomida tomirlarni toraytiruvchi tomchilar tomiziladi, moy tomiziladi. Qatqaloqlar olib tashlangandan keyin eroziyalangan burun shilliq pardasiga antibiotiklar va kartikosteroidlar saqlagan malhamlar (flutsinar, lorinden va b.) surtiladi. Operatsiyadan keyin 15-20 kungacha arterial bosimni oshiradigan omillar ta'siridan holi qilish kerak. Agar burundan qon oqadigan bo'lsa, zudlik bilan burun bo'shlig'i tomonada qilinadi va bemorni gospitalizatsiya qilinadi.

Burun yondosh bo'shliqlaridagi (yuqori jag', g'alvirsimon, peshona bo'shliqlari) operatsiyalardan keyin ambulatoriya sharoitlarida ularni ba'zan dori moddalari bilan yuviladi. Burun bo'shlig'i bilan yangi yaratilgan pastki yo'lga ochilgan gaymor bo'shlig'i teshigini saqlab qolish uchun burun shilliq pardasini, ayniqsa, teshik sohasiga 2-3 hafta mobaynida tomir toraytiruvchi vositalar surtiladi. Agar shish uzoq vaqt saqlanib qolsa yoki lunjlarda zichlashish paydo bo'lsa, isitadigan kompresslar, issiqlik muolajalari yoki UVCH-terapiya zarur bo'ladi. Yangi yaratilgan tutashtiradigan teshik bitib ketgandan so'ng bemor ilgari operatsiya o'tkazilgan o'sha statsionarga qayta gospitalizatsiyaga muhtojlik sezishi mumkin.

Ba'zan tamponada qilish zarurati paydo bo'ladi. Qon oqishi kam bo'lganda paxta bo'lakchasi kiritishning o'zi kifoya qiladi. Agar operatsiyadan keyin qon oqishi boshlanib ketsa, bemorni u operatsiya qilingan statsionarga yotqizish yoki yaxshisi uni operatsiya qilgan vrachga topshirish kerak.

Yallig'langan to'qimalar me'yordagi to'qimalarga nisbatan ta'sirga o'tkirroq reaksiya beradi, shuning uchun operatsiyadan keyingi davrda muolajalar vamanipulyatsiyalarni to'g'ri bajarish tezroq sog'ayish va asoratlarning oldini olish uchun muhimdir.

Burun bo'shlig'ini tozalash.

Mo'l burun ajralmalari unchalik zo'r bermay qoqiladi yoki doka, paxta bo'lakchasi yoki juda mayin latta bilan artiladi. Chaqaloq bolalarda va ilk go'dak yoshidagi bolalarda burunni paxta pilikcha bilan, yaxshisi burun dahlizida aylanma harakatlar bilan tozalagan va dori surtgan ma'qul (burunning har bir katagi uchun yangi pilikcha ishlatiladi). Muolajalarni bajarishda bola paxta, doka, latta parchasini ichiga tortishi mumkinligini yodda tutish lozim, bu, shubhasiz, xavfli. Juda mayda

pilikchalardan foydalanmaslik kerak, chunki ular namiqib kichrayadi, silliq bo‘lib qoladi va yutib yuborilishi ehtimol. Shu sababli ularni, ayniqsa, chaqaloqlarda va ilk go‘dak yoshidagi bolalarda hatto bir necha sekundga ham qoldirish mumkin emas. Shuningdek, burunning ikkala yarmiga bir vaqtning o‘zida pilikchalar kiritish mumkin emas.

Burun ajralsmalarini, ayniqsa, chaqaloqlarda va ilk go‘dak yoshidagi bolalarda oddiy rezina balloncha yordamida so‘rib olish, so‘ngra tomchi dorilar tomizish mumkin. Burun ajralmadan holi qilingandan so‘ng dori burun shilliq pardasiga bevosita tushadi va birmuncha yaxshi naf beradi. Burunni uchiga paxta pilikcha o‘ralgan zond bilan tozalanadi. Kertiklari bo‘lgan burun zondini o‘ng qo‘lga olinadi. Chap qo‘lning bosh barmog‘i va ko‘rsatkich barmoqlari orasida ushlab, titilgan paxta bo‘lakchasi o‘rtasiga zond qo‘yiladi va uni chap qo‘lning bosh barmog‘i va ko‘rsatkich barmoqlari bilan tutib turiladi. O‘ng qo‘lda paxtani o‘rab, zond uchi shilliq pardani yaxshi tozalaydigan g‘ovak paxta bilan yaxshi yopilishi kerak.

Ozena, atrofik rinit va boshqa kasalliklarda qatqaloqlar qurib qolganda iliq (izotonik) natriy xlorid eritmasi, 1% kaliy permanganat eritmasi va boshqalar qo‘llaniladi. Suyuqlikni shprints yordamida sekin oqim bilan burunning birmuncha tor yarmiga qattiq bosmasdan kiritiladi, bunda suyuqlik uning birmuncha keng yarmidan oqib chiqadi. Bemor yutish harakatlari qilmasligi kerak, chunki bunda eshituv nayi ochiladi, bemor boshini oldinga engashtirib "a-a" tovushini talaffuz qilishi kerak. Oqimni pastki yoki yuqori burun yo‘li bo‘ylab yo‘naltirish mumkin emas. Eritmaning eshituv nayiga va peshona bo‘shlig‘iga tushishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun oqimni pastki burun chig‘anog‘ining yuqori chekkasiga o‘tkir burchak ostida yuborish lozim. Bemorni yuvishdan so‘ng suyuqlik oqib tushmaguncha 20 minut davomida burnini qoqmasligi haqida ogohlantiriladi.

Yopishqoq sekret va qatqaloqlarni olib tashlash burundan nafas olish va bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishiga olib keladi.

Ozena, atrofik rinit, quruq yoki yopishqoq sekretda, qatqaloqlar paydo bo‘lganda va boshqa o‘zgarishlarda bemorlarga iliq tuz eritmali (0,25 ml suvga ko‘pi bilan 1 desert qoshiq natriy xlorid) yoki boshqa suyuqlik bilan burniga vanna qilinadi. Bemor oldindan bir necha chuqur harakatlar qiladi, so‘ngra nafas olmay turadi. Uning boshini oz-moz

orqaga engashtiriladi, yutinmaslik soʻraladi va burnining yarim pallasiga eritma quyiladi. Suyuqlik boshqa teshikdan oqib chiqmaguncha bemor "e-e" degan tovushni talaffuz qilib turishi kerak, shundan soʻng bemor boshini oldinga engashtiriladi. Burunning ikkinchi yarmini ham shu yoʻsinda vanna qilinadi. Agar burunning yarim pallasini toraygan boʻlsa, burun vannasini faqat shu tomondan qilinadi. Vannadan soʻng birdaniga burunni qoqish va salqin qilish mumkin emas. Burunga tomchilar tomizishdan oldin ularni picha ilitish (suv hammomida yoki iliq suvda) va burun boʻshligʻini qoqish yoki ballon bilan soʻrdirib tozalash kerak. Burunning ikkala yarmini roʻmolchaga qoqish va chuqur nafas olgandan soʻng birdaniga nafas chiqarish xavfli, chunki infeksiyalangan ajralma, odatda, eshituv nayiga tushadi. Burunning yarmini qisib turgan holda boshqa yarmu orqali puflashda ham shunday boʻladi. Buni ogʻizni yarim ochgan holda qilgan yaxshi. Agar suyuqlikni qoshiqcha bilan emas, pipetkada tomiziladigan boʻlsa, uning uchi sinib qolmasligiga ahamiyat berish kerak. Tomchilarni burunning ikkala yarmiga galma-gal, boshni orqaga (va yelkaga) engashtirib tomizish mumkin. Tomchi tomizilgandan keyin bemor boshini birdaniga pastga engashtirish va ularning burundan oqib tushishiga yoʻl qoʻymaslik uchun burun qanotlarini burun toʻsigʻiga 10-15 minutga qisib turish lozim. Bu chora koʻpincha boʻlganidek, tomchilarning yutib yuborilmasligiga va burun boʻshligʻi shilliq pardasiga bevosita taʻsir koʻrsatishiga imkon beradi.

Dori tomizilgandan soʻng bemor oʻrinda yotishi va burnini qoqmasligi kerak. Burun boʻshligʻiga yuborilgan tomchilar qonga tez soʻriladi va mahalliy taʻsirdan tashqari, umumiy taʻsir ham koʻrsatadi. Shuning uchun burunga tomchilar yuborilganda (adrenalin, efedrin va b.) qator hollarda umumiy reaksiyalar kuzatilishi mumkin. Poroshok(kukun dori)ni burunga insufflyatsiya qilishdan oldin burun boʻshligʻi ichini tozalash va quruq kukunni qunt bilan maydalash lozim. Insufflyatorlarning uchligini 70% etil spirti bilan artish kerak.

Baʻzan bemor burniga kukunni oʻzi tortishi ham (qattiq kuch ishlatmay) mumkin. Tortish yaxshi chiqishi uchun kukun massasini toʻgʻri yuborish kerak. Chunonchi, masalan, rinit va sinuitda kukunni burun boʻshligʻining tubi boʻyicha emas, balki yuqoriga burun yondosh boʻshliqlarining tabiiy teshiklari va hidlov sohasiga purkaladi.

Bu hid bilishning buzilishlarida qo‘l keladi. Agar tumovda quloq tomonidan asoratlar bo‘lsa, kukun oqimini eshituv nayi sohasiga yo‘naltirish juda muhimdir. Ko‘pincha, butun burun bo‘shlig‘ini batamom purkashga qilishga zarurat bo‘ladi.

Burun shilliq pardasiga dori surtish va massaj qilish uchun kertmaklari bo‘lgan burun zondi uchiga zich qilib paxta o‘raladi, unga surtma moy shimdiriladi va pastki hamda o‘rta burun chig‘anoqlari sohasida va burun bo‘shlig‘ining boshqa qismlarida silaydigan va uqalaydigan harakatlar qilinadi. Qator hollarda oldindan mahalliy anesteziya qilinadi. Agar burunga surtma dorini uzun tamponda kiritiladigan bo‘lsa, uning uchi burundan chiqib turishi kerak.

To‘qimani kuydirish uchun kumush nitrat eritmasi (30-50%) yoki "marvariddan" foydalaniladi, buning uchun kristalik kumush nitrat eritiladi va unga burun zondini bir necha marta tushirib olinadi. Keyinchalik sinexiyalar paydo bo‘lishining oldini olish uchun muolajani ehtiyotlik bilan, burun to‘sig‘iga tekkizmay bajariladi. Agar davolashdan so‘ng bemor burun orqali emas, balki odat bo‘lib qolgan og‘iz orqali nafas olsa, unga nafas mashqlari tavsiya etiladi.

1. Burun orqali uzaytirilgan holda nafas olib va chiqarib yurish. To‘liq nafas chiqarilishi ustidan kuzatib borish kerak.

2. Burun orqali nafas olib yurish: avvaliga bir qadam tashlab nafas olish, ikki qadamda - nafas chiqarish, so‘ngra ikki qadamda - nafas olish, uch-to‘rt qadamda - nafas chiqarish.

3. Bir joyda turib yugurish va burun orqali chuqur nafas olib o‘tirish.

4. Mayda qadamlab yugurish: ikki-uch qadamda - nafas olish, to‘rt qadamda - nafas chiqarish.

5. Burunning o‘ng va chap yarmi orqali galma-gal nafas olish.

6. Gavdani ikkala tomonga burib qo‘llarni silkitib, burun orqali ohista nafas olib, nafasni keskin chiqarish.

7. Qo‘llarni tananing yon yuzalari bo‘ylab harakatlantirgan holda burun orqali chuqur nafas olib, nafasni og‘iz orqali chiqarish.

8. Tanani har ikkala tomonga engashtirib nafas chiqarishda "m" va "n" tovushini talaffuz qilish.

9. Nafas olish va burun orqali turtkisimon nafas chiqarish.

Halqum va hiquildoq kasalliklari;

Agar aholi yashaydigan mavzeda tez va oshig'ich tibbiy yordam ko'rsatish xizmati bo'lsa, bu holda adenotomiyadan 2-3 soat o'tgach qon oqishi yoki boshqa asoratlar bo'lmasa, bolani ota-onasiga topshirish mumkin. Qon oqishi va boshqa asoratlarning oldini olish uchun bir kecha-kunduz o'rinda yotish, keyingi 2-3 kunlarda jismoniy harakatlarni (serharakat o'yinlar, jismoniy tarbiya mashg'ulotlari) chegaralash, bola organizmini qizib ketishdan holi qilish (umumiy vanna, hammom). 3-5 kun mobaynida tomirlarni toraytiruvchi tomchilar (0,05% naftizin eritmasi va b.), shuningdek, burunga kuniga 2-3 marta 2% protargol eritmasi tayinlanadi. Dastlabki 2-3 kun ovqat issiq bo'lmasligi, suyuq ovqatlar ichish, sho'r, achchiq va kuchli taomlar tanovul qilmaslik kerak. Bolaning yaqinlari so'lagining rangiga ahamiyat berib turishlari kerak. Unda qon iplari yoki ivindilari paydo bo'lishi qon oqayotganidan dalolat beradi. Qon oqishi boshlanishi bilan bolani zudlik bilan shifoxonaga yotqizish lozim. Harorat ko'tarilishi, burundan shilimshiq-yiringli ajralmalar chiqishi, halqumdagi og'riq jarohat infeksiyasining belgisi bo'lishi mumkin va bu antibiotiklar tayinlashga ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.

Halqum orqa devorining shikastida operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda bo'yinning qiyshayib qolishi kuzatilib, bu bo'yin mushaklari sohasidagi shishning yallig'lanishidan kelib chiqadi. Mushak orasiga yoki vena ichiga qisqa kurs (2-3 kun) bilan antibiotiklar, kortikosteroidlar yuboriladi, bo'yinga isituvchi kompress qilinadi. Qator hollarda operatsiyadan keyin 2-3 kuni halqumning orqa devorida halqum shilliq pardasining qo'chishiga bog'liq bo'lgan bolishchasiimon bo'rtma paydo bo'ladi. Bunda hech qanday aralashuv talab qilinmaydi, chunki bu hodisalar vaqti kelib o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Yumshoq tanglayning burun-halqumning katta kavagiga yetarli darajada moslanmay qolganligi natijasida paydo bo'lgan ochiq manqalikni logoped bartaraf qiladi. Operatsiyadan keyin ko'pgina bolalar burundan normal nafas olishga, to'siq bartaraf qilinganiga qaramay, og'iz orqali nafas olishni davom ettiradilar. Bunday bolalarga nafas mushaklarini mustahkamlashga, tashqi nafasning to'g'ri mexanizmini tiklashga va og'izdan nafas olish odatini bartaraf qilishga imkon beradigan maxsus nafas mashqlarini tayinlash lozim.

Taxminiy mashqlar kompleksi

Ko'krak, bo'yin va bosh bitta to'g'ri chiziqni hosil qilgan (qorin va ko'krak tartib chiqqan) dastlabki holat egallansin. O'ng qo'l bilan chap qo'ldagi puls topilsin va puls urishlarini sanab mashqlar bajarilsin.

1. Tomir 5-9 marta urganda burun orqali nafas olish (asta-sekin 12 martagacha yetkazish). O'pkada havoni tomir necha marta urgan bo'lsa, shuncha tutib turish va nafas qancha tutib turilgan bo'lsa, tomir urishini shuncha sanab burun orqali asta-sekin nafas chiqarish. Nafas qancha tutib turilgan bo'lsa, shuncha tomir urishini o'tkazib yuborish va keyingi nafas olishni boshlash. Mashqni 4-5 marta takrorlash va kuniga 4 marta bajarish, bunda har gal o'pkani tozalovchi, ventilyatsiya qiluvchi va poklovchi deb nom olgan nafas bilan tugallash.

2. Og'izni to'ldirib havo to'plash, lablarni go'yo hushtak chalmoqchi bo'lganday buklash (lunjlarni shishirmay) kuch bilan picha havo chiqarish, to'xtash va nafas olishni tutib turish. So'ngra o'pkadagi havo chiqib ketmaguncha nafasni oz-ozdan chiqarish. Nafas gimnastikasini uxlashdan oldin qilish tavsiya etilmaydi.

Adenotomiyadan keyin burun orqali nafas olishni tiklash adenoid vegetatsiyalari bo'lgan 75-80% bolalarda kuzatiladigan tish-jag' nuqsonlarini to'g'rilash uchun ham zarurdir. Mutaxassis-ortodontda davolanish 2-3 oyga cho'ziladi va adenotomiyadan keyin 7-10 kun o'tgach boshlanishi mumkin. Natijasi uning qay darajada o'z vaqtida boshlanganiga bog'liq. Bola adenotomiyadan keyin 3-5-kuni bolalar bog'chasi yoki maktabga qatnashi mumkin.

Agar bola statsionar joylashgan aholi mavzesida yashaydigan bo'lsa, odatda, bolani tonzillektomiyadan so'ng 5-6-kuni chiqariladi. Bola maktabga 7-10- kundan borishi mumkin, uni jismoniy tarbiya mashg'ulotlaridan 3-4 haftaga ozod qilinadi. Har gal ovqatdan keyin og'izni iliq suv bilan chayish kerak. Yaqin 10-12 kunda issiqlab ketish, issiq, dag'al va o'tkir taomlar tanovul qilmaslik, shuningdek, arterial bosimni oshiradigan ichimliklarni (kofe, achchiq choy) ichmaslik kerak. Operatsiyadan keyin 10- kundan boshlab umumiy dasturxondan ovqatlanishga ruxsat etiladi. Ba'zan operatsiyadan so'ng 10-15-kuni qon oqishi paydo bo'ladi. Bu holda bola shoshilinch gospitalizatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda bolada mavjud bo'lgan har qanday kasallik qo'zishi mumkin, shuning uchun u 6 oy mobaynida

dispanser kuzatuvida qolishi kerak. Ingalyatsiya fizioterapevtik xonada o'tkaziladi. Yilning sovuq faslida muolajadan so'ng birdaniga ko'chaga chiqish, sovuq narsa yeyish yoki ichish mumkin emas.

