

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI**

E.E.Mirzaqandov, I.X. Iminaxunova

**OILAVIY POLIKLINIKADA
OTORINOLARINGOLOGIYA**

Tibbiyot instituti talabalari uchun o‘quv qo‘llanma.

Davolash ishi – 5510100

Pediatric ishi – 5510200

Tibbiy profilaktika ishi – 5510300

Stomatologiya ishi – 5510400

FARG‘ONA – 2025

UO‘K:

KBK:

E.E.Mirzaqandov, I.X. Iminaxunova

OILAVIY POLIKLINIKADA OTORINOLARINGOLOGIYA
CHIQISH Farg‘ona 2025 Classic” nashriyoti, 2025. 184– bet.

ISBN:

Tuzuvchilar:

E.E.Mirzaqandov- Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot
Instituti otorinolariningologiya
kafedrasi assistenti.

I.X. Iminaxunova- Farg‘ona Jamoat Salomatligi
Tibbiyot Instituti pedagogika fanlari
doktori, DSc.

Taqrizchilar:

Z.X.Karimova- Andijon Davlat Tibbiyot Instituti
otorinolariningologiya kafedrasi
assistenti, PhD.

O.M.Umarov- Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot
Instituti stomatologiya va otorinolariningologiya
kafedra mudiri, PhD, dotsent.

Annotatsiya: Tibbiyot institutlarida taxsil olayotgan talabalar
uchun otorinolariningologiya fanidan amaliy ishlar bo‘yicha o‘quv
qo‘llanma. Ushbu qo‘llanmada Lor a‘zolarining tekshrish usullari yoritib
berilgan.

O‘quv qullanma Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ilmiy
kengashi yig‘ilishida muhokama qilindi, tasdiqlandi va nashrga tavsiya
etildi.

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta’lim, fan va innovatsiyalar
vazirligining 2025-yil 14-apreldagi 136-sonli buyrug‘iga asosan
nashrga tavsiya etilgan.*

UO‘K:

KBK:

ISBN:

“Classic” nashriyoti-2025

MUNDARIJA

Kirish.....	4
Burun va paranazal bo'shliqlari kasalliklari.....	5
Somatik kasalliklarda nafas olish va hid sezishni buzilishi. qiyosiy tashxisoti. burun va paranazal boshliqlarining xavfli o'smalari.....	16
Burun kasalliklarida amaliy ko'nikmalar.....	19
Burun kasalliklarida umumiy amaliyot shifokorining tutadigan yo'li...	24
Burun va paranazal bo'shliqlari kasalliklarida shoshilinch tibbiy yordam.....	38
Halqum kasalliklari.....	53
Halqumdan qon oqishi yoki qon tupirish.....	58
Og'izhalqumni karashlar bilan qoplanishi halqum kandidomikozi.....	65
Somatik kasalliklarda tomoq og'rish, karashlar, qon oqishi, yoqimsiz hid kelishi, qiyosiy tashxisoti.....	69
Halqum kasalliklarida amaliy ko'nikmalar.....	71
Halqum kasalliklarida umumiy amaliyot shifokori tutadigan yo'li...	73
Halqum kasalliklarida tibbiy tez yordam.....	80
Hiqildoq kasalliklari.....	91
Hiqildoq kasalliklarida amaliy ko'nikmalar.....	110
Hiqildoq kasalliklarida umumiy amaliyot shifokori tutadigan yo'li...	111
Hiqildoq kasalliklarida tez tibbiy yordam.....	118
Otorinolingologik va somatik kasalliklarda bo'yin va bosh limfa tugunlarini kattalashishi.....	130
Kollagenoz, skleroma, sil, zaxm va yuqumli kasalliklarda hamda oitsda yuqori nafas yo'llarini zararlanishi.....	140
Poliklinika lor kabineti uchun kerak bo'lgan tibbiy jihoz va asboblari.....	173
LOR vrach ambulator sharoitida bajarishi lozim bo'gan jarrohlik amallarining ro'yxati.....	178
LOR a'zolari kasalliklarida mehnat faoliyatini cheklash.....	176
LOR kasalliklarda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatlari....	177
Adabiyotlar.....	181

KIRISH

Ushbu qo'llanma umumiy amaliyot shifokorlarini tayyorlash dasturiga muvofiq yozilgan. Umumiy amaliyot vrachlarini tayyorlash bo'yicha dasturga binoan tibbiyot institutlarining talabalari otorinoloringologiyaning nazariy va amaliy ko'nikmalarini egallagan bo'lishlari, LOR a'zolari kasalliklarida umumiy amaliyot shifokorining tutgan yo'lini, shuningdek, LOR a'zolari kasalliklarida anamnez to'plash, bemorlarni ko'zdan kechirish va maxsus tekshirish usullarini o'zlashtirish bo'yicha amaliy ko'nikmalarni mustahkamlashi kerak. O'quv qo'llanmada quyidagi mavzular ko'rsatilgan: nafas olish va hid sezishning buzilishlari, burun qonashi, burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanish kasalliklari, manqalanish, burundan yoqimsiz hid kelishi, tomoqda og'riq va yutinishning qiyinligi, halqumdan qon oqishi, halqumdagi karashlar, og'izdan yoqimsiz hid kelishi, asfiksiya, disfoniya, xurrak otish, bo'yin va bosh limfa tugunlarining LOR a'zolari kasalliklarida va somatik kasalliklarda kattalashuvi, ambulator tibbiy hujjatlarni to'ldirish, LOR kasalliklarida shifokorlik, mehnatga layoqatlik ekspertizasi, kasbga xos tanlov, nogironlik guruhlar, LOR a'zolari patologiyasida kasabga xos kasalliklar; yuqorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, diagnostikasi, qiyosiy diagnostikasi, davolash usullari, kasallik rivojlanishining oldini olish tadbirlari, bu kasalliklarda mehnatga layoqatlik ekspertizasi, dispanserizatsiyasi keltirilgan.

QOP va OSHP sharoitida umumiy amaliyot shifokori odatdagi vaziyatlarda ko'pincha to'la va mustaqil ravishda bajara oladigan ayrim holatlar va kasalliklarni aniqlash, to'g'ri tashxislash hamda samarali davolashni amalga oshirish; bemorning ahvoli yaxshilanmagan ba'zi hollardagina bemorlar qo'shimcha maslahat olish yoki to'la davolanish uchun mutaxassisga yoki boshqa muassasaning (poliklinika, kasalxona) mutaxassisiga yuboriladi, buning uchun esa umumiy amaliyot shifokori LOR a'zolarining kasalliklari va ularga ko'rsatiladigan tibbiy tez yordam tadbirlari to'g'risida ma'lumotga ega bo'lishi kerak.

I. BURUN VA PARANAZAL BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI.

1. Burun orqali nafas olishning qiyinlashishiga olib keluvchi sabablar.

Burun to'sig'i gematomasi va abssessi

Gipertrofik rinit

Sinuitlar

Halqum orti abssessi

Sassiq tumov

Burun difteriyasi

Burun sili

Burun zaxmi

Skleroma

Burun jarohati

Burun to'sig'i qiyshiqqligi

Burun bo'shlig'i yot jismi

Burun bo'shlig'i atreziyasi va sinexiyalari

Vazomotor rinit

Xoanalar polipi

Xoanalar atreziyasi

Adenoidlar

Burun halqumning o'smirlar angiofibromasi

Burunning xavfsiz o'smalari

Burunning xavfli o'smalari

Burun jarohati: bemor shikoyatlari: burni og'rishi, burnidan qon oqishi, teriosti emfizemasi nafas olishining qiyinligi; rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq qavatining turli xil jarohatlari ko'zga tashlanadi.

Burun to'sig'i qiyshiqqligi: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, burun bitishi, bosh og'rishi, isitma; rinoskopiya da burun to'sig'ining qiyshiqqligi aniqlanadi, jarayon bir yoki ikki tomonlama bo'ladi (1-rasm).



Burun to'sig'i gematomasi va abssessi: rinoskopiya da burun to'sig'ining old qismida bir yoki ikki tomonda yumshoq yostiqlimon qizil shish ko'rinadi.

Burun bo'shlig'ining yot jismi: bemor shikoyatlari: odatda bir tomonlama burun orqali nafas olishni qiyinlashishi, burundan shilimshiq yiringli badbo'y

1-rasm.Burun

to'sigi qiyshiqligi ajralma oqishi, vaqtivaqti bilan qon oqishi; rinoskopiya yot jism borligi aniqlanadi.

Burun atreziyasi va sinexiyalari: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, bir yoki ikki tomonlama nafas yoqligi. bosh og'rish; rinoskopiya biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan tog'ay yoki suyak to'siqlar borligi aniqlanadi, burun yon devorlari bir-biriga birikadi, to'siqlar u yoki bu darajada burun yo'llarini yopib turadi.

Gipertrofik rinit: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, bosh og'rish; rinoskopiya pastki burun chig'anoqlari kattalashgan, tomirni toraytiruvchi vositalar tomizganda ham chig'anoqlar qisqarmaydi.

Sinuitlar: bemor shikoyatlari: bosh og'rish, nafas olish qiyinligi, burundan yiringli ajralma oqishi; rinoskopiya: burun bo'shlig'ining shilliq qavati qizargan, shishgan, o'rta burun yo'lida shilimshiq yiringli ajralma ko'rinadi.

Vazomotor rinit: bemor shikoyatlari: burun qichishi, aksirish xurujlari, burundan ko'p miqdorda tiniq ajralma oqishi; rinoskopiya pastki burun chig'anoqlari shishgan va ko'kimtir yoki oqimtir bo'ladi.

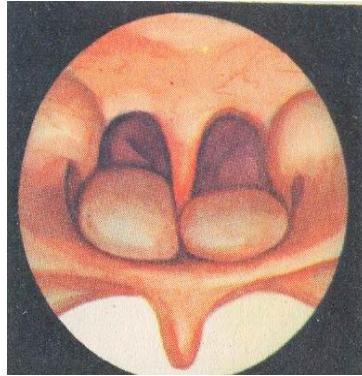
Xoanalar polipi: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, boshi og'rish, burni bitishi, burun halqumda yot jismni his etishi, burun bo'shlig'ida orqa tomonda polip ko'rinadi. Allergik poliplarning rangi sarg'ish yoki tiniq bo'lib, hajmi havo namligiga qarab o'zgarib turadi; yallig'langan polipning rangi qizil, oyoqchasi bo'ladi; poliplar u yoki bu darajada burun yo'llarini yopib turadi va orqa rinoskopiya ko'zga ko'rinadi (2-rasm).



2-rasm. Xoanalar polipi

Xoanalar atreziyasi: bemor shikoyatlari: ikki yoki bir tomonda nafas ololmaslik, ko'pincha qiz bolalarda uchraydi; xoanalarining ikki tomonlama atreziyasi bola tug'ilgandan so'ng dastlabki soatlarda namoyon bo'ladi; bemorda kuchli hansirash, lab va tirnoqlarning ko'karishi kuzatiladi; rinoskopiya burun bo'shlig'ida qalin, yopishqoq shilimshiq suyuqlik to'planadi, burun tozalangandan so'ng ham hansirash saqlanib turadi; xoanalarining bir tomonlama atreziyasida

tanglay yuqorida joylashib, assimetrik bo‘ladi; zararlangan tomonda tishlar qiyshiq o‘sadi; orqa rinoskopiya xonalarni yopib turgan qalin parda ko‘rinadi; zararlangan tomonga tomizilgan 1% ko‘k metilen eritmasi halqumda ko‘rinmaydi.

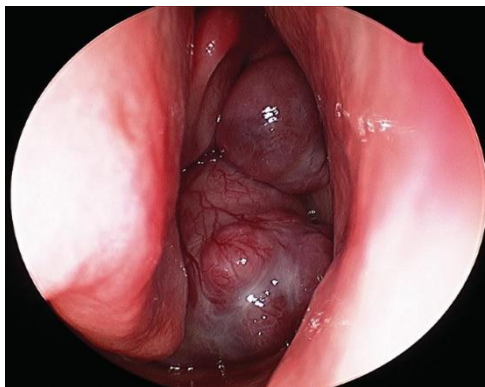


Adenoidlar: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, qulog‘i past eshitishi, bosh og‘rishi, joyiga siyishi, yuqori jagi cho‘zilganligi, tanglay yuqorida joylashib, torayadi; bemorda o‘ziga xos yuz tuzilishi namoyon bo‘ladi: og‘zi yarimochiq, pastki jag‘i osilgan, burunlab burmalari tekislangan; tashxis burun halqum paypaslanganda aniqlanadi. Orqa rinoskopiya burun halqumda adenoidlar o‘sganligi ko‘rinadi.

Halqum orti absessi: kasallik 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi; bemorning tana harorati ko‘tariladi, disfagiya, xirillash, manqalanish kuzatiladi, yutinganda tomog‘i og‘riydi, bola ovqatlanishdan bosh tortadi; faringoskopiya halqumning orqa devorida bilqillaydigan bo‘rtish ko‘rinadi, orqa ravoqgacha va murtak oldinga siljigan, punksiya yiring anilanadi.

Burun halqumning o‘smirlar angiofibromasi: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, burundan qon oqishi, bosh og‘rishi; kasallik 10 15 yoshli o‘g‘il bolalarda kuzatiladi; burun orqali nafas olish qiyinlashadi: rinoskopiya burunda shilimshiq yiringli ajralma ko‘rinadi, bemorning og‘zi yarim ochiq, yuzi shishgan bo‘ladi; silliq qizil angiofibroma burun halqumni qisman yoki butunlay yopib turganligi ko‘rinadi (3rasm).

Burunning xavfsiz o‘smasi: burun dahlizi sohasida quyidagi o‘smalar paydo bo‘lishi mumkin: papilomalar gulkaramga o‘xshagan kulrang tuzilmalar; fibromalar hajmi va zichligi turlicha bo‘lgan aylana silliq tuzilmalar; osteomalar – ko‘pincha katta yoshdagi bolalarda uchraydi va juda sekin o‘sadi; bemorda giposmiya, atrof to‘qimalarning bosilish belgilari kuzatiladi; tashxis rentgenologik tekshiruv asosida qo‘yiladi; fibrozli displaziya yuz skeletining asimmetriyasi, bosh og‘rig‘i kuzatiladi, rentgenogrammada yuqori jag‘ suyagining soyasi qalinlashadi; angiomalar ko‘pincha qizlarda uchraydi, u aylana, g‘adirbudir, to‘q qizil yumshoq tuzilma bo‘lib, burun to‘sig‘ining old qismida joylashadi.



3-rasm. Burun halqum angiofibromasi

Burunning xavfli o'smasi: ko'p hollarda burun sarkomasi uchraydi; burun orqali nafas olish keskin qiyinlashadi, burundan yoqimsiz hid keladi, yuz skeleti buzilib, ko'z soqqasi siljiydi.

Sassiqlik tumori: bemor shikoyatlari: burundan qon oqishi, qatqaloqlar hosil bo'lishi, burundan masofada seziladigan yoqimsiz hid kelishi, bemorning o'zi bu hidni sezmaydi (unda hid sezish reseptori atrofiyaga uchraydi); rinoskopiyada burun bo'shlig'i shilliq qavatining atrofiyasi, ko'p miqdorda kulrangyashil po'stloqlar to'plami ko'rinadi, pastki burun chig'anoqlari qisqarganligi tufayli burun bo'shlig'i kengayadi.

Burun difteriyasi: burun orqali nafas olish qiyinlashadi, bemor pishilab nafas oladi; burun bo'shlig'ining shilliq qavatida po'stloqlar va yaralar hosil bo'ladi, ko'chishi qiyin bo'lgan va shilliq qavatga birikgan kulrang oqish karash ko'rinadi, karash olinganda osti qonaydi.

Burun sili: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, burunda quruqlik, qichish; rinoskopiyada burun bo'shlig'ida po'stloqlar to'planganligi, shilliq qavatda tuguncha va yaralar ko'rinadi; sil yarasining tubida yumshoq granulyasiyasi bo'ladi, odatda tuguncha va yaralar burun to'sig'ining tog'ay qismida, pastki va o'rta burun chig'anoqlarining old uchida joylashadi ba'zida burun to'sig'ining tog'ay qismi teshiladi; tashxis anamnez, ko'krak qafasi rentgenogrammasi, tomogramfisi, ftiziatri ko'rigi, Mantu sinamasi yordamida aniqlanadi.

Burun zaxmi: burun og'rihi zaxmning uchinchi davriga xos bo'lib, zaxm gummasi ko'pincha burun tubida yoki tepasida joylashadi; gümma parchalangandan so'ng cheti chegaralangan, tubi yog'li kratersimon yara hosil bo'ladi; burun to'sig'i va qattiq tanglayning teshilishi paydo bo'lishi mumkin.

Skleroma: bemor shikoyatlari: bosh og'rihi, nafas olish qiyinligi, ajralma oqishi; rinoskopiyada burun qanotlarining infiltratsiyasi natijasida burun dahlizi torayadi, burun qanotlari qalinlashadi;

tugunchalar burun halqum yoki xoanalarda joylashadi; tashxis Borde Jangu reaksiyasi yordamida aniqlanadi.

2. Hid sezish qobiliyatining buzilishi.

1. Giposmiya hid sezish qobiliyatini pasayishi.

Burun to'sig'i qiyshiqqligi

Polipli etmoidit

Burun bushligi o'smalari

Xoanalar atreziyasi

Gipertrofik rinit

Burun to'sig'i qiyshiqqligi: bemor shikoyatlari: bosh og'rishi, nafas olish qiyinligi; rinoskopiya da burun to'sig'i qiyshiqqligi aniqlanadi, jarayon bir yoki ikki tomonlama bo'lib suyak yoki tog'ay qismida ko'rinadi.

Polipli etmoidit: bemor shikoyatlari: bosh og'rishi, hid sezish pastligi, nafas olish yomonlashgan; rinoskopiya da allergik poliplarning rangi sarg'ish yoki tiniq bo'lib, hajmi har xil, havo namligiga qarab o'zgarib turadi; yallig'langan poliplarning rangi qizil, oyoqchasi bo'ladi; polip u yoki bu darajada burun yo'llarini yopadi va orqa rinoskopiya da ko'rinadi. Old rinoskopiya da yiringli etmoiditda burun bo'shlig'i shilliq qavati qizargan, shishgan, yiringli ajralma o'rta va yuqori burun yo'lida yoki halqumning orqa devorida ko'rinadi.

Burun bo'shlig'i o'smalari: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, bosh og'rishi, burundan qon aralash badbo'y ajralma oqishi, yuz tuzilishini buzilishi: faringoskopiya da qattiq tanglayning asimmetriyasi va ko'z soqqasining siljishi kuzatiladi.

Xoanalar atreziyasi: ko'pincha qiz bolalarda uchraydi; xoanalarining ikki tomonlama atreziyasi bola tug'ilgandan so'ng, dastlabki soatlarda namoyon bo'ladi; bemorda keskin hansirash, lab va tirnoqlarning ko'karishi kuzatiladi; rinoskopiya da burun bo'shlig'ida qalin, yopishqoq shilimshiq ajralma to'plami ko'rinadi, burun tozalangandan so'ng burun halqum qurishi saqlanib qoladi; xoanalarining bir tomonlama atreziyasida tanglay yuqorida joylashib, asimmetriyasi ko'rinadi; zararlangan tomonda tishlar qiyshiq o'sadi; orqa rinoskopiya da xoanalarni yopib turgan qalin parda borligi aniqlanadi; zararlangan tomonga tomizilgan 1% ko'k metilen eritmasi halqumda ko'rinmaydi.

Gipertrofik rinit: bemor shikoyatlari: burundan nafas olish qiyinligi, hid sezishi pasayganligi; rinoskopiya da: burun bo'shlig'i tor, chig'anoqlar kattalashgan qon tomir toraytiruvchi dorilar ta'sirida kichraymaydi.

2. Anosmiya hid bilish qobiliyatini yo'qotilishi.

a) Respirator anosmiya

Sassiq tumov

Polipoz etmoidit

Sfenoidit

Burun zaxmi

Burun sili

Burun bo'shlig'i shilliq qavatining kimyoviy kuyishi

Sassiq tumov: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, hid sezmasligi, bosh og'rishi, burnidan masofada seziladigan yoqimsiz hid kelishi, bemorning o'zi esa bu hidni sezmasligi (unda hid sezish reseptori atrofiyaga uchraydi); rinoskopiya: burun bo'shlig'i shilliq qavatining atrofiyasi, ko'p miqdorda kulrang yashil po'stloqlar to'planganligi ko'rinadi, burun chig'anoqlari kichrayganligi tufayli burun bo'shlig'i kengaygan bo'ladi.

Etmoidit: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, bosh og'rishi, burnidan ajralma oqishi; burun ildizi va ko'z kosasining ichki chetini og'rishi; rinoskopiya: burun bo'shlig'ining shilliq qavati qizargan, shishgan, yuqori burun yo'lida yiring to'plami ko'rinadi, agar g'al-virsimon bo'shliq orqa katakchalari yallig'langan bo'lsa, farin-goskopyada halqum orqa devorida yiringli yo'lakcha ko'rinadi.

Sfenoidit: bemor shikoyatlari: bosh og'rishi, nafas olish qiyinligi, burundan ajralma oqishi, ensa sohasi, ba'zan peshona, chakka suyagi yoki boshining tepasi og'rishi; rinoskopiya: o'rta burun yo'lida yiringli ajralma, burun chig'anoqlari qizargan; orqa rinoskopiya: burun-halqumda yiring ko'rinadi, shilliq qavat qizargan.

Burun zaxmi: burun og'rishi zaxmning uchinchi davriga xos belgi bo'lib, zaxm gummasi ko'pincha burun tubida yoki tepasida joylashadi; gumma parchalangandan so'ng cheti chegaralangan, tubi yogli kratersimon yara hosil bo'ladi, burun to'sig'i va qattiq tanglayning nuqsonlari paydo bo'lishi mumkin.

Burun sili: bemor shikoyatlari: bosh og'rishi, nafas olishning qiyinligi, ajralma oqishi; rinoskopiya: burun bo'shlig'ida po'stloqlar to'planganligi, tozalangandan so'ng shilliq qavatda tuguncha va yaralar borligi ko'zga tashlanadi; sil yarasining tubida yumshoq granulyasiya ko'rinadi, odatda tuguncha va yaralar burun to'sig'ining tog'ay qismida, pastki va o'rta burun chig'anoqlarining old uchida joylashadi, ko'p hollarda og'riq bo'lmaydi, burun to'sig'i tog'ay qismida toshmalar ko'rinadi; tashxis Mantu sinamasi yordamida qo'yiladi. Ikkilamchi jarayon sifatida yuzaga keladi yoki birlamchi bo'lishi mumkin.

Burun bo'shlig'i shilliq qavatining kimyoviy kuyishi: bemor shikoyatlari: hid sezish qobiliyatini yo'qligi, burun bo'shlig'i shilliq

qavatining kuyishi unga kumush nitrat yoki boshqa kuydiruvchi moddalarning kuchli eritmasi surtilganda yuz beradi. Rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq qavatlari yuqori, o'rta va pastki burun yo'llarida chandiqlashgan, atrofiyaga uchragan, shilliq qavatning funksiyalari pasaygan.

b) Markaziy anosmiya

Kalla suyagining jarohati va sinishi

Bosh miya peshona bo'lagining absessi

Bosh miya o'smalari

Kalla suyagining jarohati va sinishi: g'alvirsimon plastinka singanda hid sezish asab tolasi zararlanadi, likvoreya kuzatiladi.

Bosh miya peshona bo'lagining absessi rinogen infeksiyalar va boshqa omillar ta'siri natijasida rivojlanadi, nutq buzilishlari, ko'zga narsalarning qo'shaloq bo'lib ko'rinishi, oyoq va qo'llar bo'shashganligi, tananing bir sohasida uyushish, eshushini yo'qotish holatlari kuzatiladi.

Bosh miya o'smalari.

v)Tug'ma anosmiya yuz skeleti va burun bo'shlig'i nuqsonlarida kuzatiladi.

3. Giperosmiya, parosmiya – hid bilish qobiliyatini oshishi,buzilishi.

Giperosmiya va parosmiya markaziy asab tolasi kasalligi bo'lib, isteriya, nevrasteniya, ruhiy kasalliklar, markaziy asab tizimining organik kasalliklari, bosh miya absesslari bilan og'rigan bemorlarda kuzatiladi.

4.Kakosmiya

a) Sub'ektiv kakosmiya

Sub'ektiv kakosmiya yallig'lanish jarayonlarida (grippda), nevrasteniya, isteriya, ruhiy kasalliklarda,g'alvirsimon suyak yoki miya po'stlog'iga boruvchi hid sezish yo'llarida joylashgan o'smalarda kuzatiladi.

b) Ob'ektiv kakosmiya

Sinuitlar

Burun bo'shlig'i yot jismi

Burun bo'shlig'i sekvestrlari (zaxmda)

Surunkali tonzillit

Sinuitlar: bemor shikoyatlari: bosh og'rishi, burun bitishi, nafas olish qiyinligi, burnidan yiringli ajralma oqishi; rinoskopiya da burun bo'shlig'ining shilliq qavati qizargan, shishgan, burun chig'anoqlari kattalashgan, o'rta burun yo'lida shilimshiqyiringli ajralma to'planganligi ko'zga tashlanadi.

Burun bo'shlig'ining yot jismi: bemor shikoyatlari: odatda bir tomonlama burun orqali nafas olish qiyinlashganligi, burnidan shilimshiq, shilimshiqyiringli badbo'y ajralma oqishi, vaqtivaqti bilan qon oqishi; rinoskopiya da burun bo'shlig'ida yot jism borligi ko'rinadi, bazida yot jism atrofi tuzlar bilan qoplanadi va rinolit hosil bo'ladi.

Burun bo'shlig'i sekvestrlari zaxmning uchinchi davrida kuzatiladi.

Surunkali tonzillit: bemor shikoyatlari: teztez angina, oyoqqo'llari bo'g'imlarida og'riq borligi, shishlar, charchash, darmonsizlik, (revmatizm); faringskopiya da murtaklar yuzasiining notekisligi, lakunolari kengayganligi va destruksiya si ko'zga tashlanadi, old ravoqlarning cheti qizargan, shishgan, tanglay ravoqlari murtaklar bilan birikkan, lakunalarda yiringlikazeoz tiqmalar yoki yiring borligi ko'rinadi.

3. BURUNDAN QON OQISHI.

Burun va burun atrofi bo'shliqlarining jarohati

Kalla suyagi asosining sinishi

Burun bo'shlig'i yot jismi

Atrofik rinit, ozena

Kisselbax chigalidan qon oqishi

Burun bo'shlig'i polipi

Burun to'sig'i angiofibromasi

Burunhalqumning o'smirlar angiofibromasi

Burun xavfli o'smalari

Burun difteriyasi

Qon kasalliklari

Yuqumli kasalliklar

Arterial gipertoniya

Burun va burun atrofi bo'shliqlarining jarohati: suyak parchalarini siljishi yoki siljimasligi bilan kechgan burun suyaklarining ochiq sinishi, burun to'sig'i shilliq qavatining yirtilishi, ko'z kosasi yoki burun atrofi bo'shliqlarining jarohati kuzatiladi; tashxis rinoskopiya, rentgenologik tekshiruv, kompyuter tomografiya si yordamida qo'yiladi.

Kalla suyagi asosining sinishi: bemorda "ko'z oynak" belgisi, ya'ni ko'z atrofi to'qimasiga qon quyulishi, kon'yuktiva va qovoqlarda qontalashlar paydo bo'lishi kuzatiladi; sinish chizig'i g'alvirsimon suyak ustidan o'tganda bemorning burnidan qon oqadi, bu qon oqishi xavfli hisoblanadi, chunki ichki uyqu arteriya si tarmog'iga oqadi.

Burun bushligi yot jismi: burunning bir tomonidan yiring va qon oqadi, burun orqali nafas olish qiyinlashadi; rinoskopiya yot jism borligi aniqlanadi.

Atrofik rinit: burun bo'shlig'ining shilliq qavati yupqalashadi, quriydi, qatqaloqlar bilan qoplangan bo'ladi, jarohatlanganda oson qonaydi.

Kisselbax chigalidan qon oqishi: bu chigal burun to'sig'ining oldpastki chetida joylashgan bo'lib, qon tomirlar (vena, arteriyalar) anastomozidan tashkil topgan; qon tomirlar yuzaki joylashadi, ularning devori yupqa bo'lganligi uchun oson qonaydi.

Burun bo'shlig'i polipi: ko'pincha galvirsimon, yuqori jag' bo'shlig'idan o'sib chiqqan, burun to'sig'ida, xoana sohasida joylashgan poliplar burundan qon oqishiga sabab bo'ladi.

Burun to'sig'i angiofibromasi: angiofibroma burun to'sig'i, ba'zan pastki va o'rta chig'anoqlarning old qismida joylashadi; kasallik ko'pincha qizlarda uchraydi; u sharsimon, yumshoq, rangi ko'kimtir yoki to'q qizil bo'lib, burundan ko'p miqdorda qon oqishiga sabab bo'ladi.

Burunhalqumning o'smirlar angiofibromasi: ko'pincha 1315 yoshli o'g'il bolalarda uchraydi; burun orqali nafas olish qiyinlashadi, burundan shilimshiqyiringli ajralma oqadi, bemorning og'zi yarimochiq holda, yuzi shishadi; angiofibromaning rangi qizil, yuzi silliq bo'lib, burunhalqumni qisman yoki butunlay yopib turadi.

Burun xavfli o'smalari: bolalarda, asosan, sarkoma uchraydi; burun orqali nafas olish keskin qiyinlashadi, bemorning burnidan yoqimsiz hid keladi, yuz skeleti buzilib, ko'z soqqasi tashqariga siljiydi.

Burun difteriyasi: burun orqali nafas olish qiyinlashadi, bemor pishillab nafas oladi; burun bo'shlig'ining shilliq qavatida ifloskulrang karash paydo bo'ladi, ko'chishi qiyin, olinganda osti qonaydi.

Qon kasalliklari: kamqonlik, leykoz, gemofiliya, gipox-romanemiya, Verlgof kasalligi, limfogranulematoz, gemorragik diatez, Shenleyn Genox va Rendyu Osler kasalliklarida burundan qon oqishi kuzatiladi; bunda qon burun bo'shlig'i shilliq qavatining barcha joyidan oqadi; RendyuOsler kasalligida chig'anoqlar qon tomirlarining yulduzsimon kengayishi kuzatiladi.

Yuqumli kasalliklar: gripp, skarlatina, qizamiq kabi kasalliklarda burundan qon oqishi mumkin, bunga burun shilliq qavati keskin qizarib, shishganli sabab bo'ladi; ko'k yo'talda esa xurujli yo'tal paytida qon bosimi oshadi, natijada burundan qon oqadi.

Arterial gipertoniya ko‘pincha katta yoshdagi bemorlarda uchraydi va burun to‘sig‘idagi Kiselbax maydonidan qon oqishi kuzatiladi.

4.MANQALANISH.

A. Yopiq manqalanish

Halqum orti absessi

O‘tkir adenoidit

Surunkali adenoidit

Halqum difteriyasi

Burunhalqumning o‘smirlar angiofibromasi

Halqum orti absessi: kasallik 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi; bolaning tana harorati ko‘tariladi, disfagiya, xirillab nafas olish va manqalanish kuzatiladi, yutinganda tomog‘i og‘riydi, ovqatlanishdan bosh tortadi; faringoskopiya halqumning orqa devorida bilqillaydigan bo‘rtish borligi aniqlanadi, orqa ravoqcha va murtak oldinga siljiydi, punksiya yiring borligi aniqlanadi.

O‘tkir adenoidit: bemorning burun orqali nafas olishi buziladi, ovozi o‘zgaradi; orqa rinoskopiya adenoid to‘qima qizargan va shishganligi, burunhalqumda shilimshiqyiringli ajralma, halqumning orqa devorida yiring to‘planganligi aniqlanadi.

Halqum difteriyasi: bemorda manqalanish, nafasning qiyinlashishi, og‘zidan so‘lak oqishi, yoqimsiz hid kelishi kuzatiladi; murtaklar, tanglay ravoqlari, yumshoq tanglay kulrang karash bilan qoplanadi; karash qiyinchilik bilan ko‘chadi, uning osti qonaydi.

Burunhalqumning o‘smirlar angiofibromasi: kasallik 10 15 yoshar o‘g‘il bolalarda uchraydi; burun orqali nafas olish qiyinlashadi, burundan shilimshiqyiringli ajralma oqadi, bemorning og‘zi yarimochiq, yuzi shishadi; qizil, silliq angiofibroma burunhalqumni qisman yoki butunlay yopib turadi.

B. Ochiq manqalanish

Yumshoq tanglay falaji

Qattiq va yumshoq tanglay tirqishlari

Yumshoq tanglay falaji: kasallikning sabablari turlicha bo‘lib, odatda tashxis qiyinchilik tug‘dirmaydi.

Qattiq va yumshoq tanglay tirqishlari tug‘ma kasallik hisoblanadi.

5.BURUNDAN YOQINSIZ HID KELISHI

Burun bo‘shlig‘i yot jismi

Surunkali sinuit

Sassiq tumov

Skleroma

Burun zaxmi

Burun o'smalari

Burun bo'hlig'i yot jismi: bemor shikoyatlari: bir tomonlama burun orqali nafas olish qiyinligi, burnidan shilimshiq, shilimshiqyiringli hidi yoqimsiz ajralma oqishi, vaqtivaqti bilan qon oqishi; rinoskopiya u yoki bu burun bo'shlig'ida yot jism borligi ko'rinadi.

Surunkali sinuit; bemor shikoyatlari: burundan badbo'y hid kelishi, bosh og'rishi, burun orqali nafas olish qiyinligi, burundan yiringli ajralma oqishi; rinoskopiya o'rta burun chig'anoqlari qizargan va shishgan, o'rta burun yo'lida yiringli ajralma ko'rinadi.

Sassik tumov: bemor shikoyatlari: burundan yoqimsiz hid kelishi, nafas olish qiyinligi, oqrishi, burunda qatqaloqlar hosil bo'lishi, badbuy hid masofada sezilishi, bemorning o'zi bu hidni sezmasligi, chunki unda hid sezish reseptori atrofiyaga uchragan bo'ladi; rinoskopiya burun bo'shlig'ining shilliq qavatida ko'p miqdorda kulrangyashil po'stloqlar, shilliq qavatning atrofiyasi aniqlanadi; pastki burun chig'anoqlari kichrayganligi tufayli burun bo'shlig'i kengaygan bo'ladi.

Skleroma: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, burundan badbo'y hid va ajralma kelishi, burun qanotlarining infiltrasiyasi natijasida burun dahlizi torayadi, burun qanotlari yo'g'onlashadi; rinoskopiya tugunlar burunhalqum va xoanalar sohasida joylashganligi ko'rinadi; tashxis BordeJangu reaksiyasi yordamida aniqlanadi.

Burun zaxmi: bemor shikoyatlari: burni, peshona qismi, ko'z kosasi sohasida og'riq, burnidan yoqimsiz hid kelishi; burun egarsimon bo'lib qolishi; rinoskopiya burun to'sig'ining suyak qismida va burun tubida mis rang qizil tuguncha yoki chuqur yaralar ko'rinadi; tashxis Vasserman serologik sinamasi yordamida aniqlanadi.

Burunning xavfli o'smasi: bemor shikoyatlari: nafas olish qiyinligi, ajralma qon aralash keladi, burun orqali nafas olish keskin qiyinlashadi, burundan yoqimsiz hid keladi, yuz skeleti buzilib, ko'z soqqasi siljiydi. Rinoskopiya u yoki bu burun bo'shlig'ida atrofi teztez qonaydigan tuzilmz ko'rinadi.

II. SOMATIK KASALLIKLARDA NAFAS OLISH VA HID SEZISHNI BUZILISHI. QIYOSIY TASHXISOTI. BURUN VA PARANAZAL BOSHLIQLARINING XAVFLI O'SMALSRI.

Bronxial astma: kasallikning asosiy klinikbelgisi bronxlar shilliq qavatining shishi, shilliq ishlab chiqarishning kuchayishi va bronxospazm tufayli nafas qisishi hisoblanadi. Bemor ko'pincha kechasi nafas qisib, bo'g'ilib qoladi. Bemorning yuzi oqarib ketadi, biroz sianoz bo'lishi mumkin. Nafas harakatlarining soni me'yordan kamayadi. Kasallik xuruji yo'tal tutib, shilimshiq aralash yopishqoq balg'am tushishi bilan tugaydi.

Ekssudativ plevrit: kasallik astasekin, ba'zan tana haroratini birdan ko'tarilishi, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, azobli yo'tal bilan boshlanadi. Bemorga havo etishmayotganligi, ko'karganligi, ko'krak qafasining kasallangan tomoni nafas olishda sust qatnashayotganligini ko'rish mumkin.

Krupoz zotiljam: kasallik to'satdan boshlanib, bemorning tana harorati $39\ 40^0$ ga ko'tariladi. Eti qattiq junjikib, qaltiraydi, darmoni qurib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ng shilliq rangli balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo etishmasligi paydo bo'ladi. Og'riq yo'talganda, chuqur nafas olganda kuchayadi. Bemorniing nafas olishi tezlashadi va yuzaki bo'ladi, labi, burni, qulog'i biroz ko'karadi, labiga, og'izburun atrofiga uchuq toshadi.

Surunkali bronxit turli zararli omillarning bronxlarga ta'siri natijasida bronxlarning shilimshiq ishlab chiqarish va drenaj funksiyasi buzilishi, yo'tal, balg'am ko'chishi va hansirash bilan o'tadigan bronxlar shilliq pardasining surunkali diffuz yallig'lanishi. Bemorlar darmoni qurib, tez charchashiga, tana harorati ko'tarilishiga, ko'p terlashiga, mehnat qobiliyati pasayganiga shikoyat qiladi, ko'pincha ertalab jismoniy mashqdan so'ng yo'tal paydo bo'lib, balg'am ajraladi.

Kartagener sindromi: asosan bolalarda kuzatiladi, belgilari: bronxoektaziya, ichki a'zolarining teskari joylanishi, burun polipozi. Tekshirilganda burunda poliplar borligi va shilimshiq ajralma aniqlanadi.

Payl sindromi: tug'ma kranio metafizar displaziyasi natijasida rivojlanib, bemorda burun dahlizining torayishi va burun orqali nafas olishning qiyinlashishi kuzatiladi.

Uoks sindromi: ovqat hazm qilish va nafas o'tkazish yo'llaridagi endokrin va shilliq bezlarining irsiy zararlanishi tufayli rivojlanib,

bemorlarda burun orqali nafas olishning qiyinlashishi va rinosinusit belgilari kuzatiladi.

Burun va burun atrofi bo'shliqlarining xavfli o'smalariga birlamchi saraton va sarkoma kiradi. Bu o'smalar ko'pincha o'rta yoki keksa yoshdagi erkaklarda rivojlanadi. Ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'i o'smalari (kuzatuvlarning 2/3 qismida), g'alvirsimon bo'shliq (kuzatuvlarning 1/5 qismida) va burun bo'shlig'i o'smalari (kuzatuvlarning 1/8 qismida) uchraydi; peshona bo'shlig'i xavfli o'smasi juda kam uchraydi; ponasimon bo'shliqqa o'sma asosan burun yoki yuqori jag' bo'shliqlaridan tarqaladi. Burun va burun atrofi bo'shliqlari o'smalarini o'z vaqtida aniqlash qiyinligi tufayli ularni davolash ham yaxshi samara bermaydi (davolashdan so'ng bemor umrining yana 5 yilga cho'zilishi faqat 35% hollarda kuzatiladi xolos). Ko'pincha burun va burun atrofi bo'shliqlarida epitelial o'smalar, saratonlar, ba'zan sarkoma, biriktiruvchi to'qima o'smalari rivojlanadi. Ba'zan burunda hujayra takomillashishi past darajada bo'lgan (radiysezgir) tonzillyar o'smalar retikulosarkoma, limfoepitelioma va melanoblastoma, esteziyoblastomalar uchraydi.

Burun bo'shlig'ining xavfli o'smalari atrof to'qima va a'zolarga (kalla suyagi asosiga, qanottanglay chuqurchasiga, ko'z kosasiga, og'iz bo'shlig'iga) tez tarqaladi. Kechki metastazlar dastlab ensa va jag'osti, keyin bo'yin limfa tugunlariga tarqalib rivojlanadi.

Belgilari. Burun bo'shlig'i xavfli o'smasining belgilari erta namoyon bo'lib, boshlang'ich davrida engil kechadi. Bemorda bir tomonlama burun orqali nafas olishning qiyinlashishi astasekin kuchaya boradi, burunidan avval shilimshiq, keyin qon aralash ajralma oqadi. Keyingi bosqichlarda burnidan qon oqishi, quloqini bitishi, evstaxeit va otalgiya kuzatiladi. Qsmaning yuzasi gadirbudir, ba'zan polipsimon bo'ladi. "Polip" olib tashlangandan so'ng keksa yoshdagi bemorning burnidan kuchli qon oqishi kuzatilishi mumkin.

Yuqori jag' b'shlig'ining birlamchi o'smasi uzoq vaqt belgisiz kechadi va ko'pincha stomatologik kasallikning manzarasi bilan kechadi, bemorning tishi og'riydi, lunji shishadi. Ba'zan bemor tishini sug'urib olish yoki milkni kesish kabi jarrohlik amalini boshdan kechirgan bo'ladi. Ayrim hollarda ko'z olmasining siljishi, ekzoftalm, ko'z kosasi ichki burchagining shishi, to'xtovsiz ko'z yoshi oqishi, ko'rish o'tkirligini pasayishi va uch shoxli asab tolasi nevrалgiyasi burun va burun atrofi bo'shliqlari xavfli o'smasining asosiy belgisi sifatida namoyon bo'ladi. Bemor okulistga murojaat qilishga majbur bo'ladi, shunda okulist ko'zdagi patologik jarayon ikkilamchi ekanligini payqab

bemorni otorinolaringolog ko'rigiga yuboradi. Ba'zan burun atrofi bo'shliqlarining xavfli o'smalari uch shoxli asab tolasi nevralgiyasi, tishlarning ikkilamchi zararlanishi, bemor yuz tuzilishning o'zgarishi, yuqori jag' bo'shlig'ida ikkilamchi yallig'lanish jarayonining rivojlanishi va ekzoftalm bilan namoyon bo'ladi.

Peshona va ayniqsa ponasimon bo'shliqning birlamchi o'smasi kam uchraydi. Bunda bemorda nevrologik va bosh miya faoliyatining buzilish belgilari rivojlanadi.

Tashxis. Burun va burun atrofi bo'shliqlari o'smasini o'z vaqtida aniqlash maqsadida yuqori nafas yo'llarining patologik jarayonlarida birinchi navbatda xavfli o'sma inkor etilishi lozim. Endoskopik tekshiruvlardan tashqari burun atrofi bo'shliqlarini diagnostik teshib ko'rish, zondlash, bo'shliq ichi suyuqligini so'rib olib tekshirish, rentgenografiya, kompyuter tomografiya, ko'rsatma bo'yicha biopsiya va gistologik tekshiruvlar asosida q'yiladi.

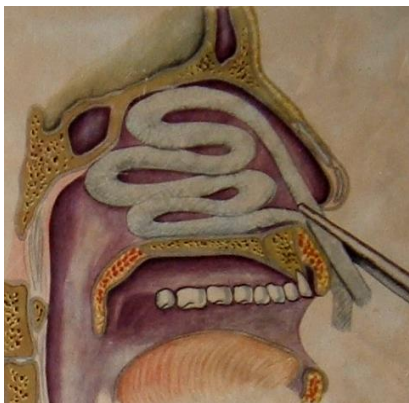
Davolash: O'smaning dastlabki bosqichlarda mujassamlashgan terapiya qo'llaniladi: o'sma diatermokoagulyasiya yordamida olib tashlangandan so'ng limfa yo'llarida gammaterapiya o'tkaziladi. Bundan tashqari bemorga kimyoterapiya ham tavsiya qilinadi. Keyingi bosqichlarda bemor yuzining kosmetik nuqsonlari plastik jarrohlik amali va individual protez yordamida bartaraf etiladi. Bemorda kengaytirilgan Mur, Preysing va rinotomiya jarrohlik amallari o'tkaziladi. Ba'zan rinotomiya ko'z kosasi ekzenterasiyasi, ko'z olmasi enukleasiyasi, yuqori jag' suyagini olib tashlash bilan birga bajariladi. Jarrohlik amalidan so'ng hosil bo'lgan bo'shliq protez bilan to'ldiriladi: burunning murakkab protezi, yuqori jag', ko'z kosasi va ko'z protezlari bemor yuzidagi kosmetik nuqsonni bartaraf etishga yordam beradi, uning tibbiy va ijtimoiy reabilitasiyasini tezlashtiradi.

III.BURUN KASALLIKLARIDA AMALIY KO'NIKMALAR

Burun old tiqmasi

Burun old tiqmasi 2 usulda bajariladi:

- 1) "zigzagsimon"
- 2) V.I.Voyachek bo'yicha ilgaksimon old tiqmasi.



1) "zigzagsimon" old tiqma quyidagicha bajariladi: tampon gemostatik eritma bilan ho'llanadi va burun korsangi bilan ushlanib (uchidan 1,52,0 sm tashlab) umumiy burun yo'lining pastki bo'limlariga 6 7 sm chuqurlikka kiritiladi. Keyin korsang yoki pinset burun bo'shlig'idan chiqarib olinadi, burunga kirish sohasida tiqma ushlanadi va burun bo'shlig'iga bir necha marta

4-rasm. Burun old togmasi

(burun yo'llari tiqma bilan to'lguncha) kiritiladi (4-rasm). Old tiqma mustahkam bo'lishi uchun har bir burun bo'shlig'iga 2080 sm uzunlikdagi tampon kiritiladi. Tamponada vaqtida asboblarni burun to'sig'i va burun bo'shlig'i tubi bo'ylab kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemor boshini orqaga tashlamasligi talab etiladi, chunki vrach g'alvirsimon labirint qontomir plastinkasini to'satdan jarohatlashi mumkin. Old tampon avval vodorod peroksidi 3 % li eritmasi bilan namlanib, ikki sutkadan keyin olib tashlanadi.

2)V.I.Voyachek bo'yicha burunning ilgaksimon tamponadasi gemostatik eritma bilan ho'llangan dokai tasma-sini umumiy burun yo'liga kiritishdan boshlanadi. Tamponning bir uchini hamshira ushlab turadi. Vrach pinset yordamida dokani 67 sm chuqurlikka kiritadi. Markaziy xoana sohasida joylashgan doka ilgaklari hosil bo'ladi, oxirgi uchini yordamchi burunga kirish joyida ushlab turadi. Ilgaklarning oxirgi uchi o'rtasida zich "zigzagsimon" old tamponada qilinadi. Shundan so'ng ilgak oxirgi uchi va tamponning ortiqcha bo'lagi burunga kirish joyida kesiladi. Burunning ilgaksimon tamponi quyidagi afzalliklarga ega.

- a) tiqma burun bo'shlig'idan xoana orqali halqumga siljimaydi;
- b) tiqma olib tashlashda bemor uchun qiyinchilik bo'lmaydi: oldin tiqma, keyin ilgak olib tashlanadi;
- v) tiqma olib tashlash vaqtida qon oqishi yuz berishi kamayadi.

Burun orqa tiqmasi

1. **Ko'rsatmalar:** qon oqishini to'xtatish

2. **Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, orqa va oldingi tiqma, orqa tiqmani fiksasiya qilish uchun dokali yostiqlar, rezina kateter N 1517 sm., anatomic pinset yoki burun kornsangi, halqumni ko'rish uchun shpatel, leykoplastir, qaychilar.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va gavdasini qanday tutishi haqida tushuntirish.

bemor to'g'ri holatda o'tkiziladi;

orqa tamponada uchun tiqma dokadan tayyorlanadi, yostiqlar shaklida tayyorlanib, 60-80 sm uzunlikdagi ipak iplar bilan qaramaqarshi bog'lanadi;

orqa tiqmaning o'lchami bemor ikkala bosh barmoqlarining tirnoq falangalarini birlashtirganda hosil bo'lgan o'lchimga to'g'ri kelishi kerak.

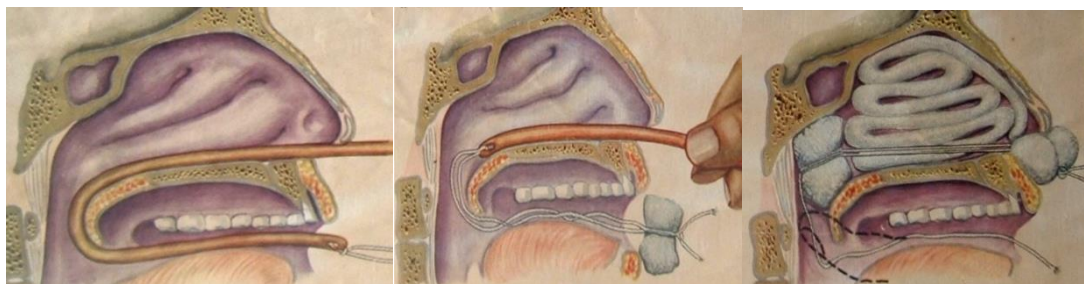
rezina kateter umumiy burun yo'li orqali kiritilib, uning oxirgi uchi og'izhalqumda ko'rinishi bilan korsang yordamida ushlanib, og'iz orqali chiqariladi.

rezina kateterning og'izdan chiqarilgan qismiga orqa tiqmaning ikkita ipi bog'lanadi, kateter burun orqali qayta chiqarib olinadi, tiqma burunhalqumga joylashtirilib, og'iz orqali kiritilgan o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i yordamida xoanaga zich joylanadi.

burundan chiqarilgan ikkita ipni tortgan holda, "zigzagsimon" old burun tiqmasi bajariladi.

orqa tiqma burunga kirish joyida dokadan tayyorlangan yostiqlarga ikkita ip yordamida bog'lanadi: og'iz sohasida qolgan uchinchi ip leykoplastir bilan chakkaga yopishtirilib qo'yiladi (5-rasm).

Burun orqa tiqmasining ko'p kuzatiladigan asoratlaridan biri o'rta quloq o'tkir yallig'lanishi hisoblanadi, shuning uchun burundan qon oqishini to'xtatgandan so'ng nog'ora pardaning holatiga e'tibor berish kerak.



I bosqich

II bosqich

III bosqich

5-rasm. Burun orqa tiqmasi

Orqa tiqma 3 kundan so'ng olib tashlanadi, avval doka yostiqcha, keyin esa 3% li vodorod peroksidi bilan ho'llangandan so'ng old tiqma olinadi. Orqa tiqma uchinchi ip yordamida og'iz orqali tortib olinadi.

Burun bo'shlig'idan yot jismni olish.

1.**Ko'rsatmalar:** burun bo'shlig'ida yot jism.

2.**Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, burun ko'zgusi, og'riqsizlantiruvchi dorilar (2% dikain adrenalin, lidokain eritmalari), uchi tumtoq ilgak, pinset.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.

bemor to'g'ri holatda o'tkiziladi va peshona reflektori chap ko'z sohasiga o'rnatiladi;

burun bo'shlig'idagi yot jism ko'pincha yosh bolalarda uchraydi. Ularning o'zi burniga turli mayda jismlarni (tugma, gilos danagi, sharcha, munchoqlar va hokazolar) tiqadilar.

burun bo'shlig'idan yot jismni juda ehtiyotkorlik bilan olish va yot jismga qarab asbobni tanlash lozim. Ko'pincha yot jism pastki burun yo'lida joylashadi va ular erkin yoki burun yo'llariga zich qisilib qolgan bo'ladi.

yot jismni olish vaqtida bemorni (ayniqsa bolalarni) ushlab turish muhim ahamiyatga ega, chunki bemor (bola) noto'g'ri harakat qilishi mumkin, unda vrach burun shilliq qavatini shikastlab, burundan qon oqishiga sabab bo'ladi.

yot jismni olib tashlashdan oldin burun shilliq qavatiga 2% li dikain + adrenalin bilan birgalikda surtib yoki tomizib og'riqsizlantiriladi. Bola ushlab turiladi va yot jism mahalliy og'riqsizlantirish ostida olib tashlanadi.

yumaloq yot jismlar pinset bilan emas balki uchi tumtoq ilgak yordamida olib tashlanadi.

Burun bo'shlig'ini tozalash va shilliq qavatiga dorilar surtish

1.**Ko'rsatmalar :** diagnostika va davolash maqsadida.

2.**Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, pinset, paxta, zond va dorimoddalar.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.

bemor to'g'ri holatda o'tkiziladi.

burun bo'shlig'idagi qasnok shilliq va patologik ajralmalar, odatda burunni qoqish yo'li bilan chiqarib tashlanadi. Burun bo'shlig'idagi quruq qasnoklar qisqich yordamida olib tashlanadi, bemorda og'riqdan tashqari, burundan qon oqishiga sabab bo'lishi mumkin, shuning uchun qasnoklarni olib tashlashdan oldin burunga biror dorimoddasi tomiziladi. Shundan so'ng qasnoklar burunni qoqqanda yoki pinset bilan olganda engil ko'chadi.

burun bo'shlig'ining shilliq qavatiga dorilar davolash va ayrim jarrohlik amallaridan oldin og'riqsizlantirish uchun surtiladi. Muolaja old rinoskopiya ostida bajariladi.

burun zondiga paxta bo'lagi mo'yqalam shklida o'raladi. Bunda zondning uchi paxtadan chiqib turmasligi talab etiladi. Paxtali zondni doriga botirib, chqqonlik va ehtiyotlik bilan pastki burun yo'li orqali burun bo'shlig'ining ichiga kiritiladi, keyin o'rta va yuqori burun yo'llarining bo'shlig'i shilliq qavatiga surtiladi. Ayrim hollarda doriga shimdirilgan paxtali zondni 5 10 daqiqa pastki, o'rta va yuqori burun yo'llariga qo'yish mumkin. Burun ko'zgusi ochiq holda burun bo'shlig'idan chiqarib olinadi.

burunga qo'yilgan zond chiqarilib, paxtasidan ajratilib, ishlatilgan asboblari tog'orachasiga tashlanadi va yorug'lik manbai o'chiriladi.