Dori surtish va massaj juda kuchli ta'sir ekanligini unutmaslik lozim. Bu muolajalarni o'tkir yallig'lanishda o'tkazishga ruxsat etilmaydi, chunki yallig'lanish hodisalari kuchayib ketishi, mayda yara-chaqalar paydo bo'lishi mumkin, kasallik belgilari bartaraf bo'lishi cho'zilib ketadi. Tinch va osoyishta sharoit va biror bir salbiy ta'sirning yo'qligi shifobaxsh ta'sir qiladi. Shu jihatdan yallig'lanishda dori moddalarni purkash maqsadga muvofiq hisoblanadi, shilliq parda atrofiyasida, ozenada esa burun-halqumni yo oldindan burun tomonidan uchiga dori shimdirilgan paxta o'ralgan zond bilan turtkisimon harakatlar ko'rinishida dori surtish va massaj qilish yoki og'iz bo'shlig'i tomonidan burun-halqumda uqalaydigan, imkon boricha tez harakatlar bajariladi. Bu harakatlar aylanma xarakterda, o'ngga va chapga, orqaga va oldinga bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrning asoratli kechishida qator hollarda isituvchi, yaxshisi yarim spirtli kompress qilinadi, bu yallig'lanish jarayonini tez to'xtatish va og'riqni kamaytirishga yordam beradi.

Mumlangan qog'oz 40% spirtga botirilgan doka ichiga 1 sm ga kiritilishi kerak. So'nggi vaqtlarda kompress bo'yinga to'rsimon-nayga o'xshash elastik bint yordamida mahkamlanadi. Kompress 2-3 soatga qo'yiladi, shundan so'ng 2-3 soatga tanaffus qilinadi va tuni bo'yi qoldirilmaydi. Kompress unchalik katta bo'lmasligi kerak.

Halqum shilliq pardasini namlash va tozalash uchun og'iz bo'shlig'i va halqumni chayish tayinlanadi. Og'izga ozgina suv olinadi, bosh picha orqaga tashlanadi, tilni esa suyuqlik halqumning orqa devoriga oqib tushishi uchun imkon boricha oldinga chiqariladi. Chayishda eritmaning halqumdan quloqlarga oqib tushishiga yo'l qo'ymaslik, buning uchun yutish harakatlarini qilmaslik lozim. Hatto katta yoshdagi bolalar ham tomoqni to'g'ri chayishni yaxshi bilmaydilar, bunda suyuqlikni halqumning orqa devoriga tegishiga erishish muhim. Bu muolaja ko'pincha maqsadga muvofiq bo'ladi. Bundan tashqari, chayish og'iz bo'shlig'i va halqumning mushak qatlamiga vibratsion massaj bilan ta'sir qilib, shilimshiq ajralishini kuchaytiradi. Agar tilni og'iz bo'shlig'i tubiga bosib, boshni bir oz orqaga engashtirilsa va uzun-

uzun g'arg'ara qilinsa, bu holda eritma halqumni va qator hollarda hatto burunga tutashgan halqumning pastki bo'limlarini ham yaxshi yuvadi. Agar boshni orqaga ko'proq engashtirilsa, eritma hiqildoq usti qopqog'i oldingi-yuqori yuzasiga va chetgacha yetib boradi, ba'zan oz miqdorda hiqildoqqa tushadi. Demak, hiqildoqning shikastlanish tabiatiga bog'liq holda chayish uslubi ham o'zgartirilishi mumkin.

Halqum purkagich yordamida purkatish uchun dori eritmasini yoki uy haroratida damlamani kuniga bir necha marta purkatiladi. Bemor og'zini katta ochishi, tilini chiqarishi va uni yassi qilib (cho'chchaytirmay) tutib turishi, asta nafas olishi kerak. Purkagich naychasining uchini purkatiladigan mayda tomchilar tilda yoki lablarda yig'ilib qolmay, balki halqumning orqa devoriga tushishi uchun, og'iz bo'shlig'i yaqiniga o'rnatiladi.

Kuydirish uchun zondga zich qilib o'ralgan paxtani 5% kumush nitrat eritmasiga ho'llanadi va ehtiyotkorlik bilan gipertrofiya hududlari (masalan, surankali gipertrofik faringitda) kuydiriladi. Muolajadan so'ng bemorga loaqal 30 minutgacha ovqat yeyish va suyuqlik ichish mumkin emas. Halqumni "marvarid" bilan kuydirish xavfli, chunki kuydiruvchi moddaning aspiratsiyasi (yutilishi) yuz berish mumkin.

Tanglay murtaklari lakunalaridagi ajralmani rezina balloncha yordamida tortib olinadi. Uning florasini aniqlab, antibiotiklarga sezuvchanligini bakteriologik tekshirish mumkin. So'rib olishni lakunalarni, tanglay murtaklaridagi moddani yuvish bilan birga qo'shib olib borgan ma'qul, uni hiqildoq shpritsi yordamida mineral, ishqorli suv, yod xlorid eritmalari (0,1%), peloidin, interferon, furatsilindan (1:5000) foydalanib o'tkaziladi, so'ngra murtaklarining lakunalariga propolisning 3% spirtidagi eritmasi surtiladi. Shprits kanulasini ko'z nazorati ostida ko'rinib turgan hamma lakunalarga galma-gal kiritiladi va ularga ozgina bosim ostida dori eritmasi yuboriladi. Yuvish har kuni yoki kunora, bir kursda 8-10 muolaja o'tkazilib, yiliga 2-3 marta takrorlanadi.

So'rib olish va yuvishning o'ziga yarasha kamchiliklari borligini qayd qilib o'tish kerak. Ularni oshgan halqum refleksi yuqori bo'lgan bemorlarda, sust rivojlangan lakunalarda qo'llanib bo'lmaydi va bundan tashqari, lakunalar florasiga qisqa vaqt ta'sir qiladi. Biroq lakunalarni mexanik tozalash g'oyat natijali va takroriy kurslarda faqat mahalliy emas, balki umumiy effekt ham beradi.

Dori moddalarini hiqildoqqa quyish uchun metall kanulali almashtiriladigan hiqildoq shprintsidan foydalaniladi. Oshgan halqum refleksida muolaja qilishdan oldin halqum shilliq pardasi kokain eritmasi bilan sezuchanlik pasaytiriladi.

Quloq kasalliklari

O'rta quloqdagi operatsiyadan so'ng quloqni namlikdan, suv, chang tushishidan ehtiyot qilish kerak. Har gal bosh yuvishdan keyin tashqi eshituv yo'lini quritish tavsiya qilinadi. Operatsiyadan keyingi bo'shliqni 2 oy mobaynida haftasiga 1 marta quruq steril paxta turundalar bilan tozalash, so'ngra kukun dorilarni (yodofom, furatsilin, prednizolon, levomitsetin va b.) kiritish maqsadga muvofiq. Agar noto'liq epidermalanishda va granulyatsiyalar o'sganda operatsion bo'shliqdan ajralmalar chiqsa, granulyatsiyalarni 5% kokain eritmasi bilan mahalliy anesteziya qilingandan so'ng o'tkir qoshiq bilan olib tashlash, qoldiqlariga esa 15-20% kumush nitrat eritmasini surtish kerak. Ba'zan takroran olib tashlash talab etiladi.

Agar quloqdagi operatsiyadan keyin quloq ortidagi chandiq infiltratlansa, qalin tortsa, bu holda so'rib oladigan davolash, mahalliy issiq muolajalar, UVCH-terapiya, lidaza inyeksiyasi va boshqalar tayinlanadi. Operatsiyadan keyin quloq bo'shlig'ida yig'ilgan sera (kir) va epidermal massalarni yiliga kam deganda 1-2 marta tozalab turish lozim. Quloqdagi operatsiyadan so'ng bemorda bosh aylanishi, ko'ngil behuzur bo'lishi, qusish, yuz asimmetriyasi paydo bo'lishi mumkin. Bunday holda kalla suyagi ichi asoratlari, yuz nervi parezini istisno qilish zarur. Dispanser kuzatuvi kamida 2 yil davom etishi, bunda, albatta, audiometriya o'tkazilishi, ko'rsatmalar bo'yicha eshituv naylariga havo yuborilishi lozim. Havoni uchida shisha boshligi (oliva) bo'lgan, rezina naychaga ulangan rezina balon bilan yuboriladi. Boshlik burun kataklaridan biriga kiritiladi, germatiklikni chap qo'l barmoqlari bilan burunning ikkala qanotini qisib turgan holda ta'minlanadi. Bemor "paroxod", "ku-ku" yoki "bir-ikki" so'zlarini talaffuz qiladi. Bunda burun-halqumning og'iz-halqumdan ajralib qolishi sodir bo'ladi, o'ng qo'l bilan havo kiritadigan ballon qisiladi. Agar muolaja to'g'ri bajarilgan bo'lsa, bemor quloqlarida puflovchi shovqinni sezadi. So'ngra, ballonni bo'shatmagan holda (unga burun ajralmasini

tortmaslik uchun) boshlik burundan chiqariladi. Agar quloqlarga havo yuborishda suyuqlik qo'llanilsa, hiqildoq yuqoriga ko'tarilayotgan onda o'z-o'ziga havo puflash lozim. O'z-o'ziga havo puflashni uy sharoitida bajarish mumkin: bemor burun dahlizini qisadi va havo puflaydi. Tumov, sinuit, gripp, O'RVI da, shuningdek, burundan ajralmalar chiqqanda infeksiya tarqalishiga yo'l qo'ymaslik uchun o'z-o'ziga puflash tavsiya qilinmaydi. Quloqni ko'chayotgan epiteliy, sera, yiringli ajralmalardan tozalash uchun quruq va nam usullar qo'llaniladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda quloqni tozalash faqat texnik murakkabliklar bilan emas, balki boshqa qiyinchiliklar bilan ham bog'liq. Paxtani kertmagi bo'lgan zondga zich o'raladi, paxta bo'lakchasi unchalik katta bo'lmay eshituv yo'lga oson kiradigan vamanipulyatsiya vaqtida sirpanib tushib ketmaydigan bo'lishi kerak. Zond uchidan shikast yetmasligi uchun u paxta bo'lakchasidan tashqariga chiqib turmasligi lozim. Agar paxta bo'lakchasi gorelka alangasi ustidan o'tkazilib va havoda keskin silkitilib o'chirilsa, u steril holga keladi. Eshituv yo'lini to'g'rilash uchun quloq suprasini orqaga va yuqoriga cho'ziladi. Kerakli o'lchamdagi quloq voronkasini eshituv yo'lga nozik aylanma harakatlar bilan unchalik chuqur kiritilmaydi. Yig'ilgan ajralmani tez zarar yetadigan o'z'gargan epidermisni shikastlamaslik uchun ehtiyotlik bilan chiqariladi. Yiring zondning yengil aylanma harakatlari bilan chiqariladi, bunda paxta ajramani o'ziga yaxshiroq shimdirib oladigan bo'ladi. Yiring shimib olgan paxtani tozasi bilan almashtiriladi. Yiring hidini tekshiriladi (kariyes). Eshituv yo'lidan yiringni nog'ora bo'shlig'iga qadar chiqariladi. Quloq toza holga keltirilgandan so'ng eshituv yo'li terisini profilaktika maqsadida dezinfeksiya qiladigan eritma bilan artish lozim.

Yiringli ajralma mo'l bo'lganda quloqni quloq shpritsi yordamida dezinfeksiya qiladigan eritma bilan yuviladi. Bemor qulog'i ostida buyraksimon tog'oracha ushlab turiladi, lekin uni quloq suprasiga juda zich bosilmaydi, aks holda eshituv yo'li bosilib undan suyuqlik o'tmay qoladi. Muolaja tugagandan so'ng eshituv yo'li quloq zondiga o'ralgan paxta bo'lakchasi bilan quritiladi (ayniqsa, oldindan va pastda), so'ngra yumaloqlangan doka pilik unchalik taqamasdan quritiladi, pilik yiringni shimib olgandan keyin alishtiriladi. Xolesteatomani ham shpritsda havo yo'qligini tekshirgan holda xuddi shunday yuvib

tozalanadi. Yuvindi suyuqlikni to'kib tashlashdan oldin unda xolesteatoma tangachalari, yiring ivindisi, qon aralashmasi, tog'oracha tagida mayda suyak parchalari bor yo'qligini sinchiklab ko'zdan kechiriladi.

Odatda, "yarmi spirtli" isituvchi kompress ko'pincha tunga qo'yiladi. "Ishtonchalar" ko'rinishida qirqilgan uch-olti qavatli dokani suv bilan, so'ngra etil spirti bilan ho'llanadi va quloq suprasiga "kiygiziladi" Dokaning ikkinchi, uchinchi va keyingi qavatlari birinchi qavatidan kattaroq bo'lishi kerak. Ustidan mumlangan qog'oz, so'ngra paxta qatlami qo'yiladi va nihoyat, bola boshini gir aylantirib bint bog'lanadi. Quloq suprasi ochiq qoladi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar, ayniqsa, chala tug'ilgan go'daklar va ilk go'dak yoshidagi bolalarning terisi isituvchi kompressdan tez orada qizaradi va shilinadi, shuning uchun ularga "yarim spirtli" kompress emas, balki kamfora moyi bilan kompress qilib qisqa vaqt ushlab turiladi. Bir necha soat o'tgach, kompress sovib qolgach, uni yangidan qilinadi. Kompressdan so'ng odam yengil tortadi, bu infiltratning so'rilishiga imkon beradi.

Quloqqa tomchilar tomizish Agar tashqi eshituv yo'lida yiring bo'lsa, u yo'qotiladi, tana haroratigacha ilitilgan 5-8 tomchi dorini eshituv yo'ligapi petkayordamidabemorning boshini kasal qulog'ining qarama-qarshi tomoniga engashtirib va quloq suprasini cho'zib kiritiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, ko'krak yoshidagi va chala tug'ilgan bolalarda eshituv yo'lini yiringli ajralmadan vintsimon uchiga paxta o'ralgan zondning ohista tekkizilgan harakatlari bilan tozalanadi yoki balloncha bilan juda ehtiyotlik bilan so'rib olinadi. Quloqni ko'p martalab va kuchli harakatlar bilan tozalash mumkin emas. Infeksiyadan majoli ketgan ko'krak yoshidagi bolalarda tashqi eshituv yo'llarining terisi nozik va ta'sirlarga chidamsiz bo'ladi, shuning oqibatida tashqi otit rivojlanishi ehtimol. Quloq tozalangandan so'ng unga 5-6 tomchi dori moddasi quyiladi. 40 etil spirtini oldin flakonni isitilgan suvga solib bir oz ilitiladi. Uning haroratini kaftning orqa sathiga tomizib tekshirib ko'riladi, bunda sovuq yoki issiq sezgisi bo'lmasligi kerak. Tomiziladigan tomchilar uy haroratida bo'lishi kerak. Bolani sog'lom qulog'i tomonga yotqiziladi, dori moddasini nog'ora pardasiga tushadigan qilib eshituv yo'lga quyiladi, supachasini yengil bosiladi yoki quloq suprasi yumshog'idan tortiladi. Bola 5-10 minut shu vaziyatda

yotishi kerak. O'rtta otitning har qanday turida kuchli og'riqlarda quloqqa ko'pincha foydalaniladigan kamfora moyini tomizish tavsiya etilmaydi. U ko'pincha giperemiya, nog'ora bo'shlig'i va tashqi eshituv yo'li shishiga olib kelib, tashqi otit qo'shilishi va tashxis qo'yishning qiyinlashishiga sabab bo'ladi. Bunday manzara aksariyat qulog'iga karbol glitserin tomchilari quyilgan bemorlarda kuzatiladi.

Eshituv yo'liga turundani avvaliga 0,5 *sm* ga kiritgan ma'qul, pinset yordamida turundani uchidan 1,5 *sm* ga ushlab nog'ora bo'shlig'igacha ichkarisiga surish lozim. Bu holda eshituv yo'li turunda bilan g'ovak bo'lib to'ladi, bunda yiring uning chuqur bo'limlarida tutilib qolmaydi.

Tashqi eshituv yo'li va quloq pardasiga surtma dori surtish uchun uchiga paxta o'ralgan quloq zondidan foydalaniladi. Surtmani eshituv yo'lini berkitib qo'ymasdan yupqa qilib surtiladi.

VAZIYATLI MASALALAR

1- mavzu: BO'G'ILISH

Javoblarning variantlari:

- 1) flegmonoz laringit,
- 2) hiqildoq xondroperixondriti,
- 3) ludvig anginasi,
- 4) hiqildoqning xavfli o'smasi,
- 5) o'tkir burmaosti laringiti,
- 6) traxeyadagi yot jism,
- 7) pastki traxeotomiya,
- 8) yuqori traxeotomiya,
- 9) o'tkir toraytiruvchi laringotraxeit,
- 10) o'tkir fibroz-pardali laringotraxeobronxit,
- 11) hiqildoqning saramasdan yallig'lanishi,
- 12) epiglottit.

Qo'shimcha savol: Bo'g'ilishga sabab bo'lgan har bir bemor uchun eng ehtimol tutilgan tashxisni tanlang.

1- masala. Vrach 3 yashar kasal bolani ko'rishga chaqirilgan. Ota-onasining gapiga qaraganda bola to'satdan kasallangan, tumov paydo bo'lgan, harorat 38 C gacha ko'tarilgan, xarxasha qiladi, yig'layotganda shovqinli nafas oladi, bo'g'ilish (asfiksiya) alomatlari paydo bo'lmoqda, tovushi o'zgarmagan. Anamnezidan ma'lumki, bolada respirator allergoz bor, ko'p marta shamollash kasalliklariga uchragan, yasliga boradi, so'nggi 2 kun ichida ko'p bolalar HRVI bilan kasallangan. Tashxis qo'ying.

Javob: 5.

2- masala. Bolalar bo'limida tibbiyot hamshirasi bolaga 0,5 g kalsiy glukonat tabletkasini bergan, bola tajanglik qilgan va tabletkaga havo yo'liga ketgan, natijada aspiratsiya ro'y bergan. LOR bo'limda navbatchi vrach zudlik bilan traxeotomiya qilgan. Traxeotomiyaning qanday turi o'tkazilgan edi?

Javob: 7.

3- masala. Jarrohlik bo'limida ovqat tarqatish paytida olma tanovul qilayotganida bemorda yo'tal xuruji boshlandi, nafas to'xtab qoldi, asfiksiya yuz berdi - lablari ko'karib ketdi, bemor hushini yo'qotdi va polga yiqildi. Bemorga nima bo'ldiykin?

Javob: 6.

4- masala. Qabulxona bo'limiga oshig'ich yordam tartibida K. degan bemor keltirildi, 2,5 yoshda. Ahvoli og'ir, teri qoplamlari oqargan, inspirator hansirash, shovqinli nafas oladi. Anamnezdan ma'lum bo'lishicha, so'nggi 6 kun davomida respirator infeksiya bilan og'riydi, kechadan boshlab xurujsimon "shovqinli" yo'tal paydo bo'lgan, tunda nafas olish qiyinlashgani qayd etilgan. Ko'zdan kechirishda teri qoplamlari oqargan, yuzini ter qoplagan, tana harorati 37,3 C. Nafas olganda qovurg'alararo bo'shliqlar, bo'yinturuq chuqurchasi va epigastral soha ichiga tortiladi, nafas tezligi minutiga 60 gacha. Tashxis qo'ying.

Javob: 9.

5- masala. P.degan bemor, 53 yoshda, tovush bo'g'ilishi, nafas olish qiyinlashi shikoyatlari bilan murojaat qilgan. Anamnezidan: tovush bo'g'ilishi 1 yildan buyon bezovta qiladi, nafas olish qiyinlashganiga taxminan bir oy bo'ladi, ahvoli tobora yomonlashib bormoqda. Bemorning umumiy holati o'rtacha og'irlikda, teri qoplamlari oqimtir tusga kirgan. Laringoskopiya: tovush yorig'i torayogan, o'ng tovush burmasining oldingi 2/3 qismida keng asosli bo'lgan tuzilma bor, oqish-pushti rang, tashqi ko'rinishidan gulkaramga o'xshaydi. Tashxis qo'ying.

Javob: 4.

6- masala. B.degan bemor, 43 yoshda, vrach otorinolaringologga yutishda va bo'ynini burganida til ildizi oldida keskin og'riq sezishini, nafas olishi qiyinlashganini, tana harorati 38 C gacha ko'tarilganini aytadi. Kasallikning 4-kuni. Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Bo'yinni paypaslashda tilosti suyagi va qalqonsimon tog'ayning yuqori cheti proyeksiyasida og'riq sezadi. Bilvosita laringoskopiya o'tkazilganda hiqildoq usti tog'ayining qizargani, infiltratsiyasi va shishi qayd etiladi, hiqildoq usti tog'ayining keskin qalin tortgan erkin chetida yiringlagan follikulalar ko'rinib turadi. Tovush burmalari va yorig'i ko'rinmaydi, nafas keskin qiyinlashgan. Tashxis qo'ying.

Javob: 12.

7- masala. X.degan bemor, 29 yoshda, LOR vrachga oshig'ich yordam tartibida yutishda keskin og'riq, nafas olish qiyinlashgani, tana haroratining 39 C gacha ko'tarilganidan shikoyatlar bilan murojaat qildi. Umumiy ahvoli og'ir, bo'yni paypaslashda hiqildoq proyeksiyasida

og'riydi, regional limfatik tugunlari kattalashgan, og'riqli. Bilvosita laringoskopiya o'tkazilganda hiqildoq shilliq pardasining xira qizil rangdagi diffuz shishi aniqlanadi, tovush yorlig'i keskin toraygan, tovush burmalari shishgan va gi peremiyaga uchragan, shilliq pardasi yiringli eksudat bilan qoplangan. Tashxis qo'ying.

Javob: 1.

2- mavzu: TOMOQ OG'RIG'I

Javoblarning variantlari:

- 10) halqum kandidozi,
- 11) o'tkir faringit,
- 12) halqumorti absessi,
- 13) Simanovskiy Vensal anginasi,
- 14) tanglay murtagi sili,
- 15) surunkali tonzillit,
- 16) agranulotsitozdagi angina,
- 17) halqum zaxmi,
- 18) paratonzillyar absess,
- 10) tanglay murtagi raki.

Qo'shimcha savol: Tomog'ida og'rig'i bo'lgan har bir bemor uchun eng ehtimol tutilgan tashxisni tanlang.

1- masala. 26 yoshdagi bemor umumiy amaliyot vrachiga holsizlik, tez charchash, ish qobiliyatining pasaygani, yurak sohasida vaqti-vaqtida og'riq, tana haroratining hech qanday sababsiz 37,1-37,3 C ga ko'tarilishidan shikoyat qilib murojaat etgan. Doimo tomog'i og'riydi, achishadi, og'zidan yoqimsiz hid keladi, "yiringli probkalar" tuflyadi. Jag'osti sohasi ikkala tomondan paypaslab ko'rilganda diametri 8 sm gacha bo'lgan og'riqsiz elastik limfatik tugunlar qo'lga unnadi, faringoskopiya tanglay murtaqlari atrofiyaga uchragan, yo'ylar bilan yopishgan, lakunalar enlik, yiringli probkalar saqlaydi, oldingi tanglay yo'ychalarining dimlanish gi peremiyasi bo'ladi. Tashxis qo'ying.

Javob: 6.

2- masala. Umumiy amaliyot vrachini 42 yoshdagi bemorni ko'rishga chaqirishdi. Holsizlik, tomoqda og'riq va tomoqda, ayniqsa, yutishda achishishdan noliydi. 2 kundan buyon betob, kasalligini

shamollash bilan bog'laydi. Tana harorati 37,8 C. Faringoskopiya hiqildoqning, asosan, orqa devori shilliq pardasida giperemiya qayd etiladi, unda 2 ta yiringlagan follikul, shilimshiq yiringli parda qayd etiladi, regional limfatik tugunlar paypaslanmaydi. Tashxis qo'ying.

Javob: 2.

3- masala. 30 yoshdagi bemor LOR mutaxassisga tomog'ining o'ng tomoni faqat yutishda emas, balki tinch turganida ham qattiq og'riyotganidan shikoyat qilib keldi, o'ng jag'osti sohasi ham og'riydi, umumiy darmonsizlik, behollik bor, suyuq ovqat yutishda burunga tushadi, og'zi katta ochilmaydi, harorati 38,6 C. 6 kundan buyon kasal, ilgari umumiy amaliyot vrachida o'tkir angina sababli davolangan, ahvoli kechadan boshlab yaxshi. Faringoskopiya: trizm, tanglay o'ng yarmidagi peremiya va infiltratsiya, o'ng tanglay murtagi giperemiyalangan, infiltrlangan vahalqumning o'rtachizig'iga siljigan. Regional limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli. Sizing tashxisingiz.

Javob: 9.

4- masala. N.dagi bemor, 21 yoshda, badaniga toshmalar toshgani, behollik, tomoq og'rig'idan noliydi. Bir necha kundan buyon betob, kasallikni shamollash bilan bog'laydi. Tana harorati 37 C. Ko'zdan kechirishda tana va oyoq-qo'llar terisida dog'simon-rozeolali toshma qayd etiladi, diametri 8-10 mm li, bo'yin, ensa, qo'ltiq limfatik tugunlari o'rtacha og'riqli paypaslanadi. Faringoskopiya tanglay murtaqlari, yumshoq va qattiq tanglay shilliq pardasining ochiq-qizil giperemiyasi vainfiltratsiyasi kuzatiladi. Tanglay yoychalari vayumshoq tanglay sohasidagi giperemiyaga uchragan shilliq parda fonida atrofi qizil hoshiya bilan o'ralgan yumaloq shakldagi kulrang-oq toshmalar aniqlanadi. Sizing tashxisingiz.

Javob: 8.

5- masala. 52 yoshdagi bemor otorinolarinologga holsizlik, tomoqda yutish vaqtida g'alati sezgi, ko'p so'lak ajralishi, og'izdan yoqimsiz hid kelishidan shikoyat qildi. Taxminan 1 oydan buyon bemor, vrachga murojaat qilmagan. Tez-tez qo'zib turadigan surunkali bronxit bilan og'riydi. Ko'zdan kechirilganda ahvoli qoniqarli, tana harorati normal, teri qoplamlari oqargan. Faringoskopiya chap tanglay murtagining yuqori qutbida to'qimalarning chetlari notekis

yaraga aylangani aniqlanadi, tubida kulrang-oq parda bor, uni ko'chirganda qonaydigan yuza ko'rinadi. Sizning tashxisingiz.

Javob: 5.

6- masala. 24 yashar bemor umumiy amaliyot vrachiga behollik, ishtaha yo'qligi, bo'yinning o'ng tomoni yon yuzasida shishinqirash borligi, tomoqda vaqti-vaqtida yutishda og'riq sezishi, halqumda yoqimsiz sezgilar borligidan shikoyat qildi, bularni chekish bilan bog'laydi, bir oy ichida 5 kg ga ozgan. Obyektiv tekshirishda bo'yinning o'ng yon yuzasida to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning uchdan bir o'rta qismi ostida paypaslaganda qattiq, o'rtacha og'riqli o'zaro yopishgan limfatik tugunlar to'plami aniqlanadi. Faringoskopiya o'ng tanglay murtagining yuqori qutbi sohasida gungurt-kulrang parda bilan qoplangan kichkina yara aniqlanadi, murtak shilliq pardasi gi peremiylangan, qo'lga qattiq unmaydi. Og'iz bo'shlig'ida o'ng tomonda karioz tishlar bor. Sizning tashxisingiz.

Javob: 10.

3- mavzu: TOVUSH BO'G'ILISHI

Javoblarning variantlari:

- 1) burmacha osti laringiti,
- 2) surunkali gi perplastik laringit,
- 3) hiqildoq anginasi,
- 4) hiqildoq fibromasi,
- 5) hiqildoq sili,
- 6) hiqildoq skleromasi,
- 7) qorincha burmasi kistasi,
- 8) hiqildoq zaxmi,
- 9) hiqildoq raki,
- 10) hiqildoq papillomatozi,
- 11) surunkali atrofik laringit,
- 12) o'tkir kataral laringit.

Qo'shimcha savol: Tovushi bo'g'ilgan har bir bemor uchun eng ehtimol tutilgan tashxisni tanlang.

1- masala. 37 yoshdagi bemor vrachga tovushi bo'g'ilgani va vaqti-vaqtida uning, hatto butunlay yo'qolishidan shikoyat qildi. Taxminan 6 oydan buyon kasal, kasallikning qanday boshlanganini bilmaydi.

Bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati normada. Tashqi koʻzdan kechirishda hiqildoq oʻzgarmagan, paypaslashda ogʻrimaydi. Bilvosita laringoskopiya oʻng tovush burmasida uning uchdan bir oʻrta qismida silliq tekis yuzali oyoqchada oʻlchami 4–5 mm oʻsmaimon kulrang tuzilma aniqlanadi. Hiqildoqning qolgan elementlari oʻzgarmagan. Sizning tashxisingiz.

Javob: 4.

2- masala. 38 yoshdagi bemor LOR vrachga tovushi boʻgʻilgani, quruqligi, yutishda yoqimsiz sezgilar, nafasning bir oz qiyinlashgani haqidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi. Oʻzini 3 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Obyektiv: bilvosita laringoskopiya burmaosti sohasi boʻshligʻida ikkala tomonlardan simmetrik joylashgan, hiqildoq boʻshligʻini toraytirgan oqish-kulrang doʻmboqsimon infiltratlar koʻrinib turibdi. Gistologik tekshirilganda fibroz biriktiruvchi toʻqimada Mikulichning katta hujayralari koʻrinadi, bu hujayralarning vakuollarida esa aksariyat Frish-Volkovichning kapsulali bakteriyalari topiladi. Tashxis qoʻying.

Javob: 6.

3- masala. 48 yashar bemor LOR vrachga tomoqdagi gʻalati sezgi, taxminan 3 oydan beri tovushi boʻgʻilganidan shikoyatlar qilib keldi. Laringoskopiya choʻmichsimon togʻay sohasida choʻmichsimon-hiqildoq usti va oʻngdan qorincha burmasiga oʻtadigan infiltrat aniqlanadi. Tovush burmasi oʻng tomondagi shish tufayli koʻrinmaydi, uning markazida kratersimon yara bor. Hiqildoqning oʻng yarmida harakat cheklangan, limfatik tugunlar paypaslanmaydi. Vasserman reaksiyasi +++ Tashxis qoʻying.

Javob: 8.

4- masala. 53 yoshdagi bemor LOR vrachga tovushi boʻgʻilgani, jismoniy harakat va uyqu vaqtida nafas olishi qiyinlashganidan shikoyatlar bilan murojaat qildi. Anamnezdan maʼlum boʻlishicha, bemor taxminan bir yil muqaddam yuqori nafas yoʻllari katarini boshidan kechirgan va oʻsha vaqtdan boshlab tovushi oz-moz boʻgʻilgan, keyin tobora kuchayib borgan. Nafas olishining qiyinlashuvi taxminan bir oy muqaddam paydo boʻlgan va u ham asta-sekin kuchayib bormoqda. Laringoskopiya: hiqildoqning ikkala yarmi simmetrik harakatchan, oʻng tovush burmasida oqish-pushti rangli, gulkaramga

o'xshash, keng oyoqchali o'smasimon tuzilma bor, tovush yorig'i tinch holatda nafas olish uchun kifoya qiladi. Dastlabki tashxisni qo'ying.

Javob: 10.

5- masala. 32 yoshdagi bemor ayol LOR vrachga tomog'i qurishi, achishishi, yot narsa bordek his qilishi, tovushi bo'g'ilgani, doimo yo'talib turishidan shikoyat bilan murojaat qildi. 7 yildan buyon og'riydi, vaqti-vaqtida ambulator davolanadi. So'nggi 10 yildan beri akkumulyatorchi bo'lib ishlaydi. Tashqi ko'zdan kechirishda hiqildog'i o'zgaragan, paypaslaganda og'rimaydi, regionar limfatik tugunlari paypaslanmaydi. Bilvosita laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasi tiniq pushtirang, yaltiroq, inyeksiyalangan tomirlar yaxshi ko'rinadi, tovush va qorincha burmalari yupqalashgan. Tovush burmasida va cho'michsimon bo'shliqda yopishqoq sekret, qatqaloqlar. Fonatsiyada tovush burmalari to'liq yopilmaydi. Tashxis qo'ying.

Javob: 11.

6- masala. 52 yoshdagi bemor LOR vrachiga tovushi bo'g'ilgani, achishishi, doimo yo'talishidan shikoyatlar qilib murojaat etdi, taxminan 5 yildan buyon kasal, ambulator, nomuntazam davolangan. Sement zavodida ishlaydi. Bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati normada, hiqildoq paypaslaganda og'riydi, regionar limfa tugunlari kattalashmagan. Bilvosita laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasi giperemiyasi, qorincha va tovush burmalarining infiltratsiyasi va qalinlashgani, tovush burmalari pushtirang, erkin cheti notekis, cho'michsimon bo'shliq shilliq yarmi simmetrik harakatchan, tovush burmalari to'liq yopilmaydi. Tashxis qo'ying.

Javob: 2.

7- masala. 46 yoshdagi bemor umumiy amaliyot vrachiga hol-sizlik, tovushi bo'g'ilgani, tomoq achishishi va unda yoqimsiz sezgilar borligi, quruq yo'taldan shikoyat qilib murojaat etdi, 3 kundan buyon betob, buni shamollashdan deydi. Ko'zdan kechirishda bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati 37,6 C, o'pkada vezikulyar nafas qattiqroq tusda, kuraklar orasida quruq xirillashlar bor. Laringoskopiyada hiqildoq shilliq pardasining o'rtachagi peremiyasi aniqlanadi, tovush burmalari qalin tortgan, simmetrik harakatchan. Tashxis qo'ying.

Javob: 12.

4- mavzu: QULOQDA OG'RIQ

Javoblarning variantlari:

- 1) surunkali o'ng tomonlama yiringli epimezotimpanit qo'zishi, otogen miyacha abssessi,
- 2) o'ng tomonlama surunkali epitimpanit qo'zishi, miya chakka bo'lagining abssessi,
- 3) o'tkir diffuz tashqi otit,
- 4) o'ng tomonlama surunkali yiringli o'rta otit qo'zishi, otogen meningit,
- 5) uch shoxli nerv nevralfiyasi,
- 6) o'tkir yiringli o'rta otit, mastoidit,
- 7) tashqi eshituv yo'lining o'ng tomonlama chipqoni,
- 8) o'ng tomonlama surunkali epitimpanit qo'zishi, labirintit,
- 9) o'tkir yiringli o'rta otit,
- 10) o'tkir o'rta otit (epitimpanit),
- 11) o'tkir kataral o'rta otit,
- 12) o'tkir o'rta otit I bosqichi.

Qo'shimcha savol: qulog'i og'riyotgan har bir bemor uchun eng ehtimol tutilgan tashxisni tanlang.

1- masala. 54 yoshdagi bemor ayol LOR vrachga quloqning chap tomonida og'riq borligi, quloq suprasining shishinqiragani va chap quloqdan yiringli ajralma chiqishidan shikoyat bilan murojaat qildi. 3 kundan buyon betob, buni sovuqda shamollashdan deb hisoblaydi. Bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati 37,3 C. Quloq orqasida burma tekislashgan, quloq supراسi va supachasi paypaslanganda og'riydi, so'rg'ichsimon o'simta paypaslanganda og'rimaydi. Oskopiyada eshituv yo'li terisining giperemiyasi va infiltratsiyasi qayd etiladi, eshituv yo'li pardasimon tog'ay qismida toraygan. Nog'ora pardasi giperemiyalangan. Eshituv yo'lidayiringli ajralma, ko'chgan epidermis bo'ladi. Boshqa LOR a'zolari o'zgarmagan, eshitish: AD idrok qilish - 5 m, AS-4 m. sizning tashxisingiz.

Javob:3.