Burun bo'shlig'iga dori moddalarini tomizish.

1.**Ko'rsatmalar:** diagnostika va davolash maqsadida.

2.**Kerakli asboblari:** pipetka yoki bir marta ishlatiladigan shpris va suyuq dori moddalar.

3. **Bajarish texnikasi:**

bemorga bajariladigan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntiriladi.

bemor to'g'ri holatda orqasi bilan yotishi yoki boshini yon tomonga tashlagan holda dori tomiziladigan tomonga bo'yni egilgan bo'lishi kerak.

burunga dori tomizishdan oldin burun bo'shlig'i yaxshilab tozalanadi. (qoqiladi).

tomizishdan oldin dorini tana haroratigacha isitish kerak.

barmoq bilan burunning uchini ko'tarib, burun qanotlarini qismasdan va ehtiyotkorlik bilan pipetka yoki bir marta ishlatiladigan shpris yordamida kerakli tomchi tomiziladi. Burun shilliq qavatiga yaxshi tarqalishi uchun dori tomiziladigan vaqtda nafasni to'xtatib, burun qanotlarini burun to'sig'iga bosib, ko'rsatgich va bosh barmoq yordamida ushlab, boshini bir necha marotaba oldinga, orqaga

harakatlantirishi kerak. Bir ozdan keyin xuddi shunday qilib burunning ikkinchi tomoniga dori tomiziladi.

Burun bo'shlig'iga shilliq qavatidan qonayotgan qon tomirini vagotil yordamida kuydirish yoki qon tomiri atrofiga novokain eritmasini yuborish.

Burunning old tiqmasini bajarish, burun bo'shlig'i kasalliklarida tiqma qo'yish.

1. **Ko'rsatmalar:** diagnostika va davolash maqsadida.

2. **Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, anatomik pinset yoki burun korsangi, burun ko'zgusi, bintdan tayyorlangan eni 11,5 sm steril doka tiqma gemostatik eritmalar (3% li vodorod peroksidi, 5% li aminokapron kislotasi, 10% li jelatina, 70 ° li spirt), qaychilar.

3. **Bajarish texnikasi:**

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.

bemor stulga o'tkiziladi, peshona reflektori taqilib, yorug'lik manbai yoqiladi, burun ko'zgusi yordamida qonayotgan tomonda burun bo'shlig'i kengaytiriladi, shilliq qavatiga 3 % li dikain surtiladi, zondga o'ralgan paxta bo'lagi vagotilga botirib olinadi va qonayotgan tomir ustiga sekin bosib turiladi, bunda shilliq qavatda oqimtir qoplam paydo bo'ladi yoki 0,5 % li novakain eritmasidan 1,0g li shprisga olinib qonayotgan qon tomir sohasida shilliq qavat ostiga yuboriladi. Qon oqishi to'xtagandan so'ng kseroformga shimdirilgan doka tiqma burun bo'shlig'iga zigzag shaklida kiritiladi.

IV. BURUN KASALLIKLARIDA UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORINING TUTADIGAN YO'LI

Burunning tug'ma nuqsonlari. Burun orqali nafasning yo'qligi yoki qiyinligi (atreziyada), tashqi nuqsonlar (rivojlanish nuqsonlari, oqmalar, aplaziyalar) mavjudligi kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

tashqi tekshiruvda tashqi nuqsonlarni aniqlash;

rinoskopiya qilish va burun bo'shlig'i qisman yoki butunlay yopilganligi;

burun to'sig'i ikkiga bo'lingan, oqmalar borligi, burun chig'anoqlarining

shakli buzilganligi va boshqa nuqsonlarni aniqlash;

burunhalqum va xoanalar nuqsonlarini aniqlash, quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: burun atrofi bo'shliqlari rentgenografiyasi (umumiy va kontrastli), qon va siydikning klinik tahlili, zondlash, rinomikroskopiya;

tekshiruv natijalarini baholash;

tashxisni asoslab berish;

kosmetik nuqsonni bartaraf etish va burun faoliyatini tiklash maqsadida plastik jarrohlik amalining rejasini ishlab chiqish, simptomatik, shishga qarshi va vitaminoterapiyani o'tkazish;

jarrohlik amalini bajarish (xoanotomiya, burun chig'anoqlarining shaklini tiklash, oqmani bartaraf etish);

fizioterapevt bilan birgalikda reabilitasiya tadbirlarini o'tkazish: fizioterapiya, davolash gimnastikasi;

bemorni poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish maqsadida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (vaqtivaqti bilan ko'rikdan o'tkazish, shifo maskaniga yuborish, keyingi plastik operatsiyalar muddatini aniqlash, tibbiygenetik maslahat berish);

Burun jarohatlari

Bemorning o'ziga xos shikoyatlariga e'tibor berish: bosh og'rishi, aylanishi, burun va burun atrofi bo'shliqlari sohasini og'rishi, burundan qon oqishi, yuzning yumshoq va ko'z kosasi atrofi to'qimalariga qon quyulishi, tashqi burun va burun atrofi sohasida jarohat maydoni aniqlanishi, mexanik shikast yoki kuyishdan so'ng burun orqali nafas olishning qiyinligi;

jarohat qachon va qanday sharoitda sodir bo'lgan, yot jism kirib qolganligini, kuyishga (kimyoviy yoki termik) sabab bo'lgan modda haqida ma'lumot olish ;

tashqi tekshiruvda tashqi burunning shakli o'zgarganligi, yuzning yumshoq to'qimalari zararlanganligi (yoki zararlanmaganligi), burun

terisi va shilliq qavatida kuyish belgilari mavjudligi, burun atrofi bo'shliqlarining jarohati, burundan va jarohat maydonidan qon oqishi, ekximozlar borligini aniqlash;

rinoskopiyada qon oqishi manbai, burun to'sig'i va burun lateral devorining holati, burun orqali nafas olish, jarohat maydonining o'lchami, yot jism borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydik tahlili, burun, burun atrofi bo'shliqlari rentgenografiyasi;

tekshiruv natijalarini baholash;

okulist, nevropatolog, stomatolog maslahatlarini tashkil etish;

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (organizm kuchini oshirish, simptomatik, yallig'lanishga qarshi terapiya);

jarrohlik usuli yordamida davolash uchun ko'rsatmalarni, jarrohlik amalining hajmini aniqlash;

jarohat yoki kuygan maydonda birlamchi jarrohlik ishlovini, burun redressasiyasini, burun bo'shlig'i tiqmasini bajarish, burun atrofi bo'shlig'ini ochish, yot jismni chiqarib olish;

burun orqali nafas olish to'liq tiklanmaganda, davolash taktikasini o'zgartirish va kosmetik nuqsonni bartaraf etish, a'zo faoliyatini tiklash maqsadida qo'shimcha jarrohlik amallarini qo'llash;

reabilitasiya tadbirlarini o'tkazish (nafas gimnastikasi);

bemorni jismoniy harakat va sport mashg'ulotlaridan chetlatish muddatini belgilash;

Jarohatdan so'ng hosil bo'lgan sinexiyalar va burun bo'shlig'i atreziyasi

Burunning bir yoki ikki tomonida nafas olishning qiyinligi kabi bemorning o'ziga xos shikoyatlariga e'tibor berish;

anamnezdan burun bo'shlig'i jarohati yoki jarrohlik amali o'tkazilganligi haqida ma'lumot olish;

burun bo'shlig'ida chig'anoqlar burun to'sig'i bilan butunlay yoki qisman birikib ketganligini aniqlash;

rinomikroskopiya, zondlash, burunhalqum va xoanalarni ko'zdan kechirish, atreziya darajasini va hajmini aniqlash, kerak bo'lsa burun atrofi bo'shliqlari rentgenografiyasini bajarish, qonning klinik tahlili, qon guruhi va gemostaz holatini aniqlash;

tekshiruv natijalarini baholash;

klinik tashxisni asoslab berish;

burun faoliyatini tiklash maqsadida burun bo'shlig'ida plastik jarrohlik amali rejasini ishlab chiqish, simptomatik terapiyani o'tkazish;

jarrohlik amalini bajarish (sinexiyalarni kesish, burun bo'shlig'i o'tkazuvchanligini tiklash) yoki assistent sifatida ishtirok etish;

jarrohlik amalidan so'ng davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish: ko'rsatma bo'yicha yallig'lanishga qarshi terapiyani o'tkazish, sinexiyalar hosil bo'lishiga moyillik bo'lganda plastika amalini bajarish;

reabilitasiya tadbirlari zarurligini belgilab berish (fizioterapiya, davolash gimnastikasi);

bemorni poliklinika sharoitida davolash uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (davolash gimnastikasini davom ettirish, shifo maskanlariga yuborish, dispanser nazorati ostiga olish).

Burun bo'shlig'i yot jism

Bemorning shikoyatlariga e'tibor berish: burunning bir tomonidan yoqimsiz hid kelishi (yot jism uzoq vaqt turib qolganda), aksirish, ko'zdan yosh kelishi, burundan shilimshiq suyuqlikni oqishi (bir tomonlama), bir tomonda burun orqali nafas olishni qiyinligi;

anamnezdan yot jism qanday sharoitda burun bo'shlig'iga kirib qolganligi va u qanday jism ekanligini aniqlash;

old va orqa rinoskopiya qilish va yot jism borligini, granulyasiyalarni, burun bo'shlig'i shilliq qavati shishganligini aniqlash;

burun bo'shlig'ini zond yordamida tekshirish va yot jism borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, burun va burun atrofi bo'shliqlarining rentgenografiyasi;

tekshiruv natijalarini baholash;

pediatr, okulist, neyrojarroh maslahatini tashkil qilish;

surunkali gipertrofik rinit, xoana polipi, sinusit, xoanalarning bir tomonlama atreziyasi va burun o'smalaridan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik amali rejasini ishlab chiqish, yallig'lanishga qarshi, desensibilizasiya, shishga qarshi, simptomatik terapiyani q'llash;

mahalliy og'riqsizlantirish ostida yot jismni chiqarib olish;

mahalliy og'riqsizlantirish ostida yot jismni chiqarib olishning iloji bo'lmagan holda, umumiy og'riqsizlantirish ostida yot jismni chiqarib olish;

burun bo'shlig'i yoki burun atrofi bo'shliqlarida shoshilinch jarrohlik amali uchun ko'rsatmalar bo'lmaganda jarrohlik amalini reja asosida okulist yoki neyrojarroh bilan birgalikda bajarish (yot jism qaysi maydonda tiqilib qolganligiga qarab);

davolash tadbirlarining samarasini baholash;
davolash tadbirlariga o'z vaqtida o'zgartirish kiritish;
reabilitasiya tadbirlarini o'tkazish (fizioterapiya, davolash gimnastikasi);

jismoniy harakat va sport mashg'ulotlaridan cheklash muddatini belgilab berish;

bemorni poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish haqida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (davolash gimnastikasini davom ettirish, shifo maskaniga yuborish);

Burun chipqoni

Bosh og'rishi, tana haroratini ko'tarilishi, burun sohasini og'rishi, burun terisi va yuqori lab sohasi qizargan va shishganligi kabi bemor shikoyatlariga e'tibor berish;

tashqi tekshiruvda kasallik belgilarini aniqlash; burun dahlizi va qanotlari sohasida teri taranglashgan, labburun burmasi va yuqori lab sohasida teri qizargan, paypaslaganda og'riydi;

anamnezdan chipqonni paydo bo'lishiga sabab bo'lgan kasalliklarni aniqlash (modda almanishuvining buzilishi, endokrin va allergik kasalliklar);

kerakli tekshiruvlarni o'tkazish: qon va siydikning klinik tahlili, qonda qand miqdorini aniqlash;

okulist (shishni ko'z kosasi atrofi to'qimalariga tarqalishi) va endokrinolog maslahati zarurligini belgilash;

saramasdan farqlash (shish, alanga shakliga qizarish);

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (yotoq rejim, yallig'lanishga qarshi terapiya, organizm himoya kuchini oshirish, desensibilizasiya, simptomatik terapiya va fizioterapiya, mahalliy usulda gipertonik eritmani surtish va tiqma qo'yish);

jarrohlik usuli yordamida davolash uchun ko'rsatmalar mavjudligini aniqlash (yiringlanish);

chipqonni ochish;

boshlanayotgan asoratlar belgisini (ko'z kosasi, kalla ichi) o'z vaqtida aniqlash va davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish.

Burundan qon oqishi

Burundan qon okishiga sabab bo'lgan omilni (qon, yurakqon tomir tizimi kasalliklari, jarohatlar va boshq.), uning qaytalanib turishini, qon bosimi holatini, qontalashlar borligini aniqlash;

old rinoskopiya qilish va qon oqish manbaini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon tahlili, koagulogramma, qon guruhi va rezusomil;

qon oqishi sababini aniqlash uchun pediatr, gematolog, kardiolog, infeksiyalar maslahatini tashkil qilish;

etiologik omilni e'tiborga olgan holda klinik yashxisni asoslash;

davolash rejasini ishlab chiqish (qon oqishini to'xtatish, asosiy kasallikni davolash);

kuchli qon oqishlarda old va orqa burun tiqmasini bajarish, qon tomirlarni bog'lash, shoshilinch tadbirlarni o'tkazish;

olib borilgan davolash tadbirlarining samarasini baholash, zarur bo'lsa unga o'zgartirish kiritish;

Burun to'sig'i gematomasi va absessi

Bemorning o'ziga xos shikoyatlariga e'tibor berish: burun orqali nafas olishning qiyinligi, burun sohasi va qovoqlarning shishi, burun ichining og'rish, tana haroratini ko'tarilishi, bezovtalik;

kasallik sababini aniqlash (jarohat);

tekshiruvda burun to'sig'ining bir yoki ikki tomonida shish borligini aniqlash;

zond yordamida kasallik belgisini aniqlash (shishning yumshoqligi);

rinoskopiya qilib, burun ichidagi shishni aniqlash, shish yiringlasa og'riydi;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydikning umumiy tahlili;

burun to'sig'i qiyshiqligidan farqlash (burunning faqat bir tomoni yopilishi, infiltratning yo'qligi);

tashxisni asoslab berish;

yallig'lanishga qarshi, giposensibilizasiya va organizm himoya kuchini oshirish terapiyasi zarurligini asoslab berish;

jarrohlik amali uchun mavjud ko'rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash;

bo'rtgan joyni punksiya qilish, absessni ochish, drenaj qo'yish;

olib borilgan konservativ va jarrohlik davolash tadbirlarining samarasini baholash va zarur bo'lsa o'zgartirish kiritish.

Burun to'sig'i qiyshiqligi

O'ziga xos bemor shikoyatlariga e'tibor berish: burun orqali nafas olishning qiyinligi (ko'pincha bir tomonlama), tumov, gipoosmiya, quloqning bitib qolishi;

kasallik qachon boshlangan, uning sababi (jarohat yoki burun to'sig'i to'qimasining notekis usishi) haqida ma'lumot olish;

tashqi tekshiruvda burun shakli buzilganligini aniqlash;

old rinoskopiya qilish va burun to'sig'i qiyshikligini, uning darajasini, unda bo'rtishlar borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, koagulogramma, siydik tahlili; zarur bo'lsa rinopnevmetriya, olfaktometriya;

tekshiruv natijalarini baholash;

jarrohlik yo'li yordamida davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash (redressasiya, kristotomiya, shilliq osti rezeksiyasi), konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (antibakterial, giposensibilizasiya, vitaminoterapiya, jarrohlik amalidan so'ng analgetiklar va ingalyasiyani qo'llash);

burun to'sig'i qiyshikligini bartaraf etish jarrohlik amalini bajarish;

asoratlarni paydo bo'lganda davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish.

Ozena (sassiq tumov)

Burun ichining qurishi va po'stloqlar hosil bo'lishi, hid sezish qobiliyatini pasayishi, burun orqali nafas olishning qiyinligi, burundan yoqimsiz hid kelishi kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

kasallik sabablarini aniqlash;

rinoskopiya qilish va burun ichida o'ziga xos hidli po'stloqlar borligini, shilliq qavat va chig'anoqlarning keskin atrofiyasini, qalin ajralma borligini aniqlash;

subatrofik laringotraxeobronxit va faringit belgilarini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, burun ajralmasining bakteriologik tekshiruvi, burun atrofi bo'shliqlarining rentgenografiyasi;

tekshiruv natijalarini baholash;

burun bo'shlig'ini zondlash;

tashxis qo'yish va davolash tadbirlarini belgilash maqsadida tajribali mutaxassislarni jalb etish;

atrofik rinitdan farqlash (burundan badbo'y hid va po'stloqlarni bo'lmasligi);

klinik tashxisni asoslab berish;

o'tkazilgan tekshiruv natijalarini e'tiborga olgan holda konservativ davolash taktikasini ishlab chiqish (autogemoproteinovaksinoterapiya, ekstrakt aloe, kokarboksilaza, ishqoryog'li ingalyasiyalar, burunga yod eritmasini tomizish, fizioterapiya);

jarrohlik yo'l bilan davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash va bajarish usulini tanlash;

davolash muolajalarini bajarish (po'stloqlarni yumshatib, olib tashlash, paxta yog'iga shimdirilgan tiqma qo'yish);

chig'anoqlar lateropozitsiyasi jarrohlik amalida ishtirok etish;

kasallik kechimi va olib borilgan konservativ davolash tadbirlarining samarasini baholash, zarur bo'lganda o'zgartirish kiritish;

poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish maqsadida davolovchi vrachga tavsiyalar berish (to'qri ovqatlanish, davolash gimnastikasi, shifo maskaniga yuborish).

O'tkir sinusitlar

Holsizlik, bosh, qoshlar sohasi va tishlarni og'rishi, burundan shilimshiqyiringli ajralma oqishi kabi o'ziga xos bemor shikoyatlariga e'tibor berish;

kasallikning sababi (URVI, boshqa yuqumli kasalliklar), kasallik qancha vaqt davom etganligi va o'tkazilgan davolash tadbirlari haqida ma'lumot olish;

tashqi tekshiruvda kasallik belgilarni aniqlash: bemorning yuzi shishgan, qoshlarining usti va ko'z kosasining osti bosilganda og'riydi;

burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirish va kasallik belgilarini aniqlash: burun chig'anoqlarining shilliq qavati qizargan va shishgan (ko'pincha – o'rta chig'anoqda), o'rta va pastki burun yo'llarida yiringli ajralmani aniqlanishi; faringoskopiya va orqa rinoskopiya qilish, xoanalarda va halqumning orqa devorida yiring borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, burun atrofi bo'shliqlarining rentgenografiyasi (umumiy va kontrastli), mikroflora va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash maqsadida burun bo'shlig'i va burun atrofi bo'shliqlaridagi ajralmaning bakteriologik tekshiruvini o'tkazish;

davolash natijalarini baholash;

bo'shliq ichiga kontrast moddani kiritib diagnostik punksiya qilish;

surunkali rinitdan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini tuzish (yallig'lanishga qarshi, desensibilizasiya, simptomatik terapiya);

jarrohlik yo'li bilan davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash (bo'shliqni punksiya qilish va zararsizlantiruvchi eritmalar bilan yuvish, dorilarni yuborish);

bo'shliqni punksiya qilish va drenaj qo'yish;

davolash tadbirlari samara bermaganda, unga o'zgartirish kiritish;

kasallikning qaytalanishini oldini olish maqsadida bola va otaonalar bilan kun tartibiga rioya qilish haqida suhbat o'tkazish.

Surunkali sinusitlar

Holsizlik, tez charchash, vaqtivaqti bilan bosh ogʻrishi, doimiy tumov, nafas olishning qiyinligi yoki burun orqali nafas olmaslik, hid sezish qobiliyatining pasayishi kabi bemor shikoyatlariga eʼtibor berish;

kasallik qachon boshlangan va uning sababini, kasalxona va poliklinika sharoitida qanday davolash tadbirlari oʻtkazilganligi (punksiya, jarrohlik amali), yoʻldosh kasalliklarning mavjudligi (gipertrofik rinit, burun toʻsigʻi qiyshiqligi) haqida maʼlumot olish;

kasallik avjida zararlangan tomonda toʻqimalarning shishini, qosh usti sohasi ogʻrishini aniqlash;

burun boʻshligʻini koʻzdan kechirish, burun chigʻanoqlarining shilliq qavati shishgan, qizargan, burun yoʻllarida shilimshiqyiringli yoki yiringli ajralma, poliplar borligini aniqlash; faringoskopiya va orqa rinoskopiya qilish, xoanalarda va halqumning orqa devorida yiring, poliplar borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, burun atrofi boʻshliqlari rentgenografiyasi (umumiy va kontrastli), kompyuter tomografiya, ajralmaning bakteriologik tekshiruvi va mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash;

tekshiruv natijalarini baholash;

diafonoskopiya va diagnostik punksiyani bajarish, burun orqali nafas olish va hid sezish qobiliyatini aniqlash, olingan natijalarni tahlil qilish;

surunkali rinit va boʻshliq kistalaridan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik amalidan soʻnggi davrda konservativ terapiya rejasini ishlab chiqish (desensibilizasiya, vitaminoterapiya va h.k.);

qaysi boʻshliq zararlanganligiga qarab jarrohlik yoʻli yordamida davolash uchun mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash va usulini tanlash;

yalligʻlanishga qarshi terapiyani oʻtkazish, burun atrofi boʻshliqlari va ular ochiladigan yoʻllarni qonsizlantirish;

boʻshliqni punksiya qilish va jarrohlik amalini bajarish (frontoetmoidotomiya, ponasimon boʻshliqni ochish, polipotomiya);

olib borilgan davolash tadbirlarinining samarasini baholash, boʻshliqqa ochiladigan yoʻl qayta yopilganda, unga drenaj qoʻyish;

bemorni poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish maqsadida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (fizioterapiya, davolash gimnastikasi, shifo maskaniga yuborish).

Rinogen koʻz kosasi asoratlari va reaktiv oʻzgarishlar(qovoklar atrofi va retrobulbar toʻqimaning shishi, periostit, subperiostal abscess, retrobulbar abscess, koʻz kosasi flegmonasi)

Bosh va koʻz sohasini ogʻrishi, tana haroratini septik darajaga koʻtarilishi, koʻngil aynishi, burun orqali nafas olishning qiyinligi, yuz asimmetriyasi, burundan ajralma oqishi, qovoqlarni qizarishi va shishi, koʻrish qobiliyatini pasayishi kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish;

rivojlangan asorat sababini (sinusit), kasallik qachon boshlangan, qanday kechgan va oʻtkazilgan davolash tadbirlari haqida maʼlumot olish;

tashqi tekshiruvda kasallik belgilarini aniqlash: yuz asimmetriyasi, ekzoftalm, koʻz olmasi harakatining buzilishi, koʻz kosasi atrofi toʻqimasining shishi, qovoqlar terisining qizarishi, qovoqlar yoki burun ildizi sohasida oqma hosil boʻlganligi, holsizlik;

paypaslab koʻrish, koʻz kosasi sohasida shish borligini va uning ogʻrishini aniqlash;

rinoskopiya qilish burun boʻshligʻining shilliq qavati qizargan va shishgan, burun yoʻllarida, xoanalarda va halqum orqa devorida patologik ajralma borligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, qon guruhi va rezusomil, gemostaz holati, burun atrofi boʻshliqlari, burun va koʻz kosasi rentgenografiyasi;

burun orqali nafas olish va hid sezish qobiliyatini, koʻrish oʻtkirligini aniqlash, zarur boʻlganda boʻshliqni punksiya qilish;

tekshiruv natijalarini baholash;

pediatr, okulist, nevropatolog maslahatini tashkil qilish;

mukoseledan farqlash (tana harorati meʼyorda, paypaslaganda ogʻriqsiz) , koʻz kosasi asoratining shaklini aniqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik yoʻli bilan davolash uchun mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash (koʻz kosasi asoratining yiringli shaklida burun atrofi boʻshligʻidan burun boʻshligʻiga ochiladigan keng yoʻl hosil qilish);

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish: yalliqlanishga qarshi, zaharsizlantirish, desensibilizasiya, simptomatik terapiya, fizioterapiya, burun boʻshligʻi qon tomirlarini toraytirish;

jarrohlik amalini bajarish burun atrofi boʻshligʻidan burun boʻshligʻiga ochiladigan keng yoʻl hosil qilish;

davolash tadbirlari yordam bermagan holda davolash taktikasini oʻzgartirish;

Rinogen kalla ichi asoratlari (subdural va ekstradural absess, miya absessi, meningit, kavernoz sinus tromboflebiti)

Bosh og‘rishi, tana harorati septik darajaga ko‘tarilishi, qusish, teri va shilliq qavati sezgirlikini buzilishi, talvasa, burun orqali nafas olishning qiyinligi, burundan ajralma oqishi kabi o‘ziga xos shikoyatlarga e‘tiborni qaratish;

kasallikning sababini (burun atrofi bo‘shliqlarining yallig‘lanishi), kasallik qachon boshlangan, qanday kechganligi va o‘tkazilgan davolash tadbirlari haqida ma‘lumot olish;

tekshiruvda holsizlik, karaxtlik, uyquchanlik, meningial belgilar, bradikardiya, ovqat bilan bog‘liq bo‘lmagan qusish, ko‘rish qobiliyati pasayganligini aniqlash;

rinoskopiya qilish va burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining qizargan va shishganligini, burun yo‘llarida patologik ajralma borligini aniqlash, burun orqali nafas olish qiyinlashgan;

quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, burun atrofi bo‘shliqlari, ko‘krak qafasi a‘zolarining rentgenografiyasi, elektrokardio, elektroensefalova exoensefalografiya, orqa miya suyuqligini tekshirish, burun bo‘shlig‘i ajralmasining bakteriologik tekshiruvi;

orqa miya punksiyasini mustaqil ravishda bajarish;

okulist, nevropatolog, infeksiyachil, pediatr maslahatini tashkil qilish;

miyaga qon quyulishi (qon tahlili, arterial bosimning ko‘tarilish) va miya o‘smasidan farqlash (burun atrofi bo‘shliqlari o‘zgarishsiz);

tashxisni asoslab berish;

kalla ichi asoratining shaklini, burun atrofi bo‘shlig‘i zararlanganligini va bemorning yoshini e‘tiborga olgan holda kompleks davolash rejasini tuzish (ta‘sir ko‘lami keng dorilar yordamida kuchli antibakterial terapiya, zaharsizlantirish, dehidratasiya yoki rehidratasiya terapiyasi, organizm himoya kuchini oshirish va simptomatik terapiya);

jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun mavjud bo‘lgan ko‘rsatmalarni belgilash, jarrohlik amalining hajmi va vaqtini belgilash;

jarrohlik amalini bajarish zararlangan burun atrofi bo‘shliqlarini ochish, old miya chuqurchasi sohasida qattiq miya pardasining yuzini ochish, yiringli asoratlarda miya punksiyasini bajarish ;

yiringsiz kalla ichi asoratida va bo‘shliqlarning surunkali yallig‘lanishida bo‘shliq sanasiyasi amallarini bajarish ;

zarur bo‘lganda davolash taktikasiga o‘zgartirish kiritish;

poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish maqsadida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (dispanser nazorati ostiga olish, shifo maskaniga yuborish, davolash gimnastikasini o'tkazish).

Burun va burun atrofi bo'shliqlari o'smasi (burun to'sig'i angiomas, papilloma, adenoma, xondroma, estezioneuroblastoma).

Burun orqali nafas olishning qiyinligi, burun bo'shlig'ida og'irlik his etish, vaqtivaqti bilan burundan qon oqishi (polipda), hid sezishni buzilishi, bosh og'rishi, burundan badbo'y ajralma oqishi, yuz tuzilishining buzilishi, ekzoftalm kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

kasallik boshlangan vaqti, o'ziga xos kechishi, olib borilgan davolash tadbirlari va burun atrofi bo'shliqlarining surunkali kasalliklari haqida ma'lumot olish;

tashqi tekshiruvda yuz tuzilishning buzilishi, ekzoftalm, burun orqali nafas olmaslikni aniqlash;

burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirish (old va orqa rinoskopiya , mikrorinoskopiya) va burun to'sig'i yoki burun bo'shlig'i devorlarida g'adir budir, qizil o'sma borligini aniqlash (papilloma);

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon va siydik tahlili, gemostaz holati, burun atrofi bo'shliqlarining rentgenografiyasi;

biopsiya qilish;

tekshiruv natijalarini baholash;

onkolog maslahatini tashkil qilish;

xavfli o'smadan farqlash (biopsiya natijalari);

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik davolash usulini tanlash (ilgak, krioapplikator, ultratovush, lazer nurlarini qyllash) ;

jarrohlik amalidan so'ngi davrda yallig'lanishga va shishga qarshi terapiya zarurligini aniqlash;

o'smani olib tashlash va gistologik tekshiruvni o'tkazish;

jarrohlik amalidan so'ngi davrda rivojlanayotgan asoratlar belgisini o'z vaqtida aniqlash va davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish;

bemorni onkologiya bo'limiga ko'chirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni belgilash (xavfli o'sma).

Jarohatdan so'ng hosil bo'lgan sinexiyalar va burun bo'shlig'i atreziyasi

Burunning bir yoki ikki tomonidan nafas olishning qiyinligi kabi bemorning o'ziga xos shikoyatlariga e'tibor berish;

anamnezdan burun bo'shlig'i jarohati yoki jarrohlik amali o'tkazilganligi haqida ma'lumot olish;

burun bo'shlig'ida chig'anoqlar burun to'sig'i bilan butunlay yoki qisman birikib ketganligini aniqlash;

rinomikroskopiya, zondlash, burunhalqum va xoanalarni ko'zdan kechirish, atreziya darajasini va hajmini aniqlash, kerak bo'lsa burun atrofi bo'shliqlari rentgenografiyasini bajarish, qonning klinik tahlili, qon guruhi va gemostaz holatini aniqlash;

tekshiruv natijalarini baholash;

klinik tashxisni asoslab berish;

burun faoliyatini tiklash maqsadida burun bo'shlig'ida plastik jarrohlik amali rejasini ishlab chiqish, simptomatik terapiyani o'tkazish;

jarrohlik amalini bajarish (sinexiyalarni kesish, burun bo'shlig'i o'tkazuvchanligini tiklash) yoki assistent sifatida ishtirok etish;

jarrohlik amalidan so'ng davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish: ko'rsatma bo'yicha yallig'lanishga qarshi terapiyani o'tkazish, sinexiyalar hosil bo'lishiga moyillik bo'lganda plastika amalini bajarish;

reabilitasiya tadbirlari zarurligini belgilab berish (fizioterapiya, davolash gimnastikasi);

bemorni poliklinika sharoitida davolash uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (davolash gimnastikasini davom ettirish, shifo maskanlariga yuborish, dispanser nazorati ostiga olish).

Burun va burun atrofi bo'shliqlarining xavfsiz va xavfli o'smalari

Yuqori nafas yo'llari, ya'ni burun va burun atrofi bo'shliqlari, halqum, hiqildoq hamda quloq o'smalari barcha o'smalarning 68 % ni tashkil etadi. Hiqildoq o'smalari ayniqsa ko'p uchraydi va yuqori nafas yo'llari o'smalari orasida I o'rinni egallaydi, II o'rinda burun va burun atrofi bo'shliklarining o'smalari, III o'rinda halqum o'smalari turadi. Quloq o'smalari kam uchraydi.

Yuqori nafas yo'llari o'smalarining N.A.Karpov bo'yicha tasnifi:

Klinik belgisi xavf- darajasi (xavfsiz, shartli xavfsiz, xavfli va o'ta xavfli);

Morfologik belgisi-qaysi to'qimadan rivojlanganligi va hujayraning takomil lashish darajasi;

Biologik belgisi -o'smaning ionlovchi nurga bo'lgan sezgirligi (hujayraning takomillashish darajasi qancha kam bo'lsa, o'smaning ionlovchi nurga bo'lgan sezgirligi shuncha oshadi).

O'smaning turi

I turi. Hujayralarining takomillashish darajasi yuqori bo'lgan o'smalar.

1guruh. Xavfsiz o'smalar.

2guruh. Shartli xavfsiz o'smalar (xavfli o'smalarga xos ayrim belgilar ga ega: qaytalanish va atrof suyak to'qimasini emirishga moyilligi);

II turi. Hujayralari takomillashgan o'smalar.

1guruh. Epitelial avfli o'smalari.

2guruh. Biriktiruvchi to'qimali xavfli o'smalari.

3guruh. Neyrogen (neyroektodermal) xavfli o'smalar.

III turi. Hujayralarining takomillashish darajasi past bo'lgan o'ta xavfli ton

sillyar o'smalar.

Bosqichi bo'yicha o'smalar quyidagicha belgilanadi:

Birlamchi o'sma T (tumor),

Mahalliy metastaz N (nodulus)

Uzoq metastaz M (metastasis) (metastaz yo'qligi M_0 , metastaz borligi M_1).

Birlamchi o'smaning tarqalish darajasi:

1daraja T_1 o'sma a'zoning bitta anatomik qismini zararlaydi;

2daraja T_2 o'sma a'zoning ikkita anatomik qismini zararlaydi'

3daraja T_3 o'sma a'zoning ikki va undan ortiq anatomik qismini zararlaydi, ammo atrof to'qimalarga tarqalmaydi.

4daraja T_4 o'sma a'zoning ko'p qismini zararlab, atrof to'qimalarga tarqaladi.

Mahalliy metastazlarning tarqalish darajasi:

N_0 mahalliy metastazlar aniqlanmaydi;

N_1 bir tomonlama harakatchan (ham gorizontal, ham vertikal tekislikda siljiy digan) yakka limfa tuguni;

N_2 ikki tomonlama harakatchan yakka limfa tugunlar; bir tomonlama harakat chan tugunlar; bir tomonlama harakati chegaralangan tugunlar; bir tomonlama harakatchan kontrilateral tugunlar;

N_3 bir tomonlama harakatsiz limfa tugunlar; bir tomonlama harakati chegara langan kontrilateral tugunlar; ikki tomonlama harakati chegaralangan tugunlar;

N_4 ikki tomonlama harakatsiz tugunlar; birbiriga va atrof suyak tuzilmalarga (umurtqa, pastki jag', so'rg'ichsimon o'siq, o'mrov suyagi) birikkan tugun lar to'plami.

O'sma jarayonining bosqichlari

Bosqich	T	N	M
I	1	0	0
II	2 3	0 0	0 0
III	1 2 3 4	1,2,3 1,2,3 1,2,3 0,1,2	0 0 0 0
IV	2 2 3 4	4 4 4 3,4	0,1 0,1 0,1 1

Tashxis quyidagicha ifodalanadi:

Hiqildoq saratoni, I bosqich, T_1 , N_0 , M_0 .

Til murtagi retikulosarkomasi IY bosqich, T_4 , N_3 , M_1 .

Burun bo'shlig'i estezionaeyroblastomasi, III bosqich, T_2 , N_2 , M_0 .

V.BURUN VA PARANAZAL BO'SHLIQLARI KASALLIKLARIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM

Burun chipqoni, klinikasi, asoratlari (g'orsimon sinus trombozi) .

Kasallikni rivijlanishiga stafilokok sabab bo'ladi. Infeksiya zararlangan teri orqali kiradi. Burun chipqoni ko'pincha holsiz, ba'zan qandli diabet va stafilokokkli sepsis bilan og'riqan bemorlarda rivojlanadi. Chipqon asosan burun uchida, uning dahlizida, tubida joylashadi. Zararlangan joyda chegaralangan qizarish, shish, qalinlashish paydo bo'ladi. Paypaslaganda yoki burun qanotlari va yuqori labning harakatlarida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Tuk qopchasining atrofi nekrozga uchraydi va chipqon o'zagi hosil bo'ladi. Tana harorati subfebril yoki yuqori bo'lishi mumkin. Qonda yallig'lanishga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Og'ir hollarda bir necha o'zaklar hosil bo'lib, karbunkul rivojlanishi mumkin. Ba'zan shish lunjga, pastki lablarga, qovoqlarga tarqalib, abscess va yuz flebiti kabi asoratlarni keltib chiqarishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlar shifoxona sharoitida, vrach nazorati ostida bo'lishlari lozim.

Davolash. Kasallikning engil kechimida chipqon o'zagi o'zo'zidan yoriladi. Bemorlarga antibiotiklar (siproks, eritromisin 0,5g 46 mahal ichish uchun) tavsiya etiladi. Desensibilizasiya vositalari, vitaminoterapiya va autogemoterapiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bundan tashqari, UBN, kvars nurlari, zararsizlantiruvchi malhamlar (2% borat kislotasining eritmasi, 1% dioksidin, 10% sintomitsin emulsiyasi , 2% furasilin malhami) buyuriladi. Abscess paydo bo'lganda chipqon ochilishi lozim. Og'ir hollarda bemorga mikrobnig antibioticlarga sezgirligini hisobga olgan holda mushak orasiga yoki tomir ichiga ko'p miqdorda penisillin, kefzol, seporin, oksasilin va boshqa dorilar, antikoagulyantlar va immunnostimulyatorlar buyuriladi: dezintoksikasiya, giposensibilizasiya tadbirlari o'tkaziladi. Chipqonni sitib chiqarish yuz venalari flebiti, orbital va kalla ichi asoratlarini rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Burun jarohatlari, burun to'sig'i gematomasi va abssessi.

Burun jarohatlari hayvon tishlaganda yoki hasharot chaqqanda, ko'cha transport hodisalarida, sport mashg'ulotlarida, talvasa xurujida yuz berishi mumkin. O'g'il bolalarda burun jarohati nisbatan ko'proq kuzatiladi.

Burunning ochiq va yopiq sinishi, lat eyishi, yirtilgan, kesilgan, yuzaki va chuqur jarohatlari uchraydi. Engil jarohatlarga burun lat eyishi,

shilinishi, qontalashlari kiradi. Bolalarda burun to'sig'i suyak qismining sinishi ko'p uchraydi. Og'ir jarohatlarda burun bo'shlig'ining shilliq qavati yirtiladi, tog'ay va suyaklari sinadi. Ko'pincha burun suyaklari va burun to'sig'i, ba'zan yuqori jag' suyagining peshona o'sig'i sinadi, bolalarda suyak choklari kengayadi. Burun suyaklarining sinishi zarb yon tomondan ta'sir etganda yuz beradi, bunda burun suyagining cheti sinadi yoki burunpeshona bo'g'imi buziladi, natijada burun yon tomonga siyshayadi. Burun suyaklari va burun gumbazini botishi natijasida burun to'sig'ining shakli buziladi. Ko'cha transport hodisalarda bir vaqtning o'zida burunning yumshoq to'qimalari, suyak va tog'aylari, burun atrofi bo'shliqlari, ko'z kosasi va kalla suyagi jarohatlanishi mumkin.

Klinik belgilari. Burun jarohatida odatda burundan qon oqadi, burun terisi va ko'z qovoqlarida qontalashlar paydo bo'ladi, yumshoq to'qimalar shishadi, suyak parchalarining harakati, teri osti emfizemasi kuzatiladi, burunning nafas olish va hid sezish faoliyati buziladi. Rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq qavati yirtilganligi, uning bo'shlig'i torayganligi, chig'anoqlari botganligi, to'sig'i qiyshayganligi ko'zga tashlanadi.

Burun to'sig'i shilliq qavatining shishi (ayniqsa ikki tomonlama shishi) burun to'sig'i gematomasidan darak beradi. Bemorda burun orqali nafas olishi buzilganligi yoki hid sezish yo'llari yopilganligi tufayli hidni sezish qobiliyati pasayadi, hid sezish asab tolalari uzilganda esa u butunlay yo'qotiladi.

Tashxis bemor shikoyatlari, anamnez va rinoskopiya ma'lumotlari asosida qo'yiladi. Jarohatning hajmi zond yordamida aniqlanadi. Yopiq jarohatlarda yumshoq to'qimalarni shishi tufayli tashxis qo'yish qiyinlashadi. Mahalliy og'riq, burun sohasining shishi, qontalashlar, burun to'sig'ining qiyshikligi tashxis qo'yishga yordam beradi. G'alvirsimon suyakning elaksimon plastinkasi singanda va bosh miya qattiq pardasi zararlanganda bemorda likvoreya kuzatiladi. Bunday bemor darhol shifoxonaga yotqizilishi lozim.

Rentgenografiya tekshiruvi buruniyak va yon proeksiyalarda bajariladi.

Davolash tadbirlari jarohatning shakli va bemorning umumiy ahvolini hisobga olgan holda o'tkaziladi. Ifloslangan jarohat maydoniga birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi va teri ostiga koksholga qarshi tozalangan anatoksin yuboriladi (emlangan bemorga 0,5 ml, emlanmagan bemorga 1 ml). Keyin Bezredko bo'yicha teri ichi sinamasi o'tkazilib, 3000 TB koksholga qarshi qon zardobi yuboriladi. Bemorni

shifoxonaga yuborish ayrim sabablarga ko'ra kechiktirilganda jarohat maydonining cheti tikiladi. Hayvon tishlaganda bemor birinchi tibbiy yordamdan so'ng quturish kasalligiga qarshi emlanishi lozim.

Burun suyaklari joyjoyiga o'rnatilgandan so'ng ba'zan qon oqishi o'zo'zidan to'xtaydi. Ko'pincha bemorga burun old tiqmasi bajarilib, u suyak parchalarini o'z joyida ushlab turishga yordam beradi. Bolalarda elastik tiqma qo'llaniladi. Burundan qon oqishi to'xtamagan hollarda burun orqa tiqmasi bajariladi. Burun qanotlari sohasiga muz parchasi qo'yiladi. Tiqma 12 kunda almashtiriladi.

Ochiq jarohlarda birlamchi jarrohlik ishlovi o'tkaziladi, jarohatning chetlari tikilib aseptik boylam qo'yiladi. Ifloslangan jarohat maydoni dastlab antiseptik eritma bilan yuviladi. Keyin maxsus qoshiqcha yordamida singan suyak va tog'ay parchalari olib tashlanadi, yumshoq to'qimalar esa iloji boricha qoldiriladi. Suyak parchalarini joy joyiga o'rnatish muhim kosmetik ahamiyatga ega.

Burun to'sig'i gematomasi va absessi. Kuchli zarb ta'sirida tog'ay usti (suyak usti) pardasi tog'aydan (suyakdan) ajralib, tog'ay (suyak) va tog'ay usti (suyak usti) pardasi orasida qon to'planadi, ya'ni gematoma hosil bo'ladi. Burun to'sig'i gematomasi yuqumli virus kasalliklarida, chaqaloqlarda (tug'ilish paytida) ham hosil bo'lishi mumkin. Gematoma bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lib burun to'sig'ining tog'ay, ba'zan orqa qismida joylashadi. Bir tomonlama gematomada burun orqali nafas olish buzilmaydi, shuning uchun bemor unga e'tibor bermay, natijada gematoma yiringli absessga aylanadi.

Yiringli jarayon to'rtburchaksimon tog'ayga tarqalganda bemorda burun xondroperixondriti rivojlanib, burun to'sig'ini qiyshayishiga olib keladi. Ba'zan absess burun tomiga tarqalib kalla suyagi asoratini rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Klinik belgilari. Burun gematomasida bemorda burun bitishi kundankun kuchayib boradi, burun orqali nafas olishi qiyinlashadi, undan shilimshiq yoki qon aralash ajralma oqadi, hidni sezish qobiliyati yo'qoladi.

Tashxis rinoskopiya asosida qo'yiladi, bunda har ikki tomonda burun to'sigining old qismida yumshoq ko'kqizil yoki to'qqizil shish borligi aniqlanadi. Burun gematomasi burun chipqoni va burun saramasidan farqlanadi.

Davolash. Burun gematomasi yo'g'on igna yordamida punksiya qilinadi. Burun to'sig'i absessi keng ochiladi, jarohat maydoniga rezina chiqargich o'rnatiladi. Ikki tomonlama absessda yiringli o'choq har ikki tomonda alohida ochiladi. Absess ochilgandan so'ng hosil bo'lgan

bo'shliq ichiga gipertonik eritmaga namlangan paxta tiqma qo'yiladi. Bemorga antibiotik va desensibilizatsiya vositalari tavsiya qilinadi.

Burunning termik kuyishi va burun muzlashi

Burunning termik kuyishi issiq (shu jumladan, quyosh nuri), sovuq va elektr toki ta'siri natijasida yuz beradi.

Yumshoq to'qimalar kuyishida 4 daraja tafovut etiladi:

- eritema (I daraja, epidermis qavati kuyadi);
- shish va pufakchalar (II daraja, derma qavati kuyadi);
- teri nekrozi (III daraja, dermaning chuqur qavatlarini kuyadi);
- to'qima nekrozi (IV daraja, to'qima nibud bo'ladi).

Klinik belgilari kuyish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi.

Davolash. Og'riqsizlantirish, zararsizlantirish terapiyasi olib boriladi, tomir ichiga qon zardobi va boshqa suyuqliklar yuboriladi, spazmolitiklar qo'llaniladi. Burun sohasiga aseptik boylam, anestezin, borat kislotasi bilan anestezin, oksiklozol, legrazol, tegralazol, levovinozol, olezol, 12% kaliy permanganat, 12 % tanin, furasillin (1:5000), 10% borat lanolin eritmaları va surtmaları surtiladi. Kuygan maydonga darhol muz yoki sovuq narsa qo'yiladi, amizol, levomizol aerosollari purkaladi.

Burun muzlashida burun sohasida pufakchalar, nekroz maydonchalari va yaralar paydo bo'ladi.

Klinik belgilari. Burunni qizarishi va og'rish.

Tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi.

Davolash. Og'riqsizlantirish, antibiotikoterapiya, jarrohlik yo'li bilan davolash usullari qo'llaniladi. Engil muzlashida burun sohasiga issiq boylam qo'yiladi. (Burorta suyuqlik yoki indifferent surtma surtiladi). Burun terisiga spirt surtiladi va pufakchalar ochiladi, UBN, UVCh muolajalari tavsiya qilinadi.

Burun atrofi bo'shliqlarining jarohati.

Burun atrofi bo'shliqlarining jarohati odatda ko'chatransport hodisalarda, turli shikastlarda yuz beradi. Peshona va g'alvirsimon suyaklarning jarohati, ko'pincha burun, ko'z va ko'z kosasi, ba'zan kalla suyagi jarohatlari, yuqori jag' bo'shlig'ining jarohati esa ko'z kosasining pastki devori, chakka suyagi, tishlar va og'iz bo'shlig'i jarohatlari bilan birga kuzatiladi. Peshona bo'shlig'ining jarohati g'alvirsimon va yuqori jag' bo'shliqlarining jarohatiga nisbatan ko'proq uchraydi. Peshona bo'shlig'ining jarohati ko'pincha qosh usti sohasida, g'alvirsimon

bo'shliqining jarohati – ko'z kosasining medial qismida va burunning yon tomonida, yuqori jag' bo'shlig'ining jarohati – ko'z kosasining pastki chegarasi va yuz sohasida yuz beradi.

Burun atrofi bo'shliqlarining jarohati turlicha namoyon bo'ladi; suyak devorini yorilishi, sinishi, suyak parchalarini bo'shliq ichiga kirib qolishi va h.k..

Burun atrofi bo'shliqlarining jarohati kalla suyagi devorining jarohatiga ko'ra kalla bo'shlig'iga tarqalgan va tarqalmagan jarohatlarga bo'linadi. Burun yon bo'shliqlari va kalla suyagining tarqalmagan jarohatlari bosh miya chayqalishi, bosh miya jarohati yoki qisilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi; tarqalgan jarohatlarda ko'pincha kalla ichi asoratlarning belgilari rivojlanadi. Kalla suyagi singanda va bosh miya qattiq pardasi jarohatlanganda jarohat maydonidan, burun yoki halqumdan orqa miya suyuqligini oqishi (likvoreya) kuzatiladi.

Klinik belgilari. Aralash jarohatlarning belgilari xilmaxil bo'lib, ular bo'shliq va atrof to'qimalar qay darajada zararlanganligiga bog'liq bo'ladi. Og'ir jarohatlarda bemorda shok (karaxtlik) holati kuzatiladi.

Tashxis burun atrofi bo'shliqlarining rentgenografiyasi, rentgenoskopiya, kompyuter tomografiyasi natijalari asosida qo'yiladi.

Davolash. Shoshilinch tibbiy yordam tadbirlari og'riqsizlantirish, qon oqishini to'xtatish va bemorni darhol shifoxonaga yuborishdan iborat. Shifoxonada zararlangan bo'shliqda jarrohlik amali o'tkaziladi. Bolalarda burun va burun atrofi bo'shliqlarining aralash jarohati yuz skeleti jarohati bilan birga uchraydi. Yuzning o'rta qismi jarohatlangan bolalarda yuz suyaklarining o'sishi buzilib, keyinchalik yuz skeletining deformasiyasi rivojlanadi. Belgilari aralash jarohatning turiga bog'liq bo'ladi. Tashxis tashqi tekshiruv, rinoskopiya, rentgenologik tekshiruv, kompyuter tomografiya natijalari asosida qo'yiladi. Bemor shoshilinch ravishda shifoxonaga yotqizilib, tegishli davolash tadbirlari o'tkaziladi.

Sinuitlarda rivojlangan ko'z kosasi asoratlari, klinikasi, diagnostikasi va davolash taktikasi.

Bemor hayotiga xavf soluvchi ko'z kosasining og'ir asoratlari infeksiya burun atrofi bo'shliqlaridan ko'z kosasiga kontakt yoki gematogen yo'l orqali tarqalganda rivojlanadi. Yuqumli kasalliklar (gripp), turli jarohatlar, shamollash, qandli diabet, homila kabi omillar bunday asoratlarni yuzaga kelishiga yordam beradi.

Tasnifi. Ko'z kosasi asoratlari yiringsiz va yiringli asoratlarga bo'linadi. Yiringsiz asoratlarga ko'z qovoqlari va ko'z kosasi to'qimasining shishi, ko'z kosasi periostiti kiradi.

Yiringli asoratlarga – ko‘z qovoqlarining absessi, subperiostal absess, retrobulbar absess, ko‘z kosasi venalarining septik trombozi va ko‘z kosasi flegmonasi kiradi.

Klinik belgilari: bemorning boshi va ko‘z sohasi og‘riydi, qovoqlari shishadi, ekzoftalm va xemoz kuzatiladi, ko‘z olmasi siljiydi, uning harakati cheklanadi, tana harorati ko‘tariladi, qonda yallig‘lanishga xos o‘zgarishlar paydo bo‘ladi.

Bemorni tekshirish tartibi:

- 1) tashqi tekshiruv va paypaslash;
- 2) old va orqa rinoskopiya;
- 3) burun atrofi bo‘shliqlari rentgenografiyasi, kalla suyagining yon va old aksial rentgenografiyasi; kompyuter tomografiya;
- 4) okulist ko‘rigi;
- 5) qon va siydikning umumiy tahlili;
- 6) yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining punksiyasi yoki peshona bo‘shlig‘ining trepano punksiyasi.

Tashxis. Bemorda infeksiya manbai, burun atrofi bo‘shliqlaridagi yiringli jarayoni va ko‘z kosasi asoratining shakli aniqlanadi.

1. Ko‘z kosasi asoratida infeksiya manbaini aniqlash:

Infeksiya manbai yuqori jag‘ bo‘shlig‘ida joylashganda bemorda gaymoritning klinik va rentgenologik belgilari va kompyuter tomografiyada o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatiladi, pastki qovoqlar shishib, ko‘z olmasi yuqoriga siljiydi, uning pastga harakati chegaralanadi; gaymorit tashxisi yuqori jag‘ bo‘shlig‘i punksiyasida tasdiqlanadi;

Infeksiya manbai peshona bo‘shlig‘ida joylashganda bemorda frontitning klinik va rentgenologik belgilari, kompyuter tomografiyada o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatiladi, yuqori qovoqlar shishib, ko‘z olmasi pastga siljiydi, uning yuqoriga harakati chegaralanadi; frontit tashxisi peshona bo‘shlig‘ining trepanopunksiyasida yoki bo‘shliq zondlanganda tasdiqlanadi;

Infeksiya manbai g‘alvirsimon labirint katakchalarida joylashganda bemorda etmoiditning klinik va rentgenologik belgilari, kompyuter tomografiyada o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatiladi, ko‘zning yuqori qovoqlari shishib, ko‘z olmasi pastga va tashqariga siljiydi, uning ichkariga harakati chegaralanadi.

Infeksiya manbai ponasimon bo‘shliqda joylashganda sfenoiditning klinik va rentgenologik belgilari, kompyuter tomografiyada o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatiladi, ekzoftalm paydo bo‘ladi, ko‘z olmasining harakati barcha yo‘nalishlarda chegaralanadi.