2- masala. 15 yashar bemor LOR vrachiga chap quloqda lo'qillovchi og'riq, bosh og'rishi, quloqdan yiringli ajralma chiqishi, eshitish pasayishi, lohaslikdan shikoyatlar bilan murojaat qildi. Qulog'i taxminan 1 oydan beri og'riydi, davolanmagan. 2 kun avval chap

qulog'i orqasidagi sohada og'riq va shishinqirash paydo bo'lgan, tana harorati 37,5-37,8 C. Ko'zdan kechirilganda chap quloq supراسi oldingi tomonga tarvaqaylagan, quloqorti sohasi to'qimasida ro'y-rost infiltratsiya va og'riq qayd qilinadi. Eshituv yo'lida mo'l shilimshiq-yiringli ajralma, suyak bo'limida eshituv yo'lidagi peremiya va orqa-yuqori devorining osilib qolganligi aniqlanadi. Nog'ora pardasi giperemiyalangan, orqa- pastki kvadrantda nuqtasimon perforatsiya va nog'ora bo'shlig'idan ajralmaning "pulsatsiya" refleksi ko'rinadi. Boshqa LOR a'zolar o'zgarmagan. Sizning tashxisingiz.

Javob:6.

3- masala. N.ismli bemor, 30 yoshda, LOR vrachga o'ng qulog'ida og'riq, eshitishning pasaygani va quloqdan yiringli ajralmalar chiqishidan shikoyatlar qilib murojaat etgan. 6 kundan buyon betob, kasallikni sovqotishidan deb hisoblaydi. Quloqdagi og'riq 4 kun bezovta qilgan. 5-kuni quloqdan yiringli ajralmalar chiqqan, og'riq kamaygan, davolanmagan. Ko'zdan kechirilgandi bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati 37,2 C, quloqorti sohasi o'zgarmagan, o'ng tomondagi so'rg'ichsimon o'simta paypaslanganda o'rtacha og'riq qayd qilinadi. O'ng quloq otoskopiyasida - eshituv yo'lida yiringli ajralma, nog'ora pardasi qizargan, infiltrlangan, anatomik belgilar ko'rinmaydi, nog'ora pardasida eksudatning pulsatsiya yorug'lik refleksi qayd qilinadi. Tashxis qo'ying.

Javob:9.

4- masala. 10 yashar bola umumiy amaliyot vrachiga o'ng qulog'ida og'riq borligi, boshi og'rishi, eshitish qobiliyati pasaygani, betobligidan nolib murojaat qildi. Onasining gapiga ko'ra bola ikki kundan buyon kasal, qulog'idagi kuchli og'riqlar sababli tuni bilan deyarli uxlamay chiqqan. Tana harorati ertalab 38 C. Ko'zdan kechirishda quloqorti sohasi o'zgarmagan, paypaslaganda og'riq yo'q, eshitish pasaygan, eshituv yo'lida ajralmalar yo'q. O'ng quloq supراسi sezuvchanligi oshgan. Dastlabki tashxisni qo'ying.

Javob:12.

5- masala. 22 yoshdagi bemor LOR vrachiga o'ng qulog'idagi og'riq chaynashda kuchayishidan shikoyat qilib murojaat etdi. Eshitish layoqati buzilmagan. 3 kundan buyon og'riydi. Bemorning ahvoli qoniqarli, tana harorati 37,5 C, o'ng quloq supراسi cho'zilganda va

supachasi paypaslanganda anchagina og'riq seziladi, quloqorti sohasini paypaslashda og'rimaydi. O'ng quloq otoskopiyasida tashqi eshituv yo'lida tog'ay bo'limining oldingi devorida giperemiya va konus shaklidagi eshituv yo'lini toraytiradigan yiringli qatqaloqli teri infiltratsiyasi aniqlanadi. Nog'ora pardasini ko'rishga muvaffaq bo'linmadi. Chap quloqda o'zgarishlar yo'q. Tashxis qo'ying.

Javob:7.

6- masala. 16 yoshdagi bemor umumiy amaliyot vrachiga qattiq bosh og'rishi, o'ng quloqda og'riq va undan yiring oqishi, et uvishishi, qayt qilishi sababli murojaat qildi. Anamnez hozirgina aytilgan simptomlar 2 kun oldin paydo bo'lganini va tez rivojlanganini ko'rsatdi. Ilgarilari vaqti-vaqti bilan o'ng qo'loqdan yiringli ajralmalar chiqib turgan va o'ng quloq eshitish funksiyasi pasaygan. Ko'zdan kechirilganda bemorning ahvoli og'ir, tana harorati 39,3 C. Es-hushi kirarli-chiqarli, teri qoplamlari rangsiz, tana vaziyati-oyoqlari qorniga tortilgan, boshi orqaga tashlangan, ensa mushaklarining rigidligi va Kernig simptomi ikki tomonlama musbat. O'ng quloq eshituv yo'lidan yiring-qon aralash ajralmalar chiqadi, so'rg'ichsimon o'simtani paypaslash og'riqsiz. Dastlabki tashxis qo'ying.

Javob:4.

7- masala. 20 yoshdagi bemor umumiy amaliyot vrachiga qattiq bosh og'rishi, ayniqsa, ensa sohasida, ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanishi, o'ng quloqda og'riq va yiring oqishidan shikoyatlar qilib murojaat etdi. Anamnezdan quloqdan yiring oqishi 10 yasharligidan vaqti-vaqtida takrorlanib turishi ma'lum bo'ladi. 2 hafta oldin sovqotishdan keyin o'ng quloqda og'riq va yiring oqishi paydo bo'lgan, tana harorati 38 C gacha ko'tarilgan. Bir necha kun o'tgach, bosh og'rishi kuchaygan, bosh aylanishi paydo bo'lgan, ko'ngli aynigan, qusgan. Kelgan vaqtida ahvoli og'ir bo'lgan: u qattiq tormozlangan (karaxt), uyquchan bo'lgan, qiyinlik bilan muloqotga kirishadi, boshi orqaga tashlangan, teri qoplamlari rangpar, tana harorati 38,2 C, tomir urishi minutiga 72 marta. Ensa mushaklarining rigidligi va Kernig musbat simptomi ko'proq o'ng tomonlama, ataksiya, oyoq-qo'llarida koordinatsiya va o'ng tomonlama mushak tonusi buzilishi keng qo'lamlil spontan gorizontal nistagm bor. Ko'zdan kechirishda so'rg'ichsimon o'simtani paypaslash bir oz og'riq beradi, otoskopiyada eshituv yo'lida

yoqimsiz hidli mo'l yiringli ajralma chiqadi. Nog'ora pardasi gipere-miyalangan, orqa-yuqori kvadrantda keng chekka nuqsoni, granul-yatsiyalar va yiring. Qolgan LOR a'zolari o'zgarishlarsiz. Dastlabki tashxisni qo'ying.

Javob:1.

5- mavzu: QULOQLARDA SHOVQIN

Javoblarning variantlari:

- 1) nog'ora pardaning yirtilishi,
- 2) salpingootit,
- 3) o'tkir o'rta otit,
- 4) surunkali o'rta otit,
- 5) Menyer kasalligi,
- 6) otoskleroz,
- 7) o'ng tomonlama ekssudatli otit,
- 8) koxlear nevrit,
- 9) surunkali adgeziv o'rta otit,
- 10) eshituv nervining nevrinomasi,
- 11) bosh skeleti asosining sinishi,
- 12) o'ng tomonlama quloq serasi,
- 13) o'ng quloqdagi yot jism.

Qo'shimcha savol: Quloqlarida shovqini bor har bir bemor uchun ehtimoli ko'p tashxisni tanlang.

1- masala. 20 yoshdagi bemor eshitish pasayib qolgani va o'ng quloqda vaqti-vaqtida shovqin borligidan shikoyat qildi. Eshitish asta-sekin pasaya borgan, 3 yil muqaddam bemorning o'ng qulog'i bir necha kun og'rikan va davolanmagan. Ko'zdan kechirishda o'ng quloqorti sohasi o'zgarmagan, so'rg'ichsimon o'simtani paypaslash og'riq bermaydi. Otoskopiyada eshituv yo'li keng, bo'sh, nog'ora pardasi kulrang, xira tortgan, ichiga botgan, orqa bo'limlarda petrifikatlar bor. Bolg'achaning kalta o'simtasi qattiq chiqib turibdi, yorug'lik konusi qisqargan. Pnevmatik sinamalar o'tkazishda nog'ora pardasi harakatsiz. Rinoskopiyada burun to'sig'ining o'ngga qiyshaygani, burunning o'ng yarmi orqali nafas buzilgani aniqlanadi. Eshitish: shivirlash nutqini idrok qilish AD-2 m AS-6 m, audiometrik

tekshirishda o'ng quloq tovush qabul qiluvchi apparatining zararlangani aniqlanadi. Tashxis qo'ying.

Javob:2.

2- masala. 28 yashar bemor ayol, o'ng qulog'ida shovqin, bosh aylanishi, muvozanatni yo'qotish, ko'ngli aynishidan shikoyat qiladi. Bir necha soat oldin ertalab qulog'ida shovqin, bosh aylanishi, birdaniga behollik paydo bo'lgan, bir marta qusgan, 2 soat o'tgach ahvoli yaxshilangan, biroq holsizlik davom qilgan, qulog'i bitganlik sezgisi, quloqda jarangli tovush bor, boshini burganda va tana vaziyati o'zgarganda boshi bir oz aylanadi. 30-60 minut davom qiladigan shunga o'xshash, lekin kuchsizroq xurujlar yarim yilgacha bir necha marta takrorlangan. Ahvoli qoniqarli, tana harorati normal, tomir urishi minutiga 80 marta. AB (arterial bosim) simob ustuni hisobida 120/80, spontan nistagm yo'q. Eshitishi: shivirlash nutqini idrok etish AD-2 m, AS-6 m. Tashxis qo'ying.

Javob:5.

3- masala. S.ismli bemor, 35 yoshda, o'ng qulog'ida unchalik kuchli bo'lmagan og'riq, yot jism bordek tuyulishi va quloqdagi juda kuchli shovqindan shikoyat qildi. Anamnezdan bemorning tunda o'ng quloqdagi og'riqdan uyg'ongani ma'lum bo'ldi, qulog'ida nimadir harakat qilayotday tuyulgan. U bir necha tomchi kamfora moyi tomizgan, shundan so'ng quloqdagi og'riq va yoqimsiz sezgilar kamayganday bo'lgan. Ertalab uyqudan turgach, o'ng qulog'ida eshitishning pasayganini va yot jism borligi sezgisiga ahamiyat bergan. Otoskopiya: AD-eshituv yo'lida moysimon suyuqlik bor. Ichkarida bo'yin sathida tiniq pardalari bo'lgan jigar rang tuzilma aniqlanadi. Tashxis qo'ying.

Javob:13.

4- masala. 27 yoshdagi bemor o'ng qulog'i yaxshi eshitmayotgani, yoqimsiz sezgilardan shikoyat qiladi, bular bosh holati o'zgartirilganda kuchayadi va o'ng quloqda subyektiv shovqin bor. Anamnezdan ma'lum bo'lishicha, bemor 10 kun ilgari baliq oviga borib sovqotgan, tumov bo'lib qolgan, lekin ishiga boravergan. Ishxonasi topshirig'i bilan bemorga samolyotda uchishda to'g'ri kelgan, uchish vaqtida quloqlari qattiq bitib qolgan, so'nggi 4-5 kun ichida o'ng qulog'i

yomon eshitadigan bo‘lib qolgan. Otokopiya: AD-eshituv yo‘li toza, nog‘ora pardasi ichiga botgan, yorug‘lik konusi yo‘q, bolg‘acha dastasi yo‘li bo‘ylab inyeksiyalangan tomirlar ko‘rinadi. Nog‘ora pardasi orqali suyuqlikning gorizontal sathi ko‘zga tashlanadi, bosh holati o‘zgarganda qoladi. Tashxis qo‘ying.

Javob:7.

5- masala. 24 yashar bemor ayol, qulog‘i og‘irlashgani, ikkala qulog‘ida shovqin, quloq bitib qolgandek sezgi va chaynash vaqtida "chirsillash" sezishdan shikoyatlar qiladi. Anamnezdan bu hodisalarning hammasi 4 oy muqaddam hovuzda cho‘milganidan keyin boshlangani ma‘lum bo‘ldi, qulog‘i ilgariidek sekin eshitadi. Poliklinikaga murojaat qilgan, burunga tomchi tomizish, so‘ngra quloqlarga havoyuborish tayinlangan. Davolashdan so‘ng eshitish qobiliyati qisqa vaqtga yaxshilangan. Sokinlikda quloqlardagi shovqin, ayniqsa, azob beradi va bemorni juda bezovta qiladi. Otokopiya: tashqi eshituv yo‘llari bo‘sh, nog‘ora pardalari keskin ichiga botgan, qalinlashgan, yorug‘lik konusi yo‘q, bolg‘achaning kalta o‘simtasi turtib chiqqan. Rinoskopiya: pastki burun chig‘anoqlari orqauchlarining gipertrofiyasi. Tashxis qo‘ying.

Javob:9.

6- mavzu: BURUNDAN NAFAS OLISHNING QIYINLA-SHISHI

Javoblarning variantlari:

- 1) burun suyaklari sinib yuqori jag‘ devorlariga tarqalishi, burun to‘sig‘i gematomasi,
- 2) burun to‘sig‘ining travmatik qiyshayishi,
- 3) burun to‘sig‘ining gematomasi,
- 4) surunkali gipertrofik rinit,
- 5) o‘ng tomonlama yiring-poli pozli rinosinuit,
- 6) allergik rinit,
- 7) chap tomonlama poli poz-yiringli gemisinuit,
- 8) burun-halqum angiofibromasi,
- 9) burun to‘sig‘ining qonab turadigan polipi,
- 10) atrofik rinit.

Qo‘shimcha savol: Burundan nafas olish qiyinlashgan har bir bemor uchun eng ehtimol tutilgan tashxis tanlang.

1- masala. Bemor 45 yoshda, ko‘chada ketayotganida sirpanib yiqilib tushdi, shundan so‘ng burundan nafas olishi qiyinlashdi, boshi og‘riydigan bo‘ldi. Ko‘zdan kechirilganda tashqi burun deformatsiyasi aniqlandi. Rinoskopiya: burun to‘sig‘i yostiqsimon qalinlashgan, rentgenogrammada esa chap burun yondosh bo‘shlig‘ining total qoraygani aniqlandi. Tashxis qo‘ying.

Javob:1.

2- masala. Bemor 20 yoshda, burundan nafas olishi doimo qiyinlashgani, bosh og‘riqlardan shikoyat qiladi. Bolaligida burun shikastini boshdan kechirgan. Ko‘zdan kechirishda burun beli ozmoz chapga siljigan. Oldingi rinoskopiya da burun to‘sig‘ining o‘ng qiyshaygani, chapdan pastki burun chig‘anog‘i kompensator tarzda gipertrofiyalangan, shilliq pardasi pushtirang, nam. Burun yondosh bo‘shliqlarini paypaslashda og‘riqsiz. Tashxis qo‘ying.

Javob:2.

3- masala. Boks bo‘yicha musobaqalar paytida 20 yoshdagi sportchining burni shikastlandi. Ertasiga burundan nafas olishi qiyinlashdi, boshi og‘riydigan bo‘lib qoldi. Rinoskopiya da burun to‘sig‘i sohasida ikkala tomonda yostiqsimon shish aniqlandi, shilliq pardasi pushtirang, nam, umumiy burun yo‘li keskin toraygan. Tashxis qo‘ying.

Javob:3.

4- masala. 42 yoshdagi bemor nafas olishning qiyinlashgani, burundan shilimshiq ajralma kelayotgani, hid bilishning buzilgani to‘g‘risida shikoyatlar bilan keldi. 4 yildan buyon kasal, burundan nafas olish qiyinlashganini doimo sezadi. Rinoskopiya da burun shilliq pardasi shishgan, giperemiyalangan, pastki va o‘rta burun chig‘anoqlari kattalashgan. Burun yo‘llari bo‘shlig‘i toraygan, pastki burun yo‘lida oq rangli shilimshiq uyumi bor. Adrenalin eritmasi surtilgandan so‘ng burun shilliq pardasi oqarib ketadi. Biroq burun chig‘anoqlarining sezilarli kichrayishi sezilmaydi. Nafas olish qiyinlashgani, bosh og‘rishi, peshona sohasida og‘irlik, tana haroratining oshishidan shikoyat qiladi.

Javob:7.

7- mavzu: OG'IZ-HALQUMDAGI KARASHLAR

- 1) tanglay murtagi o'smasi,
- 2) halqum zaxmi,
- 3) Simanovskiy-Vensan anginasi,
- 4) halqumning kimyoviy moddalardan kuyishi,
- 5) lakunar angina,
- 6) mononukleozdagi angina,
- 7) halqum kandidamikozi,
- 8) difteriya,
- 9) halqum sili,
- 10) agranulotsitozdagi angina.

1- masala. N. ismli bemor, 24 yoshda, umumiy amaliyot vrachiga o'ng tomonda bo'yinning yon yuzasi shishinqiragani, yutishda tomoqda vaqti-vaqtida og'riq bo'lishi, halqumda yoqimsiz sezgilar borligidan shikoyat qildi, kasalini chekishi bilan bog'laydi, ishtahasi yo'q. So'nggi oy mobaynida doimo lohaslik sezadi, darmoni quriydi, 5 kg ga ozdi. Faringoskopiyada o'ng tanglay murtagining yuqori qutbi sohasida kulrang-oq karash bilan qoplangan kichkina yara qayd qilindi. Murtak giperemiyalangan, zich. Bo'yinning o'ng yon sathida paypaslash o'tkazilganda oz-moz og'riydigan limfatik tugunlar to'plami aniqlanadi. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob: 1.

2- masala. R. ismli bemor ayol, 21 yoshda, umumiy amaliyot vrachiga badaniga toshmalar toshgani, betoblik, halqumdagi yoqimsiz sezgilardan shikoyat qildi. Xastalanganiga bir necha hafta bo'ldi, buni o'zicha shamollashdan deb hisoblaydi. Tana harorati 37 C. Ko'zdan kechirilganda tanasi, oyoq-qo'llari terisida rozeola toshmali qayd qilinadi, o'rtacha og'riqli bo'yin, ensa, qo'ltiq limfatik tugunlari paypaslanadi. Faringos-kopiyada tanglay murtagi shilliq pardasining misgao'xshash qizil giperemiyasi kuzatiladi. Oldingi tanglay yoychalari va yumshoq tanglay sohasida giperemiyalangan shilliq parda fonida yuzadan ko'tarilib turadigan va qizil hoshiya bilan o'ralgan yumaloq shakldagi kulrang-oq toshmalar aniqlanadi. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob: 2.