2. Burun atrofi bo'shliqlaridagi yiringli jarayon shaklini aniqlash:

O'tkir sinusit anamnezda bemor ilgari burun atrofi kasalliklarini boshdan kechirmagan, davomli tumov va burun orqali nafas olishi qiyinlashganligiga shikoyat qilmaydi, o'rta burun yo'li va burunhalqumda polip aniqlanmaydi, yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasi va peshona bo'shlig'i trepanopunksiyasida hidsiz yiringli ekssudat borligi aniqlanadi;

Surunkali sinusit bemor davomli tumov va burun orqali nafas olishi buzilganiga shikoyat qiladi, anamnezda ilgari burun atrofi bo'shliqlari kasalligini boshdan kechirganligi, o'rta burun yo'lida yiringli ajralma, burun bo'shlig'ida poliplar, yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasida va peshona bo'shlig'i trepanopunksiyasida badbo'y yiringli ajralma, to'qima giperplaziyasi va poliplar borligi aniqlanadi.

3. Ko'z kosasi asoratining shaklini aniqlash:

ko'z qovoqlarining shishi bemorda ko'z qovoqlari qalinlashadi, ko'z tirqishi torayadi, kon'yuktivasi qizaradi, ba'zan xemoz kuzatiladi;

ko'z kosasi to'qimasining shishi bemorda ekzoftalm, ba'zan xemoz kuzatiladi, ko'z olmasining harakati saqlanadi yoki biroz chegaralanadi;

ko'z qovoqlari abssessi – ko'z qovoqlarining to'qimasi shishib og'riydi, terisi qizaradi, paypaslanganda flyuktuasiya aniqlanadi;

periostit – ko'z olmasi siljiydi, ko'z kosasining pastki, ichki yoki yuqoriichki devorida og'riqli qalin infiltrat hosil bo'ladi;

subperiostal abssess – ko'z olmasi siljiydi, ko'z kosasining pastki, ichki yoki yuqoriichki devorida yumshoq infiltrat hosil bo'ladi;

retrobulbar abssess – ko'z qovoqlari shishadi, ekzoftalm, xemoz yuzaga keladi, ko'z olmasining harakati barcha yo'nalishlarda chegaralanadi, bosganda og'riydi, bemorning ko'rish o'tkirligi pasayadi;

ko'z kosasi venalarining trombozi bemorning qovoqlari shishadi, ekzoftalm, xemoz yuzaga keladi, qovoqlar, burun asosi va peshona terisida vena chizgilari keskinlashadi; bemorda septik harorat, qaltirash, ko'p terlash kuzatiladi, ko'z olmasining harakati saqlanadi va og'riqsiz bo'ladi, ba'zan ko'rish o'tkirligi pasayadi;

ko'z kosasi flegmonasi bemorning ko'z qovoqlari yallig'lanadi, shishadi, xemoz va ekzoftalm yuzaga keladi, ko'z olmasi harakatsiz, ko'z qorachig'i kengayadi, ko'rish o'tkirligi yo'qotilish darajasigacha pasayadi, ko'z qovoqlari paypaslanganda, ko'z olmasi bosilganda og'riydi, bemorning tana harorati ko'tariladi, ba'zan bradikardiya kuzatiladi.

Davolash. Rinogen ko'z kosasi asorati aniqlangan bemor shoshilinch ravishda LOR yoki reanimasiya bo'limiga yotqiziladi.

1) Ko‘z kosasining yiringsiz asorati bilan kechgan o‘tkir sinusitda burun ichiga qon tomirlarni toraytiruvchi vositalar (naftizin, galozolin, sanorin) tomiziladi, yallig‘lanishga qarshi terapiya o‘tkaziladi, bemorga tana haroratini me‘yorlashtiruvchi, og‘riqsizlantiruvchi vositalar va antigistamin preparatlar tavsiya qilinadi. Og‘ir hollarda yuqori jag‘ bo‘shlig‘i punksiya va peshona bo‘shlig‘i trepanopunksiya qilinadi.

2) Ko‘z kosasining yiringsiz kasalliklari bilan kechgan surunkali sinuistda zararlangan burun atrofi bo‘shlig‘i tashqi tomondan ochiladi va burun bo‘shlig‘iga keng yo‘l hosil qilinadi; bemorga yallig‘lanishga qarshi davolash tadbirlari, antigistamin preparatlar tavsiya qilinadi.

3) Ko‘z kosasining yiringli kasalliklari bilan kechgan o‘tkir va surunkali sinusitda zararlangan bo‘shliqdagi abscess va flegmona o‘choqlari darhol ochiladi.

4) Ko‘z kosasi venalarining trombozi bilan kechgan o‘tkir va surunkali sinusitlarda burun bo‘shlig‘iga ochiladigan keng yo‘l hosil qilinadi, bemorga antikoagulyantlar (geparin) tavsiya qilinadi, zararlangan sohaga zulluk qo‘yiladi.

Ko‘z kosasi flegmonasi va venalar trombozida bemorda venepunksiya jarrohlik amali qilinadi.

BURUNDAN QON OQISHI

Burundan qon oqishiga umumiy va mahalliy kasalliklar sabab bo‘ladi.

Umumiy kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- o‘tkir yuqumli kasalliklar (ko‘pincha gripp);
- arterial gipertoniya;
- ateroskleroz;
- yurak, jigar, buyrak kasalliklarining og‘ir shakllari;
- qon kasalliklari; qon ivishining buzilishi, davolashda antikoagulyantlar miqdorini oshirilishi;
- septik va zaharlanish holatlari;
- gipova avitaminozlar;
- ayollarda homila va hayzning buzilishi (vikar qonashlar);
- atmosfera bosimini pasayishi, jismoniy zo‘riqish, isib ketish;
- nur kasalligi.

Mahalliy kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- burun va burun atrofi bo‘shliqlarining jarohati;
- qon tomir devorining buzilishiga olib keluvch burun shilliq qavatining atrofik jarayonlari;
- burun va burun atrofi bo‘shliqlarining xavfli o‘smalari;

xavfsiz o'smalar (angioma, angiofibroma);
burun bo'shlig'i yot jismi.

Klinik manzarasi. Burundan qon oqishi to'satdan yoki prodromal belgilardan (bosh og'rish, quloq shang'illashi, bosh aylanishi, burun qichishi) so'ng boshlanadi. Burundan qon oqishi pastki nafas yo'llari va oshqozon qonashlaridan farqlanishi lozim. Burundan oqqan qonning rangi odatda to'q qizil bo'ladi, bemor boshini orqaga tashlaganda halqumning orqa devorida qon ko'rinadi. O'pkadan oqayotgan qon ko'pikli, oshqozondan oqayotgan qon ivigan va to'q qizil rangli bo'ladi. Ba'zan bemor qon yutganligi tufayli unda qon aralash qusishi holati kuzatiladi. Tashxis aniqlangandan so'ng yo'qotilgan qonning miqdori, qonayotgan maydon va qon oqishining sabablari aniqlanadi.

Qon yo'qotish darajalari

Qon yuqotish darajasi	Yo'qotilgan qonning hajmi (ml)	Qonning solishtirma og'irligi	Eritrositlar soni	Gemoglobin	Gematokrit
I	500 gacha	1055 dan ortiq	4,55,0	60 dan ko'p	40 dan ko'p
II	5001000	10501055	3,54,0	5060	3040
III	10001500	1045105	3,03,5	4050	2030
IV	1500 ortiq	1045	3,0	40	20

Bemorning hayotiga xavf soluvchi kuchli qon oqishlar to'satdan boshlanadi, bemor qisqa muddat ichida ko'p miqdorda qon yo'qotadi. Bunday qon oqishlardan oldin bemorning ko'z oldi qorong'ilashib, boshi lo'qillab og'riydi. Odatda bunday qon oqishlarga burun qon tomirlarining jarohati, yuz suyaklari va kalla suyagi asosining sinishi, qon tomirlarni kengayishi, xavfli o'sma sabab bo'ladi. Ko'p qon yuqotgan bemor zudlik bilan otorinolaringologiya, bazan reanimasiya bo'limiga yotqizilib, qon yo'qotilishiga qarshi choralar o'tkaziladi.

Davolash tadbirlari quyidagilardan iborat:

- 1) burundan oqayotgan qonni to'xtatish;
- 2) yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish;
- 3) takroran qon oqishini oldini olish.

Qon oqishini to'xtatish usullari :

1. Birinchi tibbiy yordam bemorning boshi ko'tarilib burun qanotlari burun to'sig'iga bosiladi. Burun bo'shlig'iga paxta bo'lagi kiritiladi. Paxtani 3% vodorod peroksidi yoki 10% antipirin, yoki 0,1% adrenalin, yoki 5% ferropirin eritmasiga shimdirish tavsiya etiladi. Burun qanotlari sohasiga muz parchasi qo'yiladi. Bemorga tinchlanish, chuqur va erkin nafas olish maslahat beriladi. Bemor yotgan xonaning havosi tozalanadi.

2. Burun bo'shlig'idagi qonayotgan qon tomirini kuydirish (elektrokoagulyasiya). Burundan qaytaqayta qon oqishi kuzatilsa qonayotgan maydondagi qon tomirlar kuydiriladi: burun bo'shlig'ining shilliq pardasi 2% dikain yoki 0,1% adrenalin gidrokslorid eritmasi yordamida og'riqsizlantirilgandan so'ng qonayotgan maydonga 20% sirka kislotasi, 30% kumush nitrat eritmasi (malhami) yoki vagotil bilan qonayotgan qon tomiri kuydiriladi (ba'zan galvanokauter yordamida kuydiriladi). Bundan tashqari, qonayotgan maydonga ultratovush applikasiyasi, uglerodli lazer va krioapplikator yordamida tasir ko'rsatiladi.

3. Kumush nitrat "marvaridi" usuli. Kumush nitrat kristalchasi olovda qizdirilgan tugmali zond uchiga olinadi va qonayotgan maydonga surtiladi.

4. Qonayotgan qon tomiri atrofiga 2-5 ml 0,25 0,5% novokain va 5% aminokapronat kislotasining aralashmasiga (1:1) 1-2 tomchi 0,1% adrenalin gidrokslorid qo'shib yuboriladi. Ba'zan burun to'sig'i shilliq qavatining ostiga 3-5 ml 0,5% trimekain yoki 1% novokain yuboriladi.

5. Burun old tiqmasi. Dastlab og'riqsizlantirish maqsadida burun bo'shlig'ining shilliq qavatiga anestetik eritmasi (2% dikain, 10% lidokain, 5% kokain, 10% dimedrol) surtiladi. Mushak orasiga 1 ml 2% dimedrol, 1ml 1% promedol, 2ml 50% analgin yuboriladi.

Burun old tiqmasining Mikulich, Voyachek, Lixachyov bo'yich bajarish usullari mavjud.

Mikulich uslida burun old tiqmasini bajarish uchun burun kengaytirgich, tig'siz pinset yoki burun kornsangi va uzunligi 60-70 sm, eni 11,5 sm ga teng doka tasma kerak bo'ladi.

Kseroform yoki sitral, gliseringa shimdirilgan doka tasma 6-7 sm masofada pinset bilan ushlanadi va burun bo'shlig'ining tubidan boshlab birbirining ustiga qatmaqat zigzagsimon qilib zich joylanadi, bunda doka tasmaning uchi burunhalqumga va halqum devoriga tegmasligi lozim, aks holda bemorda qusish harakati paydo bo'ladi. Doka tasma zich joylanmagan hollarda old burun tiqmasi qon oqishini to'xtatmaydi. Tiqma 48-72 soatga qoldirilganda vaqtivaqti bilan unga vazelin yog'i yoki 3% vodorod peroksidi tomiziladi.

Bundan tashqari burun old tiqmasini quruq trombin, fibrin tolasi, qon to'xtatuvchi dorilar, antibiotik eritmalariga shimdirilgan paxta, rezina kateter yoki rezina qo'lqopning barmog'i ichiga paxta yoki doka joylangan moslama yordamida bajarsa ham bo'ladi.

Qon burun to'sig'ining old qismdan oqayotgan hollarda burunga uzunligi 6-7 sm ga teng bir nechta doka tamponlar ketmaket joylanadi. Qon burun bo'shlig'ining o'rta yoki orqa bo'limlaridan oqayotgan yoki qonayotgan maydon aniqlanmagan hollarda tiqma burunning bir tomoniga joylanadi (bunda 2-3 ta uzun doka tampon ishlatiladi). Kiritishdan oldin doka tampon 3% vodorod peroksidi yoki 5% aminokapronat kislotasi, dala sharoitida 70% spirt eritmalariga shimdiriladi.

V.I.Voyachekning "ilgak" usuli quyidagicha bajariladi. Hamshira uzunligi 30 sm ga teng vazelin yoki gemostatik eritmaga shimdirilgan doka tasmaning ortasini burun dahlizi oldida ushlab turadi. Vrach qiyshiq qisqich yoki burun tamponatori yordamida doka tasmaning o'rtasini 6-7 sm chuqurlikda burun bo'shlig'iga kiritadi va "ilgak" shaklida ikki qavat qilib o'rnatib, "ilgak" orasiga gemostatik eritmaga shimdirilgan boshqa doka tamponni joylaydi. "Ilgak" va doka tamponning ortiqcha bo'lagi kesib tashlanadi. 24-48 soatdan so'ng tiqmaga 3% vodorod peroksidi tomiziladi va dastlab doka tampon, keyin "ilgak" chiqarib olinadi.

4. Burun orqa tiqmasi. Gemostatik terapiya va burun old tiqmasi qon oqishini to'xtatishda yordam bermagan hollarda burun orqa tiqmasi bajariladi. Buning uchun dastlab bemor burunhalqumining hajmi aniqlanadi, odatda birbiriga yonmayon qo'yilgan katta barmoqlarning tirnoq qismlarining o'lchami burunhalqumning hajmiga teng bo'ladi. Hamshira hajmi turlicha bo'lgan kubsimon doka tugunchalar (tamponlar) tayyorlaydi, buning uchun eni 1,5 2,0 sm, uzunligi 40-50 sm ga teng bir nechta doka salfetaklar ustmaust qo'yilib, uzunligi 60-70 sm ga teng ikki yo'g'on ipak iplar bilan xojsimon qilib zich bog'lanadi (tampon yumshoq bo'lsa qon oqishini to'xtatmaydi). Bog'langandan so'ng iplarining soni to'rtta bo'ladi. Keyin iplarining biri kesib tashlanib, 3 tasi qoldiriladi.

Burun orqa tiqmasi quyidagicha bajariladi:

burunning qonayotgan tomoniga № 15-18 ingichka rezina kateter kiritiladi. Tilning old 3/2 qismi shpatel bilan bosilgandan so'ng kiritilgan kateterning uchi xoanalardan o'tib halqumda, tanglay chodirining orqasida ko'rinadi.

kateterning uchi og'izhalqumda ko'ringandan so'ng kornsang yoki qisqich yordamida og'iz bo'shlig'i orqali 4 5 sm ga tashqariga chiqariladi.

kateterning chigarilgan uchiga tugunchaning ikki ipi bog'lanadi (iplarning uzunligi 20 sm dan kam bo'lmasligi kerak).

vrach chap qo'li bilan burundan chiqib turqan kateter uchini maxkam tortib, bir vaqtning o'zida o'ng qo'lining ko'rsatkich barmog'i bilan ikki ipak ipga bog'langan doka tugunchani yumshoq tanglayning tilchasi orqasiga o'tkazib burunhalqum va xoanalarga zich joylaydi.

vrach orqa tiqmani (tugunchani) burunhalqumda ushlab turgan ikkita ipni chap qo'li bilan ushlagan holda o'ng qo'li bilan burunning zigzagsimon old tiqmasi bajaradi. burun orqali chiqarilgan ikki ipning uchi burunga kirish joyida o'rnatilgan doka yostiqchaga o'rab boglanadi. orqa tiqmani olib tashlashga mo'ljallangan uchinchi ip og'iz orqali chiqarilib, plastir yordamida lunjga yopishtiriladi yoki bo'yin sohasiga bog'lab qo'yiladi.

Ba'zan tayyorlangan doka tugunchaga qo'shimcha sifatida yana ikkita ip bog'lanadi va uchlari burunning har ikki tomonidan tortib olinadi. Bu usul xoanalar zich yopilishini ta'minlaydi.

Ko'pincha burun orqa tiqmasi burundan qon oqishini to'xtatish imkonini beradi. Tamponni burunhalqumda 48 soatdan ortiq muddatga qoldirish man etiladi, chunki patogen mikroflora doka tampondan eshituv nayi orqali o'rta quloqqa tarqalishi mumkin. Ayrim hollarda uzoq muddatga qoldirilgan tampon bemorda faringit, tonsillit va bronxit kasalliklarini rivojlanishiga sabab bo'ladi. Og'ir hollarda tiqma 6-7 kunga qoldiriladi, bu holda u antibiotik, aminokapronat kislotasi, disinon eritmalari bilan har kuni namlab turiladi.

Burun orqa tiqmasining asoratlari. Burun orqa tiqmasi bajarilgandan keyin bemorda o'rta quloqning yiringli yallig'lanishi rivojlanishi mumkin. Asoratlarni oldini olish maqsadida kuniga bir marta otoskopiya tekshiruvini o'tkazish, bemorga sulfanilamid va antibiotik dorilarni tavsiya qilish lozim. O'rta quloqda yallig'lanish jarayoni rivojlangan hollarda bemorning tana harorati $38-39^{\circ}\text{S}$ ga ko'tariladi, burun yoqimsiz hid keladi, boshi va qulog'i og'riydi. Bunday hollerda burun orqa tiqmasi chiqarib olinadi. Orqa tiqmani olishdan oldin mushak orasiga 2 ml 50% analgin eritmasi yuboriladi. Burun orqa tiqmasini chiqarib olish uchun dastlab iplarning uchi kesilib, avval 3% vodorod peroksidi bilan namlangan old tiqma, keyin orqa tiqma chiqarib olinadi. Yumshoq tanglayga zarar etkazmaslik maqsadida uchinchi ip shpatelning oxirgi

teshigidan o'tkazilib (shpatel tanglay chodirigacha kiritiladi), kuch bilan tortiladi.

5. Pnevmatik burun tiqmasi. Burun orqa tiqmasini takrorlash ehtiyoji tug'ilgan yoki burun va burunhalqumning yallig'lanishi kuchaygan hollarda M.P. Mezrin taklif qilgan juft pnevmatik tiqma usuli bajariladi. Buning uchun rezina kateterning qiyshiq uchiga rezina qo'lqopning bitta barmog'i yopilib, kateter teshigini yopgan holda ip bilan bog'lanadi, natijada kateter uchida baloncha hosil bo'ladi. Keyin qizdirilgan igna yordamida kateterning uchidan 6 sm tashlab yangi teshik hosil qilinadi. Keyin kateter ustiga rezina qo'lqopning boshqa barmog'i yopilib, ikkita ip bilan ikkinchi teshikdan yuqoriroqda zich bog'lanadi. Shu tariqa ikkinchi balloncha hosil bo'ldi. Ikkala ballon zich yopilishi uchun kateterning erkin uchiga bir necha tomchi vazelin yog'ini tomizish lozim. Rezina kateter burun tubi va burun to'sig'i bo'ylab kiritiladi. Keyin shpris yordamida ballonchalarga havo yoki furasillin eritmasi yuboriladi, kateterning erkin uchiga esa qisqich qo'yiladi. Shunda birinchi balloncha shishib xoanani, ikkinchisi burun dahlizini zich yopadi.

Burun orqa tiqmasining bu usuli oson bajariladi va zararsiz hisoblanadi. Juft pnevmatik tiqmani olib tashlash uchun qisqichni ochib rezina kateterni burundan chiqarish kifoya.

6. Umumiy gemostatik terapiya. Burundan qon oqishini to'xtatish maqsadida mahalliy choratadbirlar bilan bir qatorda umumiy gemostatik terapiya utkaziladi: 0,015 g vikasol kuniga 2 mahal ichish yoki 1% 2 ml tomir ichiga yoki mushak orasiga; askorbin kislotasi 0,5 g 2 mahal ichish yoki 5% 5-10 ml tomir ichiga; 10% kalsiy xlorid 1 osh qoshiqdan 3-4 mahal ichish yoki 10% 10 ml tomir ichiga.

Qon tomir devorining o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun rutin (0,04 kuniga 3 mahal) ichishga tavsiya qilinadi.

Qonning fibrinolitik faolligi oshganda (masalan, geparinni qo'llash natijasida) bemorga 5% 30 ml aminokapronat kislotasini 2 mahal ichish yoki 5% 100 ml tomir ichiga tomchilab yuborish hamda 5 ml 5% protamin sulfat eritmasi tafsia qilinadi.

Bundan tashqari tomir ichiga tomchilab poliglyukin (400,0), 10%10 ml tibbiy jelatina, fibrinogen 24 g (miokard infarktida man etiladi!)

Bemorga 0,025% adroksan 1 ml 4 mahal teri ostiga yoki mushak orasiga; 12,5% 2-4 ml disinon mushak orasiga yoki tomir ichiga 1 mahal (keyin har 46 soatda 2 ml yoki 2 tabletkadan ichish), 2 ml etamzilat natriy, 1-2 ml gemofobin teri ostiga yoki 2-3 choy qoshiqdan 2-3 marta

ichish tavsiya qilinadi. Bemorga namlangan kislorod, yurak faoliyatini yaxshilovchi vositalar buyuriladi.

Qon ko'p miqdorda (1000 ml) yo'qotilgan holarda qon miqdorini qoplash va qon oqishni to'xtatish maqsadida bemorga eritrosit massasi, 100-150 ml qon zardobi, qon oqishini to'xtatish uchun 50-75 ml va yo'qotilgan qon o'rnini qoplash uchun 100150 ml tegishli guruhdagi donor qoni kuyiladi. Qon quyish paytida bemorga og'ir yuqumli kasallikni, gepatitni, OITS ni yuqtirish xavfi borligini esda tutish lozim.

7. Jarrohlik usullari. Burundan qon oqishni to'xtatish maqsadida qo'llangan barcha usullar yordam bermagan hollarda jarrohlik amali bajariladi. Qonayotgan maydonni kuydirish natija bermaganda burun bo'shlig'ning shilliq qavati ostiga 510 ml 1% novokain yuborilib, qonayotgan maydonning shilliq qavati suyakdan ajratiladi, burun to'sig'i shilliq osti rezeksiyasi jarrohlik amali bajariladi.

Hayot uchun xavfli bo'lgan arterial qon oqishlarda (orqa burun tiqmasi va umumiy gemostatik terapiya yordam bermagan hollarda) tashqi uyqu arteriyasi ikki tomonlama bog'lanadi. Buning uchun bemor elkalari ostiga yostiqcha qo'yilgan, boshi sog'lom tomonga burilgan holda chalqancha yotqiziladi. To'sho'mrovso'rg'ichsimon mushakning old cheti sohasida pastki jag' burchagidan boshlab 8-10 sm uzunlikda navbatmanavbat teri, teri osti kletchatkasi, bo'yinning teri osti mushagi (platysma) va fassiyalar kesiladi. Mushak to'qimasi yon tomonga siljiriladi. Jarohat maydonining yuqori qismida bo'yin teri osti mushagining ostida yotgan tashqi bo'yinturuq vena yon tomonga siljiriladi yoki bog'lanadi. To'sho'mrovso'rg'ichsimon mushakning ostida asabqon tomir to'plami yotadi. Uning tashqi tomonida ichki bo'yinturuq vena, ichki va old tomonida umumiy uyqu arteriya, orqada yoki ularning orasida sayyor asab tolasi joylashgan. O'tmas usulda dastlab umumiy, keyin tashqi uyqu arteriyaning yuzi ochiladi.

Tashqi uyqu arteriyani ichki uyqu arteriyadan farqlashda shuni esda tutish lozimki, ichki uyqu arteriya bo'yin sohasida shoxlanmaydi, tashqi uyqu arteriya esa umumiy uyqu arteriyaning bifurkasiyasi sohasida yuqori qalqonsimon va til arteriyalarga shoxlanadi.

Tashqi uyqu arteriya yuqori qalqonsimon arteriyaga shoxlangan joydan yuqorida ikki ligatura orasida bog'lanadi. Bog'lashdan oldin qarteriyani barmoq bilan bosish talab etiladi. Arteriya to'g'ri tanlanganda yuz va yuzaki chakka qon tomirlarining urishi to'xtaydi.

G'alvirsimon labirint qon tomirlari va ponasimontanglay arteriyasining jarohatida kuzatiladigan qon oqishlarni endoskopiya usuli va bipolyar koagulyator yordamida to'xtatish mumkin.

Og‘ir qon oqishlarda g‘alvirsimon labirintda bajarilgan transmaksillyar jarrohlik amali yaxshi samara beradi. Bunda g‘alvirsimon labirint katakchalari yuqori jag‘ bo‘shlig‘i orqali olib tashlanadi. Keyin g‘alvirsimon bo‘shliqlar sohasiga hamda burun bo‘shlig‘iga yuqori jag‘ bo‘shlig‘i orqali yodoformga shimdirilgan tiqma qo‘yiladi. Tiqmaning uchi kontapertura orqali pastki burun yo‘liga chiqariladi.

Qon yirik qon tomirlardan oqayotganda angiografiya tekshiruvi o‘tkazilib, elektronoptik asboblarni nazorati ostida kalla ichidagi qonayotgan qon tomiri embolizasiya qilinadi. Ammo bunday jarrohlik amaliidan so‘ng bosh miya to‘qimalarining qonsizlanishi tufayli bemorda falaj holatlari rivojlanishi mumkin.

VI. HALQUM KASALLIKLARI

TOMOQ OG'RISHI

O'tkir faringit
Kataral angina
Follikulyar angina
Lakunar angina
Yaralipardali angina
Til murtagi anginasi
Agranulositozdagi angina
Til ildizi absessi
Paratonzillit
Paratonzillyar abscess
Halqum orqasi absessi
O'tkir adenoidit
Parafarengial abscess
Flegmonali laringit
Hiqildoq jarohati
Hiqildoq xondroperixondriti
Hiqildoqning kimyoviy kuyishi
Halqum yot jismi
Qizilo'ngach yot jismi
Qizilo'ngach venalarining varikozli kengayishi
Halqum difteriyasi
Halqumning xavfli o'smalari
Hiqildoqning xavfli o'smalari
Halqum kandidomikozi
Temiratki
Skarlatina
Bigizsimon o'siq va til osti sindromi

O'tkir faringit: bemor tomog'i qurishiga, qichishiga, yutinganda og'rishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya da halqum orqa devorining shilliq pardasi va tilcha keskin qizarganligi, qizil donachalar paydo bo'lganligi ko'zga tashlanadi.

Kataral angina: bemor yutinganda tomog'i og'rishiga shikoyat qiladi, tana harorati ko'tariladi, og'zi quriydi; faringoskopiya da tanglay ravoqchalari va murtaklar qizargan, kattalashgan, yupqa shilim-shiqyiringli ajralma bilan qoplangan; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og'riqli.

Follikulyar angina: bemorning tana harorati ko‘tariladi, yutinganda tomog‘i og‘riydi; faringoskopiya da murtaklar kattalashgan, qizargan, ayrim joylarda shilliq qavat ostidan aylana sarg‘ish donachalar bo‘rtib chiqqanligi (“yulduzli osmon” belgisi), tanglay ravoqlari qizargan va shishganligi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og‘riqli.



6 rasm. Kataral angina



7 rasm. Follikulyar angina



8 rasm. Lakunar angina



9 rasm. Yarali nekrotik angina

Lakunar angina: bemorning tana harorati ko‘tariladi, yutinganda tomog‘i og‘riydi; faringoskopiya da murtaklar kattalashgan, lakunalar ochsariq karash bilan qoplanganligi aniqlanadi; karash murtak chegarasidan chiqmaydi, oson ko‘chadi, uning osti qonamaydi; tanglay ravoqchalari qizaradi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og‘riqli.

Yaralinear nekrotik angina: bemorning og‘zidan yoqimsiz hid keladi, so‘lagi oqadi; bir tomonda murtakning yuqori cho‘qqisi kulrangyashil karash bilan qoplanadi, karash oson ko‘chadi, uning osti qonaydi, keyinchalik joyi kratersimon yaraga aylanadi .

Til murtagi anginasi: yutinganda bemorning tomog‘i og‘riydi, tana harorati ko‘tariladi; faringoskopiya da til murtagi qizargan, shishgan, yuzi sarg‘ish karash bilan qoplanganligi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og‘riqli.

Agranulositozdagi angina: bemorning og‘zidan yoqimsiz hid keladi, so‘lagi oqadi, yutinishi buziladi; faringoskopiya da murtakda, halqumning orqa devorida, milklarda yaralar va nekrozga uchragan maydonchalar paydo bo‘ladi; qonda leykositlarning soni keskin kamayadi, ularning donachali shakllari (bazofillar, eozinofillar, neyetrofillar) yo‘qoladi, nisbiy limfositoz (90% gacha) kuzatiladi.



Til ildizi abssessi: bemor yutinganda, gapirganda tomog‘i keskin og‘rishiga shikoyat qiladi; jag‘ osti sohasida shish pado bo‘ladi; bemorning tili shishadi, kattalashadi, og‘ziga sig‘maydi, til ildizi qizaradi; limfa tugunlar kattalashadi.

10 rasm. Paratonzillyar abssessi

Paratonzillyar abscess: bemor yutinganda tomog'i keskin og'rishiga, yutinganda qiynalishiga shikoyat qiladi; zararlangan tomonda mahalliy limfa tugunlar kattalashadi, og'riydi; bemor boshini majburiy holatda zararlangan tomonga egadi, uning og'zida yopishqoq shilimshiq suyuqlik to'planadi. Faringoskopiya zararlantgan tomonda yumshoq tanglay va murtakning old ravoqchasi keskin qizargan va shishganligi, tomoq assimetriyasi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og'riqli.

Halqum orqasi absessi:

kasallik 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda rivojlanadi; bolaning tana harorati ko'tariladi, yutinishi buziladi, yutinganda tomog'i og'riydi, bola xirillab nafas oladi, ovqatdan bosh tortadi, manqalanish paydo bo'ladi. Faringoskopiya halqumning orqa devorida bilqillaydigan bo'rtish ko'zga ko'rinadi, orqa ravoqcha va murtak oldinga siljiydi, punksiya qilinganda yiring aniqlanadi.

O'tkir adenoidit: bemor burun orqali nafas olishi buzilganligi va ovozi o'zgarganligiga shikoyat qiladi. Orqa rinoskopiya adenoid to'qimasi qizargan va shishganligi, burunhalqumda shilimshiqyiringli ajralma borligi, halqumning orqa devorida yiring to'planganligi aniqlanadi.

Surunkali adenoidit: o'tkir adenoiditdan keyin rivojlanadi, ko'pincha halqum murtagi gipertrofiyasi bilan birga kechadi. Shilliq va yiringning kechasi hiqildoq bo'shlig'iga oqib o'tishi davomli yo'talga sabab bo'ladi. Burunhalqumdagi surunkali yallig'lanish eshituv nayining surunkali yallig'lanishiga olib kelib, konduktiv past eshitishlikni keltirib chiqaradi. Surunkali adenoidit belgilari: davomli subfebrilitet, tez charchash, bosh og'rish, uyquni buzilishi, ishtahani yo'qolishi, yumshoq tanglay ko'tarilganda halqum orqa devorida shilliqli yoki yiringli ajralmani ko'rinishi.

Parafaringeal abscess: bemor yutinganda tomog'i keskin og'rishiga shikoyat qiladi, uning tana harorati ko'tariladi, bemor boshini majburiy holatda zararlangan tomonga egadi; pastki jag' burchagi tekislanadi, orqa ravoqchani ortida shish va bo'rtish paydo bo'ladi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

Halqum yot jismi: bemorda og'izdan so'lak oqishi, qusish harakatlari, yutinishi qiyinlashganligi kuzatiladi; yutinganda og'riq kuchayadi; yot jism burunhalqumda, til ildizi sathida, til ildizi va hiqildoq usti qopqog'i orasidagi chuqurchada, noksimon cho'ntaklarda tiqilib qolishi mumkin. Yot jism faringoskopiya paytida olib tashlanadi.



11-rasm.Halqum difteriyasi

Halqum difteriyasi: bemorda manqalanish, nafas olishining qiyinlashishi, ogʻzidan soʻlak oqishi, yoqimsiz hid kelishi kuzatiladi; faringoskopiya murtaklar, tanglay ravoqchalari, yumshoq tanglay kulrang karash bilan qoplanganligi korinadi, karash qiyin koʻchadi, uning osti qonaydi .

Halqum kandidomikozi: bemor ogʻzi qurishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya ogʻiz boʻshligʻining shilliq qavati qizarganligi, unda oq dogʻlar paydo boʻlganligi koʻzga tashlanadi; keyinchalik dogʻlar qoʻshilib parda hosil qiladi. Parda yumshoq tanglay, ravoqchalar, murtaklar, til, lunnjning ichki yuzasiga tarqaladi, parda qiyinchilik bilan koʻchadi.

Halqumning xafli oʻsmalari: bemorning yutinishi qiyinlashadi, ovozi boʻgʻiladi, ogʻzidan yoqimsiz hid keladi (bolalarda koʻpincha murtaklardan oʻsgan limfosarkoma uchraydi); mahalliy limfa tugunlar kattalashadi. Faringoskopiya oʻsmaga xos yaralar koʻrinadi.

Hiqildoq jarohati: Hiqildoqning tashqi jarohati natijasida shilliq qavatda qontalashlar paydo boʻladi, bemorning nafas olishi qiyinlashadi, ovozi yoʻqoladi, yutinganda tomogʻi ogʻriydi. Hiqildoqning ichki jarohati intubasiya paytida sodir boʻladi. Laringoskopiya Burma osti boʻshligʻining shilliq qavati qizarganligi, qontalashlar paydo boʻlganligi koʻzga tashlanadi; hiqildoqning boshqa boʻlimlarida ham qontalashlar paydo boʻlishi mumkin.

Hiqildoq xondroperixondriti: bemor ovozi bugʻilganiga, yoʻtalga va yoʻtalganda tomogʻi ogʻrishiga shikoyat qiladi; uning ovozi oʻzgaradi, yutinishi buziladi. Tekshiruvda bemorning boʻyni yoʻgʻonlashgan, hiqildoq chizgilari tekislangan, togʻaylari qalinlashganligi koʻzga tashlanadi, paypaslaganda yoki yutinganda hiqildoq sohasi ogʻriydi; Laringoskopiya jarayon choʻmichsimon togʻaylarga tarqalganda choʻmichsimonhiqildoq usti burmasi shishadi, noxsimon choʻntak torayadi, zararlangan tomonda hiqildoqning harakati chegaralanadi,

ovoz burmalari o'rtada joylashadi; hiqildoq usti qopqog'i zararlanganda uning hiqildoq yorig'iga qaragan yuzi shishadi.

Hiqildoqning kimyoviy kuyishi: bemor yutinganda tomog'i og'rishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya va laringoskopiya og'iz bo'shlig'i, halqum va hiqildoqning shilliq qavatlari qizargan va shishgan, ayrim joylarda kulrang karash bilan qoplangan yaralar hosil bo'lganligi ko'zga tashlanadi.

Flegmonali laringit: bemorning nafas olishi qiyinlashadi, ovozi o'zgaradi, yutinishi buziladi. Laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavati qizargan, shishgan, yiringli ekssudat to'planganligi ko'zga tashlanadi.

Hiqildoqning xavfli o'smalari: bemorning ovozi tez charchaydi, bo'g'iladi, og'zidan yoqimsiz hid keladi, yutinganda hiqildoq sohasida og'riq paydo bo'ladi; balg'amda qon borligi aniqlanadi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashadi. Laringoskopiya o'sma hiqildoq usti qopqog'i, cho'michsimonhiqildoq usti va ovoz burmalari hamda burma osti bo'shlig'idan o'sganligi aniqlanadi.

Qizilo'ngach yot jismi: bemorda disfagiya, qusish kuzatiladi, og'zi yarim ochiq, kyp miqdorda so'lak oqadi, nafas olishi qiyinlashadi. Tashxis endoskopiya va rentgenologik tekshiruvlar asosida qo'yiladi.

Qizilo'ngach venalarining varikozli kengayishi: bemor to'sh suyagining orqasida nohushlik his etadi, yutinishi qiyinlashadi, yutinganda og'riq paydo bo'ladi. Tashxis endoskopiya va rentgenologik tekshiruvlar asosida qo'yiladi.

Temiratki (opoyasivayushiy lishay) bemor yutinganda tomog'i og'rishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya og'iz bo'shlig'i va halqumning shilliq qavatida oq aylana dog'lar paydo bo'lganligi, dog'lar shilliq qavatdan ko'tarilmaganligi ko'rinadi.

Skarlatina: Faringoskopiya bemorning tili "maymunjon" mevasining rangidan qizaradi, tanglay ravoqchalari ko'chishi oson bo'lgan kulrang karash bilan qoplanadi.

Bigizsimon o'siq va til osti sindromi: bemorda yutinishning buzilishi, yutinganda va boshini yon tomonga burganda tomog'ida og'riq paydo bo'lishi, til osti suyagi paypaslanganda og'rishi kuzatiladi; bigizsimon o'siq cho'zilgan bo'lib, ba'zan tanglay murtagi orqali bilinib turadi. Tashxis rentgenologik tekshiruv yordamida aniqlanadi.

VII. HALQUMDAN QON OQISHI YOKI QON TUPIRISH.

O'tkir faringit

Halqum difteriyasi

Yaralipardali angina

Paratonzillit

Halqum orti abssessi

Halqum jarohati

Jarrohlik amalidan so'nggi qon oqishlar

O'tkir faringit: bemor tomog'i qurishiga, qichishiga, yutinganda tomog'i og'rishga shikoyat qiladi; faringoskopiya da halqum orqa devorining shilliq pardasi va tilcha keskin qizarganligi, qizil donachalar paydo bo'lganligi, qon quyilishlar ko'zga tashlanadi.

Halqum difteriyasi: bemor manqalanish, nafas olishinig qiyinlashishi, og'zidan yoqimsiz hid kelishi va so'lak oqishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya da murtaklar, tanglay ravoqchalari hamda yumshoq tanglay kulrang karash bilan qoplanganligi ko'rinadi; karash qiyinchilik bilan ko'chadi, uning osti qonaydi.

Yaralipardali angina: bemor og'zidan yoqimsiz hid kelishiga, so'lagi oqishiga shikoyat qiladi; faringoskopiya da bir tomonda murtakning yuqori cho'qqisining usti kulrangyashil karash bilan qoplanganligi ko'zga tashlanadi, karash oson ko'chadi, uning osti qonaydi, keyinchalik shu joyda kratersimon yara hosil bo'ladi.

Paratonzillit: bemor yutinganda bir tomonda tomog'i qattiq og'rishiga, yutinishi qiyinligiga, og'zini ocholmasligiga shikoyat qiladi; faringoskopiya da bir tomonda yumshoq tanglay va old ravoqcha shishganligi aniqlanadi; ba'zi hollarda uzoq davom etgan paratonzillitda tashqi uyqu arteriya, uning shoxchalari, ichki uyqu arteriya va ichki buyinturuq venasidan qon oqishi yuz berishi mumkin.

Halqum orti abssessi: kasallik 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi; bolaning tana harorati ko'tariladi, xirillab nafas oladi, yutinishi qiyinlashadi, manqalanish kuzatiladi, yutinganda tomog'i og'riydi, ovqatlanishdan bosh tortadi. Faringoskopiya da halqumning orqa devorida yumshoq, bilqillaydigan bo'rtish borligi ko'zga tashlanadi, orqa ravoqcha va murtak oldinga siljiydi, punksiya da yiring aniqlanadi.

Halqum jarohati: Bemor tomog'i og'rishiga, jarohat olganligiga shikoyat qiladi. Faringoskopiya da halqum ichki devorining shilliq qavatida shilinish va yara, yumshoq tanglay va tanglay ravoqchalarida yirtilishlar sodir bo'lganligi ko'zga tashlanadi.

Jarrohlik amalidan so‘nggi qon oqishlar: adenotomiya, tonzillotomiya, tonzilektomiya va boshqa jarrohlik amallaridan so‘ng halqumdan qon oqishlar kuzatilishi mumkin; ko‘pincha qon oqishlar operatsiyadan so‘nggi dastlabki soatlarda, kunlarda, ba‘zan 1,52 haftadan so‘ng yuz beradi. Faringoskopiya jarrohlik amali bajarilgan joyda qon tomirlardan qon oqayotganligi anqlanadi.

DISFAGIYA (Yutinishni buzilishi)

Parafaringeal abscess

Paratonzillyar abscess

Halqum orti abscessi

Anginalar

Agranulositozdagi angina

Halqum yot jismi

Halqumning xavfli o‘smasi

Yumshoq tanglay falaji

Bigizsimon o‘siq va til osti sindromi

Epiglottit

Laringosele

Asab tolasi falaji

Flegmonali laringit

Halqum jarohati

Hiqildoq jarohati

Hiqildoq sili

Hiqildoq zaxmi

Hiqildoqning xavfli o‘smalari

Qizilo‘ngach venalarining varikozli kengayishi

Qizilo‘ngach yot jismi

Qizilo‘ngach o‘smasi

Qizilo‘ngachning chandikli torayishi

Qizilo‘ngach atoniyasi

RossolimoBexterev sindromi

Ezofagit

Periezofagit

Qizilo‘ngach va halqumning rivojlanish nuqsonlari

Halqum divertikullari

Qizilo‘ngach aplaziyasi

Qizilo‘ngach atreziyasi

Qizilo‘ngachning tug‘ma torayishlari

Traxeya qizilo‘ngach oqmalari

Qiziloʻngachning tugʻma kistasi

Botulizm

Parafaringeal abscess: bemor shikoyatlari: yutinganda kuchli ogʻriqni paydo boʻlishi, ogʻzidan soʻlak oqishi, yutinishi qiyinligi, tana harorati koʻtarilishi, boshini majburiy holatda zararlangan tomonga egib turishi, boshining harakatlari chegaralanganligi; pastki jagʻ burchagi shishgan va tekislangan, Faringoskopiya orqa ravoqchani ortida shish va boʻrtish koʻrinadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, ogʻriqli.

Paratonzillyar abscess: bemor shikoyatlari: yutinganda kuchli ogʻriqni paydo boʻlishi, ogʻzidan soʻlak oqishi, yutinishni qiyinligi; zararlangan tomonda mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, ogʻriqli, bemorning boshi zararlangan tomonga egilgan; ogʻzida yopishqoq shilimshiq ajralma toʻplanadi; faringoskopiya zararlangan tomonda yumshoq tanglay va murtakning old ravoqchasi keskin qizargan, shishgan, boʻrtib chiqqan, halqum asimmetriyasi aniqlanadi; tilcha sogʻlom tomonga siljigan.

Halqum orti absessi: kasallik 3 yoshgacha boʻlgan bolalarda uchraydi; bemor shikoyatlari: tana haroratini koʻtarilishi, yutinishni qiyinligi, nafas olganda xirillash, manqalanish, yutinganda tomogʻi ogʻrishi; bola ovqatlanishdan bosh tortadi; faringoskopiya halqumning orqa devorida bilqillaydigan boʻrtish, qizarish koʻrinadi, orqa ravoqcha va murtak oldinga siljigan, punksiya yiring aniqlanadi.

Kataral angina: bemor shikoyatlari: yutinishi qiyinligi, yutinganda tomogʻi ogʻrishi, tana haroratini koʻtarilishi, ogʻzi qurishi; faringoskopiya tanglay ravoqchalari va murtaklar qizargan; kattalashgan, yupqa shilimshiqyiringli ajralma bilan qoplangan; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, ogʻriqli.

Folikulyar angina: bemor shikoyatlari: tana haroratini oshishi, qaltirash, yutinishi qiyinligi, tomogʻi ogʻrishi; faringoskopiya murtaklar kattalashgan, qizargan, ayrim joylarda shilliq qavat ostidan aylana sargʻish donachalar boʻrtib chiqqanligi (“yulduzli osmon” belgisi), tanglay ravoqchalari qizargan va shishganligi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

Lakunar angina: bemor shikoyatlari: tana harorati koʻtarilishi, yutinganda tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi; faringoskopiya murtaklar kattalashgan, qizargan, lakunalar ochsariq karash bilan toʻlgan, karash oson koʻchadi, osti qonamaydi, murtak yuza chegarasidan chiqmagan, ravoqchalar qizargan; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, palpasiya ogʻriq bor.

Yaralipardali angina: bemor shikoyatlari tomoqda ogʻriq, yutinishi qiyinligi ogʻzidan yoqimsiz hid kelishi, soʻlak oqishi; faringoskopiya bir tomonda murtakning yuqori choʻqqisi kulrangyashil karash bilan qoplanganligi, karash oson koʻchishi, osti qonashi, keyinchalik shu joyda kratersimon yara hosil boʻlganligi koʻrinadi.

Til murtagi anginasi: bemor shikoyatlari: yutinishi qiyinligi, soʻlak oqishi, boshi ogʻrishi, yutinganda tomogʻi ogʻrishi, tana haroratini koʻtarilishi; faringskopiya til murtagida qizarish va shish, yuzi sargʻish karash bilan qoplanganligi koʻrinadi, mahalliy limfa tugunlar kattalashgan.

Agranulotsitozdagi angina: bemor shikoyatlari: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi ogʻzidan yoqimsiz hid kelishi, soʻlak oqishi; faringoskopiya murtakda, halqumning orqa devorida, milklarda yaralar va nekrozga uchragan maydonlar borligi koʻzga tashlanadi; qonda leykositlar soni keskin pasayadi, donachali shakllari (bazofillar, eozinofillar, neyetrofillar) yoʻqoladi, nisbiy limfositoz kuzatiladi (90% gacha).

Halqum yot jismi: bemor shikoyatlari: soʻlak oqishi, qusish, yutinishi qiyinligi, yutinganda ogʻriqni kuchayishi. Faringoskopiya yot jism burunhalqumda, til ildizi sohasida, til ildizi va hiqildoq usti qopqogʻi orasidagi chuqurchada, noksimon choʻntaklarda tiqilib qolgan boʻlishi mumkin.

Halqumning xavfli oʻsmalari: bemor shikoyatlari: tomogʻi qurishi va ogʻrishi, ovozi oʻzgarganligi, yutinganda tomogʻi ogʻrishi, disfagiya, ovozi boʻgʻilganligi, ogʻzidan yoqimsiz hid kelishi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

Yumshoq tanglay falaji: bemor shikoyatlari: ovqatni yutayotganda burnidan chiqishi, yoʻtal. Kasallik difterianing asorati sifatida rivojlanishi mumkin. Bemorda ovqat parchalarning burun orqali regurgitatsiyasi kuzatiladi; faringoskopiya yumshoq tanglay osilganligi, harakatsizligi aniqlanadi; baʼzan kasallik nevritning boshqa shakli, kiprik mushagining falaji bilan birga uchraydi.

Bigizsimon oʻsiq va til osti sindromi: bemor shikoyatlari: disfagiya, yutinganda va boshini yon tomonga burganda ogʻriqni paydo boʻlishi, palpasiya til osti suyagi sohasida ogʻriq borligi, bigizsimon oʻsiq choʻzilib, baʼzan tanglay murtagi orqali paypaslanadi. Tashxis rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi.

Epiglottit: kasallik yosh bolalarda uchraydi; yutinganda kuchli ogʻriq paydo boʻladi, bemorda ovozini boʻgʻilishi, ogʻzi keng ochilganligi,

boshi orqaga tashlanganligi kuzatiladi; laringoskopiyada hiqildoq usti qopqogʻining infiltrasiyasi, qizarish va shish borligi koʻzga tashlanadi.

Laringosele: bemorni disfagiya, boshini burganda noxushlik hissiyoti bezovta qiladi; laringoskopiyada hiqildoq qorinchasidan oʻsgan sharsimon tuzilma borligi aniqlanadi, u ovoz yorigʻini yopib turadi; nafas olganda tuzilma kichrayib, ovoz chiqarganda kattalashadi.

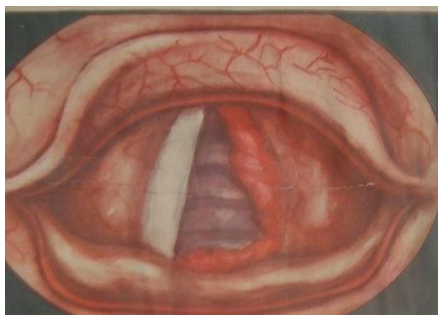


Flegmonali laringit: bemor shikoyatlari: yutinganda tomogʻda ogʻriq paydo boʻlishi, jgʻzidan soʻlak oqishi, nafas olishi qiyinlashganligi, yutinishi qiyinligi, ovozi oʻzgarganligi; laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati qizargan va shishganligi, yiringli ekssudat toʻplanganligi koʻrinadi, ovoz boylamlarii birbiriga toʻliq jipslashmaydi.

12 rasm. Flegmonali laringit

Halqum jarohati: halqumning ichki devori jarohat langanda shilliq qavatda shilinish, yuzaki jarohatlar, yaralar, yumshoq tanglay va tanglay ravoqlarida yir tilishlar sodir boʻladi.

Hiqildoq jarohati: hiqildoqning tashqi jarohatida shilliq qavatda qontalashlar hosil boʻladi, bemorning nafas olishi qiyinlashadi, afoniya kuzatiladi, yutinganda ogʻriq paydo boʻladi. Hiqildoqning ichki jarohati intubasiya paytida sodir boʻladi. Laringoskopiyada Burma osti boʻshligʻida qontalashlar va shilliq qavatning zizarlanganligi koʻzga tashlanadi; hiqildoqning boshqa boʻlimlarida ham qontalashlar koʻrinadi.



13 rasm.Hiqildoq sili



14 rasm.Hiqildoq zaxmi

Hiqildoq sili: bemorning ovozi boʻgʻiladi, uni yoʻtal bezovta kiladi; laringoskopiyada ovoz boylamlarida, hiqildoq usti qopqogʻida, choʻmichsimon togʻaylarda, choʻmichsimonhiqildoq usti burmasida bir tomonda pushtirang tugunchalar yaʼni tuberkulomalar koʻrinadi .

Hiqildoq zaxmi: bemorning ovozi bo'g'iladi; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavatida zaxm eritemasi; ovoz, qorincha va cho'michsimonhiqildoq usti burmalarida papulalar shaklida ko'rinadi.

Hiqildoqning xavfli o'smalari: kichik yoshdagi bolalarda sarkoma, kattalarda hiqildoq saratoni uchraydi. Bemorning ovozi bo'g'iladi, nafas olishi qiyinlashadi, tez charchaydi, yutinganda tomoq og'rihi kuzatiladi; laringoskopiya o'sma borligi aniqlanadi; o'sma parchalangandan so'ng hiqildoqdan qon oqishi yoki notekis yaralar ko'rinadi.

Qizilo'ngach yot jismi: bemor yutinish qiyinligi, ko'p miqdorda so'lak oqishi, qayt qilish, nafas olish qiyinligiga shikoyat qiladi; tashxis rentgenologik, endoskopik tekshiruvi yordamida aniqlanadi.

Qizilo'ngach venalarining varikozli kengayishi: bemor to'sh suyagi orqasida noxushlik his etadi; yutinishning qiyinligi, regurgitatsiya (ovqat parchalarini qaytib chiqarilishi), yutinganda og'riq; tashxis rentgenologik va endoskopik tekshiruvda aniqlanadi.

Qizilo'ngach o'smasi: bemorni to'sh suyagining orqasida bosim hissiyoti bezovta qiladi; yutinish qiyinligi, og'riq va dispepsiya holatlari kuzatiladi; tashxis ezofagoskopiya, rentgenografiya yordamida aniqlanadi.

Qizilo'ngachning chandiqli torayishi: kislota va ishqor bilan kimyoviy kuyish yoki jarohat natijasida rivojlanadi; bemor shikoyatlari: yutinish qiyinligi, og'riq; tashxis anamnez ma'lumotlari hamda og'iz bo'shlig'i va halqumning chandiqli o'zgarishlari va fibrioefozofagoskopiya, rentgenoskopiya asosida qo'yiladi.

Qizilo'ngach atoniyasi: kasallik markaziy (kalla jarohatlari, poliomielit) va periferik (qizilo'ngach asab tolalari zararlanganda) asab tizimining kasalliklarida kuzatiladi; disfagiya qattiq ovqat istemol qilganda yoki yotib yeganda paydo bo'ladi; rentgenologik tekshiruvda qizilo'ngach kengayganligi aniqlanadi; bemor yotganda qizilo'ngachda bariy ancha vaqt ushlanib qoladi, qizilo'ngachning peristaltikasi aniqlanmaydi.

RossolimoBexterev sindromi: bu sindromda faringit belgilari, teri, sochlar va tirnoqlarning trofik o'zgarishlari, atrofik ezofagitning belgilari kuzatiladi; kasallik me'da axiliyasi va temir tansiqiligi natijasida rivojlangan kamqonlik bilan birga kechadi.

Ezofagit: bemor shikoyatlari: og'riq, to'sh suyagi orqasida noxushlik his etishi, isitma, qaltirash; gorizontal holatda va tanasi oldinga egilganda qusish kuchayadi; ba'zan bemorda qon qusish kuzatiladi. Ezofa-

goskopiyada qizilo'ngachning shilliq qavati qizargan, shishgan, infiltrasiyalashganligi, qon quyilishlar aniqlanadi.

Periezofagit: bemor shikoyatlari: to'sh suyagi orqasida kuchli og'riq, qaltirash, isitma, qon qusish, yutinishi qiyinlashgan va og'riqli; rentgenologik tekshiruvda qizilo'ngachning yorishi shish tufayli torayganligi, kontrast modda ko'ks oralig'i va plevra bo'shlig'iga oqib tushishi, ko'ks oralig'ining emfizemasi aniqlanadi. Ezofagoskopiyada qizilo'ngachning shilliq qavati qizargaligi ko'rinadi.