3- masala. A. ismli bemor, 52 yoshda, LOR vrachga lohaslik, yutishda tomoqda g'alati sezgi, og'izdan yoqimsiz hid kelishidan shikoyat qilib, murojaat etdi. Og'riganiga bir oydan oshdi, nima sababdan xasta bo'lganini bilmaydi. Tana harorati normal. Faringoskopiya chap tanglay murtagining yuqori qutbida to'qimalarning chetlari notekis yaraga aylangani aniqlanadi, tubida kulrang-oq parda bor, ko'chirilganda qonaydigan yuza ko'rinadi. Regionar limfatik tugunlar zararlangan tomonda kattalashgan. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob:9.

4- masala. L.ismli bemor, 46 yoshda, umumiy amaliyot vrachiga tomoqda, ayniqsa, yutish vaqtida og'riq borligi, bosh og'rishi, so'lak oqishi va holsizlikdan shikoyatlar qilib murojaat etdi. Kechqurun alkogoldan mastlik holatida qandaydir suyuqlikni ichgan, shundan so'ng qusgan, suv ichgan, yana nimalar bo'lganini eslay olmaydi. Ertalab o'zini juda yomon his qilgan, tomoqdagi og'riqning zo'rligidan hatto suv ham icha olmagan. Ko'zdan kechirilganda teri qoplamlari oqarganligi ma'lum bo'ldi, tana harorati 37,2 C. Faringoskopiya halqum shilliq pardasi qizargani va shishgani aniqlanadi, tanglay murtaklarida, tilda, halqumning orqa devorida enlik, zich kulrang-sariq pardalar bor, ular ko'chirilgandan so'ng eroziyali, qonab tura-digan yuza ko'rinadi. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob:4.

5-masala. A.ismli bemor, 14 yoshda, umumiy amaliyot vrachiga tomoqdagi og'riqlar, umumiy behollik, og'izdan hid kelishi, tana haroratining 39 C gacha oshishidan murojaat qilib keldi. 2 kundan buyon og'riydi va kasalligini oyog'i sovqotganidan deb o'ylaydi. Faringoskopiya tomoq shilliq pardasi giperemiyasi vashishi, tanglay murtaklari nam, shishgan, lakunalar og'zi fibrinoz-nekrotik parda bilan qoplangan, u yoychalari chegarasidan chiqmaydi. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob:5.

6- masala. Umumiy amaliyot vrachiga M.ismli 15 yashar bemor tomoqda og'riq, umumiy behollik, lohaslik, ishtaha kamligi, uyqu buzilganidan shikoyatlar qilib, maslahat olishga keldi. Onasining gapiga qaraganda o'g'il bolada limfatik tugunlar hamma guruhlarining keskin kattalashuvi paydo bo'ldi. Obyektiv: bemorning umumiy ahvoli

qoniqarli, jag‘osti, o‘mrov usti va o‘mrov osti, qo‘ltiq va chov limfatik tugunlarining ancha kattalashgani, taloqning kattalashgani qayd qilindi. Faringoskopiyada: yoychalari va yumshoq tanglayning giperemiyasi va shishi, gungurt parda bilan qoplangani aniqlanadi. Qon analizi: Nv-11,3 g %, eritrotsitlar $4,8 \cdot 10^{12}$, leykotsitlar - $18000 \cdot 10^9$, e-1%, m-70%, s/ya - 17%, l-12%, SOE (ECHT) - soatiga 15 mm. Sizning dastlabki tashxisingiz?

Javob:6.

OTORINOLOGIYADA KO'P ISHLATILADIGAN DORI VOSITALARI

Tomirlarni qisqartiruvchi vositalarning xillari ancha. 0,1% adrenalin gidroxlorid eritmasi eng kuchli ta'sir etuvchi vosita bo'lib hisoblanadi. Asosan, turli manipulyatsiya va qon to'xtatishni amalga oshirishda burun bo'shlig'ining shilliq pardasining anemizatsiya qilish uchun ishlatiladi qo'shimchalarsiz toza holda (qon ketish hollarida) va mikstlarga qo'shimcha sifatida ham (medikamentoz kokteyli) ishlatilishi mumkin. U doimo otolaringolog stolida tez yordam beruvchi dorilar tarkibida hamda shokka qarshi dori to'plamida bo'lishi lozim. Preparatning yuqori 1 marotabali dozasi – 1,0 ml, sutkasiga – 5,0 ml.

Gipertoniya, ateroskleroz, tomirlarning anevrizmasi, tireotoksikoz, qandli diabet, homiladorlik davrida hamda talvaslanib qolishning oldini olish maqsadida 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga berish taqiqlanadi.

✓✓Aldetsin – sprej, flakonda 200 doza. Allergik rinit va polipozli rinosinuit kasalliklarida ishlatiladigan kombinatsiyalashtirilgan preparat (kasallikning boshlanish davrida). Tarkibiga deksametazon kiritilgan. 1 marotabali dozasi – 50 mkg.

Bekonaze – beklalitazon prionataning dozalashtirilgan aerezoli (flakonda 200 doza), shishga qarshi xususiyatga ega. Allergiya namoyon bo'lgan hollarda ishlatiladi.

Afrin – nazal sprej (flakonda 20 ml dan). Burun tanasining o'tkir protsesslari va 6 yoshdan katta bo'lgan bolalarning burun bo'shlig'i yallig'lanishida ishlatiladi, sutkasiga 2 mahal burunning har bir tomoniga 2-3 marta sepiladi.

Vibrotsil – sprej. Qo'llanishi va terapevtik ta'siri yuqoridagidek.

Galazolin (otrivin, kselometazolin) 0,1% va 0,05% eritmalari. Terapevtik ta'siri va qo'llanishi mumkin bo'lmagan hollari xuddi naftizinning xususiyatlariga o'xshash.

Flakonda 0,1% sprej 10,0 ml (sutkasiga kattalarga va 6 yoshdan oshgan bolalarga) 4 marotabadan oshirmasdan burunning har bir tomoniga 1 marotabadan sepiladi. 1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun burunga tomiziladigan 0,05% eritmasi tomchilari ishlatiladi. Qo'llanish davomiyligi 3 kundan oshmasligi lozim.

Gi pofiz vamiya pardalar operatsiya qilinganidan keyin, shuningdek bu preparatga shaxsiy sezuvchanligida qo'llanishi mumkin emas.

Mentol – 1% yogli eritmasi tumov, faringit, laringit va traxeit bo'lganda tomizish, surtish va ingalyatsiya qilish uchun qo'llaniladi. U bir necha qo'shilgan dorilarning (xususan – «Boromentol», «Evalipol», «Ingakamafa», «Ingalipt») asosiy tarkibiy qismi hisoblanadi. Kichik yoshdagi bolalarga reflektorli ezilish va nafas olishning to'xtab qolish ehtimoli borligi uchun qo'llanishi mumkin emas.

Naftizin – (0,05% va 0,1% eritmalari) qon tomirlarining uzoq muddatli qisqarishini keltiradi.

Burun bo'shlig'ining yallig'lanishi, o'tkir o'rta otit va yevstaxiit kasalliklarida burunga tomiziladigan tomchilar sifatida ishlatiladi. Terapevtik ta'sirchanligini asta-sekin yo'qotilishi sababli uzoq muddat foydalanish tavsiya qilinmaydi.

Gi pertoniya, taxikardiya va ateroskleroz kasalliklarida qo'llanishi mumkin emas. Sanorin va tizin (0,05% va 0,1% eritmalari) naftizinning chet ellik monand eritmasi.

Efedrin gidroxlorid – o'zining farmakologik xususiyatlariga ko'ra adrenalina yaqin, lekin uzoq davr tomirlarni qisqartirish ta'siriga ega. Burunga tomiziladigan tomchilar (2-3% eritmasi) sifatida ishlatiladi. Kattalar uchun 1 marotabalik dozasi 0,05 g, sutkasiga – 0,15 g.

Efedrin gi pertoniya, ateroskleroz, gi pertireoz, uyqusiziik, og'ir yurak kasalliklarida qo'llanilishi mumkin emas.

Ingalipt – sprej flakonda 30 ml dan. Tomirlarni qisqartirish va yallig'lanishni oldini olish ta'siriga ega (uning tarkibiga: yog', yalviz, evkalipt, timol, sulfanilamid va sulfatizol natriyakiradi).

3 yoshdagi bolalarga va yuqoridagi ingridiyentlarni ko'tara olmasligi sababli qo'llanishi mumkin emas.

IRS-19 (IRS –19 flakonda 20 ml aerosol). Burun bo'shlig'ining shilliq qavatiga qo'shimcha ta'sir etishga ega. 8 xil chaqiruvchi viruslarning lizati, shuningdek, influensalar ham bor. Sutkasiga 2 martadan 5 marotabagacha burunning har bir tomoniga 2 tomchidan infeksiya yo'q bo'lguncha sepiladi. Burun bo'shlig'ining yallig'lanishi tugashi bilan burun bilan nafas olish tiklanadi. Preparatni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar aniqlanmagan.

Kromogeksal – flakonda 15-30 *ml* dan 2% dozali aerosol. Sutkasiga burunning har bir tomoniga 3-4 marta 1 aerosol dozasiidan tayinlanadi. Homiladorlikning birinchi 3 oyligida qo‘llash mumkin emas.

Kromosol (intal) – flakonda 28 *ml* dan dozali aerosol. Preparatning qo‘llanishi xuddi yuqoridagidek.

Nazokort – dozali aerosol. Flakonda – 100 doza. Tarkibida triamsinolon atsetat bor. Sutkasiga burunning har bir tomoniga 1 marta 2 dozadan sepiladi. Allergiyaga qarshi preparat.

Nazivin – flakonda – 5-10 *ml* dan. Tarkibida oksemetazolin gidroxlorid. Kuniga burunning har bir tomoniga 4 tomchidan 2-3 marta tomiziladi. Tomirlarni qisqartirish xususiyatiga ega.

Ichimlik tayyorlash uchun 200 *ml* paketda poroshok qilib chiqariladi, kuniga 3 marta, davolash kursi 5-10 kun. Ingalyatsiya uchun ham preparatni qo‘llash mumkin (har kuni 6,0 *ml* dan 5% eritma).

Rinofluimutsil –burun bo‘shlig‘i va burun yonbosh bo‘shliqlarining yallig‘lanishini davolovchi kombinatsiyalashgan preparat. Flakonda 10,0 *ml* dan doza o‘lchagichi bilan chiqariladi. Burunning har bir tomoniga 2 dozadan 5 daqiqali interval bilan kuniga 3-4 mahal qilinadi.

Anauran – quloq tomchisi, kombinatsiyalashgan preparat. O‘tkir va surunkali quloq kasalliklarini davolashda qo‘llaniladi.

Nazol – 30 *ml* flakonda sprej bo‘lib, tarkibi oksimetazolin gidroxloriddan iborat. Tomir toraytiruvchi ta‘sirga ega. 3 kundan oshiq qo‘llash tavsiyaetilmaydi. Qarshi ko‘rsatmalar: arterial gipertenziya, tomirlar aterosklerozi, yurak ritmi buzilishlari, qandli diabet, tireotoksikoz, buyrak funksiyasi buzilishi, preparatga sezuvchanlikning oshishi.

Nazoneks – 120 dozali aerosol bo‘lib, tarkibi mometazon fuoratdan iborat. Kattalarda va 12 yoshdan katta bolalarda qo‘llaniladi, har bir burun yo‘liga 2 ingalyatsiyadan sutkada 1 mahal yuboriladi. Og‘ir holatlarda ingalyatsiyalar soni 4 tagacha oshiriladi.

Pinosol – yog‘li tomchilar bo‘lib, tarkibi qayin, evkalipt vayalpiz moylari tutadi. Suyultiruvchi va yumshatuvchi tomchilar hamda ingalatsiya holatida qo‘llaniladi. Maz yoki 10 *mg* krem ko‘rinishida ham chiqariladi.

Sanorin – 10,0 *ml* emulsiya bo‘lib, tarkibida nafazolin nitrat tutadi. Tomir toraytiruvchi, yallig‘lanishga qarshi preparat. Har bir burun

yo'liga 2-4 tomchidan sutkada 3-4 mahal tomiziladi. Qarshi ko'rsatmalar: arterial gipertoniya, qalqonsimon bez kattalashishi, 2 yoshgacha bolalar.

Sanorin-anallergin – 10,0 ml burunga tomchilar bo'lib, tarkibi nafazolin nitrat va antazolin mezilatdan iborat. Allergiyaga qarshi va tomir toraytiruvchi ta'sirga ega. Qo'llash usuli: yuqoridagidek.

Fliksonaze – flutikazon propionatning dozalangan spreyi bo'lib, 120 dozali flakon ko'rinishida bo'ladi. Allergik holatlarda har bir burun yo'liga 2 dozadan sutkada 2 mahal buyuriladi. Qarshi ko'rsatma: individual ko'tara olmaslik.

Ferveks – tumovga qarshi – 14,8 ml sprej ko'rinishida chiqariladi. Ta'sir qiluvchi modda: oksimetazolin xlorid. Qo'llash usuli: har bir burun yo'liga 1-2 instillyatsiyadan sutkada 3-4 mahal. Tomir toraytiruvchi preparat.

Desensibilizatsiyalovchi vositalar (antigistamin preparatlar)

Bu guruh preparatlari turli xil bo'lib, ularning ta'siri organizmda yallig'lanish oqibatida N_1 gistamin retseptorlari tomonidan gistamin ajralishini kamaytiradi. Bu yallig'lanish o'chog'ida va butun organizmda yallig'lanish jarayonini susaytiradi. Antigistamin preparatlarning keng tanlovi ularning chet mamlakatlardan ko'plab keltirilishi va klassik dorilar bilan birgalikda yangi dori guruhlari va sinflari paydo bo'lishi bilan bog'liq.

Antigistamin dorilarning ko'pchiligi ularni alohida guruh sifatida xarakterlovchi qator spetsifik farmokologik xususiyatlarga ega. Bunga quyidagi xususiyatlar kiradi: qichishishga qarshi, shishga qarshi, antispastik, antixolinergik, antiserotonin, sedativ va mahalliy og'riq qoldiruvchi, shuningdek gistamininga bog'liq bronxospazmni oldini olish. Antigistamin preparatlar gistaminning N_1 retseptorlarga ta'sirini raqobatli ingibirlash mexanizmi bo'yicha bloklaydi. Ularning bu retseptorlarga ta'siri gistaminning nisbatan sustroq bo'ladi. Shuning uchun berilgan dori vositalari retseptor bilan bog'langan gistaminni tortib ololmaydi, ular faqat band bo'lmagan, bo'sh retseptorlarni bloklaydi va o'z navbatidatezkor tipdagi allergik reaksiyalarni oldini

olishda ko'proq effektiv bo'ladi, rivojlangan allergik reaksiyalarda esa yangi gistamin porsiyalari ajralishini oldini oladi.

Ishlab chiqarilish vaqtiga qarab antigistamin preparatlar 1- va 2-avlodga bo'linadi. 1-avlod preparatlarini (ustun keluvchi nojuya ta'siriga ko'ra) sedativ dori vositalari deb atash qabul qilingan. Bu bilan nosedativ 2-generatsiya dori vositalari 1-laridan farq qiladi. Hozirgi kunda 3-avlod preparatlari ham ajratilgan: bularga yangi dori vositalar – aktiv metabolitlar kirib, ular antigistamin ta'siriga ega, sedativ ta'siri yo'q va 2-avlod preparatlariga xos bo'lgan kardiotsik ta'sirga ega emas.

Antigistamin dori vositalarining qo'llanilishi ularning terapevtik aktivligiga va bemor ahvoriga bog'liq bo'ladi.

Birinchi avlod antigistamin preparatlar (sedativlar)

Bu preparatlar yog'larda yaxshi eriydi, N_1 gistamin, xolinergik, muskarin, serotonin retseptorlarini bloklaydi. Ularga xos: sedativ ta'sir (lipidlarda yaxshi erib, GEBdan yaxshi o'tadi va miyadagi N_1 retseptorlar bilan bog'lanadi); anksiolitik ta'sir (MNS po'stloq osti sohasi ma'lum qismlarining aktivligini kamaytirish); atropinsimon ta'sir; qusishga qarshi va silqinishga qarshi ta'sir; yo'talga qarshi ta'sir; mahalliy og'riq qoldiruvchi ta'sir; klinik samaradorlikning tez kuzatilishi va qisqa vaqt ta'sir qilish.

Dimedrol – desensibilizatsiylovchi dori vositalarining bosh va erta vakillaridan biri bo'lib, organizmning gistaminga reaksiyasini va kapillyarlar o'tkazuvchanligini kamaytiradi, yallig'lanish o'chog'ida to'qimalar shishini kamaytiradi va oldini oladi, allergik reaksiyalar kechishini yengillashtiradi, yallig'lanishga qarshi, sedativ va uyqu chaqiruvchi ta'sirga ega, sezilarli mahalliy og'riq qoldiruvchi samaraga ega. Dimedrol turli dori shakllari ko'rinishida chiqariladi, parenteral yo'l bilan yuborilishi uni tezkor terapiyada qo'llash imkoniyatini beradi.

Dozalash: kattalarga - tab. shakli: 0,03-0,05 g 1-3 m kuniga, 10-15 kun davomida; 1% eritma m/o, 0,01-0,05 g dozada. Bolalarga qabul

dozasi kamroq: 1 yoshgacha 0,002-0,005 g, 2 dan 5 yoshgacha 0,005-0,015 g; 6 dan 12 yoshgacha 0,015-0,03 g.

Kattalar uchun yuqori doza – 0,1 g, sutkalik 0,25 g; eritmada: bir martalik – 5,0 ml 1% eritma; sutkalik- 15 ml 1% eritma m/o.

Haydovchilarga va ish faoliyati tezkor harakat va psixik reaksiya bilan bog‘liq mutaxassislarga berish tavsiya etilmaydi. Gallutsinatsiya chaqirishi mumkin.

Diazolin – 0,05-0,1-0,2 g draje. Kattalar uchun bir martalik doza: 0,3 g, sutkalik-0,6 g. Bolalar uchun: 0,02 va 0,05 g. Ovqatdan keyin buyiriladi. Dimedroldan farq qilib, uyqu chaqiruvchi ta’sirga ega emas, «kunduzgi desensibilizator» hisoblanadi. Oshqozon yara kasalligida va me’da-ichak sistemasi yallig‘lanish kasalliklarida qo‘llash mumkin emas.

Diprazin (pipolfen) – kuchli antigistamin aktivlikkaega. Tabletk (0,025 g) va ampula (2,5%-2,0 ml) shaklida chiqariladi. Kattalar uchun bir martalik eng kuchli doza – 0,075 g, sutkalik – 0,5 g va 2,0-10,0-2,5% eritma. Kuchli sedativ xususiyatga ega.

Fenkarol – tab 0,025 g. Dimedrolga nisbatan kam antigistamin aktivlikka ega, bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi, sedativ ta’siri yo‘q (GEB orqali kam o‘tadi). Gistaminning to‘qimalardagi miqdorini kamaytiradi. Qarshi ko‘rsatma: homiladorlikning birinchi trimestri. Kattalarga 0,025-0,05 g 2-3 mahal 10-12 kun mobaynida, bolalarga: 3 yoshgacha 0,005 g 2-3 mahal, 3-7 yoshdagilarga 0,01 g 2 mahal, 7-12 yoshdagilarga 0,01-0,015 g 2-3 mahal, 12 yoshdan kattalarga 0,025 g 2-3 mahal beriladi.

Suprastin – tabletk (0,025 g) va ampula (2%-1,0 ml) qisman antigistamin, spazmolitik, sedativ, uyqu chaqiruvchi ta’sirga ega. Qon zardobida to‘planmaydi, uzoq qo‘llashda doza oshib ketmaydi. Qo‘llaniladigan terapevtik dozalar keng terapevtik diapazonga ega. Suprastin uchun effekti tez namoyon bo‘lish va ta’sir davomiyliqi qisqa bo‘lishi xos. Kunlik dozasi – allergik reaksiyaning darajasiga qarab 0,075 g, eritmada 1,0-2,0 ml m/o, v/i.

Tavegil (klemastin) – tab. 0,001 g. Ta’siriga ko‘ra dimedroldan kuchli, farmakokinetik faolligi yuqori (1 marta ishlatilganda ta’sir davomiyliqi 8-12 soat). Kattalar uchun sutkalik doza – 0,003-0,004 g, bolalar uchun 0, 0005-0,001 g.

Ketotifen (zaditen) – kapsula yoki tabletka 0,001 g. Antiflaktik va sedativ ta'sirga ega. Doza kattalar uchun 0,001-0,002 g/sut, bolalar uchun 0,025 mg 1kg tana vazniga, kuniga 2 mahal (5 mg yoki 1ch.q. sirop 1 mahal). Bolaning tana vazni 30 kg dan og'ir bo'lsa, 10 mg sutkasiga buyuriladi. Qarshi ko'rsatma: individual ko'tara olmaslik.

Orinal – kapsula, tarkibida xlorofeniramin maleat 8 mg, fenilpropanolamin gidroxlorid 75 mg. Dozasi: 1 kapsula kuniga 2 mahal. Qarshi ko'rsatma: 1. tritsiklik antidepressantlar, MAO ingibitorlari, beta adrenoblokatorlar, fenilpropanolamin preparatlari bilan birga qo'llash. 2. 12 yoshgacha bolalar. 3. preparatga yuqori sezuvchanlik.

Peritol – tab. 0,04 g, sirop 100,0 ml flakonda. Antigistamin va qisman antiserotonin ta'sirga ega. Kattalar uchun: kuniga 1 tab. 3 mahal, bolalarga 2-6 yoshdagi 8 mg/sut, 6-14 yoshdagi – 12 mg/sut. Qarshi ko'rsatma: glaukoma, prostata bezi adenomasi, shishga moyillik, homiladorlik, laktatsiya, 6 oylikkacha bo'lgan bolalar preparatga yuqori sezgirlik.

Ikkinchi avlod antigistamin preparatlar (nosedativlar)

1- avlod antigistamin preparatlaridan farqli 2- avlod preparatlari sedativ va xolinergik ta'sirga deyarli ega emas. N1 retseptorlarga nisbatan faol. Biroq ularning turli darajada kardiotsik ta'siri bor. 2- guruh preparatlarining umumiy xususiyatlari: yuqori spetsifiklik va N1 retseptorlarga o'xshashlik, xolin va serotonin retseptorlariga ta'sir qilmaslik, klinik samaradorlikning tez namoyon bo'lishi va ta'sirining uzoqligi, sedativ ta'sirining minimalligi, agar preparatni terapevtik dozada ishlatilsa yurak mushaklarining kaliy kanallarini bloklaydi va QT interval cho'zilishiga olib keladi. Parenteral shakllari yo'q.

Astemizol – guruhning eng uzoq ta'sirga ega preparatlaridan biri (yarim chiqarilish davri 20 sutkagacha). N1 retseptorlar bilan qaytmas bog'lanish xos. Sedativ ta'siri yo'q. Alkogol bilan bog'lanmaydi. Kasallik kechishiga kechki ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun o'tkir davrida qo'llanilmaydi, ammo surunkali allergik kasalliklarda qo'llash mumkin. Kumulyatsiya xususiyatiga ega. Preparatni uzoq qo'llash yurak ritmini buzilishiga, hatto to'liq blokadaga olib keladi.

Terfenadin (tresil) – tab. 0,06 g. N1 gistamin retseptorlari blokatori. Kattalar va bolalarda 12 yoshdan katta- 1tab. kuniga 2 mahal yoki 2 tab. 1 mahal, 6-12 yoshgacha 30 *mg* kuniga 2 mahal, 6 yoshgacha 2 *mg/kg* tana vazniga qarab buyuriladi. Fatal aritmiyalar chaqirishi mumkin.

Fenistil – tab. 2,5 *mg*. Ta'siriga ko'ra birinchi guruh preparatlariga yaqin, biroq ulardan sedativ va muskarin ta'sirini kamligi bilan va antiallergik ta'siri yuqoriligi hamda ta'sir davomiyligi uzoqligi bilan farqlanadi. Kapillyarlar o'tkazuvchanligini kamaytiradi. Kuchsiz antixolinergik ta'sirga ega. Qabul qilingandan so'ng ta'siri 30 *min* dan keyin boshlanadi, 8-12 soat davom etadi. Kattalar va o'smirlarga 1 tab. kuniga 2 mahal pediatriyada fenistil tomchi (flakon 20,0 *ml*, 1 *ml*=20 tom) holda ishlatiladi. 1 yoshgacha 3-10 *tom/sut*, 1-3 yoshgacha 10-15 *tom/sut*, 3 yoshdan keyin 15-20 *tom/sut*.

Kestin (ebastin) – tab. 10 *mg*. Sutkada 1 mahal ovqatga bog'liq bo'lmagan holda qabul qilinadi. Qarshi ko'rsatma: jigar yetishmovchiligi, homiladorlik, laktatsiya.

Klaritin (loratadin, klarotadin) – tab. 10 *mg* va sirop flakonda 120 *ml*. Astemizol va terfenadindan antigistamin faolligi yuqori, chunki periferik N1 retseptorlar bilan mustahkam bog'lanadi. Sedativ ta'siri yo'q va alkogol ta'sirini potentsirlamaydi. Klaritin boshqa dorilar bilan ta'sirga kirishmaydi. Kardiotoksik ta'siri yo'q. Dozalash: 1 tab. yoki 2 ch.q. sirop sutkada, 12 yoshgacha bolalarga 5 *mg* (1/2 tab yoki 1ch.q. sirop 1 mahal), tana og'irligi 30 *kg* dan ortiq bolalarga 10 *mg* kuniga.

Sempreks (akrivastin) yuqori antigistamin va past sedativ, antixolinergik faollikka ega. Asosiy farmakokinetik ta'siri metabolizm darajasini pastligi va kumulyatsiyani yo'qligi.

Rinopront – kapsulasi 0,04 va 0,02 *g* dan, flakondagi sirop 90,0 *ml*. Dozasi: kattalarga va 12 yoshdan katta bo'lgan bolalarga 1 kapsuladan 2 mahal kuniga, 12 soat vaqt oraligida (intervali). 1yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga siropi 1 ch.q. 2 mahal kuniga, 6 yoshdan 12 yoshgacha 2 ch.q dan 2 mahal kuniga qabul qilinadi.

Allergiyani mahaliy (lokal) ko‘rinishiga ta’sir qiluvchi mahalliy ta’sirga ega bo‘lgan dori vositalar

Gistimet (levokabastin)- bu dori vositasi burunga tomchi yoki nazal sprey holatida allergik rinitlarda qo‘llaniladi. Mahalliy qo‘llanilganda qon-aylanish sistemasiga kam miqdorda tushganligi tufayli MNS va yurak qon tomir sistemasiga ta’sir qilmaydi.

Allergodil (azelastin) - allergik rinitni davolashda yuqori samaraga ega bo‘lgan dori vosita. Qo‘llanilishi: nazal sprey holda, sistemali ta’siri yo‘q.

Uchinchi avlod antigistamin vositalari (preparatlari) Metobalitlar

Setirizin- (zirtek, setrin) - periferik N retseptorlar yuqori selektiv antagonist. Hidroksizining faol metobaliti hisoblanadi, sedativ ta’sir ancha kam. Seterizin organizmda metobalizmga uchramaydi. Organizmdan chiqib ketishi buyraklar faoliyati bilan bog‘liq.

Uning xarakterli tomoni yurakga aritmogen ta’siri yo‘qligidir. Feksofenadin (telfast) terfenadin (gistadin) faol metobalitidir. Feksofenadin organizmda o‘zgarishga uchramaydi. Buyraklar va jigar funksiyasi buzilgan holatda uning kinetikasi o‘zgar olmaydi. U hech qanday dorilar bilan o‘zaro ta’siri yo‘q, sedativ ta’sir ko‘rsatmaydi, psixomotor faoliyatga ham ta’sir etmaydi. Shuning uchun bu preparatni ish faoliyati diqqat bilan bog‘liq kishilar qabul qilishi mumkin.

Yuqori dozalarda uzoq vaqt qo‘llanilganda yurak ish faoliyatiga ta’sir ko‘rsatmaydi. Bu dori vositalari yuqori xavfsizlikka ega bo‘lish bilan bir qatorda mavsumiy allergik tumovlarni (rinitni) davolashda yuqori samaraga ega.

Ruzam – nosteroid antiallergik yallig‘lanishga qarshi preparat.

Chiqarilish shakli – 0,2 ml ampula eritmasi. Peptidlarning yallig‘lanishga qarshi ta’siriga ega bo‘lgan yangi sinfiga kiradi. Ta’sir mexanizmi: yuqori haroratda klonlashtirilgan stafilokokklarning temofil shtampi adaptiv peptid ishlab chiqaradi, bu esa allergiyaga qarshi xususiyatga ega. Ko‘rsatma - allergik kasalliklar branxial astma mavsumiy

va doimiy tumov, konuktivit, atopik dermatit, eshak yemi, kvinke shishi, atopik sindrom yoki alohida sindrom ko'rinishida kechuvchi dori, oziq-ovqat, kalivalent allergiya.

Qo'llanilish usuli: teri ostiga bir martalik dori 0,1-0,2 ml 5-7 kunda bir marta davolash kursi 5-10 inyeksiya. Qayta davolash kursi 20 kundan keyin tavsiya etilishi mumkin. Profilaktika kurslari 1 yilda 2 marta olib boriladi: bahorda va kuzda. Poli pozlarda o'simlik gullashidan oldin buyuriladi. Qarshi ko'rsatma: homiladorlik, ichki a'zolar dekonpesatsion kasalliklari.

Sulfonilamidlar

Sulfonilamid preparatlari yaratilgandan so'ng tibbiyotda mikrobu hujayrasiga bevosita tasir ko'rsatish imkoniyati paydo bo'ldi, yiringli jarayonlarni davolash vazifasi osonlashdi. Tabiiyki, sulfonilamidlar otolaringologlar tomonidan ham qo'llanila boshlagan. Lor amaliyotida qisqa va uzoq tasirga ega bo'lgan preparatlar qo'llaniladi.

Streptotsid – tab. 0,3-0,5 g kokklar florasining katta guruhlariga, ichak tayoqchasiga mikrobu qarshi tasir ko'rsatadi. Ichga qabul qilinganda streptotsid tez suriladi, qonda 1-2 soatdan so'ng yuqori konsentratsiyada bo'ladi.

Dozalash: kattalar 0,5 – 1 g. 5-6 mahal sutkada, bolalar 1 yoshgacha 0,05 – 0,1 g. 2-5 yoshgacha 0,2 g, 6- 12 yoshgacha 0,3-0,5 g. Bir martalik katta doza kattalar uchun 2 g, sutkalik 7 g. Tabletkalardan tashqari malham (5-10 %) va emulsion (5 %) shakllari ham tashqi qo'llash uchun chiqariladi. Streptotsid tarkibiy qism sifatida (sunoref) mazi va burunga insulyatsiya qilinuvchi kukun tarkibiga kiradi.

Qarshi ko'rsatma qon yaratish a'zolari va buyrak kasalliklari, Bazedov kasalligi.

Norsulfazol – tab. 0,5 g, kokklar florasini va chak tayoqchasiga nisbatan aktiv tez suriladi va organizmdan siydik orqali tez chiqariladi. Kattalarga birinchi qabulga 2-4 keyin 1 g dan kuniga 4 mahal 3-6 kun davomida beriladi. Bolalarga har 6-8 soatda quyidagi 1 martalik dozada beriladi 4 oydan – 2 yoshgacha 0,1 – 0,25 g. 2-5 yoshgacha 0,3-0,4 g. 6-12 yoshgacha 0,4 – 0,5 g. Bir qabulda 2 martalik doza beriladi. Kattalar uchun yuqori doza 2 g, sutkalik 7 g.

Sulfazin – tab, 0,5 g ichishga beriladi 1 chi qabuliga 2 g har 4 soatda 1 g dan 1-2 kun davomida keyingi kunlarda 1 g dan har 6-8 soatda tana harorati normallashtirish uchun, oxirgi 3 sutka davomida. Bolalarga birinchi qabulga 1kg tana vazniga 0,1 g, keyin 0,025 kg har 4,6,8 soatda.

Sulfodemizin – tab, 0,25 va 0,5 g. yuqori spektrli mikrobgga qarshi tasirga ega, kam toksik. Kattalar uchun yuqori doza 2 g, sutkalik 7 g, bolalarga birinchi qabuliga 0,1 g / kg tana vazniga qarab beriladi, keyin 0,025 2 kg har 4-6 soatda. Sulfotsil natriy – oq rangli kukun, shuningdek, 10-20-30% 5- 10 ml flakonda (albutsid). Dozalash: 0,5 –1 g sutkada 3-5 marta bolalarga 0,1-0,5 g 3-5 marta sutkada. Albutsid eritmasi rinologiyada burunga tomchi holida tomir toraytiruchi preparatlar qo‘shilgan holida, asosan, bolalar amaliyotida ishlatiladi. Allergik holatlarda qo‘llash mumkin emas.

Sulfapiridazin – tab 0,5 g uzoq ta’sir qiluvchi sulfonilamid. Yuqori spektrli mikrobgga qarshi tasirga ega. Dozalash rejimi 1 qabulga 1,0 keyin 0,5-1,0 g har 24 soatda. Bolalarga 25 mg/kg tana vazniga qarab beriladi. Keyin 12,5 mg/kg dan beriladi. Preparat kumulyatsiya xususiyatiga ega, qon yaratuvchi sistema kasalliklarida buyrak, jigar va yurak faoliyati dekompensatsiyasida qarshi ko‘rsatma hisoblanadi.

Sulfamonometoksin -0,5 g tabletka ko‘rinishida, o‘z ta’siriga ko‘ra sulfapiridazinga yaqin. Kasallik yengil shakllarida birinchi kun 1 g dan kuniga 1 mahal, qolgan kunlari 0,5 g sutkaga 1 mahal. Kasallik og‘ir kechganda dorini 2 marta ko‘paytiriladi. Zarur hollarda preparatni bir oy davomida qabul qilish mumkin. Bolalarga preparat birinchi kun tana vazniga ko‘ra 25 mg/kg, qolgan kunlari 12,5 mg/kg hisoblanadi. Sulfanilamidlarga allergiyasi bo‘lgan bemorlarga qarshi ko‘rsatma hisoblanadi.

Sulfadimetoksin -0,5 g tabletka ko‘rinishida. Bu preparat uzaytirilgan keng va mikrobgga qarshi spektrli. O‘z ta’siriga ko‘ra sulfapiridazinga yaqin turadi. Ichishga 1 kun 1 g dan bir mahal, qolgan kunlari sutkasiga 0,5 g dan 1 mahal beriladi. Bolalarga sulfadimetoksin tana o‘lchamiga qarab 25 mg/kg birinchi kuni va 12,5 mg dan qolgan kunlarga hisoblanadi.

Sulfalen 0,2 va 0,5 g tabletka ko‘rinishida. Preparat juda uzoq muddatli mikrobgga qarshi ta’sirli. Preparatni qondan yarim chiqarilish davri - 65 soat.

Bisseptol 480 yoki 240 *mg* (tripetoprim, baktrim, septrim, kotrimaksozol) tabletka ko‘rinishidagi preparat bo‘lib, tarkibida 100 yoki 400 *mg* sulfametaksozol va 20 yoki 80 *mg* trimetoprimni saqlaydi. Kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga 960 *mg* sutkasiga 2 mahal, 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 480 *mg* sutkasiga 2 mahal beriladi. Qabul qilish davomiyligi 5-6 kun. Qarshi ko‘rsatmalar preparatni individual ko‘tara olmaslik, homiladorlik, qon yaratilishining buzilishi, buyrak va jigar faoliyatini buzilishi.