Halqum divertikullari halqum orqa devorining eng yupqa joyida, ya'ni qizilo'ngachga kirish joyida hosil bo'ladi; divertikulning yorig'i keng, u bevosita halqumning davomi bo'lib xizmat qiladi; qizilo'ngachga kirish joyi oldinga siljiydi; divertikul qopchsida mushak tolalari bo'lmaydi, u atrof to'qimalar bilan birikmaydi.

Qizilo'ngach aplaziyasi: qizilo'ngach umuman bo'lmaydi; bunday nuqson bilan tug'ilgan bola yashamaydi va bir necha kundan so'ng o'ladi.

Qizilo'ngach atreziyasi: qizilo'ngach biror bir qismining yorig'i bo'lmaydi; nuqson bola tug'ilgandan so'ng dastlabki soatlarda aniqlanadi; chaqaloqning og'zi va burnidan doimiy ravishda so'lak va shilimshiq suyuqlik oqadi, ovqatlantirishga uringanda kuchli yo'tal, hansirash va ko'karish paydo bo'ladi; ichirilgan birikki qoshiq sut ivimasdan chiqarib tashlanadi. Tashxis rentgenografiya, fibroezofagoskopiya asosida qo'yiladi.

Qizilo'ngachning tug'ma torayishlari: torayish ko'pincha qizilo'ngachning yuqori qismida, uzuksimon tog'ay sathida, ba'zan o'rta va pastki bo'limlari orasida joylashadi; torayishning uzunligi turlicha bo'ladi; bolaning og'zi va burnidan ko'p miqdorda ko'pikli so'lak va shilimshiq suyuqlik oqadi, ivimagan sutni qayt qiladi, oshqozon shirasi aralashmagan; yengil torayishlar bir yoshdan so'ng ma'lum bo'ladi. Tashxis rentgenoskopiya, kontrastli fibroezofagoskopiya asosida qo'yiladi.

Traxeya qizilo'ngach oqmalari: bola ovqatlanayotganda yo'tal va bo'g'ilish holati kuzatiladi; nafas olganda va qichqirganda oshqozonga havo kirganligi tufayli bolaning qorni shishadi. Tashxis fibro-bronxoskopiya, ezofagoskopiya asosida qo'yiladi.

Qizilo'ngachning tug'ma kistasi: kista qizilo'ngach devorida joylashadi yoki u bilan birikib ketadi; kista ichida qaymoqsimon suyuqlik borligi aniqlanadi; kista kattalashgandan so'ng bemor yutinishi qiyinlashadi, noxushlik his etadi, vazni kamayadi. Tashxis fibro-ezofagoskopiya asosida qo'yiladi.

Botulizm: bemor shikoyatlari: vaznni kamayishi, noxushlik hissiyoti, disfagiya eng erta va keskin rivojlangan belgi hisoblanadi, yutinishi og'riqli va qiyin; bir vaqtning o'zida tilni karaxtligi, ovozini bo'g'ilishi va afoniya kuzatiladi; keyinchalik afagiya, ko'rish qobiliyatining buzilishlari (asimmetrik ptoz, diplopiya, konvergensiya) rivojlanadi.

VIII. OG‘IZHALQUMNI KARASHLAR BILAN QOPLANISHI HALQUM KANDIDOMIKOZI.

Follikulyar angina

Lakunar angina

Yaralipardali angina

Mononukleozdagi angina

Agranulositozdagi angina

Temiratki

Aftozli stomatit

Skarlatina

Difteriya

Halqum sili

Halqum zaxmi

Galvanokaustikadan so‘nggi karash

Jarrohlik amalidan so‘nggi karash

Krioapplikasiyadan so‘nggi karash

Halqum kuyishlari.

Halqum kandidomikozi: bemor shikoyatlari: halqumda qichish, quruqlik, og‘riq kuzatilishi; faringoskopiya yumshoq tanglayda, murtak ravoqchlarida, murtaklarda, lunjning ichki yuzida ko‘chishi qiyin bo‘lgan oq dog‘lar ko‘rinadi, ba‘zan dog‘lar o‘rnida karash paydo bo‘ladi.

Follikulyar angina: bemor shikoyatlari: boshi va tomoq‘i og‘rishi, tana haroratini oshishi, yutinishi qiyinligi; faringoskopiya murtaklar qizarganligi, shilliq osti qavatida ko‘p miqdorda aylana, sarg‘ish nuqtachalar ko‘rinadi.

Lakunar angina: bemor shikoyatlari: tomog‘i og‘rishi, yutinishi qiyinligi, tana haroratini oshishi; faringoskopiya lakunalar atrofida ochsariq karashlar ko‘rinadi, karash murtaklar chegarasidan chiqmaydi, oson ko‘chadi, osti qonamaydi.

Yarali pardali angina: bemor shikoyatlari: yutinishi qiyinligi, og‘riq, so‘lak oqishi, tana haroratini ko‘tarilishi, bosh og‘rig‘i; faringoskopiya murtaklarning yuqori cho‘qqisida kulrangsarg‘ish karash borliigi ko‘rinadi, karashning osti qonaydi; keyinchalik shu joyda kratersimon yara hosil bo‘lib bemorning og‘zidan yoqimsiz hid keladi.

Mononukleozdagi angina: bemor shikoyatlari: tomog‘i og‘rishi, yutinishi qiyinligi, tana haroratini oshishi; faringoskopiya murtaklar qizargan, karash bilan qoplanganligi aniqlanadi; kasallikning kechimi angina yoki halqum difteriyasini eslatadi; karash uzoq muddat saqlanib

turadi; bemorning ogʻzidan yoqimsiz hid keladi; qonda leykositoz kuzatiladi.

Agranulositozdagi angina: bemor shikoyatlari: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi; faringoskopiya murtak, halqum, milklarda nekroz va yaralar koʻrinadi; qonda leykopeniya, bazofillar, eozinofillar va neytrofillar soni kamayadi yoki butunlay yoʻqoladi, nisbiy limfositoz kuzatiladi

Temiratki: bemor shikoyatlari: boʻyn sohasini ogʻrishi, terisini tortishi. Faringoskopiya murtaklarda, lunjning shilliq qavatida, halqumning orqa devorida shilliq qavatdan koʻtarilmagan aylana oq karashlar koʻrinadi.

Aftozli stomatit: bemor shikoyatlari: tomogʻ va ogʻzini ogʻrishi, tana haroratini koʻtarilishi, ogʻzidan soʻlak oqishi. Faringoskopiya ogʻiz boʻshligʻining shilliq qavatida kichik aylana yarachalar paydo boʻlganligi, yara tubida yashilsargʻish karashlar koʻrinadi.

Skarlatina: bemor shikoyatlari: ogʻiz boʻshligʻi va tomogʻini ogʻrishi. Faringoskopiya tilining rangi maymunjon mevasining rangiday qizarganligi, murtaklar ham qizargan, old ravoqchalar va yumshoq tanglay yupqa karash bilan qoplanganligi koʻrinadi, karash oson koʻchadi.

Difteriya: bemor shikoyatlari: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi. Faringoskopiya murtaklar, ravoqchalar va yumshoq tanglay ifloskulrang qalin karash bilan qoplanganligi koʻrinadi, karash qiyinchilik bilan koʻchadi, koʻchirilganda uning osti qonaydi.

Halqum sili: bemor shikoyatlari: halqum sohasida noxushlik va ogʻriq his etishi. Faringoskopiya halqum ravoqlarida, orqa devorida, baʼzan murtaklarda va yumshoq tanglayda ochpushti yaralar koʻrinadi, yaraning cheti notekis, koʻpincha yiring bilan qoplangan boʻladi.

Halqum zaxmi: bemor shikoyatlari: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi. Faringoskopiya murtaklarda va ravoqchalarda qizil tasma bilan oʻralgan, shilliq qavatdan koʻtarilgan oval oqkulrang tepachalar koʻrinadi.

Galvanokaustikadan soʻnggi karash: bemor shikoyatlari: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi. Faringoskopiya shilliq parda qizarganligi, asosi oq karash bilan qoplanganligi koʻrinadi, karash olinmaydi, osti qonaydi.

Jarrohlik amalidan soʻnggi karash: Faringoskopiya shilliq qavatdan koʻtarilmagan oq fibrinli karash koʻrinadi, karash olinmaydi;

Krioapplikasiyadan soʻnggi karash: bemor shikoyatlar: tomogʻi ogʻrishi, yutinishi qiyinligi. Faringoskopiya shilliq qavat yupqa, oq

nekrotik karash bilan qoplanganligi ko‘rinadi, krionekrozning cheti aniq chegaralangan.

Halqum kuyishlari: halqumning termik va kimyoviy kuyishlari ko‘pincha yosh bolalarda uchraydi (bola bilmasdan qaynoq suvni, sutni yoki sho‘rvani ichib qo‘yishi mumkin). Bundan tashqari bola turli moddalarni tatib ko‘rishga intiladi, shu jumladan kuchli kislota, ishqor, og‘ir metallar tuzini, yod eritmasini, kaliy permanganat kristallarini. Kattalar ruhiy kasalliklarda yoki o‘z joniga qasd qilish maqsadida yuqorida qayd etilgan zaharli moddalarni ichishi mumkin.

Belgilari: Bemorda dastlab kuchli og‘riq kuzatiladi, og‘riq yutinganda, qusganda va yo‘talganda kuchayadi.

Termik kuyishlarda nekrozga uchragan shilliq qavatning rangi oqish, keyinchalik kulrang bo‘ladi. Azot kislota ta’sirida jarohat maydoni sarg‘ish, xlorid va oltingugurt kislotalar ta’sirida esa jigari, sirka kislotasi va o‘tkir ishkorlar ta’sirida oqish rangda bo‘ladi.

Kuyishlarda paydo bo‘gan karash og‘iz atrofining terisiga, lablarga va tilning shilliq qavatiga tarqalishi bilan difteriya karashidan farq qiladi.

OG‘IZDAN YOQIMSIZ HID KELISHI

Yarali pardali angina

Paratonzillyar absess

Mononukleozdagi angina

Agranulositozdagi angina

Lyudvig anginasi

Halqum difteriyasi

Halqum sili

Tish kariesi

Halqum saratoni

Hiqildoq saratoni

Skleroma

Yarali pardali angina: bemor shikoyatlari: tomog‘i og‘rishi, yutinishi qiyinligi, ko‘p miqdorda so‘lak oqishi, og‘zidan yoqimsiz hid kelishi; faringoskopiya da bir tomonda murtakning yuqori cho‘qqisi sohasida kulrangyashil karash aniqlanadi; karash oson ko‘chadi, uning osti qonaydi, keyinchalik shu joyda cheti notekis kratersimon yara hosil bo‘ladi, murtak qizargan, shishgan.

Paratonzillyar absess: bemor shikoyatlari: tana haroratini oshishi, qaltirash, yutinganda keskin, tarqoq og‘riqni paydo bo‘lishi, yutinishi qiyinligi, boshi majburiy holatda zararlangan tomonga egilgan, og‘zidan yopishqoq shilimshiq ajralmani to‘planishi; zararlangan tomonda

mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, og‘izni ochishi qiyin og‘riqli; faringoskopiya da bir tomonda yumshoq tanglay va old ravoqcha qizargan, shishgan, tomoq asimmetriyasi ko‘rinadi, sog‘lom tomonga siljigan yiringli kapsula patdo bo‘lishi mumkin.

Mononukleozdagi angina: bemor shikoyatlari: tomog‘ og‘rishi, yutinishi qiyinligi, og‘riqli , tana haroratini oshishi, qltirash. Faringoskopiya da murtaklar qizargan, karash bilan qoplanganligi aniqlanadi; kasallikning kechimi angina va halqum difteriyasini eslatadi; karash ancha vaqt saqlanib turadi; bemorning og‘zidan yoqimsiz hid keladi; qonda leykositoz kuzatiladi.

Agranulositozdagi angina: bemor shikoyatlari: yutinishi qiyinligi, disfagiya, so‘lak oqishi, og‘zidan yoqimsiz hid kelishi; faringoskopiya da murtaklarda, halqumning orqa devorida va milklarda atrof to‘qima reaksiyasiga ega bo‘lmagan yara va nekrozli maydonchalar korinadi; qonda leykositlarning soni keskin pasayadi, donachali shakllari (bazofil, eozinofil va neytrofillar) yo‘qoladi, nisbiy limfositoz kuzatiladi.

Lyudvig anginasi: bemor shikoyatlari: tilining harakati chegaralanganligi, trizm, og‘zidan so‘lak oqishi, yoqimsiz hid kelishi; faringoskopiya da og‘iz bo‘shlig‘ining tubida shilliq qavat shishgan, qizargan, til ko‘tarilgan va jag‘ osti sohasida shish, qizarish va infiltrat borligi aniqlanadi, paypaslanganda infiltrat og‘riydi.

Halqum sili: faringoskopiya da tanglay ravoqchalarida, halqumning orqa devorida, murtaklarda va yumshoq tanglayda ochpushti rangli yarachalar ko‘rinadi, yaraning notekis cheti ko‘pincha yiring bilan qoplangan bo‘ladi.

Tish kariesi: jag‘ sohasida kechalari kuchayadigan og‘riqlar kuzatiladi, og‘izdan yoqimsiz hid keladi; faringoskopiya da tishda karies bo‘shlig‘i ko‘rinadi.

Halqumning xavfli o‘smalari: bemor shikoyatlari: disfagiya, ovozini bo‘g‘ilishi, og‘zidan yoqimsiz hid kelishi; mahalliy limfa tugunlar kattalashganligi; faringoskopiya da halqumning shilliq qavatida usti karash bilan qoplangan va oson qonaydigan notekis yaralar ko‘rinadi.

Hiqildoqning xavfli o‘smasi: bemor shikoyatlari: ovozini bo‘g‘ilishi, tez charchashi, yutinganda hiqildoq sohasi og‘rishi, og‘zidan yoqimsiz hid kelishi; balg‘amda qon izlari mavjudligi; mahalliy limfa tugunlar kattalashgan; faringskopiya o‘sma hiqildoq usti qopqog‘ida, cho‘michsimonhiqildoq usti va qorincha burmalarida, burma osti bo‘shlig‘ining shilliq qavatida cheti notekis emirilgan o‘sma yaralari ko‘rinadi, yaralar oson qonaydi.

Skleroma: bemor shikoyatlari: ovozi o‘zgarganligi, yo‘talganda balg‘amni qiyinchilik bilan ajralishi, halqum shilliq qavatini quruqligi, yot jism hissiyoti; laringoskopiya da skleroma tugunlari ovoz boylamlari ostida, ovoz va qorincha burmalarida joylashganligi ko‘rinadi.

IX.SOMATIK KASALLIKLARDA TOMOQ OG'RISHI, KARASHLAR, QON OQISHI, YOQIMSIZ HID KELISHI: QIYOSIY TASHXISOTI.

Revmatizm: angina yoki yuqori nafas yo'llarining o'tkir shamollashidan 1 2 hafta o'tgach tana haroratini 3840^0 ga ko'tarilishi, kasallikning boshidanoq bemor harakat qilganda va tinch holatda paydo bo'gan kuchli hansirash, yurak sohasida doimiy og'riq, yurak urishi tezlashganligi kuzatiladi, o'ng biqini og'rish, oyoqlarda shishlar paydo bo'lishi mumkin.

Endokardit: bemorlarda umumiy holsizlik, charchash, ishtahani pasayishi, ozg'inlik, bosh og'rish, terlash, tana harorati subfebril bo'lishi kuzatiladi. Kasallik angina, zotiljam, yiringli otit, karioz bilan zararlangan tishlarni olib tashlash, siydik yo'llari infeksiyasidan keyin rivojlanadi. Ayrim bemorlarda kasallik gemorragik belgilar (petexial toshmalar, oshqozonichak yo'llari va burundan qon oqishi), toksik gepatit, o'pka absessi, tromboembolik belgilar bilan boshlanishi mumkin.

Kardiomiopatiya: bemor hansiraydi, kechalari hansirash xurujlari kuzatiladi, tez charchaydi, holdan toyadi, boshi aylanib, hushdan ketish hollari ro'y berishi mumkin, qon tuflaydi. Bemorning yuzi oqaradi, lablari ko'karadi, yurak sohasi og'riydi, jigari kattalashadi, jismoniy harakatda hansirash boshlanadi.

Eksudativ perikardit: perikardda suyuqlik to'planishi natijasida qizilo'ngachni qisilishi va bemorda disfagiya – ovqat o'tishini qiyinlashishi kuzatilishi mumkin, traxeyani qisilishi natijasida esa quruq yo'tal paydo bo'ladi. Perikard reseptorlari, diafragma va adashgan asab tolalari qo'zg'alib, hiqichoq tutishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorin pardasi qitiqlanishi mumkin. Kasallikning erta bosqichlarida paydo bo'ladigan hansirash ham asabreflektor faoliyatning buzilishi bilan bog'liq bo'ladi.

Surunkali gastrit: bemor to'sh osti sohasi doimiy og'rib turishiga, ishtahasi pasayganiga, og'izdan yoqimsiz hid kelishiga, ovqatlangandan so'ng ba'zan aynigan tuxum yoki achchiq suyuqlik bilan kekirishiga, zardasi qaynashi, ba'zan qusishiga shikoyat qiladi.

Surunkali buyrak etishmovchiligi: bemorda ko'ngil aynishi, ishtahani yo'qolishi, vazni kamayishi, ichi ketishi, badani qichishi, burundan va oshqozonichak yo'llaridan qon oqishi kuzatiladi. Terisi quruq oqsariq rangli bo'ladi, teri osti qon quyilishlari aniqlanadi. Og'izdan siydik hidi kelib turadi.

O'tkir leykoz: bemor holsizlikka, ishtahani pasayishiga, bo'g'imlari og'rishiga va terida ko'karishlar paydo bo'lishidan shikoyat qiladi. Kasallik o'tkir boshlanib, rinit, faringit, murtag bezlari yallig'lanishi, tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri qoplamlari va shilliq pardalarining rangparligi aniqlanadi. Milklardan va burundan qon oqishi, teri va shilliq qavatlarda qon quyilishi kuzatiladi.

Paterson – Braun – Kelli sindromi: gipoxrom anemiyada temir tanqisligi natijasida rivojlanadigan surunkali disfagiya kuzatiladi, og'izhalqumning shilliq pardasida leykoplakiya, til shilliq pardasining atrofiyasi va tirnoqlar distrofiyasi aniqlanadi.

Senator kasalligi angina yoki paratonzillyar abssestdan so'ng rivojlanadi, kasallik halqum flegmonasi va halqum devorlarining shishi bilan birga kechadi. Yallig'lanish jarayoni hiqildoqqa, bo'yinning yon devorlariga va ko'ks oralig'iga tarqaladi, yutinganda kuchli og'riq kuzatiladi, bemorning ahvoli juda og'ir bo'ladi. Kasallik ba'zan o'lim bilan tugashi mumkin.

Xilger sindromi: tashqi uyqu arteriyasi periferik tarmoqlarining paroksizmal kengayishi natijasida rivojlanadi. Bemorda ko'pincha bir tomonlama to'satdan paydo bo'lgan tomoq va boshi og'rihi kuzatiladi. Xalqum va hiqildoqda yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi, tana harorati me'yorda bo'ladi, qonda patologik o'zgarishlar aniqlanmaydi.

X. HALQUM KASALLIKLARIDA AMALIY KO'NIKMALAR

Halqumning shilliq qavatiga dori moddalarini surtish

1.**Ko'rsatmalar:** davolash, og'riqsizlantirish va qusish refleksini kamaytirish maqsadida.

2.**Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, paxta, zond va kerakli dorilar.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va bemor o'zini qay holatda tutishi kerakligi haqida tushuntirish.

bemor to'g'ri holatda o'tkiziladi.

dorini surtish xavfsiz va foydali bo'lishi uchun paxta zondning uchiga mo'yqalamday mustahkam o'ralgan bo'lishi lozim. Buning uchun paxtani bo'lagi chap qo'lning ko'rsatgich va o'rta barmoqlar orasiga olib, zondning uchi paxta bilan yopiladi va soat millari bo'ylab o'raladi, natijada paxta zondga mustahkam birikadi.

dorini hiqildoqhalqumga dorini surtish paytida paxtani sirpanib chiqib ketishi o'ta xavfli.

dorini og'izhalqumga surtish uchun to'g'ri burchak ostida egilgan zond ishlatiladi.

paxtani kerakli dori eritmasiga namlab kuch ishlatmasdan nozik harakatlar bilan og'izhalqum, burunhalqum yoki hiqildoqhalqum shilliq qavatining barcha tomonlariga surtiladi.

Bodomcha bezlar lakunalarini yuvish

1. **Ko'rsatmalar :** surunkali tonzillitni davolash maqsadida.

2. **Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, buyraksimon tog'oracha, uchi to'mtoqlangan uzun kanyula, shpatel.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.

bemor pastki jaji ostida buyraksimon tog'orachani qo'li bilan ushlab turadi. Boshi pastga bir oz egilgan bo'lishi lozim.

yuvish paytida bemorga nafas olmaslik buyuriladi, chunki yuvindi suvi nafas yo'llariga kirib aspirasiya holati yuz berishi mumkin.

Ko'pincha lakunalarda tiqinlar va suyuq yiring to'plami bo'lib ravoqchalar bilan yopilgan bo'ladi.

shpatel bilan ravoqchalarning tashki cheti bosiladi, shunda lakunalarda teshikchalarni ochilishi oson kechadi.

lakunaga egri kanyulaning uchi kiritilib, furasillin eritmasi, rivanol, kaliy permangant, antibiotiklar bilan yuviladi. Lakunalar bir haftada 2 marta yuviladi.

Halqum,hiqildoq sohasiga isituvchi kompress qo'yish.

1. **Ko'rsatmalar:** davolash maqsadida.

2. **Kerakli asboblari:** dokai yoki bint, 40% li spirt, kleyonka yoki sellofan plyonka.

3. **Bajarish texnikasi:**

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.

doka yoki bint bir necha qavat qilib 40% li spirt eritmasiga botiriladi va siqib bo'yinning old qismiga, ya'ni jag' ostiga qo'yiladi. Keyin usti kleyonka yoki sellofan plyonka bilan yopilib, ustiga paxta qo'yiladi. isituvchi kompress bint yordamida bo'yiga bog'lanadi.

XI.HALQUM KASALLIKLARIDA UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORI TUTADIGAN YO‘LI

Halqum jarohatlari. Jarohatdan so‘ng og‘izdan qon oqishi, halqum sohasini og‘rishi, nafasni qiyinlashishi kabi bemor shikoyatlariga e‘tibor berish;

jarohat qachon,qaerda va qanday sharoitda sodir bo‘lganligini va yot jism kirib qolish ehtimolini aniqlash;

halqumni ko‘zdan kechirish va jarohat belgilarini aniqlash: qontalashlarni paydo bo‘lishi, shilliq qavat shishgan va kulrang karash bilan qoplanganligi, ivigan qon parchalari va yot jism borligi (burunhalqum, hiqildoqhalqum va burun bo‘shlig‘i ko‘zdan kechiriladi) ;

quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish: qonning klinik tahlili,gemostaz holati, qon guruhi, rezusomil, siydik tahlili, rentgenografiya;

qaysi a‘zo yoki to‘qima jarohatlanganligiga qarab tegishli mutaxassis maslahatini tashkil qilish (stomatolog, oftalmolog, jarroh);

tashxisni asoslab berish;

konservativ terapiyani o‘tkazish (yallig‘lanishga qarshi va simptomatik terapiya) ;

jarrohlik amalini bajarish uchun mavjud bo‘lgan ko‘rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash ;

shoshilinch tibbiy yordamga muhtojligini aniqlash va uni ko‘rsatish: qon oqishini to‘xtatish (tiqma qo‘yish, tashqi uyqu arteriyasini bog‘lash); traxeostomiya jarrohlik amalini bajarish (nafas jilishi qiyinlashganda yoki shish kuchayganda), jarohat maydoniga ishlov berish, yot jismni chiqarib olish, chok qo‘yish, oshqozonga burun orqali zond kiritish;

rivojlangan asorat belgilarini o‘z vaqtida aniqlash: (yiringlanish, qon oqishlar);

davolash tadbirlariga o‘zgartirish kiritish;

koqsholga qarshi profilaktik tadbirlarni o‘tkazish;

bemorga asoratlarni oldini olish tadbirlarini tushintirib berish (uyda gigienik qoidalariga rioya qilish).

Halqum yot jismlari. Og‘izdan so‘lak oqishi, tomog‘i og‘rishi va tuyulib qolish kabi bemor shikoyatlariga e‘tiborni qaratish;

yot jism qachon va qanday sharoitda tiqilib qolganligini, u qanaqa jism ekanligini, ovqatlanish bilan bog‘liqligini aniqlash;

burunhalqum, ogizhalqum va hiqildoqhalqumni ko‘zdan kechirish va yot jism qaerda tiqilib qolganligini, atrof to‘qimaning holatini aniqlash;

yot jism qaysi maydonda tiqilib qolganligiga qarab tegishli mutaxassis maslahatini tashkil qilish (stomatolog, jarroh);

tashxis qo'yish;

hiqildoq jarohatidan farqlash (anamnez ma'lumotlari, qon oqishi, to'qimalar shishi) ;

davolash tadbirlarini ishlab chiqish, og'riqsizlantirish turi va yot jismni chiqarib olish usulini tanlash, jarrohlik amalidan so'ngi davrda bajariladigan tadbirlarni ishlab chiqish;

yot jismni chiqarib olish va og'izhalqumni ko'zdan kechirish;

olib borilgan davolash tadbirlarining samarasini baholash, boshlanayotgan asoratlar belgilarini aniqlash (yiringlanish, qon oqishi) va davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish.

Adenoidlar, surunkali adenoidit. Burun orqali nafas olishni qiyinligi, burundan shilimshiq va yiringli ajralma oqishi, holsizlik, ishtahani pasayishi, bosh og'rish, eshitish qobiliyatini pasayishi, uyquni buzilishi, uxlaganda xurrak otish, tana haroratini subfebril bo'lishi kabi bemor shikoyatlariga e'tiborni qaratish;

kasallik qachon boshlanganligi va qanday davolash tadbirlari olib borilganligi haqida bemordan ma'lumot olish;

tekshiruvda "adenoid" yuz tuzilishiga e'tibor berish, paypaslaganda jag'osti va bo'yin limfa tugunlari kattalashganligini aniqlash;

burunhalqumni ko'zdan kechirish va murakkab gipertrofiyasini, shilimshiq yoki shilimshiqyiringli ajralma borligini aniqlash;

surunkali gipertrofik rinit va burunhalqum angiofibromasidan farqlash; tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini tuzish: yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya, simptomatik, organizm himoya kuchini oshirish tadbirlari;

jarrohlik amalini bajarish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash;

adenotomiy jarrohlik amalini bajarish;

olib borilgan davolash tadbirlarining samarasini aniqlash;

boshlanayotgan asoratlar belgilarini o'z vaqtida aniqlash (sinusit, konduktiv past eshitishlik, manqalanish va boshq.) va davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish;

jarrohlik amalidan so'ng poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish borasida davolovchi vrachga tavsiyalar berish (nafas gimnastikasi, shifo maskaniga yuborish).

Surunkali tonsillit (toksikoallergik shakli). Teztez takrorlanib turadigan angina, paratonzillyar abscesslar, holsizlik, tana haroratini

subfebril bo'lishi, yurak, bo'g'imlar va buyrak og'rish kabi bemor shikoyatlariga e'tiborni qaratish;

anamnezdan tonzillit, paratonzillyar abscessning avj olgan vaqti, har necha vaqtda takrorlanib turishi haqida ma'lumot olish;

mahalliy limfa tugunlarini paypaslash va kattalashganligini, og'rishini aniqlash;

faringoskopiya kasallik belgilarini aniqlash: chandiqli birikmalarni hosil bo'lishi, ravoqchalar shishgan va qizargan, murtaklarning yuzi notekkis, g'adimbudir, lakunalarda yiringni aniqlanishi;

revmatolog, endokrinolog, pediater maslahatini tashkil qilish;

angina va oddiy tonzillitdan farqlash (yo'ldosh kasalliklarni bo'lmasligi);

tashxisni asoslab berish;

jarrohlik yo'li bilan davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash, jarrohlik amalidan oldin va keyin bajariladigan tadbirlarini ishlab chiqish;

tonzilloektomiya jarrohlik amalini bajarish;

murtaklar joyidan qon oqishi kuzatilganda qisqich,tiqma, ravoqchalarga chok qo'yish, qon tixtatuvchi vositalarni qo'llash, qon tomirlarni bog'lash muolajalari yordamida qon oqishini to'xtatish;

bemorni poliklinika sharoitida nazorat qilish uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (davolash gimnastikasi, davolash maskanlariga yuborish) ;

sport mashg'ulotlaridan chetlatish muddatini belgilash.

Paratonzillyar abscess. Yutinganda va og'izni ochganda kuchli og'riqni paydo bo'lishi, tana haroratini ko'tarilishi, holsizlik, ishtahani pasayishi, manqalanish kabi bemor shikoyatlariga e'tiborni qaratish;

anamnezdan kasallik rivojiga sabab bo'lgan omillar haqida ma'lumot olish: sovuq havoni ta'siri, halqum jarohati yoki yot jismi, yuqori nafas yo'llari kasalliklari;

tekshiruvda kasallik belgilarini aniqlash: jag' osti va pastki jag' burchagi sohasi tekislangan, trizm, jag'osti limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli;

faringoskopiya qilish va quyidagi belgilarga e'tibor berish: tanglay murtaklarining asimmetriyasi va qizarganligi, tanglay murtagi bir tomonlama shishgan va qizargan, old ravoqcha sohasida (old yuqori paratonzillyar abscessda), orqa ravoqcha sohasida (orqa paratonzillyar abscessda), murtakdan tashqarida (tashqi abscessda) to'qimalar infiltratsiyasini kuzatilishi, murtak sog'lom tomonga siljiganligini, tilcha shishganligini aniqlash;

quyidagi klinik tekshiruvlarni o'tkazish: qon tahlili, gemostaz holati, siydik tahlili;

- bo'rtgan maydonni paypaslash va punksiya qilish;
- ajralmaning bakteriologik tekshiruvini o'tkazish;
- o'sma kasalligi (punksiyada yiring aniqlanmasligi, qondagi o'zgarishlar), monositar angina (tanglay murtagining yallig'lanishi, qondagi o'zgarishlar) va qon kasalligidan farqlash;
- tashxisni asoslab berish;
- jarrohlik amalidan keyingi davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizasiya, zaharsizlantirish, umumiy va mahalliy terapiya);
- paratonzillyar abscessni bo'rtgan joyida old yoki orqa ravoqchalar sohasida, tashqi shaklida tashqi kesim orqali, oldyuqori paratonzillyar abscessda – murtak usti chuqurchasi orqali ochish;
- olib borilgan davolash tadbirlarini baholash va ko'rsatmaga asosan tonzilloektomiya jarrohlik amalini bajarish;
- bemorni poliklinika sharoitida kuzatish maqsadida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish.

Halqum atrofi absessi. Umumiy ahvolini buzilishi, tana haroratini keskin ko'tarilishi, vaqtivaqti bilan qaltirash va chaynov mushaklari trizmini paydo bo'lishi, pastki jag' burchagi sohasini og'rishi va shishi, jag'osti va bo'yin old limfa tugunlarini kattalashishi va og'rishi kabi bemor shikoyatlariga e'tiborni qaratish;

- kasallikdan oldin qanday patologik holatlar (paratonzillit yoki paratonzillyar abscess, tish va halqum kasalliklari, parotit, otit va boshq.) kuzatilganligi haqida ma'lumot olish;
- bemorning umumiy ahvoliga baho berish;
- tekshiruvda kasallik belgilarini aniqlash: tana haroratini ko'tarilishi, paypaslaganda jag'osti sohasining shishi, qon tomir va asab tolalari yo'li sohasini og'rishi, chaynov mushaklarining trizmi, halqum asimmetriyasi, halqum yon devorida tanglay murtagining yuqori cho'qqisidan boshlab bo'rtish va shish borligi, orqa ravoqchani shishi;
- quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon tahlili, gemostaz holati, bakteriologik tekshiruv, siydikning umumiy tahlili, olingan ma'lumotlarni baholash;
- stomatolog maslahatini tashkil qilish;
- paratonzillyar abscessdan farqlash;
- tashxisni asoslab berish;
- jarrohlik usuli yordamida davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash;

konservativ davolash tadbirlarini ishlab chiqish (yalligʻlanishga qarshi, giposensibilizasiya, umumiy terapiya, fizioterapiya);

boʻrtgan joyni punksiya qilish va halqum atrofi absessini ochish (yoki uni tashqi tomondan ochish) va drenaj qoʻyish;

davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda davolash taktikasiga oʻzgartirish kiritish (shiddatli terapiyani qoʻllash).

Halqum orti absessi. Bolaning bezovtaligi, koʻp yigʻlashi, uyqusi buzilganligi, ovqatdan bosh tortishi, nafasini qiyinlashishi (vertikal holatda nafasi qiyinlashadi) kabi shikoyatlarga eʼtiborni qaratish;

kasallikdan oldin kuzatilgan patologik holatlarni aniqlash: oʻtkir yuqumli va respirator kasalliklar, halqum jarohatlari, qalqum yot jismi, oʻtkazilgan muolajalar ;

kasallik belgilarini aniqlash: bolaning bezovtaligi, ogʻiz orqali nafas olishi, tana haroratini koʻtarilishi, vertikal holatda nafasni qiyinlashishi, boʻyin va jagʻ osti limfa tugunlari kattalashganligi;

faringoskopiya qilish (halqumning shilliq qavati qizargan, bir tomonlama boʻrtgan), halqumning orqa devorini paypaslash;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydikning umumiy tahlili;

tashxisni aniqlash maqsadida boʻrtgan joyni punksiya qilish, ajralmani koʻzdan kechirish;

stomatolog, ftiziatr maslahatini tashkil qilish;

sovuq absessdan, yuqoriga koʻtariladigan halqum arteriyasi kengayishidan farqlash (punksiya natijalari asosida) ;

tashxisni asoslab berish;

jarrohlik amali usulini tanlash;

jarrohlik amalidan soʻng yalligʻlanishga qarshi, giposensibilizasiya va organizm himoya kuchini oshirish tadbirlarini ishlab chiqish;

absess maydonini punksiya qilish va ochish;

kerak boʻlganda davolash taktikasiga oʻzgartirish kiritish.

Halqum oʻsmalari (papilloma, fibroma, angioma, aralash oʻsmalar, sarkoma va boshq.). Halqum sohasida yot jism borligini his etish, disfagiya, baʼzan qon oqishi, manqalanish va nafasni qiyinlashishi kabi bemor shikoyatlariga eʼtiborni qaratish;

kasallik qachon boshlangan, qanday rivojlanganligi va olib borilgan davolash tadbirlar haqida maʼlumot olish;

faringoskopiya yoki zich elastik, yuzi silliq yoki yaralangan, sharsimon, oval yoki arqonsimon halqum oʻsmasini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, bo'yin va ko'krak qafasi rentgenografiyasi, biopsiya, qonning sitologik tekshiruvi;

onkolog, dermatolog maslahatini tashkil qilish;

xavfsiz o'smani xavfli o'smadan (tez o'sishi, parchalanishi, metastazlari, biopsiya natijalari), abscessdan, zaxm, skleroma va boshqa kasalliklardan farqlash;

tashxisni asoslab berish;

bemorni onkologik, dermatovenerologik dispanserga ko'chirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni belgilash ;

o'smani jarrohlik usuli yordamida davolash rejasini ishlab chiqish (endo yoki ekstraparenkimal yo'l orqali), jarrohlik amaliyotidan keyingi davolash tadbirlarini o'tkazish (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizatsiya, organizm himoya kuchini oshirish);

punktsiya, biopsiya, traxeostomiya jarrohlik amallarini bajarish, burun orqali qizilo'ngachga zondini kiritish, o'smani olib tashlash yoki jarrohlik amaliyoti paytida jarrohga yordam berish ;

kerak bo'lganda davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish.

Burunhalqum angiofibromasi (o'smirlar angiofibromasi).

Bemorning o'ziga xos shikoyatlariga e'tibor berish: (o'smaning bosqichi va qajmiga qarab) burun orqali nafas olishni qiyinligi, keyingi bosqichlarda burun orqali nafas olmaslik, bosh og'rish, uyquni buzilishi, o'zo'zidan paydo bo'lgan burun qonashlari, manqalanish;

kasallik qachon boshlangan, qanday rivojlangan, o'tkazilgan tekshiruv va davolash tadbirlari haqida ma'lumot olish;

tashqi tekshiruvda yuz asimmetriyasini, burun orqali nafas olishni qiyinligini yoki butunlay nafas olmasligini, manqalanishni aniqlash;

old rinoskopiyaning bajarish va rangi qizil yoki to'q qizil, yuzi silliq o'sma borligini aniqlash;

orqa rinoskopiyaning bajarish va asosi keng, xoanalarni yopib turgan, qo'l tekkanda qonaydigan o'sma borligini aniqlash;

burunhalqumning barmoq yordamida tekshirish va asosi keng, harakatsiz, zich o'sma borligini aniqlash;

kerakli tekshiruvlarni o'tkazish; qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, siydikning umumiy tahlili, burunhalqum va burun atrofi bo'shliqlari, ko'krak qafasi rentgenografiyasi, o'sma angiografiyasi;

biopsiyaning bajarish;

onkolog maslahati zarurligini aniqlash;

adenoidlar, xavfli o'smalardan farqlash (tez o'sishi, metastazlar hosil bo'lishi, parchalanishi) ;

bemorni operatsiyaga tayyorlash, jarrohlik usulini tanlash, olib tashlangan preparatning gistologik va sitologik tekshiruvini o'tkazish;
qon oqishini to'xtatish;
angiofibromani Denker, Mur bo'yicha tabiiy yo'llar orqali olib tashlash, ko'rsatmalarga ko'ra tashqi uyqu arteriyasini bog'lash yoki jarrohlik amalida assistent sifatida qatnashish;
jarrohlik amalidan so'ng o'tkaziladigan davolash tadbirlariga baho berish, zarur bo'lganda operatsiyadan keyin olib boriladigan davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish;
jismoniy mehnatni cheklash muddatini aniqlab berish;
poliklinika sharoitida bemorni kuzatish uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish.

Halqum kuyishlari (kimyoviy, termik). Bemorning ishqor yoki issiq suyuqlik, yoki kristall moddani iste'mol qilgandan so'ng yutinganda paydo bo'lgan og'riqlar, nafasni va ovqat o'tishni qiyinlashganligi, og'izdan so'lak oqishi kabi shikoyatlariga e'tibor qaratish;

kuyish qachon va qanday vaziyatda sodir bo'lgan, unga nima sabab bo'lganligini aniqlash;

tashqi tekshiruvda og'iz atrofi terisida kuyish belgilarini, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati oqish karash bilan qoplanganligini aniqlash;

og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoqhalqumni ko'zdan kechirish va kuyish belgilarini aniqlash: shilliq qavati qizargan va shishgan, yupqa oqish karash bilan qoplangan, hiqildoq usti qopqog'i, cho'michsimon – hiqildoq usti burmalari, cho'michsimon tog'aylar shishasimon shishgan;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezurs omil, siydik tahlili, hiqildoq rentgenografiyasi, qizilo'ngach va ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi;

pediatr, nefrolog, jarroh, toksikolog maslahati zarurligini belgilash;

saramas, faringolarangit kasalligidan, difteriya, xalqum, hiqildoq, qizilo'ngach yot jismidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, gipo-sensibilizasiya, shishga qarshi, simptomatik terapiya);

torayish belgilarida traxeostomiya jarrohlik amalini bajarish, namlangan kislorod berish;

og'iz bo'shlig'i, hiqildoqhalqum shilliq qavatini neytrallashtiruvchi eritmalar bilan ishlov berish, oshqozonni yuvish, unga zond kiritish, ko'rsatmaga asosan traxeostomiya jarrohlik amalini bajarish va qizilo'ngachni bujlash;

bemorni reanimasiya bo'limiga ko'chirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash;

davolash natijalarini baholash, zarur bo'lganda davolash taktikasiga o'zgartirish kiritish.

XII. HALQUM KASALLIKLARIDA TIBBIY TEZ YORDAM

O'tkir epiglotit ko'pincha 37 yoshar bolalarda kuzatiladi. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati 39 40⁰ga ko'tariladi, unda uyquchanlik, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, yutinganda tomog'i og'rishi, keyinchalik nafas etishmovchiligining belgilari kuzatiladi. Bemorda nafas etishmovchiligi juda tez rivojlanib (12 15 soat davomida) bo'g'ilish holatiga olib kelishi mumkin. Bola og'zini ochib, pastki jag'ini oldinga surib, boshini oldiga egib yarimo'tiroq holatni egallaydi, ovqatdan va suv ichishdan bosh tortadi, og'zidan ko'p miqdorda so'lak oqadi, ovozi pasayadi, ammo bo'g'ilmaydi. Bolada inspirator hansirash kuzatiladi, ammo nafas olishi shovqinli bo'lmaydi, yotganda hansirash kuchayadi. Hiqildoq sohasi paypaslanganda og'riydi. Laringoskopiyada hiqildoqusti qopqog'i qipqizil bo'lib shishganligi ko'zga tashlanadi (hiqildoqning pastki bo'limlari shish tufayli ko'zga ko'rinmaydi, shish va qizarish cho'michsimonhiqildoqusti qopqog'i va vestibulyar burmalarga tarqaladi).

Tashxis klinik belgilar, laringoskopiya manzarasi va yon tomonlama bo'yin rentganografiyasi natijalari asosida qo'yiladi.

Davolash. Kasallikni o'z vaqtida aniqlash va bemorni o'z vaqtida shifoxonaga yuborish muhim ahamiyatga ega. Kasallikning boshlang'ich bosqichida, ya'ni engil nafas etishmovchiligida tomir ichiga 20% glyukoza bilan prednizolon yoki gidrokortizon preparati yuboriladi. Muolaja har 6 8 soatda takrorlanadi va 2 3 kun davom ettiriladi. Bemorga antibiotikoterapiya buyuriladi. Og'ir hollerda bemor intubasiya qilinadi yoki traxeostomiya amali bajariladi.

Qizilo'ngach yot jismlari, klinikasi, tashxisi va davolash usullari.

Qizilo'ngach yot jismlari oddiy aylana, silliq (tanga,tugma) va asoratli – o'tkir, g'adibudir (go'sht va baliq suyaklari, tish protezi, igna, to'g'nag'ich) yot jismlarga bo'linadi. Yot jism qizilo'ngachning fiziologik torayishlarida, ko'pincha bo'yin qismi torayishida tiqilib qoladi. Patologik o'zgargan qizilo'ngachda (kimyoviy kuyishdan so'ng) ovqat parchalari tiqilib qolishi mumkin (meva danagi, non, no'xat). Qariyalarda qizilo'ngach mushaklarining tonusi pasayganligi tufayli ovqat parchalari to'planib tiqilib qolish hollari uchraydi.

Klinik manzara: bemor yutinishi qiyinlashganligiga, ovqatlanish paytida tomog'i va to'sh suyagining orqasi og'rishiga, ko'p miqdorda so'lak ajralishiga shikoyat qiladi.

Bemorning tashqi ko'rinishi. O'tkir qirrali yot jism qizilo'ngachning bo'yin qismida tiqilib qolganda bemor boshini oldinga va pastga egib

qimirlamay o'tiradi, yon tomonga butun gavdasi bilan burilib qaraydi. Yot jism qizilo'ngachning ko'krak qismida tiqilib qolganda bemor yarimo'tiroq holatni egallaydi ("yuk ko'targan odam" holati).

Bolalarda qizilo'ngach yot jismi o'ziga xos belgilar bilan kechadi:

- 1) qizil'ngachga yot jism ko'pincha o'yin paytida tiqilib qoladi;
- 2) aylana va silliq yot jism qizilo'ngachning bo'yin qismida tiqilib qolganda bolada sulak oqishi, yo'tal, ko'ngil aynishi, ovqatlanishdan bosh tortish belgilari kuzatiladi;
- 3) qizilo'ngachning bo'yin qismida yirik yot jism tiqilib qolganda bolalarda hiqildoqning o'tkir torayishi yuzaga keladi;
- 4) aylana va silliq yot jism qizilo'ngachda uzoq vaqt ushlanib qolganda kasallik so'lak oqishi, ko'ngil aynishi, yutinishning qiyinlashishi, yo'tal xurujlari, ovozning bo'g'ilishi va hansirash bilan namoyon bo'ladi.

Qizilo'ngach yot jismining asoratli kechimida bemorning tana harorati ko'tariladi, qonda giperleykositoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Tashxis. Yot jism qizilo'ngachning birinchi fiziologik torayishida tiqilib qolganda uzuksimon tog'ay sohasi bosilganda og'riydi.

O'tkir qirrali yot jism qizilo'ngachning bo'yin qismida tiqilib qolganda halqum va hiqildoq shilliq qavatining shilinganligi va noksimon cho'ntakda so'lak to'planganligi, cho'michsimon tog'-aylarning shilliq pardasi shishganligi ko'zga tashlanadi.

Bemor suyuqlik ichganda yuzida azoblanish, boshining majburiy holati yoki qusishi kuzatiladi. Tana haroratining ko'tarilishi, qonda EChT oshishi, leykositoz qizilo'ngach yallig'langanligidan dalolat beradi.

Qizilo'ngach yot jismida rentgenologik tekshiruv quyidagi usullar bo'yicha o'tkaziladi:

1.G.M.Zemsov bo'yicha qizilo'ngach bo'yin qismining yon rentgenografiyasi.

bo'yin umurtqasi sohasida joylashgan pastki jag' burchagi va tilosti suyagining katta shoxasi bir biriga mos holda joylashishi lozim;

rentgenogrammada bo'yin umurtqalari aniq ko'zga ko'rinishi lozim. Bo'yni kalta va yo'g'on bemorlarda elka suyaklari ettinchi bo'yin umurtqasini yopib turadi, shuning uchun bunday bemorlarda rentgenografiya tekshiruvi boshi va elkalari orqaga tashlangan holda bajariladi.

Rentgenogrammani baholash paytida quyidagilar e'tiborga olinadi: me'yorda umurtqaoldi to'qima soyasining eni S_4 S_5 sohada 0,4 0,5sm, S_6S_7 sohasida 1,5 sm teng; qariyalarda uzuksimon tog'ay maydonidagi ohaklanish ba'zan yot jism sifatida baholanishi mumkin. G.M.Zemsov bo'yicha rentgenologik tekshiruvi qizilo'ngach yot jismini aniqlashga

yordam beradi, ko‘pincha u vertikal holatda, yassi yot jism ba‘zan frontal holatda joylashadi.

Kontrastsiz yot jismda va qizilo‘ngach devorining jarohatida quyidagi ikkilamchi belgilar e‘tiborga olinadi ;

umurtqa oldi mushaklarining reflektor qiskarishi tufayli umurtqa pog‘onasi bo‘yin qismining shakli o‘zgaradi;

traxeyadagi havo ustuni va bo‘yin umurtqalari orasidagi umurtqa oldi bo‘shlig‘i yumshoq to‘qimalarining soyasi kengayadi;

“havo nayzasi” belgisi – qizilo‘ngach yot jismida yoki qizilo‘ngach devori shishganda me‘ddadan chiqqan havo nayza shaklida pastda to‘planadi, “nayzaning” uchi patologik o‘zgargan tomonga qaratilgan bo‘ladi.

umurtqa oldi bo‘shlig‘ining yumshoq to‘qimalarida havo soyasi ko‘rinadi, bu belgi qizilo‘ngach orqasidagi to‘qimalarga havo kirganligini yoki parchalanish jarayonini bildiradi .

2. S.V.Ivanova Podobed bo‘yicha qizilo‘ngachning kontrastli rentgenografiyasi bariy yoki yodolipol yordamida bajariladi. Rentgenografiya paytida bemorga 2 3 qultum suv ichish buyuriladi. Qizilo‘ngach yot jismi yoki qizilo‘ngach devorining jarohatiga kontrastli dog‘ suv ichgandan so‘ng yo‘qolmaydi.

Ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarda qizilo‘ngach yot jismlarida kontrastli rentgenoskopiya va rentgenografiyasi yodolipol yordamida bajariladi (chunki bola bariyni qusib tashlashi va u nafas yo‘llariga tushishi mumkin).

Kattalarda qizilo‘ngach yot jismini aniqlash maqsadida gastrofibroskopiya tekshiruvidan foydalansa bo‘ladi.

Shoshilinch tibbiy yordam. Qizilo‘ngach yot jismi shifoxona sharoitida shoshilinch ravishda bajarilgan ezofagoskopiya muolajasida chiqarib olinadi.

Ezofagoskopiya intubasiyalı og‘riqsizlantirish ostida bajariladi. Bezovta bo‘lmagan va ozg‘in bemorlarda ezofagoskopiyanı mahalliy og‘riqsizlantirish ostida bajarsa bo‘ladi. Yot jism chiqarib olingandan so‘ng qizilo‘ngach rentgenoskopiya o‘tkaziladi. Ezofagoskopiya kechiktirilganda (masalan, bemor shifoxonaga ovqatlangandan so‘ng yoki mast holda keltirilganda) yot jism “chiqarilishini” osonlashtirish maqsadida teri ostiga 0,1% atropin va 2% promedol yuboriladi. Bemorga antibiotikoterapiya o‘tkaziladi. Qizilo‘ngach yot jismini ezofagoskopiya yordamida chiqarib olinmaganda bemorda ezofagotomiya jarrohlik amali bajariladi va yot jism bo‘yindagi jarohat orqali olinadi.

Halqum orti abssessi klinikasi, tashxisoti, davolash usullari.

Halqum orti abssessi. Yot jism halqum orqa devorini jarohatlaganda halqum orti to'qimasida va limfatik tugunlarda yiringli yallig'lanish rivojlanadi.

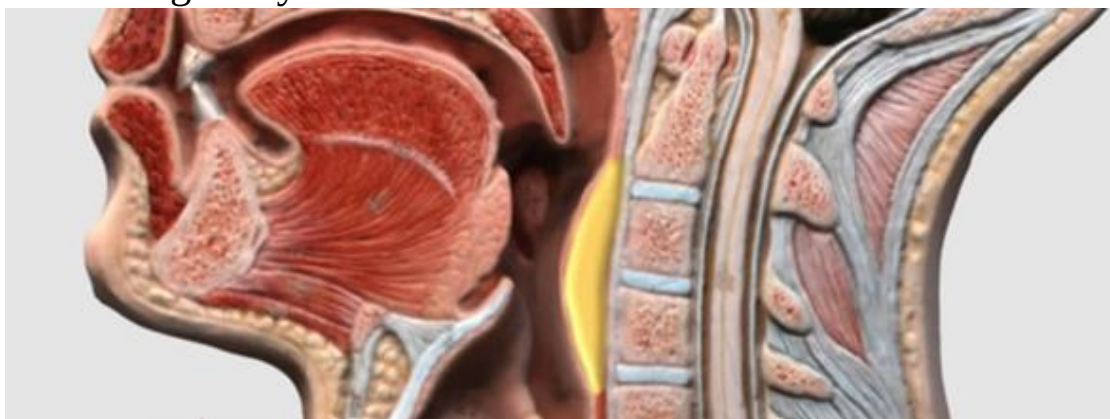
Tashxis qo'yish uchun faringoskopiya, barmoq yordamida paypaslash, G.M. Zemsov bo'yicha bo'yin rentgenografiya tekshiruvlari o'tkaziladi.

Belgilari: bemorning boshi majburiy holatda orqaga va yon tomonga egilgan, yutinishi qiyinlashgan, tomog'i og'rishi, xirillab nafas olishi, tana haroratini ko'tarilishi, bo'yin limfa tugunlarini kattalashishi va og'rishi hamda manqalanish kuzatiladi.

Klinik manzara: kasallik to'satdan, ba'zan astasekin boshlanadi va ko'pincha yuqumli kasalliklarda (o'tkir adenoidit, o'tkir o'rta otit, bolalar yuqumli kasalliklari) rivojlanadi; 3 yoshgacha bo'lgan va raxit, diatez, gipotrofiya bilan og'rigan bolalarda bu kasallik ko'p uchraydi.

Halqum orti abssessining klinik manzarasi yiringli jarayonning joylashuviga bog'liq bo'ladi:

Og'izhalqum orqa devorning abssessida faringoskopiya halqum orqa devorining o'ng yoki chap tomonida, ba'zan ikki tomonda to'q qizil bo'rtish ko'zga tashlanadi; barmoq yoki shpatel yordamida paypaslanganda flyuktuasiya aniqlanadi, tanglay ravoqchalari va murtaklar o'zgarmaydi.



15 rasm. Halqum orti abssessi

Burunhalqum orqa devorining absessida bemorda burun orqali nafas olishi keskin buziladi, yopiq manqalanish kuzatiladi, burundan ko'p miqdorda shilimshiq ajralma oqadi; faringoskopiya yumshoq tanglay oldinga siljiganligi, halqumning orqa devorida yumshoq shish paydo bo'lganligi ko'zga tashlanadi.

Hiqildoqhalqum orqa devorining absessida bemorda xirillash, nafas olishining buzilishi, yutinishning qiyinlashishi, boshi orqaga tashlanganligi, og'zidan ko'p miqdorda so'lak oqishi kuzatiladi; til izdizi oldinga siljirilganda yoki hiqildoqhalqum paypaslanganda uning orqa devorida yumshoq shish aniqlanadi.

Izoh: kichik bolalarda nafas harakatlarining reflektor to'xtashini oldini olish maqsadida barmoq bilan tekshirish va til ildizini tortish usuli chaqqon va ehtiyotkorlik bilan bajarilishi lozim. Til ildizini kuch bilan bosish man etiladi!

Qiyosiy tashxisot. Halqum orti absessi hiqildoqhalqum yot jismi va sil spondilitidan farqlanadi. Tashxisda anamnez ma'lumotlari, G.M.Zemsov bo'yicha bo'yin rentgenografiyasi muhim ahamiyatga ega.

Davolash: Yallig'lanishga qarshi davolash va infuzion terapiya bilan bir qatorda bemorda jarrohlik amali bajariladi.

1.Og'izhalqum orqa devorining absessida yiring to'plami og'iz orqali ochiladi. Shok holatini va nafas harakatlari to'xtashini oldini olish maqsadida dastlab bemorga 50% analgin va 0,1% atropin mushak orasiga yuboriladi. Bemor kursiga o'tirgandan so'ng vrach shpatel yordamida uning tilini bosadi va og'izhalqum orqa devorining bo'rtgan joyiga shpris ignasini suqib yiringli ajralmani tortib oladi. Qon tomirlar kengayishini (anevrizmasini) inkor etish uchun ajralma ko'zdan kechiriladi. Yiringli ajralma uzun yo'g'on shpris ignasi yoki elektr so'rg'ich yordamida so'rib olingandan so'ng absess maydoni vertikal kesim yordamida ochiladi, bunda uchidan 0,5 sm tashlab leykoplastir bilan o'ralgan o'tkir tig' ishlatiladi. Kesim va halqum o'rta chizig'i orasidagi masofa 1,5 sm dan ortiq bo'lmasligi lozim. Absess ochilgandan so'ng og'izhalqum bir zumda yiring bilan to'ladi, shunda u darhol elektrso'rg'ich yordamida so'rib olinadi. Keyin kornsang yordamida absess oxirigacha bo'shatiladi va yiring to'plami yana so'rib olinadi. Ikkinchi kuni jarohat maydoni yiringdan takroran tozalanadi.

2.Burunhalqum orqa devorining absessida yumshoq tanglay ko'tarilib absess maydoni punksiya qilinadi. Yiring elektr so'rg'ich yordamida so'rib olingandan so'ng absess maydoni pastdan yuqoriga qarab kesiladi.

3. Hiqildoqhalqum orqa devorinining absessida vrach dastlab chap qo'lining ko'rsatkich barmog'ini hiqildoqhalqum sohasiga kiritadi, keyin barmog'i bo'ylab absessni punksiya qiladi. Yiring so'rib olingandan so'ng absess maydoni yuqoridan pastga qarab kesiladi.

4. Yirik absesslarda va til ildizi shpatel bilan bosilganda bemorda nafas harakatlarini to'xtashi yuz berishi mumkin. Bunday hollarda absess maydoni punksiya qilinadi, bemorning nafasi tiklangandan keyin absess ochiladi.

5. Bo'yinning orqayon yuziga va mushak ostiga tarqalgan halqum orti absessi mushakning orqa cheti sohasida ochiladi; bemor intubasiya yoki traxeostomiya qilingandan so'ng mushak yuqori qismi sohasining terisi, teriosti yog' qatlami va bo'yin fassiyasi kesiladi va mushak ilgak yordamida chetga siljiriladi. Keyin o'tmas usulda bo'yin umurtqalarining old yuzi ochiladi va absess bo'shatiladi.

Halqum va hiqildoqning termik va kimyoviy kuyishlari ko'pincha yosh bolalar orasida uchraydi (bola bilmasdan qaynoq suvni, sutni yoki sho'rvani ichib qo'yishi mumkin). Bundan tashqari bola turli moddalarni tatib ko'rishga intiladi, shu jumladan kuchli kislotani, ishqorni, og'ir metallar tuzini, yod eritmasini, kaliy permanganat kristallarini ham. Kattalar ruxiy kasalliklarda yoki o'z jonlariga qasd qilish maqsadida yuqorida qayd etilgan zaharli moddalarni ichishlari mumkin.

Og'iz va halqum kuyishlari hiqildoq kuyishiga qaraganda engil kechadi. Hiqildoq kuyishida hiqildoqusti qopqog'i va cho'michsimonhiqildoq usti burmalari shilliq qavatining shishi tufayli bolalarda nafas faoliyati buziladi.

Belgilari. Bemorda dastlab kuchli og'riq kuzatiladi, og'riq yutinganda, qusganda va yo'talganda kuchayadi.

I darajali kuyishda shilliq qavatning epiteliy qatlami kuyadi, og'iz bo'shlig'i, tanglay ravoqchalari, tilcha, halqum va ba'zan hiqildoqqa kirish joyining shilliq qavati keskin qizaradi.

II darajali kuyishda bemorda zaharlanish belgilari rivojlanadi, shilliq qavat shishib nekrotik karash bilan qoplanadi.

Termik kuyishlarda nekrozga uchragan shilliq qavatning rangi oqish, keyinchalik kulrang bo'ladi. Azot kislotasi ta'sirida jarohat maydoni sarg'ish, xlorid va oltingugurt kislotalar ta'sirida jigari, sirka kislotasi va o'tkir ishqorlar ta'sirida oqish rangda bo'ladi.

Kuyishlarda yuzaga kelgan karash og'iz atrofi terisiga, lablarga va tilning shilliq qavatiga tarqalishi bilan difteriyadagi karashdan farq qiladi.

III darajali kuyishlarda bemorda zaharlanish belgilari, qonda asidoz, eritrositlar gemolizi rivojlanadi. Bunday hollarda shilliq qavat va uning ostidagi to'qima kuyib chuqur nekrozga uchraydi, bemorda buyrak, jigar, yurakqon tomir etishmovchiligi rivojlanadi. Hiqildoqning termik kuyishida dastlabki soatlarda bemorda hiqildoq torayishi rivojlanadi. Bir vaqtning o'zida hiqildoq, qizilo'ngach va me'daning kuyishi bemor ahvolini yanada og'irlashtiradi.

Tashxis. Bemor yutinganda og'riq paydo bo'lishiga, nafas olishi va yutinishi qiyinlashganligiga, og'zidan ko'p so'lak oqishiga shikoyat qiladi. Vrach qachon va qanday vaziyatda kuyish sodir bo'lganligini, kuydiruvchi moddaning turi va miqdorini hamda organizmning zaharlanish darajasini aniqlaydi. Kuygan maydonning hajmi va kuyish darajasi faringoskopiya yordamida aniqlanadi. Zarur bo'lganda halqum rentgenografiyasi va bilvosita laringoskopiya tekshiruvlari o'tkaziladi.

Davolash. Bemorga shoshilinch ravishda birinchi tibbiy yordam, ya'ni kimyoviy kuyishlarda kimyoviy moddani neytrallash tadbirlari o'tkaziladi. Bemor kislota bilan zaharlangan hollarda halqum, qizilo'ngach va me'da ohak suvi bilan, ishqor bilan zaharlanganda 1% sirka kislota yoki sut va suv aralashmasi (1:2) yoki tuxum oqsili bilan yuviladi. Yuvish uchun mo'ljallangan suyuqlikning miqdori 3-4 l kam bo'lmasligi lozim. Bundan tashqari bemorga analgetik preparatlar, parxez taomlar va har 12 soatda 0,5% novokain ichish tavsiya qilinadi.

Keyingi davolash tadbirlari kuyish, zaharlanish va nafas faoliyatining buzilish darajasini e'tiborga olgan holda bajariladi. Hiqildoq shishida bemorga penisillin aerosoli (10 ml 0,5% novokainda eritilgan 200 000 300 000 TB penisillin va 1ml 5% efedrin aralashmasi) yordamida ingalyatsiya qilinadi. Mushak orasiga yoki tomir ichiga gidrokortizon (1 kg tana vazniga 510 mg) yoki prednizolon (1 kg tana vazniga 15 mg) 0,5-1 ml kuniga 23 marta yuboriladi. Spazmolitik preparatlardan noshpa, platifillin, atropin sulfat, baralgin tavsiya qilinadi. Bemorga endonazal novokain blokadasini qilinadi.

Hiqildoq shishi og'irlashganda shifoxona sharoitida intubatsiya yoki traxeostomiya jarrohlik amali va organizm zaharlanishini kamaytirish tadbirlari o'tkaziladi (tomir ichiga tomchilab gemodez, glyukoza, xlorid natriyning izotonik eritmasi, qon zardobi, poliglyukin, reopolyuglyukin yuboriladi).

Halqum va og'iz bo'shlig'ining yengil kuyishlarida jarohat maydoniga 0,5% novokain eritmasi yoki lidokain aerosoli sepiladi, 5% permanganat kaliy surtiladi, 100 ml o'simlik yog'iga 3,0 anestezin qo'shib ichish tavsiya qilinadi (bir osh qoshiqdan 46 marta).

Bemor konsentrasiyasi baland kislota, ishqor yoki issiq shoʻrvani yutib yuborganda qiziloʻngachning shilliq qavatini kuyadi. Ammiak eritmasi (navshadil spirt) va sirka kislotaning kuchsiz eritmasi ogʻiz boʻshligʻi, halqum va qiziloʻngachning shilliq qavatini yuzaki kuydiradi. Konsentrasiyasi baland kislota yoki ishqor ogʻiz boʻshligʻi, halqum va qiziloʻngach devorlarining yemirilishiga, shilliq qavatni nekrozga uchrashiga va bemor hayoti uchun xavfli boʻlgan asoratlarni rivojlanishiga sabab boʻladi. Natriy ishqori (kaustik soda) taʼsirida qiziloʻngachda dagʻal chandiqlar hosil boʻladi va uning yorigʻi yopilib qoladi.

Termik va kimyoviy kuyishlar natijasida bemorda qiziloʻngach oʻtkazuvchanligining buzilishi, qiziloʻngach va oshqozon devorining teshilishi, mediastinit, peritonit, hiqildoq shishi kabi ogʻir asoratlar rivojlanishi mumkin.

Belgilari. Bemorning yutinishi qiyinlashadi, qusish va zaharlanish belgilari rivojlanadi. Ovqatlangandan soʻng toʻsh suyagining orqasi, yaʼni qiziloʻngach sohasida kuchli ogʻriq paydo boʻladi, ogʻiz boʻshligʻi, halqum, qiziloʻngachning shilliq qavatini qizarib nekrotik karash bilan qoplanadi. Karash oson qonaydi. Bir necha kundan soʻng (8-12 kunda) kasallik belgilari soʻnib soxta yaxshilanish davri boshlanadi, bunda bemor ham suyuq, qam quyuq ovqatni yutib biladi, 2-4 oydan soʻng esa qiziloʻngachning chandiqli torayishi rivojlanadi. Shuni uchun bemor 18-20 kun davomida shifoxona sharoitida davolanishi va 12-18 kuni ezofagoskopiya yoki fibrogastroskopiya tekshiruvlari oʻtkazilishi lozim.

Tashxis qiyinchilik tugʻdirmaydi.

Davolash. Poliklinika sharoitida koʻrsatilgan malakali tibbiy yordam, koʻpincha asoratlarni oldini olishga yordam beradi. Birinchi navbatda termik yoki boshqa kimyoviy omil taʼsiri toʻxtatiladi. Qiziloʻngachning kimyoviy kuyishida bemorga koʻp miqdorda suyuqlik (sut), muz parchalari, novokain eritmasi, anestezin qoʻshilgan oʻsimlik yogʻi va tuxum oqsili ichish, tomogʻini antiseptik eritmalar bilan chayish tavsiya qilinadi. Bemorning meʼdasi zond yordamida 35% neytrallashtiruvchi suyuqlik bilan yuviladi. Ishqor bilan zaharlanganda yuvish uchun moʻljallangan suvga 0,1% sirka, limon yoki sut kislotasi qoʻshiladi. Meʼdani yuvishdan oldin ogʻiz boʻshligʻiga 1% dikain yoki 10% lidokain, zond uchiga vazelin surtiladi. Kislota bilan zaharlanganda yuvish uchun moʻljallangan suvga 10% magniy oqsidi, ohak suvi, yoki boʻr kukuni qoʻshiladi. Bir vaqtning oʻzida bemorga parenteral yoʻl orqali yurak preparatlari (kordiamin, kofein), analgetiklar (analgin, promedol, omnopon, morfin), venepunksiya, venesektsiya yoki

oʻmrovosti vena kateteri orqali esa tomchilab poliglyukin (800 ml), gemodez (400 ml), glyukozanovokain aralashmasi (300 ml 5% glyukoza va 30 ml 2% novokain) yuboriladi. Infuzion terapiya paytida albatta bemorning qon bosimini oʻlchash va siydigini muntazam ravishda tekshirib turish (gematuriya) lozim! Anuriyada buyrak atrofi novokainli blokadasi bajariladi, shok holatidan soʻng bemor “sunʼiy buyrak” boʻlimiga koʻchiriladi. Meʼda devori teshilganda bemorning epigastriy sohasi keskin ogʻriydi, unda qorinparda taʼsirlanish belgilari paydo boʻladi; bunday hollarda epigastriy sohasiga muz parchasi qoʻyiladi, bemorga darhol jarroh koʻrigi tavsiya qilinadi.

Bemorning nafas faoliyatini eʼtiborga olgan holda hiqildoq torayishining kompensasiya yoki subkompensasiya bosqichida konservativ davolash tadbirlari, dekompensasiya bosqichida traxeostomiya jarrohlik amali, boʻgʻilish holatida esa konikotomiya yoki krikonikotomiya jarrohlik amallari bajariladi. Bemorga namlangan kislorod, tuzsiz taom, barra choyni sharbati, choy ekstrakti yoki choy kukuni beriladi.

Bemorning ahvoli yaxshilangandan soʻng uning ruhiy holati tekshiriladi, psixiatr maslahati beriladi. Bu bilan joniga qasd qilishga urinishning oldi olinadi, ruhiy kasalliklar kasalxonasiga koʻchirish masalasi hal qilinadi.

Kasallikni oldini olish uchun aholi orasida zaharli moddalarni bolalardan uzoq joyda va kuchsiz eritma holda saqlash haqida suhbatlar oʻtkaziladi.

Kasallikning yakuni. Bemor zaharli moddani yutib yuborganda va birinchi tibbiy yordam kechiktirilganda yuqorida keltirilgan asoratlardan tashqari oʻlim holatiga sabab boʻlgan organizmning keskin zaharlanishi rivojlanadi. Bemorning yoshi qancha kichik boʻlsa, kasallik shuncha ogʻir kechadi. Lablari, ogʻiz boʻshligʻi va halqumning shilliq qavati kuyib qiziloʻngach zarar koʻrmagan hollarda bemor poliklinika sharoitida davolanadi.

Oʻtkir paratonzillyar abscess koʻpincha oʻtkir tonsillit va surunkali tonsillitning avjida rivojlanadi. Murtak atrofi toʻqimasi shishadi, abscess hosil boʻladi.

Belgilari. Bemorning tomogʻi ogʻriydi, ogʻriq quloq sohasiga tarqaladi, ogʻzini ochishi qiyinlashadi.

Obʻektiv belgilari:

- 1) tanglay ravoqchalarining infiltrasiyasi;
- 2) tanglay murtagining pastga, orqaga, medial tomonga, oldinga, baʼzan yuqoriga siljishi;

- 3) bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi va og'rish;
- 4) trizm;
- 5) tana haroratining ko'tarilishi, qonda yallig'lanishga xos o'zgarishlarni paydo bo'lishi.

Klinik shakllari:

1. Oldyuqori paratonzillyar abscess: a) trizm; b) quloq sohasiga tarqalgan og'riq; v) murtakni pastga, ichkariga va orqaga siljishi, yumshoq tanglay va old ravoqcha sohasiga tarqalgan yallig'li infiltrasiya; g) manqalanish.

2. Orqa paratonzillyar abscess: a) yengil trizm; b) quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq; v) murtakni tashqi tomonga va oldinga siljishi, yumshoq tanglayning shishi va infiltrasiyasi.

3. Pastki paratonzillyar abscess: a) trizm; b) quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq; v) til harakatida og'riqni kuchayishi; g) infiltrasiyani old ravoqchani pastki bo'limiga, ba'zan hiqildoqhalqumning yon devoriga tarqalishi.

4. Yon tomonlama paratonzillyar abscess: a) yutinganda quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq; b) trizm; v) murtakni ichkariga siljishi, halqum yon devorining infiltrasiyasi; g) bemor tana haroratining ko'tarilishi, umumiy ahvolining og'irligi.

Qiyosiy tashxisot: Tomoq difteriyasi:

kasallik to'satdan boshlanadi; tashxisda epidemiologik holat muhim ahamiyat kasb etadi; bemorda adinamiya, holsizlik kuzatiladi, teri qoplami rangpar, tana harorati $39-40^{\circ}$ ga ko'tariladi;

tanglay murtaklari odatda ikki tomonlama shishadi, shilliq qavati rangpar va ko'kimtir bo'ladi;

tanglay murtaklarini qalin, zich, yashil, shilliq qavatga birikkan va qiyin ko'chadigan karash qoplaydi, uning ostida qonaydigan yarali maydon aniqlanadi; karash odatda murtaklardan ravoqchalarga va yumshoq tanglayning faqat orqa yuziga tarqaladi; karash suvda cho'kadi, erimaydi va ezilmaydi;

bo'yin yumshoq to'qimasining shishi bo'yin va ko'krak qafasining yuqori qismlariga tarqaladi, mahalliy limfa tugunlar biroz kattalashadi va paypaslanganda biroz og'riydi;

asab va yurakqon tomir tizimi zararlanadi: bemorning tomir urishi ipsimon bo'ladi, qon bosimi pasayadi, ekstrasistoliya va uyquchanlik kuzatiladi;

davolashda difteriyaga qarshi zardob yaxshi natija beradi.

Murtakning xavfli o'smasi (saraton, sarkoma):

murtak bir tomonlama kattalashadi, qattiq, g'adibudir bo'ladi; bemorning tomog'i og'rimaydi, tana harorati me'yorda bo'ladi; anamnezda kasallik 3 haftadan ortiq davom etadi; o'sma aniqlangan tomonda bo'yin limfa tugunlari kattalashadi.

Davolash: murtak atrofi to'qimasi yallig'langanda bemorga sulfanilamid dori vositalari, antibiotiklar, og'riqsizlantiruvchi, tinchlantiruvchi va yurak faoliyatini yaxshilovchi vositalar buyuriladi. Og'ir hollarida infuzion terapiya o'tkaziladi. Kasallikning 36 kuni mahalliy og'riqsizlantirish ostida (2% dikain, 10% lidokain, 0,5% novokain) abscess maydoni dastlab shpris yordamida punksiya qilinadi, tashxis aniqlangandan so'ng ochiladi; jarrohlik amalidan oldin bemorga 2 ml 50% analgin yoki 1ml 2% promedol yuboriladi. Abscessni o'zo'zidan yorilishini kutish man etiladi !

Oldyuqori paratonzillyar abscessda oxirgi yuqori jag' tishi va tilcha asosining o'rtasida (yuqori oziq tishlar bo'lmagan holda tilcha asosi sohasida xayolan o'tkazilgan gorizontaal va old ravoqchaning pastki bo'limidan yuqoriga o'tkazilgan vertikal chiziqlarning o'zaro kesishish nuqtasida) tig' yordamida kesiladi. Kesimning chuqurligi 11,5 sm, uzunligi 22,5 sm bo'lishi lozim. Keyin jarohat maydoni kornsang yordamida kengaytiriladi va yiring to'plami chiqariladi. Yiring chiqarilgandan so'ng bemorga og'zini 0,1% kaliy permanganat, 0,2% furasilin yoki 2% vodorod peroksidi bilan bir necha marta chayqash tavsiya qilinadi.

Orqa peritonzillyar abscess orqa ravoqchaning bo'rtgan joyida chuqurligi 0,5 1 sm bo'lgan vertikal kesim yordamida ochiladi. Pastki va yon tomonlama paratonzillyar abscesslar ham dastlab punksiya qilinib, keyin ochiladi.

Paratonzillyar abscess o'z vaqtida anilanmasa yiringli jarayon halqum atrofi bo'shlig'iga tarqalib, sepsisni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Teztez qaytalanib turgan paratonzillyar abscessda tonzillektomiya jarrohlik amali bajariladi.

XIII. HIQILDOQ KASALLIKLARI.

BO‘G‘ILISH HOLATI

Halqum orti abssessi
Parafarengial abssess
Lyudvig anginasi
Til ildizi abssessi
Epiglottit
Flegmonozli laringit
Hiqildoq yot jismi
Traxeya yot jismi
Hiqildoq jarohati
Hiqildoq xondroperixondriti
Hiqildoqning kimyoviy kuyishi
Shishliinfiltrativ laringit
O‘tkir burma osti laringiti
Fibrinozlikarashli laringit
Hiqildoq saramasi
Qizamiqdagi shishliyarali laringit
Laringospazm
Hiqildoqning tug‘ma pardasi
Hiqildoqning tug‘ma kistasi
Hiqildoq papillomatozi
Laringosele
Hiqildoq xavfli o‘smalari
Hiqildoq difteriyasi
Hiqildoq zaxmi
Hiqildoq sili
Skleroma
Hiqildoq falaji

Halqum orti abssessi asosan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. Bemorning yutinishi qiynlashadi, ovqatdan bosh tortadi, nafas olishi qiyinlashadi, o‘ziga xos xirillash, gapirganda manqalanish kuzatiladi, bemor boshini biroz orqaga tashlaydi; faringoskopiya halqum orqa devorida bilqillaydigan bo‘rtish, orqa ravoqcha va murtaklarni oldinga siljiganligi ko‘rinadi.

Parafarnigeal abssess: bemor yutinganda keskin og‘riq paydo bo‘lishiga shikoyat qiladi, boshini zararlangan tomonga egadi, tana harorati ko‘tariladi; pastki jag‘ burchagining terisi tekislangan;

faringoskopiya orqa ravoqcha qismida shish va bo'rtish ko'rinadi, mahalliy limfa tugunlar kattalashib, og'riydi.

Lyudvig anginasi: bemor shikoyatlari trizm, so'lak og'ishi, og'zidan yoqimsiz hid kelishi; faringoskopiya og'iz bo'shlig'ining tubida til ostida shish, qizarish, bo'rtish kuzatiladi, jag'osti sohasi paypaslanganda og'riqli infiltrat borligi ma'lum bo'ladi.

Til ildizi absessi: bemor yutinganda yoki gapirganda keskin og'riq paydo bo'lishiga shikoyat qiladi; paypaslanganda jag'osti sohasida shish borligi aniqlanadi; bemorning tili shishib kattalashadi; faringoskopiya til ildizi shilliq qavati qizarib shishganligi ko'rinadi; limfa tugunlar kattalashadi.

Epiglottit. Kasallik yosh bolalarda uchraydi; bemor yutinganda keskin og'riq va ovozi bo'g'ilishiga shikoyat qiladi; bemorning og'zi ochiq, boshini orqaga tashlaydi; laringoskopiya hiqildoq usti qopqoqining infiltratsiyasi, qizarishi va shishganligi ko'zga tashlanadi.

Flegmonali laringit: bemor yutinganda keskin og'riq paydo bo'lishiga shikoyat qiladi; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavati qizarganligi va yiringli eksudat borligi aniqlanadi.

Hiqildoq yot jism: bemorda vaqtivaqti bilan xurujli yo'tal, ovozi bo'g'ilishi va xansirash kuzatiladi.

Traxeya yot jismi: bemor shikoyatlari to'satdan paydo bo'lgan xurujli yo'tal va nafas olishning qiyinligi; auskultasiya bo'yinturug chuqurchasi sohasida o'ziga xos shovqin eshitiladi.

Hiqildoq jarohati: bemor shikoyatlari yo'tal, afoniya yoki disfoniya, yutinganda va gapirganda hiqildoq sohasini og'rishi.

Hiqildoq xondroperixondriti: bemor yutinganda hiqildoq sohasi og'riydi, ovozi bo'g'iladi; hiqildoq chizgilari tekislangan, tog'aylari qalinlashganligi aniqlanadi, paypaslaganda og'riydi; laringoskopiya ovoz boylamlari shishgan va o'rtada joylashganligi, cho'michsimon tog'ay va cho'michsimon hiqildoq usti burmalari shishganligi ko'zga tashlanadi.

Hiqildoqning kimyoviy kuyishi: bemor yutinganda og'riq paydo bo'ladi; og'iz bo'shlig'i, halqum va hiqildoqning shilliq qavati qizaradi, shishadi, ayrim joylarda kulrang karash bilan qoplangan yaralar hosil bo'ladi.

Shishliinfiltrativ laringit 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda rivojlanadi va o'tkir kechadi; bemorning ovozi bo'g'iladi, xansirash kuzatiladi; laringoskopiya cho'michsimon tog'aylar cho'qqisi, cho'michsimonhiqildoq usti burmalari,urmaosti bo'shlig'i sohasining shilliq qavati keskin shishganligi, cho'michsimon tog'aylarning harakati

chegaralanganligi, hiqildoq yorig'ida yopishqoq balg'am to'planganligi ko'rinadi.

O'tkir burmaosti laringiti 5-8 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi; bemorda kechasi bo'g'ilish, shovqinli nafas, ko'karish, dag'al yo'tal paydo bo'ladi, yo'talganda yopishqoq balg'am ajraladi; Qovurg'alararo oraliqlarning botishi bilan kechuvchi inspirator hansirash kuzatiladi; xuruj bir necha daqiqa yoki yarim soat davom etishi mumkin; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavati qizarganligi, ovoz burmalari osti shishganligi aniqlanadi.

O'tkir fibrinozlipardali laringotraxeobronxit 5-7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi; kasallik o'tkir boshlanadi va og'ir kechadi; laringoskopiya burmaosti bo'shlig'ining yallig'lanishi va shishi, ko'p miqdorda shilimshiqyiringli ajralma to'planganligi, hiqildoq qopqog'ida, cho'michsimonhiqildoq va ovoz burmalarida hamda burmaosti bo'shlig'ida sarg'ish yoki och yashil fibrinli karash hosil bo'lganligi ko'rinadi.

Hiqildoq saramasi: kasallik to'satdan boshlanadi; bemor shikoyatlari – tana haroratini oshishi, qaltirash, disfoniya kuzatiladi; laringoskopiya hiqildoq qopqog'i, cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimonhiqildoq burmalari shilliq qavatining qizarishi, infiltrasiyasi ko'rinadi; odatda kasallik yuz, bosh, bo'yin saramasi bilan birga kechadi.

Qizamiqdagi shishliyarali laringit: kasallik qizamiqning ikkinchi haftasida rivojlanadi; bemor shikoyatlari: hiqildoq sohasini og'rishi, ovozini o'zgarishi, nafas olishi qiyinligi; laringoskopiya cho'michsimon tog'aylararo bo'shlig'ida, qorincha burmalarida, hiqildoq qorinchalarida shish bilan o'ralgan limfoid to'qima follikullar infiltrasiyasi, yaralanishi va qizarganligi ko'rinadi.

Laringospazm: kasallik 3 oydan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi va to'satdan rivojlanadi; bemorda shovqinli va davomli nafas harakatidan so'ng uzilib turuvchi yuzaki nafas harakatlari kuzatiladi, bola boshini orqaga tashlaydi, bo'yin mushaklari taranglashadi; xuruj 1030 soniya davom etadi, shundan so'ng davomli bo'g'iq nafas olish harakati nafas chiqarish harakati bilan almashadi, keyin nafas harakatlari yana tiklanadi; bevosita laringoskopiya hiqildoq qopqog'i buralgan, cho'michsimonhiqildoq burmalari siljigan, cho'michsimon tog'aylar bir biriga yaqinlashganligi ko'rinadi.

Hiqildoqning tug'ma pardasi: bemor shikoyatlari disfoniya va dag'al yo'tal; laringoskopiya old komissura yoki cho'michsimon tog'aylararo bo'shliqda kulrangoqish parda borligi aniqlanadi.

Hiqildoqning tug'ma kistasi: kasallik bola tug'ilgandan 4 oydan so'ng ma'lum bo'ladi; bola nafas olganda hushtak tovushi eshitiladi; laringoskopiya kista lateral tomonda hiqildoqusti qopqog'ining yonida joylashadi, u hiqildoqusti qopqog'ining erkin chetini va cho'michsimonhiqildoqusti burmasini ikkiga bo'ladi; nafas olganda kista tebranib, nafas olishni qiyinlashtiradi.

Hiqildoq papillomatozi: kasallik ko'pincha o'g'il bolalarda uchraydi. Bemor shikoyatlari: ovozini bo'g'ilishi va shovqinli nafas; laringoskopiya old komissura sohasida gulkaramga o'xshash kulrang yoki ochpushti tuzilmalar ko'rinadi; ba'zan ular hiqildoq qorinchalari va hiqildoqusti qopqog'ining hiqildoq yuzasida joylashadi.

Laringosele: bemorni disfagiya, boshini burganda noxushlik his etishi bezovta qiladi; laringoskopiya hiqildoq qorinchasidan o'sgan sharsimon tuzilma borligi aniqlanadi, u ovoz yorig'ini yopib turadi; nafas olganda tuzilma kichrayib, ovoz chiqarganda kattalashadi.

Hiqildoqning xavfli o'smalari: bemorda ovozni bo'g'ilishi, toliqishi, yutinganda hiqildoq sohasida og'riq paydo bo'lishi, og'zidan yoqimsiz hid kelishi kuzatiladi; balg'amda qon borligi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi. Jarayon hiqildoqusti qopqog'idan, cho'michsimonhiqildoqusti va ovoz Burmalaridan, burmaosti bo'shlig'idan o'sishi mumkin.

Hiqildoq differiyasi: bemor shikoyatlari afoniya, yo'tal, ovqat parchalarini tomog'iga uchishi; laringoskopiya ovoz burmalarida kulrang yopishqoq zich karash ko'rinadi; karash olinganda osti qonaydi.

Hiqildoq zaxmi: bemor shikoyatlari: ovozini bo'g'ilishi; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavatida zaxm eritemasi, ovoz boylamlari ostida, qorincha va cho'michsimonhiqildoqusti burmalarida papulalar paydo bo'lganligi ko'rinadi.

Hiqildoq sili: bemor shikoyatlari ovozini bo'g'ilishi, yo'tal; laringoskopiya ovoz boylamida, hiqildoqusti qopqog'ida, cho'michsimon togaylarda, cho'michsimonhiqildoqusti burmasida bir tomonda pushti rangli tugunchalar paydo bo'ladi.

Skleroma: bemor shikoyatlari burun bo'shlig'ini quruqligi, ovozini o'zgarishi, yo'tal, balg'amni qiyinchilik bilan ajralishi; laringoskopiya ovoz boylamlari ostida, ovoz va qorincha burmalarida skleroma tugunlari paydo bo'lganligi aniqlanadi.

Hiqildoq falajida ovoz burmalari ovoz chiqarganda va nafas olganda harakatsiz bo'lib, odatda intermedial holatni egallaydi.

STRIDOR (hiqildoq va traxeya nuqsonlari)

Hiqildoqning tugʻma stridori

Laringomalyasiya

Hiqildoqning tugʻma kistasi

Hiqildoqning tugʻma pardasi

Hiqildoqning tugʻma torligi

Hiqildoq gipoplaziyasi

Traxeomalyasiya

Laringosele

Laringospazm

Hiqildoq va traxeya yot jismi

Shishliinfiltrativ laringit

Qaytuvchi asab tolasining falaji

Halqum orti abssessi

Qon tomirlar anevrizmasi natijasida traxeyaning bosilishi

Turli oʻsmalar

Koʻks oraligʻi aʼzolarining kattalashishi

Koʻks oraligʻi limfadenopatiyasi

Nevrogen stridor

Hiqildoqning tugʻma stridori: kasallikda hiqildoq tashqi halqasining nuqsoni kuzatiladi hiqildoq mushaklarining atoniyasi, buklangan yumshoq hiqildoqusti qopqogʻi, birbiriga yaqin joylashgan choʻmichsimonhiqildoqusti burmalari nafas olganda hiqildoq yorigʻiga kiradi, natijada bemor nafas olganda hushtaksimon shovqin eshitiladi.

Laringomalyasiya: kasallikda hiqildoq mushak tizimi va togʻaylarining chala rivojlanishi kuzatiladi.

Hiqildoqning tugʻma kistasi hiqildoqning turli boʻlimlarida vallekulalarda, qorincha burmalarida, hiqildoq qorinchasida, ovoz boylamlarida joylashishi mumkin. U ovoz burmasini, ovoz yorigʻining bir qismini, hatto qaramaqarshi tomondagi ovoz burmasini yopib turishi mumkin; bu holda hiqildoqning ovoz chiqarish va nafas olish faoliyati buziladi.

Hiqildoqning tugʻma pardasi koʻpincha ovoz burmalari sohasida, baʼzan burmaosti boʻshligʻida, hiqildoqning kirish joyida, choʻmichsimon togʻaylararo boʻshligʻida joylashadi; laringoskopiyada parda rangi yaltiroq, oqkulrang, shakli nayzasimon, yuqori yuzasi yassi, pastki yuzasi ichkariga botgan; ovoz chiqarilganda parda ovoz burmalarining ustida yoki ostida burma shaklida koʻrinadi.

Hiqildoqning tugʻma torligida bemorning nafasi shovqinli, nafas olish va nafas chiqarish harakatlari qiyinlashgan, vaqtvaqti bilan koʻkarish

kuzatiladi; bronxoskopiyada hiqildoq yorig'ining markazida joylashgan teshik diafragmaga o'xshashligi, toraygan joyda shilliq qavat o'zgarmaganligi ko'rinadi; kasallik juda kam uchraydi.

Traxeya gipoplaziyasi: bemorda kuzatilgan nafas olishning qiyinligi, nafas etishmovchiligi traxeyani chala rivojlanganligi, kichikligi, yorig'i torligi bilan izohlanadi.

Traxeomalyasiya: bemor shikoyatlari yo'tal, qon tuflash, shovqinli nafas, hansirash, yo'talganda o'ziga xos ovoz titrashi; bronxoskopiyada traxeyaning yorig'i kattalashgan, traxeyaning orqa devori osilgan, tog'ay halqalarining orasi kengaygan, eni qisqarganligi ko'zga tashlanadi.



16 rasm. Hiqildoq papillomatozi

Hiqildoq papillomatozi: kasallik ko'pincha o'g'il bolalarda uchraydi; bemor shikoyatlari ovozining bo'g'ilishi, shovqinli nafas; laringoskopiyada old kommissura sohasida gulkaramga o'xshash kulrang yoki ochpushti tuzilmalar aniqlanadi; ba'zan ular hiqildoq qorinchalari va hiqildoqusti qopqog'ining hiqildoq yuzasida joylashgan bo'ladi.

Laringosele: bemor shikoyatlari yutinishi qiyinlashganligi, boshini burganda noxushlik his etishi; laringoskopiyada hiqildoq qorinchasidan o'sgan sharsimon tuzilma ovoz yorig'ini yopib turganligi ko'rinadi; nafas olinganda o'sma kichrayadi, ovoz chiqarilganda kattalashadi.

Laringospazm 3 oydan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi; kasallik to'satdan rivojlanadi; shovqinli va davomli nafas olishdan so'ng uzilib turuvchi yuzaki nafas harakatlari kuzatiladi, bolaning boshi orqaga tashlangan, bo'yin mushaklari taranglashadi; xuruj 10 30 soniya davom etadi, shundan so'ng davomli bo'g'iq nafas olish harakati nafas chiqarish harakati bilan almashadi, keyin nafas yana tiklanadi; bevosita laringoskopiyada hiqildoqusti qopqog'i buralgan, cho'michsimonhiqildoqusti burmalari siljigan, cho'michsimon tog'aylar bir biriga yaqinlashganligi ko'rinadi.



17 rasm. Hiqildoq yot jismi

Hiqildoq yot jismi: bemor shikoyatlari vaqtivaqti bilan xurujli yo‘tal, ovozni bo‘g‘ilishi, to‘satdan paydo bo‘lgan hansirash; laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati o‘zgarishsiz.

Traxeya yot jismi: bemorda xurujli yo‘tal, nafas olishning qiyinlashishi kuzatiladi; auskultasiyada bo‘yinturuq chuqurchasi sohasida o‘ziga xos shovqin eshitiladi.

Shishli infiltrativ laringit: kasallik 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi va o‘tkir kechadi, bemorning ovozi bo‘g‘iladi, hansirash kuzatiladi; laringoskopiyada cho‘michsimon tog‘aylar cho‘qqisi, cho‘michsimonhiqildoqusti burmalari, Burmaosti bo‘shlig‘ining shilliq qavati shishgan, cho‘michsimon tog‘aylarning harakati chegaralanganligi, hiqildoq yorig‘ida yopishqoq balg‘am to‘planganligi aniqlanadi.



18rasm.Hiqildoq falaji

Qaytuvchi asab tolasining falaji: bir tomonlama falajda laringoskopiyada ovoz burmasi o‘rtada joylashadi; bemor shikoyatlari engil hansirash, ovozing bo‘g‘ilishi; ikki tomonlama falajda laringoskopiyada bemor ovoz chiqarganda va nafas olganda ovoz burmalari harakatsiz bo‘lib, intermedial holatni egallaydi; jismoniy harakt qilganda disfoniya va hansirash kuchayadi.

Halqum orti abssessi: kasallik 3 yoshgacha bolalarda uchraydi; bemor shikoyatlari ovozini o'zgarishi, disfagiya, nafas olganda xirillash, manqalanish, tana haroratini ko'tarilishi, yutinganda og'riq paydo bo'lishi, ovqatdan bosh tortishi; faringoskopiya halqumning orqa devorida bilqillaydigan bo'rtish ko'zga tashlanadi, orqa ravoqcha va murtak oldinga siljiydi, punksiya yiring aniqlanadi.

Qon tomirlar anevrizmasi natijasida traxeyani bosilishi. Anevrizma aorta yoyi ikkiga bo'lingan joyida joylashsa bolada dastlabki 6 oyda stridor kuzatiladi; anevrizma aorta yoyining o'ng tomonda joylashib, arteriya boylamini chapga siljitsa stridor bir yoshning oxirida paydo bo'ladi; uyqu arteriyasi va o'mrov osti arteriyasi noto'g'ri joylashganda ham traxeya bosilishi mumkin.

Turli o'smalar. Qalqonsimon bez o'smalari, limfosarkoma, lifogranulematoz, leykozda limfa tugunlar kattalashib stridorni paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Ko'ks oralig'i a'zolarining kattalashishi: timoma, tug'ma bo'qoqda stridor belgisi kuzatilishi mumkin.

Nevrogen stridor bolalarning nevroz kasalligida kuzatiladi. Laringoskopiya hiqildoq shilliq qavati och pushti rangda ovoz boylamlarining dirrilashi kuzatiladi.

DISFONIYA (ovozning o'zgarishi)

O'tkir va surunkali sinusit

O'tkir laringit

Shishliinfiltrativ laringit

Hiqildoq yot jismi

Epiglottit

Qaytuvchi asab tilasining bir tomonlama falaji

Hiqildoq papillomatozi

Hiqildoq jarohati

Hiqildoq xondroperixondriti

Hiqildoq saramasi

Hiqildoqning tug'ma pardasi

Halqumning xavfli o'smalari

Hiqildoq o'smasi

Hiqildoq difteriyasi

Hiqildoq zaxmi

Hiqildoq sili

Skleroma

Ko'kyo'tal

Gipotireoz

Yurakning tugʻma nuqsoni

Oʻtkir va surunkali sinusit: bemor shikoyatlari nafas olishi qiyinligi, boshi ogʻrishi, burundan yiringli ajralma oqishi; rinoskopiya da burun boʻshligʻining shilliq qavati qizargan, shishgan, oʻrta burun yoʻlida shilimshiqyiringli ajralma koʻrinadi; ertalab bemorning ovozi dagʻallashib, kun davomida esa tiklanadi.

Oʻtkir laringit: bemor shikoyatlari ovozining boʻgʻilishi, xurujli yoʻtal, ovozni toliqishi, tomogʻi ogʻrishi; laringoskopiya da hiqildoqning shilliq qavatida qalin sargʻish shilimshiqyiringli balgʻam toʻplanganligi, ovoz boylamlari qizargan va qalinlashganligi aniqlanadi.

Shishliinfiltrativ laringit: kasallik 3 yoshgacha boʻlgan bolalarda rivojlanib, oʻtkir respirator infeksiya bilan boshlanadi, oʻtkir kechadi, onasining soʻzidan bolaning ovozi boʻgʻilib, hansirash paydo boʻlib, kuchaya borgan; laringoskopiya da choʻmichsimon togʻaylarning choʻqqisi, choʻmichsimonhiqildoqusti burmalari, Burma osti boʻshligʻining shilliq qavati keskin shishganligi, choʻmichsimon togʻaylarning harakati chegaralanganligi, hiqildoq yorigʻida yopishqoq balgʻam toʻplanganligi koʻrinadi.

Hiqildoq yot jismi: bemor vaqtivaqti bilan xurujli yoʻtal, ovozini boʻgʻilishi, toʻsatdan paydo boʻlgan hansirashga shikoyat qiladi.

Epiglottit: kasallik yosh bolalarda uchraydi; bemor shikoyatlari yutinganda kuchli ogʻriqni paydo boʻlishi, ovozini boʻgʻilishi; bemorning ogʻzi keng ochilgan, boshi orqaga tashlangan holatda boʻladi; laringoskopiya da hiqildoq usti qopqogʻining infiltrasiyasi, qizargan va shishganligi koʻzga tashlanadi.

Qaytuvchi asab tolasining bir tomonlama falaji: bemor shikoyatlari ovozi pastligi; laringoskopiya da zararlangan tomonda ovoz burmasi harakatsiz boʻlib, oʻrtada joylashadi, yani intermedial holatni egallaydi. Hiqildoqning shilliq qavati oʻzgarmaydi.

Hiqildoq papillomatozi: kasallik koʻpincha oʻgʻil bolalarda uchraydi; bemor shikoyatlari ovozining boʻgʻilishi va shovqinli nafas; laringoskopiya da old komissura sohasida gulkaramga oʻxshash kulrang yoki ochpushti tuzilmalar aniqlanadi; baʼzan ular hiqildoq qorinchalari va hiqildoqusti qopqogʻining hiqildoq yuzasida joylashgan boʻladi.

Hiqildoq jarohati: laringoskopiya da bemor qanday jarohatlar olganligiga qarab u yoki bu oʻzgarishlar kuzatiladi .

Hiqildoq xondroperixondriti: bemor shikoyatlari yutinganda ogʻriq, ovozini boʻgʻilishi; tashqi tekshiruvda hiqildoq chizgilari tekislangan, togʻaylari qalinlashgan, palpasiya da ogʻriydi; laringoskopiya da ovoz boylamlari shishgan va oʻrtada joylashgan, choʻmichsimon togʻay va

choʻmichsimonhiqildoq usti burmalarining shilliq qavati qizargan va shishganligi koʻzga tashlanadi.



19rasm.Hiqildoq jarihati

Hiqildoq saramasi: kasallik toʻsatdan boshlanadi; bemor shikoyatlari tana haroratini koʻtarilishi, qaltirash va ovozi oʻzgarganligi; laringoskopiyada hiqildoq usti qopqogʻi, choʻmichsimon togʻaylar va choʻmichsimonhiqildoq usti Burmalarining shilliq qavati qizarganligi va infiltrasiyasi koʻzga tashlanadi; odatda, kasallik yuz, bosh, boʻyin saramasi bilan birga kechadi. Terida demorkasion chiziq boʻladi.

Hiqildoqning tugʻma pardasi: bemor shikoyatlari ovozi oʻzgarganligi, dagʻal yoʻtalishi; laringoskopiya old komissura yoki choʻmichsimon togʻaylararo boʻshliqda kulrangoqish parda koʻrinadi.

Halqum oʻsmalari: bemorda disfagiya, ovozning boʻgʻilishi kuzatiladi, ogʻzidan yoqimsiz hid keladi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi; faringoskopiyada hiqildoqhalqum yuzasida tuzilma borligi koʻrinadi.

Hildoqning xavfli oʻsmalari: bemor shikoyatlari ovozi boʻgʻilganligi, tez toliqishi, yutinganda hiqildoq sohasida ogʻriq paydo boʻlishi, ogʻzidan yoqimsiz hid kelishi; yoʻtalganda balgʻmda qon borligi aniqlanadi; mahalliy limfa tugunlari kattalashadi. Laringoskopiyada oʻsma hiqildoqusti qopqogʻi, choʻmichsimon hiqildoqusti va ovoz burmalaridan, burmaosti boʻshligʻidan oʻsganligi va yaralarning chirishi koʻrinadi.

Hiqildoq difteriyasi: bemor shikoyatlari ovozi past yoki yoʻqolganligi, nafas olishi qiyinligi, yoʻtal, ovqat parchalarini tomogʻiga uchishi; laringoskopiyada ovoz burmalarida kulrang yopishqoq qalin karash borligi aniqlanadi; olinganda karashning osti qonaydi, karash ovoz boylamlari ustiga tarqalgan boʻladi.

Hiqildoq zaxmi: bemor shikoyatlari ovozi pastligi; laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavatida zaxm eritemasi, ovoz, qorincha va choʻmichsimonhiqildoqusti burmalarida papulalar koʻrinadi.

Hiqildoq sili: bemor shikoyatlari ovozi bo'g'ilishi, yo'tal, nafas etishmovchiligi; laringoskopiya ovoz boylamida, hiqildoqusti qopqog'ida, cho'michsimon tog'aylarda va cho'michsimonhiqildoqusti burmasida bir yoki ikki tomonda pushtirang tugunchalar paydo bo'lganligi aniqlanadi.

Skleroma: bemor shikoyatlari ovozini o'zgarishi, yo'talganda balg'am qiyinchilik bilan ajralishi; burun bo'shlig'ida quruqlik his etishi; laringoskopiya ovoz boylamlari ostida, ovoz va qorincha burmalarida skleroma tugunlari va yarachalari ko'rinadi.

Ko'kyo'tal: bemor shikoyatlari ovozini bo'g'ilishi, yo'tal xurujlari; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavati qizarganligi, qon tomirlari kengayganligi va qontalashlar ko'zga ko'rinadi, orqa komissura va burmaosti bo'shlig'ida limfoid to'qimaning gipertrofiyasi aniqlanadi.

Gipotireoz: bemorning ovozi pasayadi va dag'allashadi asosiy kasallikning belgilari namoyon bo'ladi.

Yurakning tug'ma nuqsonlari: o'pka gipertenziyasi natijasida qon bosimi ko'tariladi, qaytuvchi asab tolasi bosiladi. Bemor shikoyatlari ovozini dag'allashishi, ovozi pastligi yoki o'zgarganligi; laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavati o'zgarmagan, ovoz boylamlari birbiriga yaxshi jipslashmaydi.

OVOZNI BO'G'ILISHI

Ovoz bo'gilishining etiologik omollari:

I. Tug'ma disfoniya

1. Hiqildoq anomaliyalari laringomalyasiya, hiqildoq membranasi, ovoz boylamlarining tug'ma tuguni, laringosele va boshqalar, ovoz boylamlarining markaziy falaji;

2. Markaziy xarakterdagi hiqildoq falaji;

3. Mikrocefaliya, mikrogeniya, Bouna sindromi, VernerRotmundo sindromi va GetchinsonPilford sindromi.

II. Irsiy disfoniya

1. Nevrologik irsiy kasalliklar;

2. Irsiy xromosom kasalliklari.

III. Orttirilgan disfoniya

1. Laringit, mutasion disfoniya, papillomatoz, poliplar, tuguncha;

2. Hiqildoqning chandiqli y'zgarishlari;

3. Mushak tonusi va gormonal statusdagi o'zgarishlar;

4. Orttirilgan ovoz zo'riqishi va noto'g'ri fonasiya;

5. Hiqildoqning periferik parezi va falaji;

6. Ruhiy shikast zo'riqishlari.

Uyquda nafas to‘xtashi va xurrak otish

1. Uyquda nafas to‘xtashi deganda biz nimani tushinamiz?

Uyquda nafas to‘xtashi bu uyquda havo oqimini 10 soniya va undan ko‘p muddat davomida buzilishi. Havo oqimini nafas yo‘llariga kirishining to‘xtashi (nafas to‘xtashi) lab va burun atrofida tekshiriladi.

2. Nafas to‘xtashining 3 turi birbiridan qavday farq qiladi?

Markaziy nafas to‘xtashi markaziy asab tizimi nafas markazining etishmovchiligi natijasida diafragma asab tolasi va diafragmaning faoliyati vaqtincha to‘xtaydi.

Obstruktiv nafas to‘xtashi nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligining vaqtincha buzilishi havo oqimini uzilib turishiga sabab bo‘ladi.

Aralash nafas to‘xtashi – ham markaziy va ham obstruktiv nafas to‘xtash sabablarini o‘z ichiga oladi.

Obstruktiv nafas to‘xtash hollari ko‘p uchrab, u otorinolaringolog maslahatini talab qiladi. Markaziy nafas to‘xtashini odatda nevropatologlar davolaydi.

3. Obstruktiv nafas to‘xtashining belgilari nimadan iborat?

Xurrak otish, kunduzi uyquchanlik va ertalabki bosh og‘riqlar, notinch uyqu. Yonida yotgan kishi uyquda nafas to‘xtashini kuzatishi, bemorlar esa kechalari uygudan teztez uyg‘onib turishlriga shikoyat qilishlari mumkin. Impotensiya va gipertenziya kasalliklari ham uyquda nafas olishni to‘xtashi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Tashxis faqat shifoxona sharoitda qo‘yiladi.

4) “Pikkvik sindromi ” atamasi nimadan iborat?

Pikkvik sindromiga semizlik va haddan tashqari uyquchanlik belgilari xos. Bu belgilar Charlz Dikensning “Pikkvik klubining yozuvlari ” romanida bayon etilgan. Bo‘yin sohasining, yumshoq tanglay va til ildizi enining haddan tashqari kattaligi haqiqatdan ham semis bemorlarda uyquda obstruktiv nafas to‘xtashiga yordam beradi.

5. Uyquda obstruktiv nafas to‘xtashi kuzatilgan bemorlarga quyidagi savollar beriladi:

Uyqudan o‘z xurragingizdan uyg‘onib ketasizmi?

Birdan nafas etishmay qolishi tufayli uyg‘onib ketasizmi?

Oila a‘zolaringiz sizni xurrak otishingizdan shikoyat qiladimi?

Turmush o‘rtog‘ingiz sizda vaqtincha nafas to‘xtab qolishini payqaganmi?

Siz tungi uyqudan o‘zingizni yaxshi dam olganingizni his etasizmi?

Ish vaqtida uyquchanlikni his etasizmi (ish paytida, ro‘lda, telefonda gapirgan paytingizda uxlab qolasizmi?

Ertalablar Sizni bosh og‘riqlari bezovta qiladimi?

6. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi kuzatilgan bemorlarni tekshirganda nimalarga e'todor berish lozim?

Tekshiruvda bosh va bo'yin sohasini to'liq ko'zdan kechirish, hamda yurak yoki gipertoniya kasalliklarini aniqlash uchun boshqa tekshiruvlarni o'tkazish lozim. Burun bo'shlig'i ko'zdan kechirilib burun to'sig'i qiyshiqqligi, burun chig'anog'i gipertrofiyasi, allergik rinitga xos belgilar aniqlanadi.

Og'iz bo'shlig'idagi bodomcha bezlar, yumshoq tanglay, tilcha, halqum yon devorlarinig kattaligi yoki til asosining qalinligi, retrognatiya va makroglossiya ham uyqudagi nafas to'xtashini yanada og'irlashtirishi mumkin.

7. Myuller usuli nimadan iborat?

Myuller usuli egiluvchan optik fibroskop hiqildoqhalqumga kiritilgandan so'ng bajariladi. Bunda vrach bemorning burun qanotlarini qisadi, bemor esa lablarini jipslashtirgan holda nafas olishga harakat qiladi. Agar hiqildoq yoki halqumning kollapsi yuz bersa, natija musbat deb baholanadi. Bu yuqori nafas yo'lidagi to'siq yumshoq tanglayn sathidan pastda joylashganligini va bemorga uvulopalatofaringoplastika jarrohlik amali yordam bermasligini bildiradi. Bunday bemorlarga traxeostomiya jarrohlik amali yordam berishi ehtimoli ko'proq bo'ladi.

8. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashini aniqlash uchun qanday diagnostik testlar eng samarali hisoblanadi?

a) Polisomnografiya bu eng sezgir va maxsus test hisoblanadi. Ushbu test yordamida miya faolligi (EEG), oyoq mushaklarining qisqarishi (EMG), yurak ritmi (EKG), ko'zlarning harakati (EOG) o'lchanadi, pulsoksimetriya o'tkazadi, respirator zo'riqish hamda burun va og'iz yonida havoning harakati o'lchanadi.

Polisomnografiya yordamida obstruktivsiz, obstruktiv va markaziy nafas to'xtashlarini farqlash hamda og'ir apnoe darajasini baholash mumkin. Test maxsus uyquni tekshirish laboratoriyasida bajarishni talab qiladi.

b) Uyquni uy sharoitida tekshirish usuli.

c) Yuzaki uyquning chuqur tahlili ham maxsus laboratoriyada kun davomida tekshiriladi. Bemorga mudrab olish imkoni beriladi va uyquga ketishi uchun kerak bo'lgan vaqt aniqlanadi. Agar ushbu vaqt 5 daqiqadan kam davom etsa, unda bunday holat patologiya sifatida, ya'ni haddan tashqari kunduzgi uyquchanlik deb baholanadi.