Etazol –0,25 va 0,5 g tabletka ko‘rinishida. Keng spektrli antibakterial spektrida kam toksik xususiyatiga ega. Ichga kuniga 1 g dan 4-6 marta buyuriladi. Bolalarga etazol ikki yoshgacha har 4 soatda 0,1-0,3 g dan, ikki yoshdan -5 yoshgacha har 4 soatda 0,3-0,4 g dan; besh yoshdan 12 yoshgacha har 4 soatda 0,5 g dan buyuriladi. Kattalar uchun eng yuqori bir martalik doza 2 g, sutkali 7 g.

Etazol natriy-10% eritmasi ampulalarda 10 *ml* chiqariladi. LOR a‘zolari bo‘shlig‘ini yuvilganda va bo‘shliqqa yuborilganda yuqori lokal antimikrob konsentratsiyani yaratish uchun ishlatiladi.

Antibiotiklar

Bu preparatlar turli guruh mikroblarga qarshi bakteriostatik va bakteritsid xususiyatiga ega. Antimikrob ximioterapiya uchta asosiy komponentini kuzatish mumkin: mikroorganizm –dori vositasi-makroorganizm. Odamni yuqumli kasallikni chaqiruvchi mikroorganizmlari bakteriyalar, rikketsiyalar, viruslar, zamburug‘lar, sodda xayvonlar kiradi.

Antibakterial preparatlar dori vositalarini kimyoviy tarkibi va ta‘sir mexanizmiga ko‘ra ko‘p sonli guruhni tashkil etadi. LOR ambulator amaliyotida asosan peroral preparatlar ishlatiladi, bundan tashqari antibiotik eritmaları shikastlangan bo‘shliqlarga ularni antiseptik eritmaları bilan yuvilgandan so‘ng ishlatiladi.

Otorinolarinologiyada qo‘llaniladigan antimikrob preparatlar bo‘linadi: Beta laktami (penitsillin, sefalosporin), Sefalosporinlar, Makrolidlar, Aminoglikozidlar, Tetratsiklinlar, Linkozaminlar, DNK gidrazani ingibitorlari (xinolonlar, ftorxinolonlar), kombinirlashgan antibiotiklar.

Penitsillin guruhdagi antibiotiklar

Ushbu dorilar tabiiy va sintetik bo'ladir. Ular barcha grammusbat bakteriya, grammanfiy va tayoqchalarga yaxshi samara ko'rsatishadi. Benzilpenitsillin natriy va kaliy tuzlari flakonda oq kukun tarkibida 250-500 ming Ed bo'ladir. Mushak orasiga va bo'shliq ichiga eritma ko'rinishda qo'llaniladi.

Fenoksimetilpenitsillin (ospen) tabletkada 0,1-0,5 g, drajesi 0,1 g dan. Bakteriostatik ta'siriga ega. Ovqatdan bir soat oldin ichiladi. Qabul qilish davomiyligi 4,6 sutkasiga. O'rtacha bir marotaba qabul qilish miqdori kattalarga 0,25 g, sutkali 15 g. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarga sutkali miqdori 25-30 mg/kg 12 yoshdan katta bo'lganlarga.

Oksatsillin yarimsintetik penitsillin guruhiga kirib tabletkada 0,25-0,5 g dan. Kattalarga va 6 yoshdan katta bo'lgan bir martalik dozasi (sutkali 3 g). 3 oygacha bo'lgan bolalarga 250 mg/kg sutkasiga beriladi, 3 oydan 2 yoshgacha bo'lganlarga 1 g sutkasiga, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lganlarga kuniga 2 g.

Ampitsillina trigidrat –tabletkada va kapsula shaklida 0,25 g. yarimsintetik penitsillin guruhidagi antibiotik preparat. Keng doirali ta'siriga ega bo'lib bir marotaba qabul qilish dozasi 0,5 g, sutkada 2-3 g. Bolalarga 100 mg/kg tana vazniga ko'ra beriladi. Qisqa qabul kuniga 4,6 mahal. Ampitsillin natriy tuzi kukun holda 0,25-0,5 g flakonda aralashma tayyorlash uchun 2 ml eritma bilan eritiladi. Burun yondosh bo'shliqlari tozalash maqsadida va mushkul orasiga inyeksiya shaklida quloq, burun, tomoq kasalliklarida og'ir kechishida ishlatiladi.

Ampioks kombinirlashgan antibiotik, ampitsillin va oksatsillin natriyning tuzidan iborat 100 yoki 200,500 mg dan flakonda ishlab chiqarilgan. Hamma turli qo'zg'atuvchilarga amaliyot jihatidan keng doirali ta'siriga ega. 0,25 g kapsula shaklida qo'llaniladi, sutkali qabul qilish miqdori 2-4 g, 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga 100 mg/kg tana vazniga.

Karbenitsillin natriy tuzi -yarimsintetik penitsillindan kelib chiqqan. Keng doira ta'siriga ega. Ko'k yiringli tayoqchaga aktiv ta'siriga ega. Chiqarish miqdori 1,0 g dan LOR a'zolari bo'shliqlarini yuvish maqsadida ishlatiladi.

Amoksitsillin (ospamoks) tabletkasi 1,0 g, kapsulasi 0,25 va 0,5 g

dan. Penitsillin qatoridagi yarimsintetik antibiotik bo'lib keng doira ta'siriga ega. Bakteriotsid ta'siriga ega, grammusbat va grammanfiy koklarga va aktiv ta'siriga ega. Kattalarga va 10 yoshdan katta bolalarga 0,5 g dan kuniga 3 mahal, 10 yoshgacha bolalarga 0,125-0,25 g dan kuniga 3 mahal, 2 yoshgacha kundagi 20 mg/kg miqdorida tana vazniga qarab kuniga 3 mahal.

Amoksiklav (augmentin) kombinatsiyalashgan antibiotik (amoksitsillin trigidrat shaklida 250 yoki 500 mg da va klavulan kislotasi kaliy tuzi shaklida 12,5 mg), mikroob hujayralarga nisbatan bakteritsid xususiyatga ega, keng doirali antibiotik. Grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlarga nisbatan aktiv, hamda aerob bakteriyalarga sezgir. Preparatni sutkasiga qabul qilish jarayoni darajasiga qarab 2-3 marotaba tayyorlanadi.

Sefalosporin guruhiga kiruvchi antibiotiklar

Keng doirali antimikrob xususiyatiga ega, an'anaviy yallig'lanishga qarshi dori vositalari ta'siriga effektiv. Sefalosporinlarni birinchi, ikkinchi, uchinchi, to'rtinchi avlodlarini o'z ichiga oldi.

Birinchi avlod preparatlariga kiradi:

Seporin (sefaloridin) 0,25-0,5 va 0,1 g dan flakondagi kukun. Penitsillin allergiyasi bor bo'lgan bemorlarga bo'shliqni yuvish va bo'shliqqa yuborish mumkin.

Sefalekssin (seporeks) kapsula shaklida 0,25 va 0,5 g. Parenteral qabul qilish uchun keng doirali preparat. Bir martalik dozasi kattalar uchun 0,25-0,5 g, bir sutkali 4,0-6,0 g. 40 kg dan kam bo'lganda o'rta sutkali doza 25-50 mg/kg tashkil qiladi. Sutkasiga bir mahal qabul qilinadi. Qarshi ko'rsatma: homiladorlik, individual ko'tara olmaslik.

Sefazolin (sefamizin, kefzol) flakonda kukun 1,0 g parenteral yuborish uchun. Bo'shliqqa yuborish uchun ham qo'llash mumkin.

Ansef — flakondagi kukun 0,5 va 1,0 g dan. Bakteriotsid ta'siriga ega. Maksimal sutkali doza 6,0 g. Bo'shliqqa yuborish punksiya va yuvishdan keyin qo'llash mumkin.

Sefaklor 0,125 va 0,25 g tabletka. Kapsula shaklida 0,25 va 0,5 g dan. Ichiga 0,25 g dan kuniga 3 mahal, zaruriyat paytida dozani ko'paytirish 4,0 g gacha kuniga mumkin.

Sefadroksil tabletka 0,5 g dan va 0,25 va 0,5 g dan kapsularlar. Kuniga 1-2 mahal yoki 1-2 marta qabul qilinadi.

Sefoksitin ikkinchi avlod preparati. Flakondagi kukun 1,0 yoki 2,0 g dan. Keng doirali ta'siriga ega, mushak orasiga yoki vena ichiga yuboriladi. Aminiglikozidlar bilan nomunosib.

Zinnat 0,125,0,25 va 0,5 g tabletka. Kattalar dozasi 250 mg kuniga 2 mahal. bolalarga 125 mg. Qarshi ko'rsatma: sefalosporinlarga yuqori sezuvchanlik.

Sefepin – to'rtinchi avlod preparati. Flakondagi kukun 1,0 g. Og'ir infeksiyalarda yoki LOR a'zolariga yuborish vena ichiga qo'llaniladi.

Tetratsiklinlar

Ushbu antibiotik sinf keng doirali antibakterial xususiyatga ega, boshqa guruh namayonida farq katta emas. Mexanik ta'siri: tetratsiklinlar bakteriostatik ta'siriga ega. Ular bakteriyalardagi oqsil sinteziga ta'sir qiladi va informatsion RNKni o'zaro munosabatlar kompleks transportini buzib ribosomalar bilan aktiv bog'lanadi.

Qo'llanilishi: tetratsiklinlar grammusbat va grammanfiy patogen bakteriyalar ehaqiradigan infeksiyalariga qarshi samarali vosita, Ko'k yiring va protey shtammlaridan tashqari.

Tetratsiklin (tetratsiklin gidroxlorid) 0,05 g, 0,1 g va 0,25 g dan tabletka. Keng doirali va antimikrob xususiyatga ega. Bir martalik dozasi kattalar uchun 0,2-0,25 g kuniga 3-4 mahal. Davolash muddati 7-10 kun.

Oksitetratsiklin digidrat 0,25 g tabletkalar. Qo'llanishga ko'rsatma va miqdori tetratsiklin vositasi bilan bir xil.

Oksitetratsiklin gidroxlorid – malham shaklida “Gioksizon” chiqariladi, uning tarkibiga oksitetratsiklindan tashqari gidrokortizon ham kiradi. Yallig'lanishga qarshi, antibakterial, allergiyaga qarshi xususiyatiga ega. Mahalliy qo'llaniladi.

Metatsiklin gidroxlorid kapsula shaklida 0,15 va 0,3 g. yarimsintetik preparat bo'lib, tetratsiklindan ta'siri kuchliroq. Bir martalik dozasi 0,3 g, sutkasiga 0,6 g. Qarshi ko'rsatma bo'lib tetratsiklin vositasi singari ushbu dori vositasiga allergiya bo'lganda, homiladorlik, zamburug' kasalliklarda qo'llash tavsiya etiladi.

Doksitsiklin gidrokslorid (vibramitsin) kapsula shklida 0,05 va 0,1 g dan. Keng doirali yarimsintetik antibiotik, ichakda absorbsiya jarayoni yaxshi kechadi. Kattalar va bolalar uchun sutkali dozasi 12 yoshdan birinchi kuni 0,2 g bir yoki ikkiga bo'lib, 12 soat interval bilan. Keyingi kunlari 0,1 g dan sutkasiga. 8 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga ushbu preparatni birinchi kuni 4 mg/kg tana vazniga nisbatan sutkasiga, keyingi kunlari 2 mg/kg dan tayyorlanadi.

Aminoglikozidlar

Ushbu dori vositalariga streptomitsin, kanamitsin, gentamitsin, soframitsin, tobramitsin, amikatsin singari kiradi. Ototoksik xususiyati yuqori bo'lgani uchun otorinolaringologiyada deyarli qo'llanilmadi, ayniqsa, perforativ otitlarda. Hozirgi vaqtda LOR kasalliklarni davolashda aminoglikozidlar quloq tomchilar shklida chiqarilmoqda (soframitsin, aldetsin flakon ichida 5,0 ml) aerazol shklida (Izofra flakon ichida 15,0 ml) insulyatsiya qilish uchun LOR a'zolariga. Ushbu dori vositalarini qo'llashda farmakologik xususiyatlarini inobatga olib yuqori ehtiyotkorlik bilan qo'llash lozim.

Makrolidlar

Ushbu guruhga eritromitsin dori vositasi kiradi. Eritromitsin ta'sir mexanizmi tetratsiklin ta'sir mexanizmiga o'xshash.

Eritromitsin - 0,1-0,25 g tabletka shklida. Keng doirali antibiotik, bir martalik dozasi 0,5 g, sutkasiga 2 g. Bir yoshdan uch yoshgacha bo'lgan bolalarga sutkasiga 0,4 g. 3 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga sutkasiga 0,5 g dan 1,0 g gacha. Dori vositasi teng miqdorda har 4-6 soatda beriladi. Qarshi ko'rsatma individual ko'tara olmaslik va jigar kasalliklarda.

Oleandomitsin fosfat 0,125 g tabletka shklida. Keng spektr ta'siriga ega. Peroral qabul kilinadi. Bir martalik dozasi 0,5 g, sutkasiga 2,0 g. № yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,25 g, 0,5 g sutkasiga, 6 yoshdan 14 yoshgacha bulgan bolalarga 0,5-1,0 g, 14 yoshdan kattalarga 1,0-1,5 g, sutkasiga 4 bo'lib.

Klindamitsin eritromitsin singari xususiyatga ega, anaeroblarga

nisbatan aktiv. Tanlov dori vositasi deb hisoblanadi. Har 6 soatda peroral qabul qilinadi. 150-450 mg yoki 600-900 mg vena ichiga har 8 soatda.

Klaritromitsin yarimsintetik makrolid bo'lib, ta'sir doirasi eritromitsin bilan o'hshash, hamda xaemophilus influenza va moraxiella catarhalis ga effektiv ta'sir qiladi. Har 12 soatda 250-500 mg parenteral qabul qilinadi. Qarshi ko'rsatma: homiladorlik, buyrak yetishmovchiligi.

Azitromitsin-azalid kimyoviy tuzilishiga ko'ra eritromitsinga yaqin, ammo spektr ta'siri kuchliroq. Klaritromitsinga o'xshagan. Parenteral 250-500 mg 1 marta sutkasiga.

Oletetrin kombinirlashgan antibiotik bo'lib, 0,125 oleandovitsin fosfat va 0,125 g tetratsiklin gidrokslorid tashkil qiladi. Tabletkada 0,25 g. Kuniga 0,25 g ichiga 4-6 mahal. Preparatning sutkali dozasi 1-1,5 g.

Linkomitsin gidrokslorid kapsula shaklida 0,25 g. Parenteral qabul qilinadi. Birlamchi doza kattalar uchun 0,5 g, sutkaga 1-1,5 g. Keng spektr ta'siriga ega. Qarshi ko'rsatma: homiladorlik, jigar va buyrak kasalliklarida.

Vilprofen tabletkada shaklida 0,05, 0,2 va 0,5 g. Flakon ichida suspenziya 100,0 ml. Bakteriostatik. Sutkali dozasi 0,8-2,0 g (uch martalik), suspenziya 30-50 mg/kg sutkada 3 mahal.

Rovamitsin tabletkada shaklida 1,5 mln. ME. Parenteral qabul qilinadi. Sutkali dozasi 6-9 mln. ME, 2-3 mahal.

Rulid 0,15 g tabletkada shaklida, kuniga 2 mahal.

Sintomitsin liniment 1, 5, 10%. Yiringli jarohat, kuyish, piodermiya davolashida ishlatiladi.

Analgetik va qisman ifodalangan yallig'lanishga qarshi ta'siriga ega dori vositalari

XIX asrda yallig'lanishga qarshi xususiyatga ega bo'lgan atsetilsalitsilat kislotasi va ularning hosilalari kashf qilingandan beri tibbiyotda faol qo'llanilmoqda. Ularning yallig'lanishga qarshi, harorat tushiruvchi va og'riqsizlantiruvchi samaraga murakkab bo'lib prostoglandinlarni sintezini kamaytirishi (analgetik markaziy va periferik ta'siri) gipotalamusga ta'siri (harorat tushiruvchi ta'siri) bilan bogliq.

Aspirin (atsetilsalitsilat kislotasi) 0,25 va 0,5 g tabletkalar. Og'riq

qoldiruvchi, harorat tushiruvchi, antiagregant ta'siriga ega. Kuniga 0,5 g dan 3-4 mahal ichiladi yoki rektal shamchalar ko'rishida 0,3-0,6 g har 3-4 soatda qo'llaniladi. Salbiy ta'siri oshqozon ichak trakti (oshqozon) va to'g'ri ichak shilliq qavatiga ta'siri, uzoq vaqt qabul qilganda interstitsial nefrit va pappilyar nekroz, dispepsiya va qon ketishini chaqirishi mumkin. Atsetilsalitsilat kislotasi turli davlatlar farmokologik sanoatida turli xil dori moddalar tarkibiga kiritilgan.

Benorilat (benoral) bu atsetilsalitsilat kislotaning efir va paratsetamol kombinatsiyasidir. Shakli 0,75 g dan. Oshqozon shilliq qavatiga kam ta'sir etadi. Bir sutkalik dozasi 4-8 g, 2-3 mahal.

Diflunizal (dolobid) 0,25 va 0,5 g tabletka shaklida chiqariladi. Salitsilat kislotaning ftorfinil unumi hisoblanadi. Oshqozon ichak traktiga salbiy ta'siri kamroq. Sutkalik dozasi 0,25, 0,5 g -2 mahal.

Antipirin (fenazon) pirazon unumi. 0,25 tabletka. Yallig'lanishga qarshi, harorat tushiruvchi, og'riq qoldiruvchi xususiyatga ega. Salitsilatlardan farqli o'laroq. Oshqozon shilliq qavatiga ta'sir qilmaydi, qonning ivishqoqligini oshiradi. Sutkalik dozasi 0,25-0,5 g, 2-3 mahal.