9. Uyquda obstruktiv nafas buzilishlarining engil, o'rtacha va og'ir darajalari qanday aniqlanadi?

Bunda respirator buzilishlar ko'rsatkichini aniqlash muhim ahamiyatga ega. U bir soat davomidagi apnoe (10 soniya davomida havo oqimi kirishning to'xtab qolishi) va gipopnoe (havo oqimini 50% ga kamayishi) holatlarining yig'indisiga teng. Ma'lum darajada okigemoglobin desaturasiyasi ko'rsatkichini ham qo'lash mumkin.

Uyqudagi apnoe darajasi	Respirator buzilishlar ko'rsatkichi	SaO ₂
Ehgil	10-30	
O'rtacha	30-50	>85%
Og'ir	>50	>60%

10. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashining patofiziologiyasi nimadan iborat?

Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi yuqori nafas yo'llarining turli qismlarida (ya'ni chin ovoz boylamlar ustida yoki ovoz yorig'i ustida) mavjud bo'lgan to'siq tufayli yuz berishi mumkin. Nafas olish paytida yuqori nafas yo'llarida manfiy bosim yuzaga keladi. Uyquning chuqur bosqichlarida (III,IV va ko'zlarning tezkor harakati bilan kechgan (KTH uyqu) barcha tana mushaklari, shu jumladan yuqori nafas yo'llarining mushaklari bo'shashadi. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi bilan og'rigan aksariyat bemorlarda to'qima gipertrofiyasi yoki yuqori nafas yo'lining tuzilishida patologiyalar aniqlanadi. Manfiy bosim va mushaklarning bo'shashganligi yuqori nafas yo'llari kollapsiga olib keladi, bu esa havo oqimini o'tishiga to'sqinlik qiladi. Oksigemoglobin desaturasiyasi astasekin yuzaki uyquning rivojlanishiga olib keladi va havo oqimining kirishi o'ziga xos xurрак bilan tiklanadi. Yuqori nafas yo'llarining obstruksiyasining rivojlanishiga sabab bo'lgan barcha omillar uyquda obstruktiv nafas to'xtashini keltirib chiqarish yoki uni og'irlashtirishi mumkin. Bularga adenoidtonzillyar gipertrofiya, "hiqildoq massalari" bilan yopilib qolishi, tilcha yoki yumshoq tanglayni bo'rtishi, til asosini qalinlashishi, til osti suyagini pastda joylashishi yoki burun bitishi kiradi.

11. Uyquning qaysi bosqichida nafas uchun to'siq ko'proq paydo bo'ladi?

Ko'pincha bu chuqur uyqu paytida (III,IV va KTH uyqu) bosqichlarida sodir bo'ladi. Aynan shu vaqtda mushaklar maksimal darajada bo'shashgan bo'lib, halqum devorlari kollapsi yuz berishi ehtimoli ko'proq boladi. Demak bunday bemorlar chqur uyqudan mahrum , shuning uchun ular bezovta uyquga, kunduzgi uyquchanlikka shikoyat qiladilar.

12. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi bilan kechgan uyquning klassik strukturasi qanday bo'ladi? Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi bilan og'rikan bemorlar tez uxlab qoladilar va teztez uyg'onib turadilar. Bemorda ko'pincha uyquning III boskichlari, kamroq III,IV va KTH saqlanib qoladi. Chuqur uyquning yo'qligi uyqusizlikni rivojlanishiga olib keladi.

13. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashini nimalar og'irlashtiradi?

Alkogol ichimliklar va tinchlantiruvchi dorilar obstruktiv nafas to'xtashini og'irlashtiradi. Hatto engil tinchlantiruvchi dorilar, masalan yo'talga qarshi dorilar, ham bunday bemorlar hayoti uchun xavf tug'dirishi mumkin. Allergik rinit, yuqori nafas yo'llarining yuqumli kasalliklari va burun bitishining boshqa sabablari kasallikni og'ir kechishiga olib kelishi mumkin. Tana vasnini kamayishi bunday bemorlar ahvolini engillashtirishi mumkin.

14. Bolalarda uyquda obstruktiv nafas to'xtashining sabablari kattalarnikidan farq qiladimi?

Ha. Bolalarda nafas to'xtashi adenoidlar yoki bodomcha bezlar gipertrofiyasi tufayli yuz beradi. Bundan tashqari bolalardagi burunhalqum kistalari, entsefaloselle, xoanalar atreziyasi, burun to'sig'i qiyshiqligi, yuz, kalla suyagi va tishlar rivojlanishidagi nuqsonlar ham kasallikka sabab bo'lishi mumkin.

15. Barcha xurrak otuvchi kishilarda uyquda obstruktiv nafas to'xtashi qayd etiladimi?

Yo'q. Katta yoshdagi har 4 nafar erkaklardan bittasi, 60 yoshdan oshgan erkaklarning 60% uxlaganda xurrak otadilar. Ammo, xurrak otish nafas olishni u yoki bu darajada qiyinlashtirsada, xurrak otuvchilarning hammasida ham uyquda obstruktiv nafas to'xtashi kuzatilmaydi. Aksariyat hollarda xurrak patologik bo'lmay Bunday holatda hayot tarzining o'zgarishi, tana massasining kamayishi, alkogolni iste'mol qilmaslik, uyqu sharoitini o'zgartirish kerak bo'ladi.

16. Barcha xurrak otuvchi kishilar tekshiruvdan o'tishi zarurmi?

Agar xurrak otish uyquda nafas to'xtashi belgilari, masalan uyquchanlik, ertalabki bosh og'riqlar, notinch uyqu bilan kechsa, unda bunday bemor tekshiruvdan o'tishi maqsadga muvofiq. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi tekshiruvining asosiy usuli bu laborator tekshiruv hisoblanadi. Shuning uchun xurrakni yoki uyquda nafas to'xtashini jarrohlik usulu bilan davolashdan oldin uyquni laborator tekshiruvdan o'tkazish lozim.

17. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashining asoratlari qanday?

Agar bemor o'z vaqtida davolanmasa uyquda surunkali obstruktiv nafas to'xtashi og'ir kasalliklarga va o'lim holatiga olib kelishi mumkin. O'lim holatiga asosan yurak aritmiyalari sabab bo'ladi. Surunkali yurak etishmovchiligi ham kasallikning og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Ammo uyquda nafas to'xtashi samarali davolangandan keyin yurak kasalliklari ancha kamayadi. Idiopatik gipertenziya ham uyquda obstruktiv nafas toxtashi bilan bog'liqligi aniqlangan.

Bundan tashqari uyquda obstruktiv nafas to'xtashi bilan og'rigan bemorlarda kun davomida uyquchanlik kuzatilishi tufayli ular orasida avtohalokatlarga uchrash hollari ko'proq uchraydi. Ular uchun avtomobilni haydash xavfli hisoblanadi. Bemorning yoshi oshgan va tana vazni ko'paygan sari kasallikning kechmi og'irlashadi. Ko'pincha quyidagi patologik halqa shakllanadi: kunduzgi uyquchanlik → harakatni kamayishi → tana vaznini oshishi → obstruktiv nafas toxtashini og'irlashishi. Shuning uchun tashxis qo'yilgandan keyin bemor darhol davolanishi lozim.

18. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashini konservativ davolash usullari bormi?

Nafas yo'llaridagi doimiy musbat bosim konservativ davolashning eng samarali usuli hisoblanadi. Burunga havo o'tkazmaydigan niqob o'rnatiladi. Ortiqcha bosim miniventilyator yordamida hosil qilinadi. Uyquda obstruktiv nafas toxtashini davolashda bu usulning samaradorligi 100 % ni tashkil qiladi, ammo bemorlar uni yoqtirmayilar. Davolashning dastlabki kunlarida yaxshilanish kuzatilsada, ko'pgina bemorlar oxir oqibat noxish hissiyotlar tufayli bu usuldan foydalanishni to'xtatadilar.

Til ushlagich va pastki jag'ni fiksasiyalovchi asboblari uyqu paytida tilni yoki pastki jag'ni ushlab turib, nafas yo'llarini ochadilar. Usulning muammoli tomoni –bu diskomfort va noxush sezgilar hisoblanadi.

Hulqatvirnu o'zgartirish, masalan tana vaznini kamaytirish yoki alkogol ichimliklar va tinchlantiruvchi vositalarlan viz kichish. Bunda bemorning hayot tarzini o'zgartirish xoxishi yo'qligi to'siq bo'ladi.

Uxlagan paytda bemor holatini o'zgartirishdan foydalanish mumkin. Masalan, bemorning pijamasiga tennis koptokchasi qo'yilsa, u orqasi bilan yotib bilmaydi.

19. «Uuch P» deganda nimani tushinamiz?

Uvulopalatofaringoplastika (UPPPP) uyquda obstruktiv nafas to'xtashida keng ishlatiladigan muolaja. Bunda tanglay murtaklari yumshoq tanglayning orqa cheti, shu jumladan tilcha birga olib tashlanadi. Keyin murtaklarning oyoqchalari, hamda burun tomodagi

shilliq qavat va yumshoq tanglayning kesilgan cheti qo‘shib tikiladi. Ushbu jarrohlik amali og‘izhalqumni oldyuqori va yonbosh yo‘nalishda kengaytiradi. Texnik jihatdan bu jarrohlik amali qiyin emas, lekin bemor 12 kun davomida shifoxona sharoitida bo‘lishi lozim.

20. Uyquda obstruktiv nafas to‘xtashini jarrohlik usullari bilan davolash mumkinmi?

Til ildizi havo oqimini yuqori nafas yo‘llariga o‘tishiga to‘sqinlik qilishi mumkin degan fikrga asosan til asosini yaqinlashtirishning bir necha usullari mavjud.

1. Qisman o‘rta glossektomiya lazer nuri yoki Bovi usulida kuydirish yordamida bajariladi.

2. Oldinga siljituvch genioplastikasi va til osti suyagini osish jarrohlik amali. Bunda iyak osti til mushakiga birikkan pastki jag‘ning iyak osti do‘mbog‘i oldinga siljiriladi, til osti suyagi esa pastgi jag‘dan doimiy chok yoki sim bilan osib qo‘yiladi. Natijada til asosi sathida nafas yo‘llari kengayadi.

3. Sagital bo‘lishi va Lefort bo‘yicha osteotomiya jarrohlik amali yordamida pastki va yuqori jag‘larni oldinga siljitish muolajasi. Bu usul uyquda nafas to‘xtashiga sabab bo‘lgan anatomik nuqsonlarni samarali bartaraf etish imkonini beradi.

4. Tumov uyquda obstruktiv nafas to‘xtashini og‘rlashtirishi mumkin. Ammo u kasallikning asosiy sababi bo‘l olmaydi. Shuning uchun septoplastika yoki burun chig‘anoqlarida bajariladigan jarrohlik amallari boshqa usullar bilan birgalikda qo‘llanishi lozim.

5. Traxeostomiya ham uyquda obstruktiv nafas to‘xtashini davolashda yuqori samarali usul hisoblanadi. Ammo u bemorning hayot tarzini o‘zgartirishi mumkin, shuning uchun ularning aksariyati bu usuldan voz kechadilar.

21. Uyquda obstruktiv nafas to‘xtashini davosida qaysi usul eng samarali hisoblanadi?

Bu kasallikni davosida traxeostomiya jarrohlik amali oltin standart sifatida xizmat qiladi. U barcha holatlarda, hatto bemorning og‘ir ahvolidan ham samarali. Vazni ortiqcha bo‘lgan va holsiz bemorlarni davolashda traxeostomiyadan boshlash lozim.

22. Xurрак otish uyquda obstruktiv nafas to‘xtashi bilan kechmagan hollarda qaysi jarrohlik davolash usullari qo‘llaniladi?

Ambulator sharoitda tilcha amputasiyasini va yumshoq tanglayda tilchani turli nomonida 1 sm uzunlikdagi “aroqcha” hosil qilish uchun Bovi usuli yoki lazerli korreksiya usuli qo‘llaniladi. Bu usul lazerli yoki Bovi usulidagi “uvulopalatoplastika” deb ataladi. Xurрак otishni

to'xtatish va yumshoq tanglay faoliyatiga zarar etkazmaslik maqsadida muolaja ambulator sharoitda bosqichmabosqich mahalliy og'riq-sizlantirish ostida bajariladi. Buning uchun odatda bir oy tanaffus bilan bilan bajariladigan 24 muolaja talab etiladi. Bovi usuli ham, lazer usuli ham xurrak otishni davolashda yaxshi samara beradi.

23. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashini yoki xurrak otishni davosida "Uuch P" usulining samaradorligi qanday?

Bu usul xurrak otishda juda samarali, lekin nafas to'xtashini har doim ham bartaraf etolmaydi. Operasiyadan so'ng 90% bemorlarda xurrak otish yo'qoladi. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi simptomlarining kamayish 50% bemorlarda kuzatilgan.

24. "Uuch P» dan so'ng kuzatiladigan asoratlarni aytib o'ting.

Ushbu jarrohlik amali "radikal tonzilektomiya" day bayon etilganligi uchun tonzilektomiyadagi asoratlar bunda ham kuzatiladi. Operasiyadan keyingi qon oqishlar eng ko'p kuzatiladigan asoratlardan biri hisoblanadi. Yumshoq tanglayning o'tkinchi disfunksiyasi 510% bemorlarda kuzatiladi. Burunhalqum stenozida juda kam uchraydi, lekin og'ir asorat hisoblanadi. Chunki bunda burun halqumning barcha maydoni chandiqlar bilan qoplanadi. Bemorlar og'izni qurushiga, ta'mni bilish sezgisi buzilganiga shikoyat qilishlari mumkin, ammo ular tes orada o'tib ketadi.

25. Uyquda obstruktiv nafas to'xtashi va xurrak otishni davolashda lazerli uvuloplastikaning ahamiyati nimadan iborat?

Xurrak otishni davosida lazerli uvuloplastika yuqori samarali usul bo'lib, operasiyadan so'ng 85-90 % bemorlarda xurrak otish yo'qoladi. Lekin uyquda obstruktiv nafas to'xtashini davosida uning samaradorligi aniqlanmagan.

SOMATIK KASALLIKLARDA BO'G'ILISH HOLATI

Surunkali bronxit bu turli zararli omillarning bronxlarga ta'siri natijasida ularning shilimshiq ishlab chiqarish va drenaj faoliyatini buzilishi, yo'tal, balg'am ko'chishi va hansirash bilan kechgan shilliq pardasining surunkali diffuz yallig'lanishi. Bemor darmoni qurib, salga charchab qolishiga, tana harorati ko'tarilishiga, ko'p terlashiga, mehnat qobiliyati pasayishiga shikoyat qiladi. Yo'tal ko'pincha ertalablar, jismoniy mashqlardan so'ng paydo bo'lib, balg'am ajralish bilan kechadi.

Krupoz zotiljam: kasallik to'satdan boshlanib, bemorning tana harorati 39.40° ga ko'tariladi. Eti qattiq junjib, qaltiraydi, darmoni

qurib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ng shilliq rangli balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo etishmasligi paydo bo'ladi. Og'riq yo'talganda, chuqur nafas olganda kuchayadi. Bemorniing nafas olishi tezlashadi va yuzaki bo'ladi, labi, burni, qulog'i biroz ko'karadi, labiga, og'iz va burun atrofida uchuq toshadi.

Bronxial astma: kasallikning asosiy klinik belgilari bu bronxlar shilliq qavatining shishi, shilliq ishlab chiqarishning kuchayishi va bronxospazm tufayli nafasni qisishi. Bemor ko'pincha kechasi nafas qisilib, bo'g'ilib qoladi. Uning yuzi oqarib ketadi, biroz sianoz bo'lishi mumkin. Nafas harakatlarining soni normadan kamayib ketadi. Kasallikning xuruji yo'tal tutib, shilimshiq aralash yopishqoq balg'am ajralishi bilan tugaydi.

Eksudativ plevrit: kasallik astasekin, ba'zan tana haroratini birdan ko'tarilishi, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, azobli y'tal bilan boshlanadi. Bemorda havo etishmovchiligi, ko'karish, ko'krak qafasining kasallangan tomoni nafas olishda sust qatnashishini ko'rish mumkin.

Neyrosirkulyator distoniyadagi respirator sindrom: bemorlarda tezlashgan yuzaki nafas, taxipnoe, nafas olish qiyinligi kuzatiladi. Respirator sindrom epizodik paydo bo'ladi va nafas tizimi tomonidan fizikal o'zgarishlar bilan kechadi.

Yurak astmasi – bu o'pkada qonning dimlanishi va gaz almashinuvining buzilishi natijasida kelib chiqadigan og'ir bo'g'ilish xurujlari. Xurujlar ko'pincha tunda ro'y beradi. Bemorning teri qoplamlari oqarib, ko'karib va sovub ketadi. Xuruj paytidla bemorning gavdasi majburiy holatda bo'ladi: oyoqlarini pastga tushirib, qo'llariga tayangan holda o'tirib, "havo tutadi".

O'pka shishi: bemorda bo'g'ilishni kuchayishi, o'pkada nam xirillashlar sonining haddan tashqari ko'payib ketishi, ko'p miqdorda suyuq, ko'piksimon, pushti rangli balg'am ajralishi kuzatiladi. Eshitib ko'rilganda o'pka ustida har xil pufakchali nam xirillashlar eshitiladi.

XIV.HIQILDOQ KASALLIKLARIDA AMALIY KO'NIKMALAR

Kanyula tashuvchi bemorlarni parvarishlash.

1.Ko'rsatmalar: davolash va boshqa kasalliklarning asorati sifatida rivojlanishini oldini olish maqsadida.

2.Kerakli asboblari: traxeostomiya naychasi, bint, paxta, kerakli dori moddalari va malhamlar, shpris.

3.Bjarish texnikasi:

bajarilayotgan muolaja haqida bemorga tushuntirish.

Traxeostomiya – bu traxeyani kesish va paydo qilingan teshik orqali traxeyaga naycha kiritish jarrohlik amali.

Traxeostomiya naychasining yorig'i yiring, qon, qasnoqlar va quyuq balg'am bilan bekilishi mumkin va bu esa o'z navbatida nafas olishni qiyinlashishiga olib keladi. Bemorning nafas olishi qiyinlashmasligi uchun naychning ichki qismini kuniga bir marta, ba'zan bir necha marta chqarib olinishi va tozalanishi lozim.

Bemor naychaning ichki qismisiz asosiy naycha orqali erkin nafas olishiga ishonch hosil qilgandan so'ng va nafas olishi yaxshilangandan keyin ichki naycha oqib turgan iliq suv bilan yaxshilab yuviladi, tashqi tomoniga zararsizlantirilgan vazelin moyi yoki sintomisin emulsiyasi surtiladi, naychning ichiga ham bir necha tomchi tomiziladi va qayta o'z o'rniga qo'yiladi.

Muntazam ravishda traxeostomiya naychasining ichiga 12 % natriy gidrokarbonat eritmasi yoki balg'amni suyultiruvchi dorilar tomiziladi.

Bir sutkada 12 marta terini zararsizlantiruvchi eritmaga namlangan 3% borat kislotasi, vodorod peroksidi, kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan artilib turiladi.

Teriga "Oksasiklazol", "Levamisol", "Polkartolon" aerezollarni purkash yallig'lanishni kamaytiradi, terini

yumshatib, uni ta'sirlanishidan himoya qiladi va davolashda yaxshi natija beradi.



20 rasm.Traxeostomiya qilingan bemor.

XV. HIQILDOQ KASALLIKLARIDA UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORI TUTADIGAN YO‘LI

Hiqildoq va traxeya jarohatlari

Hiqildoq va traxeya bo‘yin qismining keskin og‘rishi, ovozini o‘zgarishi, nafasini qiyinlashishi, qon oqishi, zarb yoki yiqilish natijasida bo‘yin teri qoplamlarining zararlanishi kabi bemor shikoyatlariga e‘tiborni qaratish;

jarohat qanday vaziyatda sodir bo‘lganligini aniqlash;

tashqi tekshiruvda bo‘yin yumshoq to‘qimalari zararlanganligini, uning darajasini, qon oqishini, gematoma, teriosti emfizemasi borligini, bevosita laringoskopiyada hiqildoq jaroqatining belgilarini aniqlash (hiqildoq yorig‘ining torayishi, hiqildoq qismlarining siljishi, tog‘aylar jarohatlari);

kerakli tekshiruvlarni o‘tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz, qon guruhi va rezusomil, qonning umumiy tahlili, hiqildoq (ikki proeksiyada) va ko‘krak qafasi a‘zolarining rentgenografiyasi;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash taktikasini ishlab chiqish (yallig‘lanishga qarshi, simptomatik terapiya, zond orqali ovqatlantirish);

jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun mavjud bo‘lgan ko‘rsatmalarni aniqlash va uning usulini tanlash;

jarohat maydonida birlamchi jarrohlik ishlovini bajarish, jarrohlik davolash usulini bosqichma bosqich amalga oshirish, traxeostomiyani bajarish, oshqozonga zond kiritish;

boshlanayotgan asoratlarni o‘z vaqtida aniqlash va davolash taktikasiga o‘zgartirish kiritish;

qoqsholga qarshi tadbirlarni o‘tkazish.

Hiqildoq va bronxlar yot jismi

Xurujli yo‘tal, nafasni qiyinlashishi, yot jismning harakati kabi o‘ziga xos bemor shikoyatlariga e‘tiborni qaratish;

tashqi tekshiruvda hiqildoq torayishi belgilarini, paypaslash va auskultasiya yordamida atelegtaz belgilarini va yot jism harakatini aniqlash;

bevosita laringoskopiya va bronxoskopiyada yot jismni topish (suqilgan, harakatchan yot jism);

quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydik tahlili, hiqildoq rentgenografiyasi (ikki proeksiyada), qizilo‘ngach va ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi;

rentgenoskopiyada Goltsknex Yakobson belgisini aniqlash;
pediatr, pulmonolog, torakal jarroh maslahatini tashkil qilish;
traxeobronxit, laringotraxeit, zotiljam, bronxoektaziya kasalligidan
farqlash (anamnez ma'lumotlari, rentgenografiya natijalari, harakatchan
yot jism);

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik davolash usulini tanlash, jarrohlik amalidan keyingi
davolash taktikasini ishlab chiqish;

hiqildoq, traxeya, bronxlardan yot jismni chiqarib olish, torayish
va bo'g'ilish belgilarida pastki traxeobronxoskopiya orqali yot jismni
chiqarib olish;

yot jismni chiqarib olishni iloji bo'lmagan hollarda bemorni
torakal bo'limga ko'chirish;

poliklinika sharoitida bemorni kuzatish uchun davolovchi vrachga
tavsiyalar tuzish.

Hiqildoq va traxeyaning termik va kimyoviy kuyishlari

Issiq havo, tutun, bug', kimyoviy modda bug'idan nafas olgandan
so'ng yutinganda paydo bo'lgan og'riq, ovqat o'tishini va nafasni
qiyinlashishi, nafas olganda va yo'talganda og'riqni paydo bo'lishi,
ovozni o'zgarishi kabi o'ziga xos bemor shikoyatlariga e'tiborni
qaratish;

kuyish qachon va qanday vaziyatda sodir bo'lganligini, uning sababini
aniqlash;

tashqi tekshiruvda yuz, bo'yin, gavda va qo'l oyoqlarning terisida
kuyish belgilarini, og'iz va burun shilliq qavati oq karash bilan
qoplanganligini aniqlash;

faringo, gipofaringo, bevosita laringoskopiyada halqum,
hiqildoqhalqum va hiqildoq shilliq qavatining shishi va karash bilan
qoplanganligini aniqlash;

bilvosita laringoskopiya va traxeobronxoskopiyada kuyish va
hiqildoq, traxeya, bronxlar yorig'ining torayish darajasini aniqlash;

pediatr, jarrohpulmonolog, toksikolog maslahatini tashkil qilish;

laringotraxeit va zotiljam kasalliklaridan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash taktikasini ishlab chiqish (shishga qarshi,
giposensibilizasiya, yallig'lanishga qarshi va simptomatik terapiya);

hiqildoq va traxeya shilliq qavatiga gormonal dorilarni surtish, nafas
yo'llaridan ajralmani so'rib olish;

torayish belgilarida traxeostomiya jarrohlik amalini bajarish;

bemorni reanimasiya bo'limiga ko'chirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash.

O'tkir epiglottit

Tomoqini og'rishi, ovozini pasayishi, hansirash, shovqinli nafas olish kabi bemor shikoyatlariga e'tibor berish;

anamnezdan bemorda kasallik qachon boshlanganligi, og'iz bo'shlig'i va halqum kasalliklarini boshdan kechirganligi, o'tkazilgan muolajalar haqida ma'lumot olish;

tashqi tekshiruvda kasallik belgilarini: boshning majburiy holati (orqaga tashlangan), inspirator hansirash, nafas olganda ko'krak qafasi yumshoq joylarining botishini; faringoskopiya da hiqildoqusti qopqog'i shishgan, qizargan, kattalashganligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon va siydik tahlili, gemostaz holati, ko'krak qafasi va hiqildoq rentgenografiyasi;

pediatr maslahatini tashkil qilish;

tug'ma stridor, halqum orti absessi, torayuvchi laringotraxeit, zotiljam kasalliklaridan, nafas yo'llari yot jismidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizasiya, simptomatik, shishga qarshi terapiya);

hiqildoq torayishida traxeostomiyani jarrohlik amalini bajarish, namlangan kislorod berish;

davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda bemorni reanimasiya bo'limiga ko'chirish.

O'tkir torayuvchi laringotraxeobronxit

Nafasni qiyinlashishi, dag'al yo'tal, tana haroratini ko'tarilishi, bemorning umumiy avoli og'irlashganligiga e'tiborni qaratish;

kasallikning sababini aniqlash (sovuqni ta'siri, yuqumli kasallik, allergik reaksiya);

tashqi tekshiruvda torayish belgilarini va uning darajasini aniqlash: hiqildoq torayishining I darajasida burun qanotlari va yordamchi mushaklar nafasda ishtirok etadi, nafas chuqurlashadi; hiqildoq torayishining II darajasida nafas harakatlari tezlashadi, bola bezovta, teri qoplamlari rangpar, tirnoqlari ko'karadi; hiqildoq torayishining III darajasida nafas harakatlari uzilib turadi, ko'krak qafasining yumshoq joylari botadi, bemorning rangpar yuzidan sovuq ter oqadi, labburun uchburchagi ko'karadi; hiqildoq torayishining IV darajasida yurakqon tomir tizimining faoliyati buziladi, arterial bosim pasayadi, nafas harakatlari to'xtaydi (bo'g'ilish holati) kuzatiladi;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish; qon va siydik tahlili, gemostaz holati, ko'krak qafasi va hiqildoq rentgenografiyasi;
reanimatolog, pediatr maslahatini tashkil qilish;
tug'ma stridor, halqum orti absessi, zotiljam, nafas yo'llari yot jismi, allergik shishlardan farqlash;
klinik tashxisni asoslab berish;
davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizasiya, shishga qarshi va simptomatik terapiya);
jarrohlik yo'li bilan davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash (hiqildoq torayishining IIIIV darajasi) va uning usulini tanlash;
laringoskopiya, intubasiya, traxeostomiya jarrohlik amallarini bajarish;
davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda bemorni reanimasiya bo'limiga ko'chirish.

Hiqildoq flegmonasi

Yutinganda hiqildoq sohasini og'rishi, yot jism borligini his etishi, nafas olishi qiyinlashganligi, yo'tal, tana haroratini ko'tarilishi kabi o'ziga xos bemor shikoyatlariga e'tiborni qaratish;

anamnezdan kasallik qachon boshlangan, bemor qaysi kasalliklarni boshidan kechirganligi, halqum va hiqildoqhalqumda o'tkazilgan muolajalar, jarohat va kuyish sodir bo'lganligi haqida ma'lumotlar olish;
tekshiruvda zaharlanish belgilari, hansirash, qaltirash, tana haroratini ko'tarilishi, hiqildoq torayishi belgilari mavjudligini aniqlash;

bevosita va bilvosta laringoskopiya qilish va kasallikning quyidagi belgilariga e'tibor berish: hiqildoqning shilliq qavati qipqizil, unda nekrozga uchragan kulrang maydonchalar va shilimshiqyiringli ajralma borligi, hiqildoqusti qopqog'i kattalashgan, uning harakati chegaralanganligi, chymichsimonhiqildoqusti burmalari, cho'michsimon tog'aylar va ovoz burmalari shishganligi, ovoz burmalari va cho'michsimon tog'aylarning harakati chegaralanganligi. Hiqildoq va ovozusti bo'shlig'ining torayish darajasini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon tahlili, gemostaz holati, qonning ivishi, qon guruhi va rezusomil, siydikning umumiy tahlili, ko'krak qafasi va hiqildoq rentgenografiyasi, bakteriologik tekshiruv;

reanimatolog maslahatini tashkil qilish;
hiqildoq difteriyasi, nafas yo'llari yot jismi va hiqildoq xondroperixondritidan farqlash;
klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (yalligʻlanishga qarshi, giposensibilizasiya, shishga qarshi va simptomatik terapiya);
koʻrsatma boʻyicha shiddatli terapiya va gormonlarni qayllash ;
jarrohlik davolash usulini qoʻllash zarurligini asoslab berish;
intubasiya va traxeostomiya jarrohlik amalini bajarish;
davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda bemorni reanimasiya boʻlimiga koʻchirish.

Surunkali laringit

Oʻziga xos bemor shikoyatlariga eʼtiborni qaratish: ovozni bogʻilishi, ovozni tez toliqishi;

anamnezdan kasallik qachon boshlangan, bemor qaysi kasalliklar bilan ogʻrigan, qanday davolash tadbirlari oʻtkazilganligi haqida maʼlumot olish;

bevosita va bilvosita laringoskopiya qilish va kasallikning quyidagi belgilarini aniqlash: hiqildoqning shilliq qavati qizargan yoki shishgan, qon tomirlari boʻrtgan, ovoz burmalari qalinlashib, erkin chetlari notekis, orqa komissuraning shilliq qavati oʻzgargan, ovoz chiqarilganda ovoz burmalarining harakati chegaralangan (toʻliq jipslashmaydi);

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qon va siydikning umumiy tahlili; foniatr maslahatini tashkil qilish;

oʻtkir laringit va xondroperixondritdan farqlash (tana haroratining koʻtarilishi, bosganda togʻaylarni ogʻrishi) ;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash rejasini ishlab chiqish (ovoz rejimiga rioya qilish, hiqildoq ichiga dori eritmalarini yuborish, fizioterapevtik muolajalar);

davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda foniatr maslahatini tashkil qilish;

davolash tadbirlarini tuzish (ovozni ehtiyot qilish, poliklinika sharoitida fizioterapiya muolajalarini buyurish).

Hiqildoq va traxeyaning surunkali torayishi

Bemorning oʻziga xos shikoyatlarga eʼtiborni qaratish: tabiiy yoʻl orqali nafas olishni qiyinligi, traxeostoma borligi, ovozi yoʻqligi;

anamnesdan bemor qanday kasalliklarni boshidan kechirganligi haqida maʼlumot olish: tashqi jarohat, torayuvchi laringotraxeit, nafas yoʻllari yot jismi, intobasiya, kuyishlar;

tashqi tekshiruvda kasallikning quyidagi belgilarini aniqlash: hiqildoqning shakli oʻzgargan, traxeostoma bor, ovozi oʻzgargan, traxeostoma teshigi yopilganda nafas toʻxtaydi, teri qoplamlari rangpar, bemorning qomati buzilgan, stomadan ajralma oqadi;

bevosita laringoskopiya qilish va nafas yoʻllari obstruksiyasini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, siydikning umumiy tahlili, hiqildoq va koʻkrak qafasi aʼzolari rentgenografiyasi, balgʻamni bakteriologik tekshiruvi va mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash, elektrokardiografiya;

tekshiruv natijalarini baholash;

pulmonolog, pediater, fizioterapevt, logoped, davolash gimnastikasi vrachi, torakal jarroh maslahatlari zarurligini asoslash;

bronxial astma va nafas yoʻllari yot jismidan farqlash;

tashxisni asoslab berish;

konseravatish davolash rejasini tuzish (dorilarni nafas yoʻllariga purkash, nafas gimnastikasi, fizioterapiya);

jarrohlik amali uchun mavjud koʻrsatmalarni aniqlash va usulini tanlash;

traxeostomiya naychasini almashtirish, nafas obstruksiyasini jarrohlik yoʻli bilan bartaraf etish;

davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda bemorni pulmonologiya yoki torakal jarrohlik boʻlimiga koʻchirish.

Hiqildoq falaji

Bemorning oʻziga xos shikoyatlariga eʼtibor berish: ovozining boʻgʻilishi, tez charchashi, jismoniy harakatda nafasi qiyinlashishi;

kasallik sabablarini aniqlash (neyroinfeksiya, boʻyin jarohati, oʻsmasi, qalqonsimon bezning kattalashishi, koʻkrak qafasi aʼzolarining oʻsmalari);

tashqi tekshiruvda kasallik belgilarni aniqlash : teri qoplamlari va shilliq qavati rangpar, torayish belgilarini namoyon boʻlishi, qalqonsimon bez kattalashgan, boʻyinning old yuzasida jarrohlik amali yoki jarohatdan soʻng hosil boʻlgan chandiqlar;

bevosita yoki bilvosita laringoskopiya qilish va hiqildoqning harakati bir yoki ikki tomonlama chegaralanganligi, ovoz yorigʻi toraygan, ovoz burmasi harakatsiz ekanligini aniqlash ;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qon va siydikning klinik tahlili, koʻkrak qafasi aʼzolari va qalqonsimon bez rentgenografiyasi;

nevropatolog, foniater, endokrinolog maslahatlarini tashkil qilish;

klinik tashxisni asoslab berish;

kasallikning sabablariga qarab konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (qaytuvchi asab tolasining falajida asosiy kasallikni davolash,

infeksiontoksik falajda – yallig‘lanishga qarshi va zaharsizlantirish terapiyasi, organizm himoya kuchini oshirish);

jarrohlik amalini bajarish uchun mavjud bo‘lgan ko‘rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash (traxeostoma, ovoz yorig‘ini jarrohlik usuli yordamida kengaytirish, traxeostomiyani bajarish;

asosiy kasallikni davolash maqsadida bemorni torakal jarrohlik, onkologiya yoki endokrinologiya bo‘limiga ko‘chirish;

Hiqildoq papillomalari va o‘smalari

Ovozni bo‘g‘ilishi, afoniya, nafasni qiyinlashishi kabi bemor shikoyatlariga e‘tibor berish;

anamnezdan kasallik qachon boshlangan, bemor qaysi kasalliklarni boshidan kechirgan, qanday davolash tadbirlari o‘tkazilgan va kasallik kechimining xususiyatlari haqida ma‘lumot olish;

tashqi tekshiruvda torayish belgilari va darajasini, traxeostoma borligini, stoma atrofida papilloma mavjudligini aniqlash;

bevosita va bilvosita laringoskopiya qilish va hiqildoq o‘smasini, traxeya va bronxlarning holatini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, siydikning umumiy tahlili, ko‘krak qafasi va hiqildoq rentgenografiyasi;

biopsiyani bajarish;

reanimatolog va onkolog maslahatini tashkil qilish;

nafas yullari yot jismi, o‘tkir va surunkali laringit, tug‘ma stridor, hiqildoq va traxeyaning surunkali torayishi va hiqildoqning xavfli o‘smasidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash tadbirini ishlab chiqish (podofillin, interferon, simptomatik terapiya);

jarrohlik usuli bilan davolash uchun mavjud bo‘lgan ko‘rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash;

torayishning IIIIV darajasida traxeostoma kuyish;

qisqichlar, dezintegrator, kriota’sir yordamida o‘smani olib tashlash;

bo‘g‘ilish holatida bemorni reanimasiya bo‘limiga ko‘chirish;

xavfli o‘sma aniqlanganda bemorni onkologiya bo‘limiga ko‘chirish.

XVI. HIQILDOQ KASALLIKLARIDA TEZ TIBBIY YORDAM

Hiqildoq torayishida birinchi tibbiy tez yordam.

Hiqildoq torayishi sindromida hiqildoq yorig'ining keskin torayishi yoki butunlay yopilishi tufayli bemorda gipoksiya, giperkapniya va bronxlar drenaj faoliyatini buzilishi rivojlanadi. Kasallikning sabablari:

hiqildoqning yallig'lanishi (burmaosti laringiti, perixondrit);
hiqildoqning xavfli (hiqildoq saratoni) yoki xavfsiz (papillomatoz va boshq.)

o'smalari;

hiqildoq jarohatlari va kuyishlari (mexanik, termik, kimyoviy va nurlantiruvchi ta'sirida);

hiqildoq yot jismi;

hiqildoqning allergik shishi; Kvinke shishi, hasharotlar chaqishi;

jag'yuz va bo'yin sohasining yallig'lanishi va jarohatlari;

uzunchoq miya, bo'yin va ko'ks oraliq'i a'zolarining kasalliklarida rivoj

langan qaytuvchi asab tolasining falaji.

hiqildoqning organik torayishlari, hiqildoqusti qopqoqi mushak tolalarining qisqarishi natijasida rivojlangan laringospazmdan farqlash.

Tasnifi. Hiqildoq torayishi rivojlanish tezligi bo'yicha quyidagilarga bo'linadi:

1) o'ta tez rivojlangan hiqildoq torayishi (masalan, nafas yo'llarida yirik yot jism tiqilib qolganda);

2) o'tkir hiqildoq torayishi (hiqildoqning allergik torayishi);

3) surunkali hiqildoq torayishi (hiqildoq o'smalari, hiqildoqning chandiqli jarayonlari);

Inspirator hansirash hiqildoq torayishining o'ziga xos belgisi hisoblanadi.

Nafas etishmovchiligining kompensasiya darajasi bo'yicha hiqildoq torayishining quyidagi bosqichlari tafovut qilinadi:

1. Kompensasiya bosqichi, hiqildoq torayishining I darajasi jismoniy harakat paytida bemorda shovqinli nafas va hansirashni kuzatilishi, tinch holatda hansirashni yo'qolishi, bemorning nafas olishi davomli bo'lishi, nafas olish va nafas chiqarish harakatlari orasidagi pauzani qisqarishi.

2. Nisbiy kompensasiya bosqichi, hiqildoq torayishining II darajasi tinch holatda ham hansirashni kuzatilishi: nafas olishda yordamchi mushaklarni ishtirok etishi, ko'krak qafasining yumshoq to'qimalari (qovurg'alar oraliq'i, to'shusti va o'mrovusti chuqurchalari, epigastriy sohasi) nafas olganda ichkariga tortilishi.

3.Dekompensasiya bosqichi, hiqildoq torayishining III darajasi bemorda keskin inspirator hansirash, nafas olishini davomli va shovqinli bo'lishi, nafas harakatlarida yordamchi mushaklarni ishtirok etishi, ko'krak qafasining yumshoq to'qimalarini ichkariga keskin tortilishi. Bemor bezovta, uning lablari va tirnoqlari ko'kimtir bo'ladi, taxikardiya va gavdaning majburiy holati kuzatiladi (bemor qo'llariga tayanib boshini orqaga tashlagan holda o'tiradi).

4.Terminal bosqich (bo'g'ilish), hiqildoq torayishining IV darajasi bemorning nafas olishi yuzaki va aritmik, tomir urishi ipsimon bo'lishi. Teri qoplamlari ko'karib, eshushini yo'qotilishi, yuzidan sovuq ter oqishi, ko'z qorachiqclarini kengayishi, dastlab nafas, keyin yurak faoliyatini to'xtashi.

Hiqildoq torayishi va bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishii birbiridan quyidagi belgilar bilan farq qiladi: bronxlar yorig'ining torayishida bemorda ekspirator hansirash kuzatiladi, uning ovozi o'zgarmaydi, nafas olganda hiqildoqning harakati ko'zga tashlanmaydi, bemor qo'llariga tayangan holda boshini oldinga egib o'tiradi, auskultasiyada o'pkada hushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

Shoshilinch tibbiy yordam hiqildoq torayishining bosqichi va uning sabablarini e'tiborga olgan holda shifoxona sharoitida o'tkaziladi.

I. Konservativ davolash tadbirlari kasallikning I va II bosqichlarida o'tkaziladi. Hiqildoq torayishining sababi aniqlanganda, u mumkin qadar tez bartaraf etilishi lozim. Hiqildoqning barcha kasalliklarida yuzaga kelgan torayish doimo to'qimalarning shishi bilan kechadi. Shuning uchun, hiqildoq torayishida shishga qarshi tadbirlar muhim ahamiyat kasb etadi:

1) bemorga antigistamin dorilar 2,5% suprastin, 1% dimedrol, 2,5% pipolfen, tomir ichiga 10% kalsiy xlorid yoki kalsiy glyukonat yuboriladi;

2) bemor oyoqlariga issiq vanna qilinadi, hiqildoq sohasiga 20% dimeksid eritmasida namlangan boylam qo'yiladi;

3) oyoq qorinchalariga va ko'krak qafasiga xantal qo'yiladi;

4) bemorga balg'am ko'chiruvchi va yumshatuvchi dorilar (termopsis, altey, 3% kaliy yodid va 2% soda eritmasi) ichishga beriladi;

5) moychechak yoki 1% xlorofiliptning spirtli eritmasi va 0,25% novokain aralashmasi (1:5) bilan ingalyasiya qilish tavsiya qilinadi (510 daqiqa davomida, kuniga 24 marta);

Quyidagi aralashma ham 35 ml miqdorda kuniga 1 marta ingalyasiya uchun buyuriladi;

gidrokortizon emulsiyasi (25 mg) 1,0 (yoki prednizolon);
efedrin gidroxlorid (5%) 1 ml;
dimedrol (1%) 1 ml;
ximotripsin (2mg) 1,0;
askorbin kislota (5%) 5 ml;
distillangan suv 50 ml;
natriy gidrokarbonat (2%) 50 ml

6) Tomir ichiga tomchilab quyidagi aralashma yuboriladi:

natriy xlorid izotonik eritmasi 200 ml
prednizolon 30 mg
2,5% pipolfen 2 ml
10% kalsiy xlorid 10 ml
0,025% strofantin yoki korglyukon 1 ml

Bemorni uxlatish maqsadida tomir ichiga yoki mushak orasiga 20% oksibutirat natriy yuboriladi (1 kg tana vazniga 60100 mg).

7) novokain blokadası bajariladi:

pastki burun chig'anoqlari old qismining shilliq qavati ostiga 0,5% novokain 2 ml miqdorda yuboriladi;

bo'yin novokain blokadası bemor yotgan holatida bajariladi. Bunda bemorning elkari ostiga bolishcha qo'yiladi va bo'yinning old yuziga spirt surtiladi. Qalqonsimon tog'ayning bo'rtgan sohasida chap va o'ng tomonda teri ichiga 2030 ml 0,5% novokain eritmasi yuboriladi va terida "limon po'sti" holati hosil qilinadi;

8) bemor maxsus palatkaga yotqiziladi, unda havo namligi oshirilgan va kislorodga boy bo'lgan mikroiklim sharoiti yaratiladi. Palatka ichi kislorod bilan ta'minlanadi.

9) tomir ichiga glyukokortikoid preparatlari: gidrokortizon (kattalarga 0,1 0,15; bolalarga 1 kg tana vazniga 0,003 0,005), prednizolon (kattalarga 0,050,15; bolalarga 1 kg tana vazniga 0,0010,003) yoki deksametazon yuboriladi.

Hiqildoq torayishida tomir ichiga glyukokortikoidlarni ko'p miqdorda yuborish usuli "tomir ichi traxeostomiyasi" deb ataladi.

10) bemorga limfotrop terapiya o'tkaziladi.

Hiqildoq torayishida N.X.Voxidov usuli bo'yicha limfotrop terapiya zararlangan maydondagi limfa tugunlarda dorilarning kerakli miqdorini hosil qilishga, intubasiya va bemorni davolash muddatini qisqartirishga, traxeostomiya amalini kamaytirishga yordam beradi.

Limfotrop terapiya quyidagicha bajariladi: qalqonsimonuzuksimon tog'aylar sohasining terisi spirt bilan tozalangandan so'ng shu sohaga teri ichiga 0,25% novokainda eritilgan 816 TB lidaza, 15 daqiqadan

soʻng gidrokortizon (1 kg tana vazniga 2 mg) yoki prednizolon (1 kg tana vazniga 1 mg) yuboriladi. Yana 15 daqiqadan keyin shu sohaga bemor qabul qilayotgan antibiotik 150 000 TB miqdorda teri ichiga yuboriladi (levomisetin suksinatdan tashqari). Muolaja har 12 soatda takrorlanadi.

Hiqildoq torayishida narkotik va atropin dori vositalarini qoʻllash man etiladi, ular yoʻtal refleksini susaytirib, traxeya va bronxlarda yopishqoq, qalin patologik ajralmani toʻplanishiga yordam beradi, shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar faoliyatini susaytiradi.

II. Jarrohlik amali yordamida davolash usuli hiqildoq torayishining dekompensasiya bosqichida va boʻgʻilish holatida qoʻllanadi. Dastlab traxeya intubasiyasi, keyin umumiy ogʻriqsizlantirish ostida traxeostomiya jarrohlik amali oʻtkaziladi. Traxeostomiya jarrohlik amali hiqildoq torayishining III bosqichida hamda hiqildoq torayishining II bosqichi bilan kechgan hiqildoq saratonida eng samarali usul hisoblanadi.

Traxeostomiyaga boʻlgan koʻrsatmalar. Traxeostomiya amali hiqildoq torayishining III va IV bosqichlarida hamda quyidagi holatlarda qollanadi: konservativ terapiya va intubasiyadan soʻng nafas etishmovchiligi bartaraf qilinmagan hollarda.

1. Mexanik boʻgʻilishda, masalan hiqildoq oʻsmasida, jajyuz sohasi, halqum va hiqildoqning yalligʻlanish jarayonlarida, traxeya va bronxdagi yot jismni tabiiy yoʻl orqali chiqarib olishning iloji boʻlmaganda, ingalyasiyalik narkozga zarurat tugʻilganda;

2. Aspirasiya va sekresiya moddalari nafas yoʻllarining oʻtkazuvchanligini buzganda: a) ovqat parchalarini nafas yoʻllariga tushishi;

b) nafas yoʻllarida qon toʻplanishi;

v) nafas yoʻllarida sekresiya moddasini toʻplanishi;

g) oʻpka shishi;

d) traxeobronxial okklyuziya bilan kechgan nafas biomexanikasini buzilishi, yaʼni qovurgʻalari singan bemorda paradoksal nafas yuzaga kelganda “zararli” boʻshliqni kamaytirish maqsadida (torakal va qorin boʻshligʻi jarrohlik amalidan soʻng);

3. Bosh miya jarohati, qon aylanishning oʻtkir buzilishi va bosh miya organik kasalligida nafas ritmi oʻzgarganda;

4. Spontan nafas etishmovchiligida yoki nafas yoʻqotilganda (narkotik va uyqu dorilar bilan zaharlanish, elektr toki urganda, yuqumli kasalliklarda, botulizmida) bemorga sunʼiy nafas berish maqsadida.

O'tkir epiglottit, klinikasi, tashxisi va davolash taktikasi

O'tkir epiglottit ko'pincha 37 yoshar bolalarda kuzatiladi. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati $39\text{--}40^{\circ}$ ga ko'tariladi, unda uyquchanlik, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, yutinganda tomoqini og'rishi, keyinchalik nafas etishmovchiligining belgilari kuzatiladi. Bemorda nafas etishmovchiligi juda tez rivojlanib (12–15 soat davomida) bo'qilish holatiga olib kelishi mumkin. Bola og'zini keng ochib, pastki jag'ini oldinga surib, boshini oldiga egib, yarim o'troq holatni egallaydi, ovqatdan va suv ichishdan bosh tortadi, og'zidan ko'p miqdorda so'lak oqadi, ovozi pasayadi, ammo bo'g'lmaydi. Bolada inspirator hansirash kuzatiladi, ammo nafas olishi shovqinli bo'lmaydi, yotganda hansirash kuchayadi. Hiqildoq sohasi paypaslanganda og'riydi. Laringoskopiya hiqildoqusti qopqog'i qipqizil bo'lib, shishganligi ko'zga tashlanadi (hiqildoqning pastki bo'limlari shish tufayli ko'zga ko'rinmaydi, shish va qizarish cho'michsimonhiqildoqusti qopqog'i va vestibulyar burmalarga tarqaladi).

Tashxis klinik belgilar, laringoskopiya manzarasi va yon tomonlama bo'yin rentganografiyasi natijalari asosida qo'yiladi.

Davolash. Kasallikni o'z vaqtida aniqlash va bemorni o'z vaqtida shifoxonaga yuborish muhim ahamiyatga ega. Kasallikning boshlang'ich bosqichida, ya'ni engil nafas etishmovchiligida tomir ichiga 20% glyukoza bilan prednizolon yoki gidrokortizon eritmasi yuboriladi. Muolaja har 68 soatda takrorlanadi va 23 kun davom ettiriladi. Bemorga antibiotikoterapiya buyuriladi. Og'ir hollarda bemor intubasiya qilinadi yoki traxeostomiya amali bajariladi.

Qizilo'ngach yot jismlari, klinikasi, tashxisi va davolash usullari.

Qizilo'ngach yot jismlari oddiy aylana, silliq (tanga, tugma) va asoratli – o'tkir, g'adirdudir (go'sht va baliq suyakchalari, tish protezi, igna, to'g'nag'ich) yot jismlarga bo'linadi. Yot jism qizilo'ngachning fiziologik torayishlarida, ko'pincha bo'yin qismi torayishida tiqilib qoladi. Patologik o'zgargan qizilo'ngachda (kimyoviy kuyishdan so'ng) ovqat parchalari tiqilib qolishi mumkin (meva danagi, non, no'xat). Qariyalarda qizilo'ngach mushaklarining tonusi pasayganligi tufayli unda ovqat parchalari to'planib, tiqilib qolish hollari uchraydi.

Klinik manzara: bemor yutinishi qiyinlashganligiga, ovqatlanish paytida tomog'i va to'sh suyagining orqasi og'rishiga, ko'p miqdorda so'lak ajralishiga shikoyat qiladi.

Bemorning tashqi ko‘rinishi. O‘tkir qirrali yot jism qizilo‘ngachning bo‘yin qismida tiqilib qolganda bemor boshini oldinga va pastga egib kimirlamay o‘tiradi, yon tomonga butun gavdasi bilan burilib qaraydi. Yot jism qizilo‘ngachning ko‘krak qismida tiqilib qolganda bemor yarimo‘troq holatni egallaydi (“yuk ko‘targan odam” holati).

Bolalarda qizilo‘ngach yot jismi o‘ziga xos belgilar bilan kechadi:

- 1) qizilo‘ngachda yot jism ko‘pincha o‘yin paytida tiqilib qoladi;
- 2) aylana va silliq yot jism qizilo‘ngachning bo‘yin qismida tiqilib qolganda bolada sulak oqishi, yo‘tal, ko‘ngil aynishi, ovqatlanishdan bosh tortishi belgilari kuzatiladi;
- 3) qizilo‘ngachning bo‘yin qismida yirik yot jism tiqilib qolganda bolalarda hiqildoqning o‘tkir torayishi holati yuzaga keladi;
- 4) aylana va silliq yot jism qizilo‘ngachda uzoq vaqt davomida ushlanib qolganda kasallik so‘lak oqishi, ko‘ngil aynishi, yutinishning qiyinlashishi, yo‘tal xurujlari, ovozni bo‘g‘ilishi va hansirash bilan namoyon bo‘ladi.

Qizilo‘ngach yot jismining asoratli kechimida bemorning tana harorati ko‘tariladi, qonda giperleykositoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Tashxis. Yot jism qizilo‘ngachning birinchi fiziologik torayishida tiqilib qolganda uzuksimon tog‘ay sohasi bosilganda og‘riydi.

O‘tkir qirrali yot jism qizilo‘ngachning bo‘yin qismida tiqilib qolganda halqum va hiqildoqning shilliq qavati shilinganligi, noksimon cho‘ntakda so‘lak to‘planganligi, cho‘michsimon tog‘aylarning shilliq pardasi shishganligi ko‘zga tashlanadi.

Bemor suyuqlik ichganda yuzida azoblanish, boshining majburiy holati yoki qusish kuzatiladi. Tana haroratini ko‘tarilishi, qonda EChT oshishi va leykositoz qizilo‘ngach yallig‘langanligidan dalolat beradi.

Qizilo‘ngach yot jismida rentgenologik tekshiruv quyidagi usullar bo‘yicha o‘tkaziladi:

1.G.M.Zemsov bo‘yicha qizilo‘ngach bo‘yin qismining yon rentgenografiyasi.

bo‘yin umurtqasi sohasida joylashgan pastki jag‘ burchagi va tilosti suyagining katta shoxasi bir biriga mos joylashishi lozim;

rentgenogrammada bo‘yin umurtqalari aniq ko‘zga ko‘rinishi lozim. Bo‘yni kalta va yo‘g‘ bemorlarda elka suyaklari ettinchi bo‘yin umurtqasini yopib turadi, shuning uchun bunday bemorlarda rentgenografiya tekshiruvi boshi va elkalari orqaga tashlangan holda bajariladi.

Rentgenogrammani baholash paytida quyidagi belgilar e'tiborga olinadi: me'yorda umurtqaoldi to'qima soyasining eni S_4 S_5 sohasida 0,4 0,5 sm ga, $S_6 - S_7$ sohasida 1,5 sm ga teng; qariyalarda uzuksimon tog'ay maydonidagi ohaklanish ba'zan yot jism sifatida baholanishi mumkin. G.M.Zemsov bo'yicha rentgenologik tekshiruvi qizilo'ngach yot jismini aniqlashga yordam beradi, ko'pincha u vertikal holatda, yassi yot jism ba'zan frontal holatda joylashadi. Kontrastsiz yot jismda va qizilo'ngach devorining jarohatida quyidagi ikkilamchi belgilar e'tiborga olinadi ;

umurtqa oldi mushaklarining reflektor qiskarishi tufayli umurtqa pog'onasi bo'yin qismining shakli o'zgaradi;

traxeyadagi havo ustuni va bo'yin umurtqalari orasidagi umurtqa oldi bo'shlig'i yumshoq to'qimalarining soyasi kengayadi;

“havo nayzasi” belgisiqizilo'ngach yot jismida yoki qizilo'ngach devori shishganda me'dadan chiqqan havo nayza shaklida pastda to'planadi, “nayzaning” uchi patologik o'zgargan tomonga qaratilgan bo'ladi.

umurtqa oldi bo'shlig'ining yumshoq to'qimalarida havo soyasi ko'rinadi, bu belgi qizilo'ngach orqasidagi to'qimalarga havo kirganligini yoki parchalanish jarayonini bildiradi .

2. S.V.IvanovaPodobed bo'yicha qizilo'ngachning kontrastli rentgenografiyasi bariy yoki yodolipol yordamida bajariladi. Rentgenografiya paytida bemorga 23 qultum suv ichish buyuriladi. Qizilo'ngach yot jismi yoki qizilo'ngach devorining jarohatiga kontrastli dog' suv ichgandan so'ng yo'qolmaydi.

Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda qizil'ngach yot jismlarida kontrastli rentgenoskopiya va rentgenografiyasi yodolipol yordamida bajariladi (chunki bola bariyni qusib tashlashi va u nafas yo'llariga tushishi mumkin).

Kattalarda qizilo'ngach yot jismini aniqlash maqsadida gastrofibroskopiya tekshiruvidan foydalansa bo'ladi.

Shoshilinch tibbiy yordam. Qizilo'ngach yot jismi shifoxona sharoitida shoshilinch ravishda bajarilgan ezofagoskopiya chiqarib olinadi. Ezofagoskopiya intubasiyali og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Bezovta bo'lmagan va ozg'in bemorlarda ezofagoskopiyaning mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajarsa bo'ladi. Yot jism chiqarib olingandan so'ng qizilo'ngach rentgenoskopiya o'tkaziladi. Ezofagoskopiya kechiktirilganda (masalan, bemor shifoxonaga ovqatlangandan so'ng yoki mast holda keltirilganda) yot jism “chiqarilishini” osonlashtirish maqsadida teri ostiga 0,1% atropin va 2% promedol yuboriladi.

Bemorga antibiotikoterapiya buyuriladi. Qizilo'ngach yot jismi ezofagoskopiya yordamida chiqarib olinmagan hollarda bemorda ezofagotomiya jarrohlik amali bajariladi va yot jism bo'yindagi jarohat maydoni orqali chqarib olinadi.

O'tkir torayuvchi laringotraxeobronxit

Kasallik ko'pincha 3 yoshgacha bo'lgan va yirik sanoat markazlarida istiqomat qilgan bolalarda uchraydi.

Sabablari: viruslar (gripp, paragripp, respiratorsintitsial virus, adenovirus) va ikkilamchi bakterial (stafilokokk) flora.

Patomorfologik o'zgarishlar bo'yicha o'tkir torayuvchi laringotraxeobronxitning quyidagi shakllari tafovut qilinadi:

- 1) kataral,
- 2) shishliinfiltrativ,
- 3) fibrinliyiringli,
- 4) yadrolinekrotik.

Jarayon hiqildoq burmaosti bo'shlig'i to'qimalarining qizarishi va shishi bilan boshlanadi. Laringoskopiya ovoz burmalarining ostidagi shilliq qavat simmetrik bolishchalar hosil qilib qizargan va shishganligi ko'zga tashlanadi. Yallig'lanish jarayoni qisqa vaqt ichida traxeya va bronxlarning shilliq va shilliqosti qavatlariga tarqaladi. Jarayon rivojlangan sari nafas yo'llarining shilliqosti qavatida infiltrasiya, epiteliyning shilinishi, qalin fibrinli karash hosil bo'lishi, shilliq va shilliqosti qavatining, ba'zan bronx tog'aylarining emirilishi kuzatiladi. Traxeya va bronxlarda shilimshiq yiringli ekssudat to'planadi, keyinchalik u qatqaloqlar hosil qilib kichik bronxlarni to'ldiradi.

Patogenezi: kasallik asosan immuniteti susaygan, raxit, gipotrofiya, diatez va surunkali kasalliklar bilan og'rigan bolalarda rivojlanadi.

Kattalarda laringotraxeobronxit ichki a'zolarining chuqur patologiyasida (gepatoxolesistit, pankreatit, qandli diabet, yurak etishmovchiligi), organizmning immun holati susayganda kuzatiladi.

O'tkir laringotraxeobronxit ko'pincha gripp va boshqa virusli kasalliklar avj olgan paytda rivojlanadi. Yirik sanoat markazlarda havoning chang va gazlar bilan ifloslanishi kasallikning rivojlanishiga yordam beradi. Hiqildoq, traxeya va bronxlardagi patologik jarayon tufayli bemorda nafas etishmovchiligi, gipoksiya, gipoksemiya, kislotaishqor muvozanati va qon elektrolit tarkibining buzilish belgilari rivojlanadi. Bemorda nafas faoliyatining buzilishiga quyidagi omillar sabab b'yladi;

- 1) hiqildoq burmaosti bo'shlig'i shilliq qavatining shishi;
- 2) laringova bronxospazm;
- 3) traxeya va bronxlarning yorig'i qalin va yopishqoq ekssudat hamda fibrin to'plami bilan torayishi.

Klinik manzara. O'tkir torayuvchi laringotraxeobronxit bilan og'rigan bemorda hiqildoq torayishi, dag'al (quvquv) yo'tal, ovozinig bo'g'ilishi kuzatiladi. Kasallik to'satdan, odatda, kechasi boshlanadi.

Kasallikning engil kechimida bemorda dag'al yo'tal, inspirator hansirash, hiqildoq torayishining III darajasi rivojlanadi, bolaning ovozi bo'g'iq (ammo jarangdor), tana harorati subfebril bo'ladi.

Kasallik o'rta og'irlikda kechganda bemorda hiqildoq torayishining IIIII darajasi rivojlanadi: nafas harakatlari shovqinli bo'lib tezlashadi, nafas olish qiyinlashadi. Bola bezovta, teri qoplami rangpar, burunog'iz uchburchagi ko'karadi, taxikardiya va tana haroratini ko'tarilishi kuzatiladi. Laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati qizargan va shishgan, burmaosti bo'shlig'ining shishi va qalin yopishqoq ekssudat tufayli hiqildoqning yorig'i torayganligi ko'zga tashlanadi.

Kasallikning og'ir kechimida bemorda hiqildoq torayishining III darajasi, ba'zan IV darajasi rivojlanadi; bemorda bo'g'ilish holati, teri qoplamlarining ko'karishi, taxikardiya, zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, tana harorati 40⁰ ga ko'tariladi. Laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati keskin qizargan, uning yorig'i torayganligi va fibrinli karash bilan qoplanganligi, shilliq qavatning ko'chishi ko'zga tashlanadi, traxeya yorig'ida yiring va fibrin po'stloqlar to'planadi. Aralash hansirash (inspiratorekspirator), nafas etishmovchiligi va zaharlanish belgilari kuchaya boradi. Kasallikning og'ir kechimida bemorda zotiljam, miokardit, buyrak va markaziy asab tizimining buzilishi, ba'zan sepsis rivojlanishi mumkin.

Qiyosiy tashxisot. Nafas yo'llari yot jismida yo'tal, nafasni buzilishi va ko'karish to'satdan paydo bo'ladi. Odatda bo'g'ilish kunduzi, bola ovqatlanayotgan yoki o'ynayotgan paytida yuz beradi. 12 kuni uning tana harorati o'zgarmaydi. Yot jism traxeyada tiqilib qolganda "ballotasiya" belgisi kuzatiladi; bo'g'ilish xurujlari erkin nafas bilan almashib turadi. Bunda anamnez ma'lumotlari, rentgenologik tekshiruv, bilvosita laringoskopiya va traxeobronxoskopiya aniq tashxis qo'yishga yordam beradi.

Hiqildoq difteriyasi astasekin rivojlanib (13 kunda) keskin zaharlanish belgilari va haroratning keskin ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorda dastlab dag'al yo'tal, keyin ovozinig afoniya darajasigacha bo'g'ilishi kuzatiladi (o'tkir laringotraxeobronxitda

ovozning jarangdorligi saqlanib qoladi va u bola qichqirganda yoki yigʻlaganda maʼlum boʻladi). Koʻpincha hiqildoq difteriyasi halqum difteriyasi bilan birga kechadi; halqumning shilliq qavatida qalin, zich va pastki toʻqimalar bilan birikkan karash bilan qoplanadi. Karash qiyinchilik bilan koʻchadi, olingandan sʻyng uning osti qonaydi. Hiqildoq difteriyasida laringoskopiya hiqildoqning shilliq qavatida, ovoz burmalarida va burmaosti boʻshligʻida zich, kulrangsariq yoki och yashil karash borligi aniqlanadi, ovoz burmalari hiqildoq mushaklarining yalligʻlanishi tufayli yopilmaydi. Tashxis qoʻyish uchun bemorning tomogʻidan Lyoffler tayoqchasiga surtma olinadi.

Shoshilinch tibbiy yordam. Oʻtkir torayuvchi laringotraxeobronxit bilan ogʻrigan bemor yuqumli kasalliklar shifoxonasining maxsus boʻlimida davolanadi. Unga quyidagi davolash tadbirlari oʻtkaziladi:

- boʻgʻilish holatini bartaraf etish;
- ikkilamchi bakterial infeksiya bilan kurashish;
- organizm zaharlanish belgilarini kamaytirish.

Davolash tadbirlari bosqichma bosqich olib boriladi:

- konservativ davolash;
- reanimasiya boʻlimida shoshilinch tibbiy yordam koʻrsatish (bevosita laringoskopiya, intubasiya, traxeostomiya) ;
- otorinolaringologiya boʻlimida davolash (dekanyulyasiya).

Kasallikning engil kechimida bemorga quyidagi davolash tadbirlari oʻtkaziladi:

1.Chalgʻituvchi muolajalar: koʻkrak qafasiga, hiqildoq sohasiga va oyoq qorinchalariga xantal kuyish, oyoqlariga issiq vanna qilish;

2.Antigistamin dorilar tavsiya qilinadi (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen);

3.Balgʻam koʻchiruvchi vositalar buyuriladi (sodali issiq sut, altey tomirining

qaynatmasi, solutan, 3% kaliy yodid);

4. Boʻyin yoki burun chigʻanoqlari shilliq osti sohasi 0,25 0,5% novokain yor

damida blokada qilinadi.

5. Bemorga namlangan kislorod beriladi.

6. Quyidagi aerezollar yordamida ingalyasiya buyuriladi:

efedrin gidroksloridi (5%) 1 ml;

adrenalin gidroksloridi (0,1%) 1 ml;

atropin sulfat (0,1%) 0,3 ml;

dimedrol (1%) 1 ml;
pipolfen (2,5%) 1 ml;
gidrokortizon (1 ml) 2 mg;
askorbin kislotasi (5%) 5 ml.

Ingalyasiya muolajasi bemorning ahvoli va hiqildoq torayishining darajasiga qarab, har 12 soatda takrorlanadi, bitta muolajaga 2 ml aralashma sarf qilinadi. Aerozollarni qo'llash iloji bo'lmagan taqdirda dorilar parenteral yo'l orqali yuboriladi.

7. Grippga qarshi gammaglobulin (mushak orasiga 1,53 ml), interferon (3 5 tomchidan har 2 soatda burunga tomiziladi) buyuriladi.

8. Yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar tavsiya qilinadi.

Davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda bevosita laringoskopiyada ovoz burmalari osti shishi sohasiga 0,1% adrenalin yoki 2% efedrin eritmasi sepiladi; yopishqoq qalin ajralma so'rib olinadi va traxeya antibiotik, tripsin va gidrokortizon eritmalari bilan yuviladi.

Kasallikning o'rta og'ir kechimida yuqorida qayd etilgan davolash tadbirlaridan tashqari bemorga quyidagi dorilar tavsiya qilinadi:

kortikosteroid dorilar (bemorning 1 kg tana vazniga 0,005 gidrokortizon va 0,02 prednizolon mushak orasiga yoki tomir ichiga yuboriladi);

tripsin yoki ximotripsin (aerozol shaklida yoki intratraxeal yo'l orqali kattalarga kuniga 510 mg, bolalarga 25 mg yuboriladi) ;

antibiotiklar (penisillin, ampicillin, sefomizin, seporin, kefzol va boshq.);

tent ostida yoki kislorod palatkasida oksigenoterapiya o'tkaziladi.

tana haroratini tushirish maqsadida mushak orasiga 50% analgin (bemorning har bir yoshiga 0,1 ml dan) yuboriladi;

talvasa holatida bemorning yoshiga va vazniga qarab mushak orasiga litik aralashma (2,5% aminazin, 2% promedol, 2% papaverin, 1% dimedrol) yuboriladi;

organizm zaharlanish belgilarini kamaytirish maqsadida bemorga prednizolon, korglyukon, kokarboksilaza, kalsiy glyukonat, vitaminlar, glyukoza eritmasi buyuriladi; tomir ichiga tomchilab gemodez, qon zardobi, reopolyuglyukin buyuriladi.

to'qima asidozini kamaytirish maqsadida tomir ichiga 4% natriy gidrokarbonat eritmasi 1kg tana vazniga 5 ml dan tomchilab yuboriladi.

neyrotoksikoz va talvasa holatida miyaning gipoksik shishiga qarshi tomir ichiga 20% oksibutirat natriy eritmasi (har 1kg tana vazniga 60120 mg dan) yuboriladi.

N.X.Voxidov bo'yicha limfotrop terapiya o'tkaziladi ("hiqildoq torayishi" bobiga qarang).

Davolash tadbirlaridan so'ng bilvosita laringoskopiya bajarilib traxeyadagi ajralma so'rib olinadi va nafas yo'llari fermentlar, kortikosteroid va antibiotiklar eritmasi bilan yuviladi, ovoz burmalari osti shilliq qavatiga qon tomirlarni toraytiruvchi va kortikosteroid dorilar sepiladi.

O'tkir laringotraxeobronxitning og'ir kechimida konservativ davolash tadbirlari yordam bermagan hollarda, traxeya intubasiya qilinadi, 56kuni intubasiya naychasi yiring bilan teztez to'lganda yoki traxeya tog'aylari yallig'langanda bemor ekstubasiya qilinadi (zarur bo'lganda intubasiya yana takrorlanishi mumkin). Davomli intubasiya yordam bermagan hollarda pastki traxeostomiya jarrohlik amali bajariladi va bronxlar fiziologik eritma bilan yuviladi, keyin Bronxlarga kortikosteroid, ferment va antibiotik eritmalari yuboriladi. Og'ir hollarda pastki bronxoskopiya orqali nafas yo'llari yiringli ajralma va shilliq qavat parchalaridan tozalanadi.

XVII. OTOLARINGOLOGIK VA SOMATIK KASALLIKLARDA BO‘YIN VA BOSH LIMFA TUGUNLARINI KATTALASHISHI

Er yuzi aholisi orasida adenopatiylarni kopayishini ekologik omillarni inson organizmiga ta'siri bilan bog'lash mumkin. To'qima suyuqligini filtrlash va yot omillarni kumulyasilash faoliyati bilan limfa tugunlar mahalliy va umumiy immunitetga ta'sir qiladilar. O'z navbatida ekologik omillar to'g'ridanto'g'ri yoki ikkilamchi tarzda limfadenopatiyani rivojlanishiga o'z ta'sirini o'tkazadi. Birinchi holatda, organizmga tushgan yot omil limfa tugunlarda to'planib, uning yallig'lanishiga sabab bo'lsa, uning ikkilamchi ta'siri (radiasiya, pestisidlar) organizm immunitetini susayishi, infeksiyani faollashishi va limfadenopatiyani rivojlanishi bilan namoyun bo'ladi. Shartli patogen mikroorganizmlarni faollashishi 1973-1993 yillarda silsiz mikobakterial limfadenitlarni 15 martagacha ko'payishiga olib keldi. OITVinfeksiyasini (odan immuniteti tanqisligi virisi) keng tarqalganligi esa vaziyatni yanada og'irlashtiradi va limfa tugunlarining sili OITS ning (odan immuniteti tanqisligi sindromi) indikator hisoblanadi.

Radiasion ta'sirlar organizmda modda almashinuvini buzib, a'zo va tizimlar faoliyatini susaytiradi. Natijada surunkali zaharlanish, immun tizimi faoliyatining etishmovchiligi, organizmda limfoproliferativ jarayonlarning belgilari va surunkali yallig'lanish kasalliklari rivojlanadi. Ukrainada sodir bo'lgan Chernobil atom elektrostansiyasi avariyasidan keyingi ifloslanish aktual muammo hisoblanadi. Nospesifik limfadenopatiyani tarqalishi tuproqni radionuklidlar bilan ifloslanishning miqdoriga boqliq bo'lmasada, bemorlar organizmiga ovqat bilan birga radiaktiv moddalarni kirishi uni surunkali nurlanishiga olib keladi. Avariya dan keyingi davrda bolalar orasida kasallanish ko'rsatkichi yuqori bo'lib, bulardan qalqonsimon bez patologiyasi, onkologik kasalliklar, LOR a'zolarining surunkali kasalliklari turli limfadenopatiyalar sonini oshishiga olib keldi. Ekologik noqulay mintaqalarda yashovchi bolalarning immunogrammasida Tlimfositlarning kamayishi, nolhujayralar, Tsupresserlarni oshishi, neytrofillarning fagositlar faolligini susayishi aniqlangan.

V.V.Roginskiy fikricha, limfadenitlarni keng tarqalishi va bolalarda asoratlarni rivojlanishi diqqatni kasallikning etiologiyasini aniqlashga qaratmaslik va limfadenitni asosiy kasallikning belgisi sifatida baholash bilan bog'lash mumkin. Hozirgi vaqtda limadenit bilan kasallangan bemorlarning aksariyatida yuzjag' va bo'yin sohasi adenoflegmonasida

infeksiya o'chog'ining kirish darvozasini aniqlab bo'lmaydi. O'tkazilgan serologik tekshiruvlar natijasi shuni ko'rsatadiki, etiologiyasi noma'lum limfadenopatiya bilan kasallangan bemorlarda Dtipdagi retrovirusning oqsil strukturasi qarshi antitana aniqlangan.

Periferik limfa tugunlar kattalashishi sindromini rivojlanishi va ko'payib borishi homilador ayollarning yoshiga, o'tkazilgan rentgenologik tekshiruvlarga va homiladorlik vaqtida shamollash, otaonalarining zararli odatlari bilan bog'liq. Bundan tashqari atrof muhitni ifloslanishi va oziqovqatlarning bola organizmiga toksik ta'siri kasallikni rivojlanishiga yordam beradi. O'tkir respirator virusli infeksiya esa nospesifik limfadenitning rivojlanishida bosh omil bo'lib xizmat qiladi.

Bo'yin limfadenopatiyasi bolalar otorinolaringologiyasi amaliyotida ko'p uchraydi. Bunda ko'pincha 2027 ta kasallik bilan qiyosiy tashxisot o'tkazishiga to'g'ri keladi. Barcha limfadenopatiyalar 2 katta guruhga bo'linadi:

- 1) Yallig'li (spesifik va nospesifik);
- 2) Yallig'lanishsiz (neoplastik jarayonlarda).

Reaktiv nospesifik limfadenopatiya (NLAP) 3 guruhga bo'linadi:

1. Infeksion yallig'lanishli;
2. Allergik;
3. Etiologiyasi noaniq.

Yallig'lanishli NLAP serozli, abscesslanuvchi, adenoflegmonali bo'ladi. Limfadenitlar orasida ko'proq etiologiyasi noaniq limfadenitlar (59, 3%) uchraydi. O'tkir limfadenitlar 0,9 %, surunkali nospesifik limfadenopatiyalar 14,2 %, spesifik 5,3%, virusli 4,4% va reaktiv limfadenitlar 8,2 % hollarda uchraydi.

Birinchi guruhga (yallig'li limfadenopatiya) nospesifik bakterial flora (stafilokokk, streptokokk, mikrokokk va boshqalar), ularning toksinlari, to'qima parchalanish mahsulotlari qo'zg'atgan o'tkir va surunkali limfadenitlar kiradi.

O'tkir limfadenopatiyaning klinik manzarasi to'satdan boshlanishi, jarayonni jadal rivojlanishi, tana haroratini oshishi, zaharlanish belgilari, mahalliy og'riq, qonda neytrofilliyozi va leykositoz bilan namoyon bo'ladi. Yuzjag' sohasi va bo'yinning o'tkir nospesifik limfadenitiga odontogen va stomogen yallig'lanish jarayonlari (40% va 80% hollarda): o'tkir gerpetik stomatit, tish chiqishini qiyinlashishi, og'iz bo'shlig'i shilli qavatidagi yallig'lanish, kataral yoki yaralinekrotik gingivostomatit, eksfoliativ xeylitning ekssudativ shakli, ko'p shaklli ekssudativ eritema, og'iz bo'shligi shilli qavatining jarohati sabab

bo'ladi. Bolalarda mahalliy limfa tugunlarining zararlanishiga yuz sohasidagi yiringli jarayonlar, stafilostreptodermiya, chipqon, atopik dermatit (2,3 % hollarda) dermatogen manba sifatida xizmat qiladi. Limfadenitning 13,2 % hollariga LOR a'zolarining patologiyasi sabab bo'lib, zararlanish ko'proq tonzillogen, kamroq otogen yo'l orqali sodir bo'ladi. Bulardan tashqari sust kechuvchi halqum va tish kasalliklarda rivojlangan birlamchi surunkali limfadenit ham kuzatiladi.

G.I.Timofeeva ma'lumotlariga ko'ra oxirgi yillarda yosh bolalar orasida surunkali tonzillogen bo'yin limfadenitlarni ko'payisi kuzatilmiqda. A.K.Xonova bolalardagi LORpatologiyalarning 86,1 % da periferik limfa tugunlarni kattalashishi sindromini kuzatdi. Ko'pincha surunkali tonzillit va adenoidit bilan birga kechgan bo'yin limfadeniti halqum limfoid halqasidagi yallig'lanish jarayonining asosiy va etakchi belgisi hisoblanadi. Bunda tanglay murtagida limfoid giperplaziyasi va lakunalarining kattalashishi kuzatiladi. Mahalliy limfadenitda bolalar leykogrammasida monositlar, V hujayralar sonini, lakunar ajralmasida IgG, IgA miqdorini kamayishi, IgM oshishi, so'lakda IgG, IgA, Ig M miqdorini oshishi kuzatiladi.

Yallig'lli adenopatiyalar guruhiga virusli kasalliklar ham kiradi. Bo'yin limfa tugunlarini kattalashishi barcha bolalar yuqumli kasalliklarida, mononukleozda, sitomegalovirusli, adenovirusli, enterovirusli va gerpetik infeksiyalarda uchraydi.

Har bir yuqumli kasallik o'ziga xos klinik kechmiga ega bo'lganligi tufayli limfadenit tashxisida epidemiologik holat e'tiborga olinadi. Bunda limfa tugunlar qattiq, elastik, birbiriga birikmagan, og'riqsiz yoki kam og'riqli, o'lchami uncha katta bo'lmaudi (infeksion mononukleozdan tashqari).

Limfadenitning sabablaridan biri – bu “mushuk tirnashi” kasalligi felinoz (xavfsiz limforetikulyoz) bo'lib, bu kasallikning 10 ga yaqin nomi bor. Infeksiya qo'zg'atuvchisi haqida aniq ma'lumot yo'q. Chet el olimlari felinozning qo'zg'atuvchisi Bartonella henselae va Afitia felis deb hisoblaydilar. Infeksiya manbai mushuklar bo'lib, ularga bu infeksiya kabutarlardan yuqadi. Terining jarohati sohasida yiringlash rivojlanib, 510 kun dan keyin mahalliy limfa tugunlar, ko'proq qo'ltiq osti va bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Tugunning diametri 27 sm ga etadi, kasallikning lokal shaklida tugunlar kamharakatchan, kamog'riqli, felinozning toksik shaklida esa og'riqli bo'ladi. Limfa tugunlar yiringlashga moyil bo'lib, lokal shaklida intoksikasiya belgilari, taloqda o'choqli limforetikulez kuzatiladi. Kasallikning asorati 513 % hollarda

uchrab, ensefalit, gepatit, qalqonsimon bez abssessi bilan namoyon bo'ladi.

Zamburug'li invaziya chuqur mikozlar va LOR a'zolarining yuzaki jarohati bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi bilan kechadi. Zamburug'ning turiga, jarayonni joylashuviga qarab limfadenopatiya turli darajali bo'ladi. Limfa tugunlar kam og'riqli kattalashgan, qattiq, birbiriga birikmagan (masalan, kandidozli tonzillomikoz) bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda (masalan, chuqur mikozsporotrikozda) ular og'riqli, yiringlagan, ko'gina ikkilamchi tugunchalar limfa tomirlari bo'ylab paydo bo'lib, qattiqlashadi. Gistaplazmozda bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi bilan birga mediastenal va tomiroldi limfa tugunlar ham zararlanadi. Aspergillezda ham limfadenopatiya kuzatiladi.

Spesifik yallig'li limfadenopatiyalarda limfa tugunlarida epitelioid hujayrali jarayon kechadi. Bu holat sil kasalligida, mikobakteriozda, sarkaidozda, soxra silda, iersiniozda, listeriozda, brusellyozda, tulyaremiyada, sibir yarasida, toksoplazmozda, leptospirozda, Sodoku (sichqon tishlashi) kasalligida, xlomidiya va mikoplazmali infeksiyada, zaxmda kuzatiladi. Ushbu infeksiyalarning barchasida limfadenit o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi. Masalan, zaxmda limfa tugunlar sharsimon shaklda, qattiq, elastik, hajmi yong'oq kattaligidan oshmaydigan bo'lib, 25 oy yallig'lanish belgilarisiz davom etadi. Toksoplazmozda rivojlangan poliadenitda limfa tugunlari 1,52 sm gacha kattalashadi, elastik bo'ladi, ular ustidagi teri o'zgarmaydi.

Asosiy diqqat e'tiborni sil kasalligidagi periferik limfa tugunlarga qaratish aholi orasida sil bilan kasallanish hollari oshib borayotganligiga bog'liq. Silning o'pkadan tashqari shakli 198488 yillarda 8 % ni, 1989 yilda esa 16 % ni tashkil qilgan. Periferik limfa tugunlar silining ko'rsatkichi 4 marta oshgan. Kasallikni asosan bolalar orasida tarqalishi juda xavfli hisoblanadi. U ko'pincha maktab yoshidagi bolalarda rivojlanadi. Spesifik yallig'lanish 30,7% hollarda old va orqa bo'yin limfa tugunlarida yuzaga keladi. Kasallik kam hollarda yuqori nafas yo'llarining sili bilan birga kechib, birlamchi lokal infeksiyadan yuzaga keladi. M'lumotlarga ko'ra, har 3 nafar odamning bittasida ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pkada spesifik o'zgarishlar aniqlangan. Periferik limfa tugunlarining sili 30 % hollarda tuberkulin sinamasida aniqlanadi. 12 oy ichida limfa tugunlar 1,5 3 sm gacha kattalashadi, paypaslaganda ular og'riqsiz, yoki biroz og'riqli, zich, atrof to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi. Jarayon og'irlashgan sari limfa tugunlar yumshaydi, paypaslanganda flyuktuasiya aniqlanadi, atrofdagi teri qoplami ko'karadi. Keyinchalik oqma paydo bo'lib, undan kazeozli

ajralma oqadi. Oqma bir necha oydan keyin dag'al chandiq hosil qilib bitadi.

Yallig'lanishsiz limfadenopatiyalar bir nechta kasalliklarda uchraydi va quyidagi guruhlariga bo'linadi:

Birinchi guruhga limfadenopatiyaga sabab bo'lgan endokrin o'zgarishlar – buyrakusti bezi va timus gipofunksiyasi, qalqonsimon bez giperfunksiyasi kirsak, ikkinchi guruhga kollagenozlardagi reaktiv giperplaziyalar kiradi. Bundan tashqari alohida pigmentli giperplaziyalar gemosidiroz (kamqonlik, qon quyulishi), antrakotik holat, V₁₂ vitamini etishmovchiligi uchraydi. Keyingi guruhga kumulyativ retikulyozlar yoki enzim etishmovchiliklari, lipomelopatik holat (ekzema, neyrodermit, sebareyali dermatit, ekzfoliativ dermatit, psoriaz) kiradi.

Tug'ma bo'yin va yuz sohasi limfa tugunlarining anomaliyasi bola tug'ilganidan keyin aniqlanib, unga infeksiya yoki jarohat sabab bo'ladi. Bu holat nafas yo'llarining o'tkir bosilishiga olib kelishini esda tutish lozim. Yuqorida qayd etilgan barcha kasalliklar nisbatan xavfsiz hisoblanib, kam uchraydi.

Xavfli giperplaziyali o'smasimon va immunoblast limfadenopatiyaga OITV infeksiyasi va limfa tizimining o'smalari (limfagranulyamatoz, limfoma, leykozlar) hamda boshqa osmalardagi limfa tugunlarning metastatik zararlanishi kiradi.

Xavfli limfoma tez o'suvchi o'sma bo'lib, bunda limfa tugunlar yumshoq, og'riqsiz, o'zaro bitishgan bo'ladi. Teri qoplamasi jarayonining oxirgi bosqichda zararlanadi. Faqat birta limfa tugunini zararlanishi hollarda xodjkin limfomasida 24 % , noxodjkin limfomasida 33 % hollarda uchraydi. Limfagranulematozda o'sma jarayoni bo'yin limfa tugunlaridan boshlanadi. Dastlab birta limfa tuguni zararlanib, keyin qo'shni tugunlar kattalashadi, ular o'zaro bitishmalar hosil qiladi, natijada harakatchan, zich konglomerat yuzaga keladi. Bosh va bo'yinning xavfli o'smalari 30 80 % gacha bo'yin limfa tugunlariga metastaz beradi. Mahalliy limfa tugunlarga metastaz berish xususiyati o'smaning joylashuviga, shakliga, hujayralarning takomillashish darajasiga, jarayonning tarqalishiga bog'liq bo'ladi. Bo'yin limfa tugunlarining metastatik zararlanishi og'iz bo'shlig'i o'smalarida kuzatiladi. Masalan, pastki lab saratonida 5,19,2 % hollarda, qalqonsimon bez o'smasida 60% hollarda metastaz berishi kuzatilgan. Bosh va bo'yin terisi melanomasi, rabdomiosarkoma 12 33% gacha, konyuktivaning skvamoz karsinomasi 1,1 % hollarda bo'yinga metastaz beradi.

Kimura kasalligi etiologiyasi noaniq kasallik bo'lib, osiyo davlatlarida yashoychi yosh erkaklarda uchraydi. Unda belgilar triadasi: bosh va bo'yin terisining ostida og'riqsiz tuzilmani paydo bo'lishi, qonda eozinofiliya va IgE miqdorining oshishi kuzatiladi. Nefrotik sindromida buyrak to'qimasi eozinofillar bilan infiltrlangan, qalqonsimon bezda yumshoq to'qimali tuzilma aniqlanadi.

Kavasaki kasalligi etiologiyasi noaniq o'tkir tizimli kasallik bo'lib, 10 yoshdan kichik bolalarda uchraydi. U tana haroratini ko'tarilishi, og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, polimorf toshmalar, bo'yin limfadenopatiyasi, kanyuktivadagi yallig'lanish jarayoni bilan kechadi. Kasallik retrofaringeal absessday boshlanadi, suning uchun otorinolaringologlar uni yaxshi bilishlari lozim, chunki bemor avval shu belgilar shifokorga bilan murojaat qiladi.

Periferik limfa tugunlarining kattalanishi sindromi etiologiyasining murakkabligi, klinik manzarasining xilmaxilligi, o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlari bilan qiyosiy tashxisotni qiyinlashtiradi. Aniq tashxis qo'yish uchun bir qancha oddiy va murakkab usullarni, ko'pgina mutaxassislar va qimmatbaho texnik vositalarni qo'llashga to'g'ri keladi. Natijani baholash uchun tekshiruv maqsadini ko'z oldiga keltirish, kasallikning har bir bosqichining o'ziga xos xususiyatini yaxshi bilish kerak. Birorta tekshiruv 100 % ma'lumot berolmaydi. Masalan, fizikal tekshiruvning aniqligi 77 % ni, sitologik tekshiruv 74 % ni, gistologik tekshiruv 98,8 % ni tashkil qiladi.

Sitologik tekshiruv bolalarda xavfli o'smalarni erta aniqlashga yordam beradi va keng qo'llaniladi. Bu usul kam jarohatli bo'lib, uni laboratoriya sharoitida o'tkazish mumkin.

Surunkali limfadenitning qiyosiy tashxisotida ingichka igna bilan aspirasion boipsiya tekshiruvi 94,4% hollarda aniq ma'lumot olish imkonini beradi. Ushbu usulning sezuvchanligi 98,1% ni, spesefikligi 100 % ni, aniqligi 98,7% ni tashkil qiladi. Patologik jarayon bo'yinning chuqur qismlarida joylashganda biopsiya tekshiruvi magnit rezonans tomografiya (MRT) nazorati ostida qilinadi. Bundan tashqari UZI, termografiya va termometriya tekshiruvlari ham qo'llaniladi.

Limfadenopatiyada exografiyaning aniqligi 84,1% ni, sezuvchanligi 96,2% ni, spesefikligi 59,6% ni tashkil qiladi. Bo'yin limfadenopatiyasida MRT, UZI tekshiruvlari o'smaning shakli, diametri, boshqa a'zolar bilan aloqasi, jarayonning xarakterini, yallig'lanish kasalliklarida uning bosqichlari haqida aniq ma'lumot beradi. UZI fellenoz va o'tkir yiringli limfadenitning qiyosiy tashxisotida keng qo'llaniladi. UZI tekshiruvi natijalariga asoslanib surunkali lim-

fadenitning kechimi aniqlanadi. Kasallikning o'tkir kechimida va surunkali jarayonning avjida limfa tugunlardagi eksudativ jarayon kuchayib, ularning chzilari noaniq bo'ladi. Nospesefik limfadenitning infiltrasiya bosqichida birlamchi limfa tugunlarning biroz kattalashgani, kapsulasi qalinlashganligi, chizqilari noaniq ekanligi ko'rinadi. Limfadenitning abscesslanish bosqichida limfa tugunlar kattalashganligi aniqlanadi bunda kapsulaning hajmi va zichlashganligi, exost-rukturaning xilmaxilligi, giperexogen maydonlar borligi aniqlanadi.

Adenoflegmonaning sanografik belgilariga bir nechta limfa tugunlardan iborat, chizgilari notekis yirik tuzilmalar kiradi. Ba'zan limfa tugunlarning kapsulasi butun yoki buzilganligi aniqlanadi. Nekroz jarayonida UZI dagi o'zgarishlar o'ziga xos xususiyatga ega, bunda limfa tugunlar kattalashgan (14 sm), o'zaro bitishgan, zich, qalin kapsulasiga ega, tuzilishi katakchali bo'lib, nekroz manzarasi fellinoznikiday bo'ladi. Limfa tugunlardagi proliferativ jarayonlarda exogrammada kam rivojlangan eksudativ jarayon, patologik o'zgargan tugunlar kapsulasi aniqlanadi. Surunkali limfadenitlarda exogrammada limfa tugunlarining kapsulasi qalinlashganligi aniqlanadi.

Rangli doplerexogrammada limfa tugunlarning reaktiv giperplaziyasi ko'pincha yakka limfa tomirlarda, bakterial limfadenitda turli darajali tomirli tuzilmalar, mononukleozda tomirli markaziy radial tuzilmalar aniqlanadi.

Bolalardagi nospesefik limfadenitda yuzjag' sohasidagi to'qimalarning optik xususiyatlarini aks ettiruvchi funksional ko'rsatkichlarning bir qator buzilishlari lazer biofotometrik tekshiruv yordamida aniqlanadi. O'zgarishlarning ifodalash darajasi yallig'lanish jarayonining intensivligi va tarqalishiga bog'liq. Aks ettirish koefitsientlarinihg (K_1 va $K_2 < 0,85$, $K_3 > 0,14$) maksimal nomutanosibligi kasallikning yiringli shakllarida, abscesslanuvchi limfadenit va adenoflegmonada kuzatiladi. Kasallikning boshlang'ich bosqichi – o'tkir serozli limfadenitda aks ettirish koefitsientining me'yordan kamroq nomutanosibligi bilan xarakterlanadi, bunda K_1 va $K_2 > 0,85$, $K_3 < 0,14$ etmaydi. Ko'p marotaba biofotometrik tekshiruvini o'tkazish yallig'lanish jarayonining dinamikasini va davolash samaradorligini ob'ektiv baholash, sharoitga qarab konservativ davolashni davom ettirish yoki o'z vaqtida jarrohlik muolajalarini o'tkazishga imkon beradi.

Sil limfadeniti tashxisi juda murakkab va kompleks klinik laborator tekshiruvlar, limfa tugunlar biopsiyasi, materialning sitogistologik va bakteriologik tekshiruvlarini talab qiladi. Limfa tugunlar biopsiyasida

olingan materialni yoki oqma ajralmasini laborator hayvonlarga yuqtirish va ekish usuli muhim ahamiyatga ega. Shuni aytib o'tish kerakki, bolalardagi sil limfadenitida tuberkulinga nisbatan sezgirlik pasayadi. Zararlangan limfa tugunlari to'qimasining ekstraktida silga qarshi antitanachalari standart immunoferment tizim yordamida aniqlanadi. Sil limfadenitida limfa tugunlarida silga qarshi antitanachalarning miqdori yuqori bo'ladi. Agar biopsiyasida olingan materialning gistologik va bakteriologik tekshruvi uchun bir necha oy kerak bo'lsa, immunologik tekshiruv uchun bir necha kun talab etiladi.

G.A.Savina tashxis qo'yish usullarining ahamiyatiga ko'ra quyidagi ketmaketlikda olib borishni tavsiya etadi:

gistologik tekshiruv sezgirligi 94,4%, spesefikligi 92,3%;

immunologik tekshiruv sezgirligi 88,2%;

PTsR usuli yordamida limfa tuguni to'qimasida sil mikobakteriyasini aniqlash tekshiruv sezgirligi 84,0%, spesefikligi 82,4%;

sitologik tekshiruv limfa tuguni to'qimasidan olingan surtmani tekshirish sezgirligi 55,6%, spesefikligi 83,1%;

limfa tuguni to'qimasining bakteriologik tekshiruvda 8,3%, ekma usulida 15,0%, oqma ajarlamalarida 25,0 % hollarda ijobiy natija olingan.

Nospesefik limfadenitda NTTM antigenlari bilan teri sinamasini qo'yish usuli mavjud bo'lib, uning sezgirligi 87 % ni tashkil qiladi. Standart usullar yordamida mikobakteriya turini aniqlash imkoni bo'lmagan hollarda chuqur irsiy tahlilni o'tkazish talab etiladi. Bu esa antibiotiklarni tavsiya etishda muhim ahamiyat kasb etadi. Masalan, Mavium va Mtriplex mikobakteriyalari streptomisin va rifampisinga nisbatan turli sezgirlikka ega. Immunologik tekshiruvda bunday bolalarda gamma interferonning sintezlanishi juda kuchsiz ekanligi aniqlangan.

O'tkir va surunkali limfadenitlar bo'yin sohasidagi quyidagi nolimfogen kasalliklar bilan ham farqlanadi: bo'yin kistasi va oqmalari, qalqonsiomon bezning qo'shimcha bo'laklari, til osti suyagi ostiti, hiqildoq perixondriti, xavfsiz va qon tomiri o'smalari, kistoz, gigroma, exinokokkoz, lipoma, bo'yin fibromatozi, tomir anevrizmasi, hiqildoq tomirlari sohasida kappilyarlar displaziyalari, limfangiomalar. Qiyosiy tashxisotda quyidagi belgilarni inobatga olishi lozim: tuzilmaning shakli, joylashuvi, o'sish xarakteri, ajralmaning xarakteri, klinik kechimi, til osti suyagi bilan bog'liq tuzilmalarni borligi, til osti suyagining yutish paytida siljishi. Bunda kontrastli fistulagrafiya tekshiruv o'tkaziladi. Bo'yinning o'rta kistasi aniqlangan bemorlarni tekshirishda bu usulning

ahamiyati katta, chunki oqma yo‘li til osti suyagidan yuqoriroqqa tilning ko‘r teshigigacha davom etadi. Timus to‘qimasini ensa sohasiga va bo‘yin orqa yuzasiga siljish hollari kam uchraydi, paypaslanganda u og‘riqsiz, zich konsistensiyali bo‘ladi.

Biopsiya va jarrohlik muolajalarini o‘tkazilmagan hollarda tashxisni aniqlash uchun MRT tekshiruvi bajariladi. Bundan tashqari MRT va KT bo‘yin sohasidagi tug‘ma nuqsonlarni, o‘sma va kistalarni aniqlash imkonini beradi.

Bolalardagi nospesefik limfadenopatiyalarda taklif etilgan davolash dasturi konservativ va jarrohlik muolajalarni o‘tkazish bilan birga, infeksiyaning kirish darvozasini (kariesli tishlar, murtaklar) aniqlash va ularni sanasiya qilishni ko‘zda tutadi. Radiasiya bilan ifloslangan mintaqalarda bolalardagi o‘tkir yallig‘lanish jarayonlarida odatdagi davolash usullaridan tashqari enterosorbentlar, polivitamin va mikroelementlar kompleksi preparatlarini qabul qilish, hamda faol immunoterapiyani olib borish (taktivin, timolin) tavsiya qilinadi. Bunday bolalarda jarrohlik muolajalarida absesslangan limfa tugunlarini ochish bilan birga URSK 7 N 18 asbobi yordamida UZ kavitatsiya qo‘llaniladi.

Limfa tugunlarining mikobakterial zararlanishida limfa tugunlarining to‘liq eksiziziyasini bajarish lozim.

Felinozni davolash jarayonida barcha kattalashgan limfa tugunlarini olib tashlash rasional usul hisoblanib, ularning gistologik tekshiruvi o‘takaziladi, konservativ davolash esa limfa tugunlarini astasekin kichrayishiga va oxiroqibat fibrozlanishga olib keladi. Ayrim olimlar ushbu infeksiyaning boshlang‘ich bosqichida antibakterial terapiyani (makrolidlar, tetrasiklinlar, ftorxilononlar) tavsiya qiladilar.

Nospesefik limfadenopatiyani magnitlazer terapiya (MAT) bilan davolash natijasida bemorning umumiy ahvoli yaxshilanib, mahalliy og‘riqlar kamayadi. Bu esa jarohat maydoniga ishlov berish paytida ogriqsizlantiruvchi dorilarni ishlatmaslik yoki ularning dozasini kamaytirish imkonini beradi. MAT mahalliy jarohat maydonida gidrotasiya jarayonini kuchayishiga, regenrasiya jarayonini faollashishiga, nobut bo‘lgan to‘qimani tez ajralishiga yordam beradi. MAT muolajasi 23 qavatli doka boylam ustidan o‘tkazilganda jarohat atrofidagi giperemiya va shish kamayib, ajralma oqishi to‘xtaydi.

Bodomcha bezlarining surunkali yallig‘lanishini sanasiya qilish uchun G.I. Timofeeva ularni oddiy usulda tozlovchi damlarga bilan yuvish va roksitromisinni qabul qilishni tavsiya qiladi. Quloqdagi yallig‘lanish jarayonlarini bartaraf etish uchun dori vositalarini (antibakteriyalar)

limfotrop usulda yuborish ya'ni so'rg'ichsimon o'siq sohasidan quloq orqasi limfa tugunlariga yuborish usuli limfa tugunlarining drenaj faoliyatini yaxshilanishiga yordam beradi.

Bo'yin sohasida limfa yo'llari atrofdagi to'qimalar bilan birga futlyarfassial kesish kabi turli jarrohlik usullari bajariladi. Bo'yinning barcha anatomik qismlariga erkin kirish uchun 18 dan ortiq kirish yo'llari mavjud. Qalqonsimon bez o'smalarida limfa tugunlarining ikki tomonlama zararlanishida ikki bosqichli jarrohlik amali va bir tomonlama limfadenektomiya bajariladi. 23 oydan so'ng esa ikki tomonda limfadenoseksiya qilinadi. Bo'yin va bosh sohasidagi melanomalarda avval nur bilan davolash usuli bajarilib, u jarrohlik amalining hajmini kamaytirishga yordam beradi.

Bo'yin va bosh sohasidagi melanomalarda mahalliy limfadenektomiya jarrohlik amali juda kam qo'llaniladi, chunki u keng maydonni qamrab oladi va kamsamarali hisoblanadi. Jarrohlik muolajadan keyin metastaz berishi mumkin bo'lgan sohalarga nur va kimyo terapiya o'tkaziladi.

Sil kasalligida zararlangan pereferik limfa tugunlarda bajarilgan jarrohlik amali davolash samaradorligini oshirib, uning muddatini qisqartiradi. Ibosqichida etiotrop va patogegentik davolash bilan cheklanish mumkin. Silning kazeoznekrotik bosqichida bemorga 2 oy davomida silga qarshi dorilar va immunkorreksiya vositalari buyuriladi va u jarrohlik amaliga tayyorlanadi. Keyin limfa tugunlarida jarrohlik muolajalari o'tkaziladi. T.I.Senkina limfa tugunlari silini davolashda past energiyali lazer nurlaridan foydalanishni taklif qiladi, chunki lazer nurlari ta'sirida oqma yo'llari yopilib, zararlangan limfa tugunlar kichrayadi.

XVIII. KOLLAGENOZ, SKLEROMA, SIL, ZAXM VA YUQUMLI KASALLIKLARDA HAMDA OITSda YUQORI NAFAS YO‘LLARINI ZARARLANISHI

Qizil bo‘richa (QB) kasaligida LORa’zolari zararlanishi

Qizil bo‘richa kasalligi (QB) biriktiruvchi to‘qimaning eng ko‘p tarqalgan kasalliklaridan biri. Bu kasallik klinik manzarasining rangbarangligi, ko‘p a‘zo va tizimlarni qamrab olishi bilan ajralib turadi. Kasallikda barcha qon tomirlarning zararlanishi, turli a‘zolarida biriktiruvchi to‘qima buzilishlari kuzatiladi.

Etiologiyasi. QB kasalligini virus chaqiradi, kasallikning rivojida streptokokk infeksiyasi ham muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari, ayrim dorilar, quyosh nurlari, endokrin buzilishlar QBning rivojlanishiga yordam beradi.

QBning patogenezida gumoral va hujayra immunitetini buzilishi yotadi, bemorlarda autoantigenlarga nisbatan chidamlilik susayadi. DNKga qarshi hosil bo‘lgan antitanachalar tegishli antigenlar bilan birgalikda immun tuzilmalar hosil qiladilar. Ushbu tuzilmalar qon tomirlarda ushlanib qolib, ularning o‘tkazuvchanligini oshiradi, natijada a‘zolarida biriktiruvchi to‘qimani buzilishi sodir bo‘ladi.

Klinik bilgilar. Ko‘pincha QB kichik bo‘g‘imlar poliartralgiyasi bilan boshlanadi; ikkinchi o‘rinda teri sindromi turadi. Bemorning yuzida shu kasallikka xos bo‘lgan “kapalak” shaklidagi qizil eritema paydo bo‘ladi, lablarining qizil qismi qizaradi, shishadi, bemorda sochni to‘kilishi, tirnoqlarining sinishi, terining qurishi, tana haroratini ko‘tarilishi, ozg‘inlik belgilari kuzatiladi. Jarayon o‘pka va yurakka tarqalishi mumkin. QB da rivojlangan nefropatiya o‘lim holatiga olib kelishi mumkin.

QBda qonda kamqonlik, leykopeniya, trombositopeniya, EChT oshishi, ko‘p miqdorda LEhujayralar va DNKga nisbatan antitanachalar aniqlanadi.

QBning o‘tkir, astasekin rivojlangan va surunkali kechimi tafovut etiladi.

QBda yuz terisida o‘ziga xos o‘zgarishlar sodir bo‘ladi. Burun va uning qanotlarining terisida “kapalak” shaklida eritema toshmasi paydo bo‘ladi, toshma yuzga tarqalishi mumkin. Odatda bemor “kapalak” sohasi biroz qichishiga va taranglashganligiga shikoyat qiladi. Paypaslanganda eritema maydoni biroz og‘riydi.

“Kapalaklar” to‘rt ko‘rinishda namoyon bo‘lishi mumkin:

- 1) qon tomirdan tashkil topgan “kapalak” burun terisining o‘tkinchi tarqoq qizarishi bo‘lib, u hayajon, quyosh nurlari, shamol ta’sirida ko‘payadi;
- 2) markazga intiluvchi “kapalak” burun tepasida va qanotlarida turg‘un shishli eritema paydo bo‘ladi, ba’zan biroz follikulyar giperkeratoz aniqlanadi;
- 3) shishgan yuzda to‘q pushti rangli “kapalak” dog‘lar va teriosti infiltrati;
- 4) diskoid elementlardan tashkil topgan va terining aniq chandiqli atrofiyasi bilan kechgan “kapalak”. Diskoid o‘choqlar pushtiqizil rangli, ba’zan birbiriga qo‘shilgan bo‘ladi.

QBda burunning shilliq qavati distrofik o‘zgarishlarga duch keladi. Burun shilliq qavatining subatrofiyasi va atrofiyasida bemor burun ichini qurishi va achishiga shikoyat qiladi, burun bo‘shlig‘i, burun to‘sig‘i va to‘rtburchakli tog‘ay sohasining shilliq qavati ochkulrang bo‘lib, yupqalashadi. Ba’zan quruq po‘stloqlar hosil bo‘ladi. Qator hollarda burun shilliq qavatining subatrofiyasi halqum shilliq qavatining subatrofiyasi bilan birga kechadi.

QBda burun terisi, shilliq qavati va tog‘aylarining zararlanishi kuzatiladi, burun atrofi bo‘shliqlari odatda, zarar ko‘rmaydi.

Og‘iz va halqum shilliq qavati zararlanganda bemor tomog‘i og‘irishiga, kuyishiga, yutinganda quruqlikka, ayrim maydonlardagi giperesteziyasiga shikoyat qiladi.

QBda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining zararlanishi lablarni zararlanishi bilan boshlanadi (lyopusxeylit), bunda lablarning qizil chegarasi shishib qizaradi. Ko‘pincha lablar yoriladi, ularning yuzida, burchaklarida kurigan qon po‘stloqlari paydo bo‘ladi. Bunday o‘zgarishlar teridagi “kapalak” belgisi bilan birga kechishi mumkin.

QB jarayonining avjida yoki o‘tkir davrida enantema kuzatiladi. Bemor og‘zi va halqum sohasi kuyishishga shikoyat qiladi. Og‘iz va halqumning shilliq qavati “alangali” qizarganligi kuzatiladi, qizarish tanglayga tarqaladi. Enantema aniq chegaralarga ega bo‘ladi. Qizargan shilliq qavatda aniq chegaralangan eroziya va yaralar paydo bo‘lishi mumkin. Kasallikning terminal bosqichida yaralinektrotik stomatit, faringit va laringitning rivojlanishi QBning noqulay kechimidan dalolat beradi.

QBda hiqildoq zararlanishining 5 shakli tafovut etiladi:

- 1) xordit ovoz burmalarining zararlanishi;
- 2) giperplastik laringit;
- 3) atrofik laringit;

4) o'tkir laringit;

5) o'tkir erozivflegmonozli laringit.

Xorditda faqat ovoz burmalari zararlanadi. Bemor vaqtivaqti bilan ovozi bo'g'ilishiga shikoyat qiladi, ammo unda hech qachon afoniya kuzatilmaydi. Laringoskopiyada ovoz burmalari ochpushti yoki pushti rangda, qalinlashgan va quruq, ba'zan qontalashlar ko'rinadi, erkin cheti shishasimon rangda bo'ladi; Qator hollarda qon tomirlari ko'zga tashlanadi. Ovoz burmalari toliq jipslashmaydi.

QBning sekin rivojlangan va surunkali kechimida bemorlarda qiyin davolanadigan surunkali giperplastik laringit rivojlanadi. Bemor ovozi bo'g'ilganiga, kasallikning avjida esa afoniyaga, hiqildoq sohasida quruqlik, "noqulaylik", "tirnash" his etishiga, kuyishishga shikoyat qiladi. Kasallik avjida bemorni ko'pincha kuchli yo'tal bezovta qiladi, ko'p miqdorda balg'am ajraladi. Laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati ko'kimtirqizil yoki kulrang, qalinlashgan, infiltrirlanganligi korinadi. Ba'zan vestibulyar burmalarning giperplaziyasi aniqlanadi, ular ovoz burmalarini yopib turadi va fonasiyada ishtirok etib, ovozni bo'g'adi.