Amidopirin 0,25 g tabletka shaklida. O'zining ta'siri bilan antipiringa yaqin va aktivroq. Sutkalik dozasi 1 tabletkadan 3-4 mahal.

Analgin 0,25-0,5 g tabletka. Keng ishlatiluvchi nonarkotik analgetik. Sutkalik dozasi 0,25-0,5 g, 2-3 mahal ichiga yoki 50% -2 ml eritmasi mushak orasiga 2 mahal.

Paratsetamol tabletka 0,2 g. Bir martalik dozasi 1,5 g. yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi xususiyatga ega.

Vobenzim -draje 40, 200 va 800 dona 1 upakovkada. Murakkab tarkibli modda. Yallig'lanishga qarshi va balg'am ko'chiruvchi xususiyatga ega.

Mahalliy ta'sirga ega antiseptik moddalar

Suyuq, aerozol va tabletka shakldagi preparatlar. Ularning asosiy maqsadi yallig'lanish jarayoni sohasida antiseptikning maksimal mahalliy konsentratsiyasini to'plash.

Geksaliz murakkab tarkibni shimish uchun qo'llaniladi. Og'iz bo'shlig'i, halqum, hihildoq yallig'lanish kasalliklarida 6-8 tabletka bir kunda ichiladi.

Geksasprey -30,0 g flakonda. Og'iz bo'shlig'i, bürun halqum yallig'lanish kasalliklarida mahalliy ishlatiladigan sprej. Bir sutkada 2 puflash 3 mahal ishlatiladi.

Geksoral -0,1% 60-200 ml mahalliy ishlatiladigan flakondagi eritma va 0,2% 40 ml flakondagi eritma – sprej. Og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoq yallig'lanish kasalliklarida qo'llaniladi.

Laripront – shimiladigan tabletk. Og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoq yallig'lanish kasalliklarida 1 tabletkadan 2-3 mahal ishlatiladi.

Miramistin -0,01% eritma mahalliy va tashqi qo'llash uchun. Antiseptik. Halqum, hiqildoq yallig'lanish kasalliklarida, o'rta quloq va burun yondosh bo'shliqlarini yuvishda ishlatiladi. Flakonda 100 va 500 ml ishlab chiqariladi.

Sebedin shimish uchun tabletk. Og'iz bo'shlig'i, halqum yallig'lanish kasalliklarida 1 tabletkadan har 2 soatda shimiladi.

Strepsils, tantum Verdi, tonzillgon, falimint, faringosept til osti shimiladigan tabletkalardir. Ular og'riq bilan kechuvchi og'iz bo'shlig'i yallig'lanish kasalliklarida qo'llaniladi. 1 tabletkadan 3-4 mahal shimiladi.

Fluimutsil – balg'am ko'chiruvchi modda va antioksidant, yallig'lanish o'chog'ida shilliqning suyultirish hisobiga yallig'lantirishni susaytiradi.

Vitaminlar

Yallig'lanish davri rivojlanayotganda infeksiyalarga qarshi organizmning kurashishini kuchaytirish maqsadida antibiotiklar bilan bir qatorda vitaminlar (C, B) ishlatiladi. Ko'proq C vitamini ishlatiladi.

C vitamini (askorbin kislotasi) – organizmda oksidlanish-tiklanish jarayonlarini yaxshilaydi, uglevodli almashuvda qatnashadi, tomirlarni mustahkamlaydi, ana shular yordamida yallig'lanayotgan joylarda shishga qarshilik ko'rsatiladi.

Askorbin kislotasiga sutkasiga bo'lgan ehtiyoj – 70-100 mg. Askorbin kislotasi 0,05 g va 0,1 g li tabletk hamda inyeksiya uchun 5% eritma sifatida ishlatiladi.

B guruhli vitaminlar organizmda oksidlanish tiklanish jarayonlarini yaxshilash uchun ishlatiladi, chunki kuchli antioksidant bo'lib

hisoblanadi. Xususan, shu guruh vitaminlari quloq patologiyalarini davolashda ishlatiladi. Ko'pincha ishlatiladigan vitaminli preparatlar «Aerovit», «Geksavit», «Undevit», «Ribovit», «Revit», «Oligovit».

RETSEPTLAR

1. Rp.: Garazon 5 *ml*

D.S. Tashqi eshitish yo'liga kuniga 2-3 marta pilik kiritish orqali ishlatiladi. Quloq sohasining yuqori tomoniga yarim spirtli kompress qo'yiladi.

2. Rp.: Sol. Bivacini 10% – 15 *ml*

D.S. Pilik bilan tashqi eshituv yo'liga kuniga 2-3 marta yuboriladi.

3. Rp.: Ung. Hycamycin-Teva (yoki Sol. – 5 *ml*)

D.S. Tashqi eshituv yo'li devorlariga kuniga 1-2 marta surtiladi.

4. Rp.: Sofradex 5 *ml*

D.S. Tashqi eshituv yo'liga kuniga 1-2 tomchidan yoki pilik orqali yuboriladi.

5. Rp.: Otipax 16 *ml*

D.S. Pilik orqali tashqi eshituv yo'liga kuniga 2-3 marta yuboriladi.

6. Rp.: Otinum 10 *ml*

D.S. Pilik orqali tashqi eshituv yo'liga kuniga 2-3 marta yuboriladi.

7. Rp.: Tab. Suprastin 0,025

D.t.d. N.30

D.S. Bir tabletkadan kuniga 2-3 marta ichiladi.

8. Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 200 *ml*

D.S. Bir osh qoshiqdan kuniga 3 marta ichiladi.

9. Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 10 *ml*

D.t.d. N.10 in amp.

S. Asta-sekinlik bilan venaga yuboriladi.

10. Rp.: Ung. Oxycorti 10,0
D.S. Tashqi eshituv yo‘li devoriga surtish uchun ishlatiladi
11. Rp.: Tab.Nistatini 250000 EД
D.t.d.N.30
S. 1-2 tabletkadan kuniga 4 marta ichiladi.
12. Rp.: Tab. Pimafucini
D.t.d.N.20
S. 1 tabletkadan kuniga 2 marotaba ichiladi.
13. Rp.: Tab. Levorini 500 000 ED
D.t.d.N.30
S. 1 tabletkadan kuniga 2-3 marotaba ichiladi
14. Rp.: Ung.Pimafucorti 15,0
D.S. Tashqi eshituv yo‘li devoriga kuniga 1-2 marotaba surtish uchun qo‘llanadi.
15. Rp.: Ung.Pimofucini 30,0 (20,0)
D.S. Tashqi eshituv yo‘li devoriga kuniga 1-2 marotaba surtish uchun.
16. Rp.: Nitrofungin 25 ml
D.S. Tashqi eshituv yo‘li devoriga kuniga 1-2 marotaba surtish uchun.
- 17 Rp.: Susp. Augmentin 100 ml
D.S. 1 choy qoshiqdan kuniga 3 marotaba (ovqatdan keyin) ichiladi (5 ml—0.25 g amoksitsillik).
18. Rp.: Tab. Sulfadimezini 0,5
D.t.d. N.20
S. 1 tabletkadan kuniga 4-6 marotaba ichiladi.

19. Rp.: Sol. Spiritae camphoratae 40 *ml*
D.S. Pilik orqali tashqi eshituv yo'liga kuniga 2-3 marotaba yuboriladi.
20. Rp.: Ung. Furacilini 0,2% - 25,0
D.S. Tashqi eshitish yo'li devoriga kuniga 1-2 marotaba surtish uchun.
21. Rp.: Sol. Sulfacylum –natrii 10% - 10 *ml*
D.S. Quloqqa kuniga 2-3 tomchidan 2-3 marotaba tomiziladi.
22. Rp.: Sol. Clindamycini 15% - 2 *ml*
Sol. Natrii chloridi isotonicae – 20 *ml*
M.D.S. Tashqi eshituv yo'liga kuniga 3 marotaba 5-6 tomchidan tomiziladi.
23. Rp.: Chymotrypsini cryst. 0,005 (0,01)
D.t.d.N.5 in amp.
S. 1 ampulaga 10 *ml*. fiziologik eritma qo'shib, tashqi eshituv yo'li uchun 30-40 daqiqa foydalaniladi.
24. Rp.: Susp. Hydrocortisoni acetatis 2,5% - 5,0
D.S. Sanatsiyadan keyin pilik bilan quloqqa kuniga 3 marotaba yuboriladi.
25. Rp.: Ung. Hyoxysoni 10,0
D.S. Tashqi eshituv yo'li devoriga kuniga 1-2 marotaba surtish uchun.
26. Rp.: Interferoni 2 *ml*
D.t.d. N.5 in amp.
S. 1 ta ampuladagi dorini 2 ml. distillangan suvda eritib, burun yo'liga har 3-4 soatda 5 tomchidan tomiziladi.
27. Rp.: Tab. Remantadini 0,05

D.t.d.N.30

S. Sutkasiga 2 tabletkadan 3 marta ichiladi.

28. Rp.: Sol.Naphthyzini 0,1% - 10 ml

D.S. Har bir burun yo'liga kuniga 2-3 marotaba 2-3 tomchidan tomiziladi.

29. Rp.: "Adrianol" 10 ml

D.S. Har bir burun yo'liga kuniga 2-3 marotaba 2-3 tomchidan tomiziladi.

30. Rp.: Pinosoli 10 ml

D.S. Har bir burun yo'liga kuniga 2-3 marotaba 2-3 tomchidan tomiziladi.

31. Rp.: Aeros. "IRS 19"

D.S. Burun yo'llariga 5-10 kun davomida kuniga 2-5 dozadan.

32. Rp.: Aeros. "Camphomenum" 45 ml

D.S. Nafas olish paytida 3-4 martadan tortish kuniga 1-3 mahaldan tomoq-halqum yo'lini purkash uchun.

33. Rp.: Aeros. "Hexoral" 40 ml

D.S. Tomoq-halqum yo'lini kuniga 1-2 marta purkash uchun.

34. Rp.: Gumisoli 2,0

D.t.d. N.30 in ampullis

S. 1 mldan 10 kun davomida mushak orasiga yuboriladi.

35. Rp.: Erythromycini 0,1

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

S. Har 4-6 soatda 1-2 tabletkadan ichiladi.

36. Rp.: Benzylpenicillinum-natrii 1000000 br

D.t.d. N.10 in flac.

S. Sutkasiga 4 marta 500000 birlikdan mushak orasiga 10 ml dan, 0.5% Novokain aralashmasi bilan (probadan keyin).

37. Rp.: Tab.Septolete N15

D.S. Kuniga 4-6 marotaba bir tabletkadan ichiladi.

38. Rp.: Sol. Kalii permanganatis 1% - 20 ml

D.S. Bir stakan suvga 30-40 tomchi qo'shib, chayiladi.

39. №1 pasta

Rp.: Neomycini sulfatis 2000000 ED

Prednisoloni 0,2

Sovcaini 0,2

Paraffini 10,0

Vinilini 10,0

M.D.S. Tanglay murtaklar yuvilganidan keyin lakunalar to'ldiriladi.

40. №2 pasta

Rp.: Chinosoli 0,2

Prednisoloni 0,2

Sovcaini 0,2

Paraffini 10,0

Vinilini 10,0

M.D.S. Tanglay murtaklar yuvilganidan keyin lakunalar to'ldiriladi.

41. №3 pasta

Rp.: Unq. Oxycorti 10,0

Oxytetracyclini 700000 ED

Sovcaini 0,2

Paraffini 10,0

M.D.S. Tanglay murtaklar yuvilganidan keyin lakunalar to'ldiriladi.

42. Rp.: Succi Aloes 100 ml
D.S. 5 mldan Tanglay murtaklarni yuvish uchun.
43. Rp.: Dragee Vit. A 3300 ME
D.t.d.N.50
S. 1 ta drojedan sutkasiga 1-2 marotaba ichiladi.
44. Rp.: Tocopheroli acetatis (Vit. E) 0,05
D.t.d.N.50 in caps.
S. 1 kapsuladan sutkasiga 1-2 marotaba ichiladi.
45. Rp.: Tab. Acidi ascorbinici (Vit. C) 0,1
D.t.d.N.30
S. 1 tabletkadan sutkasiga 3 marotaba ichiladi.
46. Rp.: Sol. Collargoli 2% - 10 ml
D.S. Tomoq-halqum yo'li uchun.
47. Rp.: Sol. Protargoli 2% - 10 ml
D.S. Burun yo'llarining har biriga 2-3 tomchidan kuniga 2-3 marotaba yuboriladi.
48. Rp.: Zinci sulfatis 0,25
Aq. destill. 50 ml
M.D.S. 5 mldan ingolatsiya uchun.
49. Rp.: Zinci oxydi 25,0
Glycerini 25,0
Mentholi 1,0
Aq. destill. 500 ml
M.D.S. 5 mldan ingolatsiya uchun.
50. Rp.: Tab. Calcii gluconati 0,5
D.t.d. N.30
S. Kuniga 1 tabletkadan ovqatdan keyin 3 marotaba ichiladi.

51. Rp.: Tab. Amoxicillini 0,25 (0,5)
D.t.d. N. 30
S. Kuniga 1 tabletkadan 3 marotaba ichiladi.
52. Rp.: Tab. Siflox 0,25 (0,5)
D.t.d. N. 20
S. Kuniga 1 tabletkadan 2 marotaba ichiladi.
53. Rp.: Tab. Dimedroli 0,05
D.t.d. N.20
S. Kuniga 1 tabletkadan 2-3 marotaba ichiladi.
54. Rp.: Tab. Ampicillini 0,25 (0,5)
D.t.d.N.30
S. Kuniga 1 tabletkadan 3-4 marotaba ichiladi.
55. Rp.: Tab. Tarivid 0,2
D.t.d.N.20
S. Kuniga 1 tabletkadan 2 marotaba ichiladi.
56. Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml
D.t.d. N.10 in amp.
S. 1 ml dan mushak orasiga yuboriladi.
- 57 Rp.: Sol. Lincomycini hydrochloridi 30% - 1ml
D.t.d.N.10 in amp.
S. 1 ml dan kuniga 3 marta mushak orasiga yuboriladi.
58. Rp.: Claforan - 1,0
D.t.d. N.10 in flac.
S. 1 g. 2 ml. inyeksiya suviga qo'shilib, kuniga 2 marotaba mushak.
orasiga yuboriladi.
59. Rp.: Kefzol - 0,25 (0,5;1,0;2,0;4,0)
D.t.d.N.10 in flac.

S. 1 g. 2 ml. inyeksiya suviga qo'shilib, kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

60. Rp.: Cefalexini - 0,25 (0,5)

D.t.d.N.10 in caps.

S. 1 kapsuladan kuniga 2 mahal.

61. Rp.: Cefobid - 1,0

D.t.d.N.10 in flac.

S. 1 g. 2 ml. in'iksiya suvi bilan kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

62. Rp.: Cefuroxim - 0,75

D.t.d. N.10 in flac.

S. 1 g. 2 ml. inyeksiya suvi bilan kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

63. Rp.: Fortum - 0,5(1,0;2,0)

D.t.d.N.10 in flac.

S. 1 g. 2 ml. inyeksiya suvi bilan kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

64. Rp.: Cefpirom - 2,0

D.t.d.N.10 in flac.

S. 1 g. 2 ml. inyeksiya suvi bilan kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

65. Rp.: Ceftriaxon - 0,25

D.t.d.N.10 in flac.

S. 0,5-1 g. dan 2 ml. inyeksiya suvi bilan kuniga 2 marotaba mushak orasiga yuboriladi.

66. Rp.: Cefaclor - 0,25 (0,5)

D.t.d.N.10 in caps.

S. 1 kapsuladan kuniga 2 marotaba.

67 Rp.: Tab. Nisorali - 0,2

D.t.d.N.20

S. 1 tabletkadan kuniga 2 marotaba.

68. Rp.: Tab. Diflucani - 0,05 (0,1;0,2)

D.t.d.N.20

S. 1 tabletkadan kuniga 2 marotaba.

69. Rp.: Tab. Lamizili - 0,125 (0,25)

D.t.d.N.20

S. 1 tabletkadan kuniga 2 marotaba.

70. Rp.: Ung. Lamizili - 1% - 5,0(30,0)

D.S. Tashqi eshituv yo'li devoriga kuniga 1-2 marotabadan surtish uchun.

71. Rp.: Sol. Novocaini 1% - 30 ml

D.S. Mahalliy infiltratsion anesteziya uchun.

72. Rp.: Sol. Etamsylati (Dicynen)12,5% - 2 ml

D.t.d.N.10 in amp.

S. Operatsiyadan 3 soat oldin yoki operatsiyadan keyingi davrda 2-4 ml mushak orasiga yuboriladi.

Mundarija

1. Kirish	3
2. O'zbekistonda otorinologiya fani rivojlanishining qisqacha tarixi	5
3. LOR a'zolarining klinik anatomiyasi va fiziologiyasi	34
4. LOR kasalliklar propedvtikasi	41
5. LOR patologiyasidagi asosiy simptomlar va UAV taktikasi	70
6. LOR a'zolari tomonidan patologik simptomatika bilan o'tadigan kasalliklarda differensial-tashxis belgilari, umumiy amaliyot vrachining (UAV) tashxisi va taktikasi.....	127
7. Lor a'zolari patologiyasida umumiy amaliyot vrachining amaliy ko'nikmalari	214
8. Vaziyatli masalalar	240
9. Otorinologiyada ko'p ishlatiladigan dori vositalari	257
10. Retseptlar	277

Q.A. Xo'jayeva

AMALIY OTORINOLARINGOLOGIYA

Mas'ul muharrir	H. Zokirov
Muharrir	L. Bahranov
Sahifalovchi	D. Abdusattorov
Musahhih	H. Teshaboyev

Bosishga ruxsat etildi 11.07.06 Qog'oz bichimi 60x84. ¹/₁₆
Hisob nashr tabog'i 18. b.t Adadi -1000 nusxa.
Buyurtma № 373

«IQTISOD-MOLIYA» nashriyoti,
700084, Toshkent, H. Asomov ko'chasi, 7-uy.

Hisob-shartnoma №17-2006

“Toshkent tezkor bosmaxonasi” MCHJda chop etildi.
700200, Toshkent, Radial tor ko'chasi, 10- uy.