Ayrim bemorlarda hiqildoq shilliq qavatining atrofiyasi rivojlanadi. Bemor tomog'i qurishiga, ovozi tez toliqishiga, yo'talga shikoyat qiladi. Laringoskopiyada shilliq qavatning atrofiyasidan tashqari, shilimshiq ajralma, ba'zan qontalashlar paydo bo'lganligi ko'zga tashlanadi.

QBning o'tkir bosqichida hiqildoqning o'tkir yallig'lanishi rivojlanadi. Bemor yutinganda tomog'i og'rishiga shikoyat qiladi, og'riq fonasiya paytida kuchayadi, uning ovozi jarangdor bolsada, ammo tembri pasayadi, hiqildoq sohasi paypaslanganda og'riydi. Laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati keskin qizarganligi, unda qontalashlar va eroziyalar borligi ko'rinadi. Eroziyalar, asosan hiqildoqusti qopqog'ining til yuzasida, vestibulyar burmalarda, cho'michsimon tog'aylar sohasida hamda cho'michsimonaro bo'shliqda joylashadi. O'tkir erozivflegmonali laringitda yumshoq tanglay enantemasi hamda og'iz bo'shlig'i va halqum eroziyasi aniqlanadi.

QBda quloqlarni zararlanishi asosiy kasallikning kechimiga bog'liq bo'lmaydi. Bemor ba'zan quloqlari shang'illashiga va vaqtivaqti bilan boshi aylanishiga shikoyat qiladi. Bu belgilar qon tomirlarda va biriktiruvchi to'qimada sodir bo'lgan buzilishlar natijasida yuzaga keladi. Eshitish qobiliyatini buzilishi QB tashxisida muhim ahamiyatga ega emas.

Sklerodermiyada LORa'zolari zararlanishi

Sklerodermiya bu biriktiruvchi to'qima va qon tomirlarning tarqoq zararlanishi, mikrosirkulyasiyani buzilishi va keskin rivojlangan sklerotik jarayon bilan ifodalanadigan kasallik.

Etiologiyasi. Kasallikni rivojiga yashirin virusli infeksiya va genetik buzilishlar sabab bo'ladi. O'choqli infeksiya, zaharlanish sovuqni ta'siri, dorilarga nisbatan sezgirlik, jismoniy va ruhiy stress, endokrin buzilishlar sklerodermiyaning rivojiga yordam beradi.

Klinik belgilari. Sklerodermiyaning o'tkir, sekin rivojlangan va surunkali kechimi tafovut etiladi.

Sklerodermiyada o'ziga xos teri sindromi kuzatilib, terining zararlanishi 3 bosqichda kechadi:

qalin shish bosqichi;

indurasiya bosqichi;

atrofiya bosqichi.

Birinchi bosqichda teri shishadi, keyin indurasiya jarayoni boshlanadi, ya'ni shish zichlashib, teri quruqlashadi, silliqlashadi va ostki to'qimalarga zich birikadi. Bemorning yuzi amimik, niqobsimon, og'zi atrofida o'ziga xos "kiset" paydo bo'ladi. Keyinchalik teri ancha yupqalashib, atrofiya bosqichi rivojlanadi.

Bundan tashqari sklerodermiyada harakat apparati, mushaklar va ichki a'zolar, ayniqsa yurak, o'pka, oshqozonichak yo'li, buyrak ham zararlanadi, ularda tarqoq vazospastik buzilishlar sodir bo'ladi.

Burun terisining buzilishi qanotlari sohasida terining qalishlashishi bilan namoyon bo'ladi, burun qanotlari harakatsizlanadi, burun orqali nafas olish buziladi. Burunning uchida kichik yarachalar va yiringli o'choqlar paydo bo'lishi mumkin.

Sklerodermiyaning boshlang'ich bosqichida burun bo'shlig'ining shilliq qavatida vazospastik o'zgarishlar rivojlanib, vazomotor rinit shaklida namoyon bo'ladi. Bemor burni bitishiga (burun orqali nafas olishi qiyinlashganiga), ko'p miqdorda suyuq ajralmani oqishiga, hamda hid bilish qobiliyati pasayganiga yoki yo'qolganiga, hid gallyusinasiyalariga shikoyat qiladi. Bunda shilliq qavatning, ayniqsa pastki burun chig'anoqlari sohasi shishganligi va ko'kimtirliги ko'zga tashlanadi. Asta sekin ajralmaning miqdori kamayib, shilliq qavat taranglashadi, u adrenalin tomizilganda kam qisqaradi, 23 yildan so'ng yupqalashadi, burun chig'anoqlari atrofiyaga uchraydi, ajralmani oqishi to'xtaydi, ya'ni atrofiya bosqichi boshlanadi. Bu bosqichda burun orqali nafas olish tiklanadi, ammo hid bilish qobiliyati hech qachon tiklanmaydi. Burun shilliq qavatining qon tomirlari kam zarar

ko'rganligi tufayli sklerodermiyada burundan qon oqishi deyarli kuzatilmaydi.

Sklerodermiyada og'iz va halqum shilliq qavatining zararlanishi lablardan boshlanadi. Lablarning shilliq va shilliqosti qavati shishib, qizil chegarasi xiralashadi. Buni bemorni juda sinchiklab tekshirgandagina aniqlash mumkin. Indurasiya bosqichida lablar qalinlashadi, qizil chegarasi rangpar, taranglashgan bo'ladi, giperpigmentasiya maydonchalari aniqlanadi; lablar yupqalashib, atrofiyaga uchraydi, shakli o'zgarib, ingichka tasmaga o'xshab qoladi. Og'iz atrofida, yuqori va pastki lablar ustida o'ziga xos burmalar paydo bo'ladi. Bu burmalar og'izni toraytirib mikroxeyliyaga olib keladi. Bemor og'zini ochishga uringanda mikroxeyliya yaqqol ko'zga tashlanadi, og'iz burchaklarida yorilishlar, og'zini zich yopishga uringanda esa iyak sohasida chandiqlar paydo bo'ladi. Lablar atrofiyasi og'iz torayishi bilan birga chala kiydirilgan "kiset"ga o'xshab ketadi va sklerodermiyaga xos belgi hisoblanadi.

Sklerodermiyada tilda ham o'ziga xos o'zgarishlar sodir bo'ladi, bemor tilida ayniqsa ertalablar oq karash paydo bo'lishiga, ta'mni bilishi buzilganiga, ovqatlanganda tili achishiga shikoyat qiladi.

Sklerotik jarayon tilosti burmasiga tez ta'sir ko'rsatadi. U kalta qalin va zich bo'lib qoladi. Buni til maksimal ravishda yuqoriga va orqaga ko'tarilganda ko'rish mumkin. Tilosti burmasi yaltiroq payga o'xshab qoladi, til esa tanglayga tegmaydi. Til bir necha marta tepaga ko'tarilganda uchining rangi oqaradi. Bu vazospastik buzilishlar natijasida sodir bo'lib, sklerodermiyaning qiyosiy tashxisotida muhim ahamiyatga ega.

Umumiy patologik jarayon og'iz va halqum shilliq qavatiga ham tarqaladi; shilliq qavat qizarib shishadi, qalinlashadi, unda subatrofiya va atrofiya jarayonlari kuzatiladi. Bemor yutinganda halqum sohasida quruqlik va yot jism borligini his etadi. Shilliq qavatning subatrofiyasida, ayniqsa halqumning orqa devori sohasida o'zining elastikligini va rangini yo'qotadi, uning rangi pushtijigari bo'ladi. Ba'zan shilliq qavatda, tangaly ravoqchalarida, yumshoq va qattiq tanglayda va lunjlarda teleangiektaziya maydonchalari ko'rinadi. Jarayon chuqurlashgan sari shilliq qavat yupqalashadi, rangi oqarib, ostki to'qimalarga zich birikadi. Yutinish refleksini pasayishi natijasida bemor ovqatlanganda ovqat parchalari tomog'iga uchadi, og'riqni sezmaydi.

Sklerodermiyada og'iz va halqum shilliq qavatining o'zgarishlari bilan bir qatorda hiqildoqning shilliq qavatida ham distrofik o'zgarishlar sodir

bo'ladi, uning asabmushak apparati zararlanadi. Sklerodermiyadagi atrofik jarayon ovoz burmalarining o'zgarishi bilan kechadi (xordit); burmalarining harakati kamayadi, ularning infiltrasiyasi kuzatiladi. Sklerodermiyada ayrim hiqildoq mushaklarining falaji yuz beradi. Laringoskopiyada hiqildoqning shilliq qavati rangpar, ayrim mushaklar guruhining falaji tufayli fonasiya paytida ovoz burmalari orasida tirqish ko'rinadi, tirqish uchburchak shaklda (qaytuvchi asab tolasining falaji), yoki oval shaklda (ovoz mushagining falaji), ba'zan ovoz burmalarining orqa 1/3 qismida joylashib, uchburchak shaklida bo'ladi (orqa ko'ndalang va qiyshiq cho'michsimon mushaklarning falaji). Bemorda ovozning bo'g'iqligi kuzatiladi.

Halqumning pastki bo'limlari va qizilo'ngachdagi sklerodermiyaga xos distrofik o'zgarishlar qattiq va suyuq ovqatlarni o'tishiga to'sqinlik qiladi, bemorda qusish va og'riq kuzatiladi.

Sklerodermiyada quloq supراسi zararlanishi mumkin, unda Reyno kasalligiga o'xshash vazospastik o'zgarishlar yuz beradi, paypaslanganda terisi yupqalashganligi, sovuqligi va og'rish aniqlanadi. Ba'zan quloq supراسining dag'al deformasiyasi kuzatiladi. Sklerodermiyada eshituv suyakchalari orasidagi bo'g'imlarning harakati buziladi. Bundan tashqari, sklerodermiyada chig'anoq bazal buramasining zararlanishi, otolit apparati qo'zg'aluvchanligini oshishi kuzatiladi.

Skleromada LORa'zolari zararlanishi

Skleroma bu surunkali yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarida o'ziga xos infiltratlarni hosil bo'lishi bilan kechadi. Kasallikni skleroma klebsiellasi (FrishVolkovich tayoqchasi) qo'zg'atadi.

Tarqalishi. Skleromaning yirik endemik o'choqlari Ukraina, Belorusiya, Italiya, Germaniya, Yugoslaviya, Chexiya, Slovakiya, Indoneziya, Braziliya, Gvatemala, Meksika va Misr Arabistonida joylashgan. Er yuzida jami 10 000 yaqin skleroma bilan kasallangan bemorlar qayd etilgan. Ko'pincha skleroma 16 30 yoshar, ba'zan keksa yoshdagi erkak va ayollarda uchraydi. Kasallik qishloq aholisi orasida keng tarqalgan (87,585%).

Etiologiyasi. FrishVolkovich tayoqchasi (*Klebsiella rhinoscleromatis*) boshqa kapsulali bakteriyalardan farq qiladi. Skleroma bilan og'rikan bemorda o'tkazilgan BordeJangu serologik reaksiyasida mikrobg qarshi antitanachalarni aniqlanishi va streptomisin bilan davolashdan so'ng serologik reaksiya titrini o'zgarishi skleromaning rivojlanishiga aynan FrishVolkovich tayoqchasi sabab bo'lganligini tasdiqlaydi.

Skleroma burun bo'shlig'ida, uning shilliq va shilliqosti qavatida dastlab kataral o'zgarishlar, 35 yildan dastlabki belgilar bilan namoyon bo'ladi. Oila a'zolarini, qarindoshlarni, erxotinni, endemik o'choqqa ko'chib kelgan shaxslarni kasallanishi skleroma yuqumli kasallik ekanligidan dalolat beradi. FrishVolkovich tayoqchasi skleromaning infiltrativ shaklida va qaytalanish davrida havotomchi yoki kontakt yo'l orqali tarqaladi (qo'l, sochiq, dastro'molcha, idishlar, ko'rpato'shaklar orqali).

Patomorfologiyasi. Skleroma infiltratida ko'p miqdorda plazmatik hujayralar va qon tomirlariga ega bo'lgan biriktiruvchi tolali to'qima aniqlanadi. Bular orasida joylashgan Mikulich hujayralari protoplazmasining vakuolalarida va ularning tashqarisida skleroma tayoqchalari aniqlanadi. Skleroma to'qimasida ba'zan fibroblastlar, limfositlar, poliblastlar, labrositlar, ko'p miqdorda leykositlar va albatta gialin sharlar Russel tanachalari aniqlanadi. Infiltratning morfologik tuzilishi juda o'zgaruvchan bo'lib, yangi qizil infiltratda ko'p miqdorda limfoid va plazmatik hujayralar, neytrofil leykositlar, kapillyarlarning chetida gisteositlar aniqlanadi, Mikulich hujayralari va labrositlar kam, gialin sharlar esa umuman aniqlanmaydi. Infiltrat qalinlashgan sari plazmatik hujayralar, gialin sharlar va Mikulich hujayralarining soni ko'payib, ular ichida FrishVolkovich tayoqchasi guruhguruh bo'lib joylashadi. Qon tomirlar qalinlashadi, bez hujayralari qisiladi.

Skleromaning keyingi bosqichida chandiqlangan fibroz to'qimada plazmatik va Mikulich hujayralarining soni kamayadi, bakteriya aniqlanmaydi, gialin sharlar yo'qoladi. Qon tomirlarning devorlari qalinlashadi, bezlarning faoliyatini yo'qotiladi, ko'p miqdorda fibroz to'qima aniqlanadi. Gistologik tekshiruvi uchun to'qima parchalari bir nechta maydonlardan olinadi.

Hiqildoq skleromasidan keyin rivojlangan hiqildoqning pardali torayishi 1975 yilda G.D.Konovalchikov skleromaning quyidagi tasnifini ishlab chiqdi.

Skleroma tasnifi

Kasllikning shakli (bosqichi)	Tarqalishi	Nafas etishmovchiligi
Yashirin	Chegaralangan	Yo'q
Atrofik		Torayishning I darajasi
Infiltrativ	Tarqkoq	Torayishning II darajasi
Chandiqli		Torayishning III darajasi
Aralash		Torayishning IV darajasi

Klinik belgilari. Skleroma tashxisi anamnez ma'lumotlari, klinik manzarasi, mikrobiologik va gistologik tekshiruv natijalari asosida q'yiladi. Kasallikning boshlang'ich bosqichida bemor burnidan qalin ajralma oqishiga, tumovga, burun orqali nafas olishi qiyinligiga, burun bo'shlig'ini quruqligiga, unda po'stloqlar to'planishiga shikoyat qiladi. Keyinchalik bemorda ovozi bo'g'ilishi, yo'tal, hansirash kuzatiladi. Nafas faoliyatining buzilishlari sekin rivojlanadi, shuning uchun bemor unga moslashib vrachga murojaat qilmaydi. Bundan tashqari bemor umumiy holsizlikga, tez charchashiga, boshi og'rishiga, ishtahasi pasayganiga shikoyat qiladi.

Skleroma jarayoni ko'pincha burun bo'shlig'ining old qismida, xoanalarda, hiqildoqning ovozi bo'shlig'ida, traxeya bifurkasiyasi va bronxlarda joylashadi. Jarayon bir vaqtning o'zida nafas yo'llarining 23 ta qismida, ba'zan barcha bo'limlarida rivojlanishi mumkin.

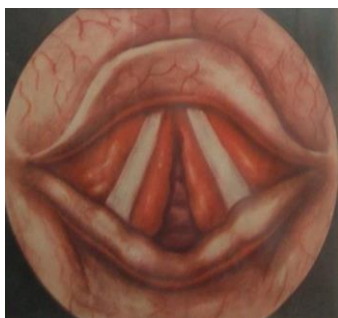
Skleroma jarayoni burun bo'shlig'ida 93-95%, hiqildoqda 62-73%, burunhalqumda 62-67% , traxeyada 13-27%, halqumda 5,4-13,9% , bronxlarda 4-16% hollarda kuzatiladi. U simmetrik joylashib, yaranish, parchalanish va chandiqlanishga moyil bo'ladi.

Yashirin shakli. Kasallikning boshlang'ich belgilari burun shilliq qavatining qizarishi, shishi, qalinlashishi, gipersekresiyasi, burundan quyuq ajralmani oqishi, burun orqali nafas olishni qiyinligi bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik burunning shilliq qavati yupqalashib unda subatrofik o'zgarishlar va quruqlik paydo bo'ladi. Gerber tepachalarining simmetrik burtishi skleroma kasalligiga xos belgi hisoblanadi. Keyinchalik burun dahlizi va burun bo'shlig'i chegarasida chandiq hosil bo'ladi. Skleromaning dastlabki belgilarini aniqlash uchun bemorda komplimentni bog'lash reaksiyasi o'tkaziladi.

Atrofik shakli. Kasallikning bu shaklida burun bo'shlig'i shilliq qavatining atrofiyasi, ko'p yoki kam miqdorda po'stloqlar to'planishi, burun dahlizi va burun bo'shlig'i chegarasida chandiqni hosil bo'lishi kuzatiladi. Atrofiya jarayoni rivojlangan sari po'stloqlar ko'payib bemorda hid sezish qobiliyati pasayadi, burundan yoqimsiz hid keladi, burun orqali nafas olishi qiyinlashadi. Jarayon halqumning orqa devoriga tarqalganda halqumning shilliq qavati yupqalashib laklangangay bo'lib ko'rinadi, uni quyuq shilimshiq ajralma va po'stloqlar qoplaydi, halqum refleksi pasayadi. Atrofiya jarayoni hiqildoq va traxeyaga tarqalganda skleromaning kechimi yanada og'irlashadi. Po'stloqlar va quyuq shilimshiq ajralma nafas yo'lini torayishiga olib keladi. Komplimentni bog'lash reaksiyasi musbatligi va FrishVolkovich tayoqchasini aniqlanishi skleroma tashxisini tasdiqlaydi.

Infiltrativ shakli. Skleromaning bu shaklida burun bo'shlig'ining shilliq qavatida tarqoq va chegaralangan tugunchalar paydo bo'ladi. Tugunchalarning rangi qizil yoki kulrangpushti bo'lib, ular pastki chig'anoqlarning old uchida, burun to'sig'i va burun bo'shlig'ining tubida joylashadi. Dimog' suyagi shilliq qavatining infiltrasiyasi, qalinlashishi va kengayishi natijasida xoanalarining yorig'i torayadi. Tugunchalar yumshoq tanglayning orqa yuzasida, burunhalqumning yon devorida va tomida, tanglayhalqum ravoqchalarining erkin chetida, ularning yuqori yoki o'rta qismlarida joylashishi mumkin.

Hiqildoqda va burmaosti bo'shlig'ida simmetrik bo'rtish aniqlanadi. Yarim oy shaklidagi infiltratlar komissuraning pastida joylashishi mumkin. Traxeyaning yuqori yoki pastki bo'limida paydo bo'lgan yakka tugunlar uning yorig'ini torayishiga sabab bo'ladi. Infiltratlar devoroldi, yassi, qalin va chandiqlangan infiltratlarga bo'linadi. Ba'zan traxeya bifurkasiyasida chegaralangan infiltratlar joylashadi. Bronx devorida infiltratlar tuguncha yoki halqasimon tuzilma shaklida joylashib, uning yorig'ini toraytiradi.



21rasm. Hiqildoq skleromasi

Komplimentni bog'lash reaksiyasi musbatligi va FrishVolkovich tayoqchasini aniqlanishi skleroma tashxisni tasdiqlaydi. Chandiqli shakli. Kasallikning chandiqli shakli tugunchalar joylashgan maydonda rivojlanadi. Chandiqlar odatda burunning old bo'limlarida joylashadi, burun dahlizi va burun bo'shlig'i chegarasida chandiqli burtish hosil bo'ladi. Ba'zan chandiqli o'zgarishlar oval yoki aylana teshik hosil qilib burun bo'shlig'ini toraytiradi, bemorda burun orqali nafas olish qiyinlashadi. Chandiqli jarayon yumshoq tanglayga tarqalganda unda konsentrik torayish hosil bo'ladi, tilcha yuqoriga yoki yumshoq tanglayning orqasiga siljiydi, ba'zan chandiqlar orasida ko'rinmay ketadi. Og'ir hollarda burunhalqum kichik teshikchaga aylanadi, ba'zan butunlay yopilib qoladi. Hiqildoqda chandiqlar ko'pincha burmaosti bo'shlig'ida hosil bo'lsa, traxeyada ular turli bo'limlarida joylashib yorig'ini toraytiradi. Chandiqli jarayon bitta yoki ikkita bronxlarda rivojlanishi natijasida bronxlar yorig'i torayib bemorda kuchli stenotik

nafas yuzaga keladi. Skleromaning bu shaklida serologik reaksiya manfiy bo'lishi mumkin, davolashdan so'ng skleroma tayoqchasi aniqlanmaydi.

Aralash shakli. Kasallikning bu shaklida klinik manzara xilmaxil kechadi. Ko'pincha burun bo'shlig'i shilliq qavatining atrofiyasi, po'stloqlar to'planishi, tozalangandan so'ng qizil tugunchalar hamda burun dahlizi va burun bo'shligi chegarasida chandiqli torayishi kuzatiladi. Hiqildoqda burmaosti infiltrati, traxeyada chandiqli to'qima yoki to'qima atrofiyasi rivojlanadi. Bu shaklda antigen reaksiya musbat bo'lib, infiltratda skleroma tayoqchasi aniqlanadi.

Skleroma na faqat nafas yo'llari, balki butun organizmning kasalligi hisoblanadi. Bemorda biokimyoviy o'zgarishlar, qon, suyak va ichki a'zolarida buzilishlar rivojlanadi, qonning tarkibi o'zgaradi, modda almashinuvi va jigarning faoliyati buziladi. O'pka, yurak qontomir tizimi va boshqa a'zolarida rivojlangan o'zgarishlar asosan zaharalanish va kislorod etishmovchiligiga bog'liq bo'lib bemorning umumiy ahvoriga ta'sir ko'rsatmaydi.

Notipik shakllari. Skleromaning bu shakllari kam uchraydi. Ba'zan skleroma burun bo'shlig'ida o'smasimon tuzilma shaklida paydo bo'lishi, ayrim hollarda yuqori jag' va g'alvirsimon bo'shliqlarga, tashqi burun, qattiq va yumshoq tanglayga tarqalishi mumkin.

Hiqildoqda skleromaning notipik kechimida jarayon bir tomonlama bo'lishi yoki tugunchalarning ovoz burmalarida, hiqildoqusti qopqog'ining til va hiqildoq yuzida joylashishi kuzatiladi. Skleroma jarayoni cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimonhiqildoqusti burmalarida joylashganda hiqildoqqa kirish joyining orqa qismida parda hosil bo'ladi.

Notipik kechimda skleroma o'choqlari ko'z yoshi yo'li va qopchasida, yuqori jag' suyagining alveola o'sig'ida, eshituv nayi va tashqi eshituv yo'lida paydo bo'ladi. Ba'zan skleroma lunj terisida, burun devorida va labburun burmasida, o'mrov suyagining ostida va bo'yin sohasida rivojlanishi mumkin.

Qiyosiy tashxisot. Skleromaning atrofik shakli ozena, atrofik rinofaringit va paranozal sinuitlardagi atrofik jarayonlardan farqlanadi. Ozenada tuguncha va chandiqlar aniqlanmaydi, atrofiya jarayoni burun shilliq qavatining chuqur bo'limlariga tarqalib, chig'anoqlar yupqalashadi. Ozenada po'stloqlar burunning o'rta chig'anog'ida, ba'zan burun to'sig'i va tubida to'planadi va oson ko'chadi, tozalangandan so'ng burundan yoqimsiz hid keladi, skleromaning atrofik shaklida esa ba'zan xushbo'y hid kelishi mumkin. Ozenada bemorda giposmiya va

anosmiya rivojlanadi. Tashxis bakteriologik va serologik tekshiruv natijalari asosida qo'yiladi.

Atrofik rinofaringitda shilliq qavat atrofiyasi va po'stloqlar kam kuzatilib, burundan yoqimsiz hid kelmaydi.

Skleromaning infiltrativ shakli sil va zaxm kasalliklaridan farqlanadi. Sil infiltrati burun to'sig'ining tog'ay kismida joylashadi, keyinchalik u yaraga aylanadi va yara o'rnida teshik hosil bo'ladi. Hiqildoqda sil jarayoni assimetrik joylashib, ko'pincha o'pka sili bilan birga kechadi. Silda ovoz va dahliz Burmalari, cho'michsimon tog'ay, cho'michsimon tog'aylar orasidagi bo'shliq va hiqildoqusti qopqog'ining shilliq qavati zararlanib shishadi. Tuberkulyoma yaralanib parchalanganda bemorda disfagiya kuzatiladi. Ba'zan sil jarayoni traxeya va bronxlarda rivojlanishi mumkin. Skleromada odatda asosiy bronxlar, silda esa kichik bronxlar zararlanadi. Silda yo'tal og'riq bilan kechadi, balg'am quyuq bo'lsada po'stloqlar hosil qilmaydi. O'pka rentgenografiyasi, bronxoskopiya va balg'amni gistologik tekshiruvi tashxis qo'yishga yordam beradi.

Zaxmning gumma yoki chandiqlanish bosqichida gumma infiltrati parchalanib tubi yog'li yara hosil qiladi, ba'zan burun to'sig'ining suyagi va qattiq tanglay emiriladi. Zaxmda halqumning chandiqlari yuzaki joylashib, nurga o'xshab yoyilib turadi. Hiqildoq zaxmi ko'pincha uning yuqori qavati va hiqildoqusti qopqog'ini zararlaydi va hiqildoq shilliq qavatning qizarishi, infiltratlar hosil b'ylishi bilan namoyon b'yladi. Infiltratlarning parchalanishi natijasida hiqildoqda chandiqli deformasiya rivojlanadi. Zaxmda mahalliy limfa tugunlar kattalashadi (skleromada bu belgi kuzatilmaydi). Tashxis serologik tekshiruv natijasi asosida qo'yiladi.

Kamdan kam hollarda skleromani moxov, Vegener granulematozidan farqlashga to'g'ri keladi. Moxov juda kam uchraydi va burunda qattiq to'q qizil tugunchalarning paydo bo'lishi, keyinchalik yaralanib burun shaklini keskin o'zgartyvchi chandiqlarni hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Hiqildoqda ham xuddi shunday o'zgarishlar kuzatiladi. Vegener granulematozining dastlabki bosqichida burun to'sig'ida yoki pastki burun chig'anoqlarining old uchida nekrotik tugunchalar paydo bo'ladi. Keyinchalik bemorda sepsis, o'pka, buyrak va boshqa a'zolar kasalliklari rivojlanadi.

Davolash. Skleromada davolash tadbirlari 3 guruhga bo'linadi:
1guruh etiotrop terapiya skleroma qo'zg'atuvchisiga qarshi terapiya;
2guruh patogenetik terapiya nafas yo'llarida rivojlangan o'ziga xos o'zga rishlarni bartaraf etish;

3guruh sanogenetik terapiyaorganizmning kasallikka qarshi kuchini oshirish.

Skleroma klebsiellasiga karshi asosiy vositabu streptomisin bo'lib, kattalarda u 500 000 TB dan kuniga 2 marta (umumiy davolash miqdori 2080 g), bolalarda 250 000 TB dan mushak orasiga yuboriladi. Klebsiellaning streptomisinga sezgirliigi pasayganda 1020 kun davomida bemorga levomisetin ichish buyuriladi (0,5 g 4 marta ovqatdan yarim soat oldin). Davolash tadbirlari har 23 oyda takrorlanib, bunda tetrasiklin, olendomisin va biomisinni ham qo'llaniladi.

Davolashdan so'ng nafas yo'llarida skleroma klebsiellasi yo'qoladi,ayrim bemorlarda esa kasallik qaytalanishi bilan u yana paydo bo'ladi. Antibiotik so'rilishini yaxshilash maqsadida bemorga gialuronidaza, lidaza, ronidaza buyuriladi. Gialuronidaza mushak orasiga 1 mg, lidaza 0,1 ml miqdorda novokain bilan birga yuboriladi. Davolash kursi 15-20 in'eksiyadan iborat bo'lib, 12 oydan so'ng takrorlanadi (jami 22-24 mg gialuronidaza yoki 2,2 g lidaza yuboriladi). Ronidaza aplikasiya usulida qo'llanadi.

Skleromaning atrofik shaklida antibiotiklardan tashqari, simptomatik terapiya o'tkaziladi. Shilliq qavatni po'stloqlardan tozalash va namlash uchun bemorga yog'li tomchilar, Lyugol eritmasi,proteolitik fermentlar, ishqorli eritmalar va ma'danli suv bilan ingalyasiya qilish tavsiya etiladi. Traxeyadagi qatqaloqlar bronxoskopiya paytida olib tashlanadi, keyin traxeya va bronxlar 0,5% ximotripsin bilan yuviladi. Hiqildoq ichiga sitral eritmasi quyiladi, ishqorli va streptomisin ingalyasiyalari buyuriladi. Balg'amni yumshatish va po'stloqlarni ko'chirish uchun mushak orasiga 10 TB ximotripsin yuboriladi. Immunomo-dulyatorlardan 0,01% levamizol ingalyasiya yoki aplikasiya holda qo'llanadi.

Skleromaning infiltrativ va chandiqli shakllarida jarrohlik amali bajariladi: infiltratlar, chandiqlar olib tashlanadi yoki nafasni yaxshilash uchun eziladi. Burun bo'shlig'idagi tugunchalar skalpel, kyuretk yoki konxotom yordamida olib tashlanadi. Elektrokaustika va kriota'sir muolajalari o'kaziladi. Burunhalqumdagi yupqa chandiqlar barmoq bilan yirtiladi, xoanalar yorig'i bujlanadi.

Bemorda hiqildoq torayishi rivojlanganda traxeostomiya jarrohlik amali bajariladi. Hiqildoq ichidagi qattiq infiltrat va chandiqlar buj yordamida eziladi yoki bronxoskopiya qisman olib tashlanadi. Bir vaqtning o'zida traxeya ichidagi infiltratlar kyuretk va qisqichlar yordamida olib tashlanadi. Bunda Voyachekning "qirqich" usuli ham qo'llanadi. Bronxlar elastik buj yordamida bujlanadi.

Tashqi va to'qima ichi nafasining buzilishi natijasida rivojlangan gipoksiya holati oksigenoterapiya, kokarboksilaza, glyukoza, vitaminlar, temir preparatlari yordamida bartaraf etiladi.

Davolashning samarasi klinik manzaraning yaxshilanishi (tuguncha va chandiqlarni kamayishi yoki yo'qolishi, nafas yo'llarining kengayishi) va bakteriologik tekshiruv natijalariga (skleroma klebsiellasining yo'qolishi) qarab baholanadi. Serologik reaksiya titri yaxshilanib, ba'zan manfiy bo'ladi.

Dispanser nazorati. Skleroma bilan kasallangan bemor o'zining turar joyida dispanser nazorati ostiga olinadi. LORvrach bemor oila a'zolarini va teztez kataral rinit, atrofik rinofaringit, surunkali giperplastik laringit bilan og'rgan boshqa bemorlar orasida profilaktik koriklarni, serologik va bakteriologik tekshiruvlarni, antibakterial terapiyani, ingalyasiyalar, hiqildoq ichiga sitral eritnasini purkash muolajalarini, umumiy va giposensibilizasiya terapiyasini olib boradi.

Birlamchi bemorlar hamda nafas etishmovchiligi rivojlangan, skleromaning atrofik, infiltrativ va chandiqli shakllari bilan og'rgan bemor shifoxona sharoitida davolanadi. Bemorlar ro'yxati tegishli muassasalarga yuboriladi. Skleroma bilan og'rgan bemor har 26 oyda, kasallikning engil kechimida 1 yilda 1 marta yoki har 2-3 yilda 1 marta vrach ko'rigidan o'tish lozim.

Mehnat ekspertizasi. Skleroma bilan og'rgan bemor vaqtivaqti bilan vrach tekshiruvidan o'tkaziladi. Bemorning mehnatga layoqatini aniqlashda nafas yo'llarining barcha klinik va funksional tekshiruv natijalari hamda nafas etishmovchiligining darajasi e'tiborga olinadi. Skleromaning boshlang'ich shaklida bemorni mehnat muammosi bezovta qilmaydi. Skleromaning atrofik shaklida jarayon faqat burun va halqumga tarqalib nafas etishmovchiligi rivojlanmagan bemor mehnat qobiliyatini yo'qotmaydi, ammo unga metereologik va sanitargigienik jihatdan noqulay mehnat sharoitida ishlash man etiladi.

Nafas etishmovchiligining I darajasida bemorga nafas yo'llarini zo'rqiqtiruvchi jismoniy mehnat, metereologik va sanitargigienik jihatdan noqulay mehnat sharoitida hamda allergik, bronx va pulmonotrop zaharlar bilan ishlash man etiladi.

Nafas etishmovchiligining II darajasida bemorga engil jismoniy mehnat, havosi toza quruq va issiq sharoitda ishlash tavsiya qilinadi. Bemorga jismoniy va ruhiy zo'rqiqlash man etiladi. Skleroma bilan og'rgan bemorni ish bilan ta'minlash qiyin bo'lganligi tufayli unga II guruh nogironligi belgilanadi.

Nafas etishmovchiligining III darajasida bemorga uy sharoitida engil ishni bajarish tavsiya etiladi.

Traxeostomiya naychasi oʻrnatilgan bemor nafas etishmovchiligining II darajasi rivojlangan bemorlar guruhiga kiritilib, unga III guruh nogironligi belgilanadi. Traxeya va bronxlarning oʻzgarishi va nafas etishmovchiligining II darajasi rivojlangan bemor mehnatga yaroqsiz deb topiladi (II guruh nogironi).

Skleromani oldini olish chora tadbirlariga quyidagilar kiradi:

1. Skleromani oʻz vaqtida aniqlash va davolash;
2. Kasallik manbaini zararsizlantirish; roʻyxatga olingan bemorlar va bakteriya ajratuvchilardan tashqari oʻz kasalligi haqida bilmagan va skleromaning dastlabki belgilari namoyon boʻlgan bemorlarni oʻz vaqtida aniqlash. Buning uchun endemik oʻchoqlarda profilaktik koʻrikni oʻtkazish, bemor oila aʼzolarini vaqti vaqti bilan tekshirish.
3. Bakteriyalar ajratilishini bartaraf etish maqsadida bemorni poliklinika yoki shifoxona sharoitida davolash;
4. LORboʻlimda skleroma bilan kasallangan bemorlarga alohida xona ajratish.
5. Mikrooʻchoqlarda infeksiya tarqalish yoʻllarini bartaraf etish:
 - a) bemorni oila aʼzolaridan iloji boricha uzoqlashtirish, unga alohida idishtovoq, sochiq, dastroʻmolcha, koʻrpatoʻshak ajratish;
 - b) bemor va uning atrofdagilari bilan infeksiyaning tarqalish yoʻllari haqida suhbatlar oʻtkazish;
6. Bemor va uning atrofdagilari shaxsiy va sanitariyagigiena koidalari soʻzsiz rioya qilishi;
7. FrishVolkovich tayoqchasini ajratuvchi shaxslarni bolalar va umumiy ovqatlanish muassasalarida ishlashiga yoʻl qoʻymaslik.

Silda LORaʼzolari zararlaniishi

SIL bu surunkali yuqumli kasallik boʻlib, uni sil mikobakteriyasi (Kox basillasi) qoʻzgʻatadi. Odam organizmiga sil mikobakteriyasi koʻpincha yuqori nafas yoʻllari orgali, baʼzan shilliq qavat va jarohatlangan teri orqali, homilaga plasenta orqali tarqaladi. Silning rivojlanishiga noqulay turmush sharoiti, bemorning yashash tarzi muhim ahamiyatga ega. Qandli diabet, kortikosteroid preparatlar bilan davolanish, oshqozonichak kasalliklari, ruhiy kasalliklar silni rivojlanishiga yordam beradi. Bemor va sil bilan zararlangan hayvon kasallik manbaiga aylanadi.

Hozirgi kunda LORaʼzolari sili oʻpka silining asorati sifatida rivojlanadi.

Patomorfologik o'zgarishlar infiltrat va yara shaklida namoyon bo'ladi. Sil infiltrati chegaralangan va tarqoq, ba'zan o'smasimon bo'ladi. Sil yarasi yuzaki joylashib shakli noto'g'ri, cheti notekis, tubi rangsiz granulyasiya bilan to'lgan bo'ladi. Kasallik bosqichiga qarab infiltrasiya, parchalanish, ko'payish, qalinlashish, ohaklanish va so'rilish jarayonlari kuzatiladi.

Klinik kechimi. Burun sili kam uchraydi. Bunda burun bo'shlig'ida nisbatan tez yaraga aylanadigan infiltrat va burun to'sig'ining tog'ay qismida teshik hosil bo'ladi. Tugunchaning rangi kulrangoq yoki kulrangsariq bo'lib ular yuzaki joylashadi. Keyinchalik papillomatozga o'xshash to'qima hosil bo'ladi. Tuguncha o'smasimon bo'lishi mumkin (tuberkuloma). Yaraning cheti noto'g'ri, eyilgan, atrofi och pushti va kulrang granulyasiya to'qimasi bilan o'ralgan bo'ladi. Jarayon burun dahlizi old bo'limining shilliq qavatida joylashadi.

Og'iz bo'shlig'i va halqum sili hiqildoq sili bilan birga yoki alohida kechib jarayon xilmaxilligi bilan ajralib turadi (engil infiltrasiya, yuzaki joylashgan chegaralangan yara, yirik, yuzi g'adirdur papillomatozli tugunlar). O'tkir eksudativ jarayonda og'iz bo'shlig'i va halqumning shilliq qavatida qizarish, infiltrasiya, parchalanuvchi va tez yara hosil qiluvchi kichik tugunchalar paydo bo'ladi. Yaralar qo'shilishib yirik chuqur yara hosil qiladi. Surunkali silning dastlabki bosqichlarida halqumda qattiq g'adirdur tugunlar paydo bo'ladi, yaralar yuzaki joylashadi.

Halqumning tarqoq silida jarayon limfadenoid halqum halqasiga tarqalib yashirin kechadi va murtakning gistologik tekshiruvda aniqlanadi.

Hiqildoq sili ko'p uchraydi. Hiqildoq gematogen yo'l orqali zararlanadi. Jarayonning joylashuvi uning tarqalish yo'lga bog'liq bo'ladi: hiqildoqning dahlizi infeksiya gematogen yo'l orqali tarqalganda, o'rta va pastki bo'limlari sputogen yo'l (so'lak orqali) orqali tarqalganda zararlanadi. Hozirgi kunda infeksiya asosan gematogen (limfogen) yo'l orqali tarqaladi.

Hiqildoq silining klinik belgilari jarayonning kechimiga bog'liq. Kasallik o'tkir, noaniq va surunkali kechadi. Bemor tomog'i og'rishiga, qurishiga, qichishiga, ovozi bo'g'iqligiga shikoyat qiladi.

Disfoniya 3 darajaga bo'linadi:

I darajali disfoniya bemorning ovozi vaqtivaqti bilan bo'g'iladi;

II darajali disfoniya bemorning ovozi doimo bo'g'iq bo'ladi;

III darajali disfoniya bemorda afoniya rivojlanadi.

Bemordagi oqriqning keskinligi bo'yicha disfagiya 3 darajaga bo'linadi:

I darajali disfagiya yutish paytida vaqtivaqti bilan tomoqni og'rishi kuzatiladi;

II darajadali disfagiya og'riq doimiy bo'lib, yutinganda, yo'talganda, gapirganda kuchayadi;

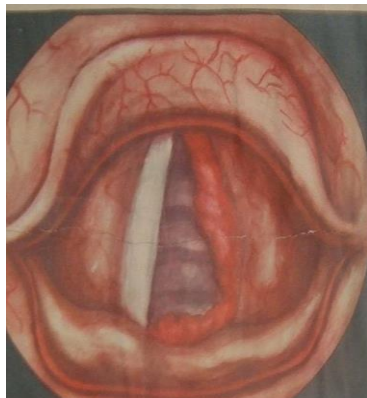
III darajali disfagiya bemorda doimiy ravishda kuchli, quloq sohasiga tarqaluv chi og'riq kuzatiladi.

Infiltrasiya, hiqildoq tashqi va ichki bo'limlarining shishi bemorda stenotik nafasni rivojlanishiga olib keladi.

Ovoz burmalarining sili dastlabki bosqichlarda asosan orqa qismining qizarishi, infiltrasiyasi, ya'ni monoxondrit belgilari bilan namoyon bo'ladi. Infiltrat yaralanganda tubi ochkulrang kichik lentikulyar yara hosil bo'ladi. Ba'zan ovoz burmalarining cheti yaralanadi; yaraning cheti notekis eyilgan bo'ladi. Jarayon cho'michsimon tog'aylar orasi bo'shlig'iga ham tarqalishi mumkin. Bu erda ovoz yorig'i tomon o'sgan tuberkuloma hosil bo'ladi. Dahliz burmalaridagi sil infiltratlari ularning shaklini o'zgartiradi, laringoskopiyada burmalarning yuzi sillik yoki g'adirbudur bolishchaga o'xshab ko'rinadi.

Dahliz burmalari ovoz burmalarini yopganda bemorda hiqildoq torayishi rivojlanadi, infiltratlar parchalanganda chuqur yara hosil b'yladi. Sil jarayoni hiqildoqusti qopqog'iga tarqalishi mumkin. Hiqildoqusti qopqog'i keskin kattalashadi, uning shilliq qavati o'smaday hiqildoqqa kirish joyida osilib turadi. Hiqildoqusti qopqog'ining o'tkir ekssudativ jarayoni tez rivojlanib, perixondriy va tog'aylarga tarqalgan yaraga aylanadi, ba'zan hiqildoqusti qopqog'i emiriladi.

Patologik jarayon cho'michsimon tog'aylarga tarqalganda ularning shilliq qavati shishadi, shish cho'michsimonhiqildoqusti burmalariga tarqaladi, shilliq qavatdagi sil yaralari chuqurlashib hiqildoq tog'aylarini zararlaydi. Hiqildoq tog'aylarining emirilishi va sekvestrasiyasi kam uchraydi.



22rasm.Hiqildoq sili

Halqum va hiqildoq sili nospesifik laringit, o'smalar, zaxm, skleroma va leykozda halqum va hiqildoqda rivojlangan o'zgarishlardan farqlanadi. Yuqori nafas yo'llari va og'iz bo'shlig'i silini o'z vaqtida aniqlash uchun anamnez ma'lumotlari va bemor shikoyatlariga e'tibor berish, balg'amni o'z vaqtida sil mikobakteriyasiga tekshirishi, ko'krak qafasi flyurografiya-sini o'tkazish lozim.

Davolash. Og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llari silini davolashda streptomisin, izoniazid va boshqa silga karshi vositalar qo'llanadi. Og'riqni kamaytirish uchun bemorga yog'li ingalyasiyalar, og'iz bo'shlig'ini anestetik eritmalar bilan chayish va burunga tomizish tavsiya qilinadi. Yaralar 520% kuush nitrat va uchxlorsirka kislotasi bilan kuydiriladi. Bemorga parhez taomlar buyuriladi. Yuqori hiqildoq asab tolasining vagosimpatik va teriichi novokain blokadalarini bajariladi.

O'rta quloq sili juda kam uchraydi. Quloq sili og'riqsiz boshlanib, og'riqsiz kechadi, nog'ora pardada bir nechta perforasiyalar hosil bo'ladi, quloqdan kam miqdorda hidsiz ajralma oqadi, bemorning eshitish qobiliyati keskin pasayadi. Quloq silining og'ir kechimida nog'ora bo'shlig'i va so'rg'ichsimon o'siqda nekroz maydoni hosil bo'ladi. Bemorning qulog'i og'riydi, undan ko'p miqdorda yoqimsiz hidli ajralma oqadi.

Tashxis bemorda aniqlangan faol o'pka sili, yiring va granulyasiyalarni sil mikobakteriyasiga tekshirish natijalari asosida qo'yiladi. O'rta quloq silida oddiy otitda qo'llanadigan mahalliy davolash tadbirlari bilan birga ototoksik ta'sirga ega silga qarshi dorilar ishlatiladi.

Davolash. Yuqori nafas yo'llari va quloq sili o'pkada kechayotgan og'ir jarayondan darak beradi. Shuning uchun davolash tadbirlari butun organizmga qaratiladi. Davolash muddati asosiy jarayonning shakliga bog'liq bo'ladi. Davolashda silga qarshi dorilar qo'llaniladi. Ayrim dorilar endolaringial yo'l orqali shprints yordamida hiqildoq ichiga yuboriladi. Ingalyasiyadan oldin 5 7 kun davomida bemorga spazmolitiklar beriladi. Streptomisin, streptosalyuzid, tubazid, kanamisin, solyutizon, flyurimisin sulfat aerosol shaklda ishlatiladi.

Yuqori nafas yo'llari va quloq sili odatda sog'ayish bilan tugaydi. O'pka silini o'z vaqtida va to'g'ri davolash yuqori nafas yo'llari va quloq silini oldini olishga yordam beradi.

Zaxm kasalligida LORa'zolari zararlanishi

Zaxm bu surunkali yuqumli kasallik bo'lib, uni rangpar treponema qo'zg'atadi. Rangpar treponema organizmga teri yoki shilliq qavatdagi kichik jarohatlar orqali kiradi. Ko'pincha infeksiya jinsiy yo'l, ba'zan boshqa yo'llar (oilaviy zaxm) orqali tarqalishi mumkin. Zaxmning yashirin davri taxminan 21 28 kun davom etadi, ba'zan u 10 21 kungacha qisqarishi yoki olti oyga cho'zilishi mumkin.

Klinik belgilari. Zaxmning birlamchi bosqichida infektsiyaning kirish joyida qizg'ish dog' yoki papula paydo bo'ladi, bir necha kunda u kattalashib, zichlashib qattiq shankrga aylanadi (birlamchi sifiloma). Shankr markazida yara hosil bo'ladi. Bu bosqich 6 7 hafta davom etadi.

Qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng (5 7 kundan so'ng) mahalliy limfa tugunlarni kattalashishi kuzatiladi. Rangpar treponemalar limfa tugunlarda ko'payib butun limfa tizimiga tarqaladi, natijada bemorda poliadenit rivojlanadi.

Burun bo'shlig'ining qattiq shankri juda kam uchraydi va ko'pincha uning dahlizida, qanotlarida, terisida, shilliq qavatining old qismida va burun to'sig'ida joylashadi. Burunning chuqur bo'limlarida va burunhalqumda qattiq shankr infeksiya tibbiy asboblardan orqali tarqalganda rivojlanadi. Qattiq shankr lablarda va og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida, tilda, murtaklarda paydo bo'lishi mumkin. Shakllangan qattiq shankr og'rimaydi va likopchaga o'xshagan eroziya yoki yara sifatida namoyon bo'lib, uning asosida qattiq infiltrat paypaslanadi.

Og'iz bo'shlig'ida odatda bitta birlamchi sifiloma hosil bo'ladi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda eroziya kulrang karash bilan qoplangan chuqur yaraga aylanadi. Til ustida joylashgan qattiq shankr likopchaga o'xshab atrof to'qimadan bo'rtib turadi, yuzida xom go'sht rangiga o'xshash eroziya ko'rinadi. Murtaklarda qattiq shankr yara, angina yoki ham angina, ham yara belgilari bilan namoyon bo'lishi mumkin. Anginaga xos belgilar bilan kechgan qattiq shankrda murtak bir tomonga keskin kattalashadi, og'rimaydi, rangi misrangqizil bo'ladi. Ham angina, ham yara belgilari bilan kechgan qattiq shankrda murtakda yara paydo bo'ladi. Lab va og'iz bo'shlig'ining birlamchi sifilomasi jag'osti skleroadeniti bilan kechadi.

Hiqildoqqa infeksiya ko'pincha tibbiy asboblardan orqali tarqaladi. Qattiq shankr hiqildoqusti qopqog'ining tashqi yuzasida, cho'michsimonhiqildoqusti Burmalarida, ba'zan ovoz burmalarida joylashishi mumkin. Hiqildoq qattiq shankri kam uchraydi va atrof to'qimadan keskin chegaralangan, tez yaralanadigan, yuzi kulrang karash bilan qoplangan o'smaga o'xshaydi, u jag'osti va bo'yin

lifadeniti bilan birga kechadi. Serologik tekshiruv tashxis qo'yishga yordam beradi.

Burunning ikkilamchi zaxmi birlamchi sifilomadan keyingi dastlabki oylarda rivojlanadi, u teri va shilliq qavatda paydo bo'lgan toshmalar bilan birga kechadi. Tashqi burun terisida va burun bo'shlig'ining shilliq qavatida turli toshmalar (ikkilamchi sifilidlar) rozeola, papula, ba'zan pustulalar paydo bo'ladi. Rozeolalar kataral o'zgarishlar, ya'ni burun shilliq qavatining qizarishi va shishi, burundan qon aralash shilimshiq va shilimshiq ajralmani oqishi bilan namoyon bo'ladi.

Burun bo'shlig'ining zaxmida bemorda sub'ektiv kakosmiya kuzatiladi (bemor burnida yoqimsiz hid sezishiga shikoyat qiladi atrofdagilar esa buni sezmaydilar).

Kuchli tumov – tug'ma zaxmda ko'p uchraydigan belgilardan biri hisoblanib, chaqaloq tug'ilganidan keyingi dastlabki 2 3 haftada kuzatiladi.

Bolada burun orqali nafas olishi qiyinlashadi, ko'p miqdorda shilimshiq, keyinchalik yiringlishilimshiq yashil hidi yoqimsiz ajralma oqadi, burun dahlizi ikki tomonda sarg'ishyashil va jigarrang po'stloqlar bilan to'ladi. Burun dahliazida oson qonaydigan chuqur tirqishlar hosil bo'ladi. Burun bo'shlig'i shilliq qavatining infiltrasiyasi uning tog'ay va suyaklarining emirilishiga olib kelishi mumkin.

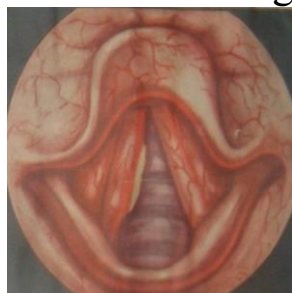
Og'iz bo'shligii, halqum, hiqildoq, traxeya va bronxlar zaxmi ko'pincha teri toshmali bilan birga yoki ikkilamchi zaxmda alohida uchraydi. Burun, halqum va hiqildoqning ikkilamchi sifilidlar sub'ektiv sezgilsiz kechadi va shuning uchun o'z vaqtida aniqlanmaydi, bemor uzoq vaqt infeksiya manbaiga aylanadi.

Ikkilamchi zaxm bilan kasallangan bemorlarning 50% da og'iz bo'shlig'ida rozeola yoki papula elementlari paydo bo'ladi. Rozeolalar odatda tanglay ravoqchalari, yumshoq tanglay va murtaqlarning shilliq qavatida joylashadi. Bir biriga qo'shib ular o'ziga xos eritematoz anginaning rivojlanishiga olib keladi. Zararlangan maydon keskin qizarib, misrangqizil rangli bo'ladi.

Halqumning ikkilamchi zaxmi og'iz bo'shlig'i, halqum va hiqildoqda papulalar paydo bo'lishi bilan namoyon b'yladi. Papulalar shilliq qavatning turli maydonlarida, ko'pincha murtaqlarda, ravoqchalarda, yumshoq tanglayda joylashadi va qo'shib papulali anginaning rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari papulalar tilda, lunjlarda va lablarda ham joylashishi mumkin.

Dastlab papulalar noʻxatday kichik, qizil, atrof toʻqimadan keskin chegaralangan, asosida kichik tugunchasi boʻlgan shilliq qavat maydoniga oʻxshaydi. Keyinchalik papulada ekssudat toʻplanadi. Shilliq qavatning zararlangan maydoni kulrangoq karash bilan qoplanadi, ogʻrimaydi. Karash shpatel bilan olib tashlanganda uning ostida rangi xom goʻsht rangiga oʻxshash eroziya koʻrinadi. Ikkilamchi infeksiya qoʻshilganda papulalar yaraga aylanadi, bemor yutinganda ogʻriq paydo boʻladi, papula atrofidagi qizil maydon kengayadi. Ogʻizning burchaklarida joylashgan papulalar “zaxm uchuqlari” kasallikning oʻziga xos belgisi hisoblanadi. Bemor ogʻzini ochganda ogʻiz burchaklarda poʻstloqlar bilan qoplangan, ogʻriqli va qonaydigan tirqishlar paydo boʻladi.

Hiqildoq shilliq qavatining ikkilamchi sifilidlari eroziya va yaraga aylanadigan eritemalar, papulalar, shilliqosti infiltratlarni hosil boʻlishi bilan kechdi. Hiqildoq shilliq qavatining eritema shakli kataral laringit kasalligini eslatadi. Keyinchalik qizarish toʻqqizil tusga aylanib, bemorda uzoq vaqt davom etgan ovoz boʻgʻilishi, kaltakalta yoʻtal kuzatiladi. Qizargan shilliq qavatda paydo boʻlgan yaralar atrof toʻqimadan oʻzining toʻq qizil chegara chizigʻi bilan ajralib turadi. Ovoz va dahliz burmalarida sifilitik xordit rivojlanib, qizargan shilliq qavatdan boʻrtib turgan yakka yoki qoʻshilgan tuzilmalar shaklida namoyon boʻladi. Ikkilamchi zaxmda laringit rivojlanib, unda hiqildoq shilliq qavatining turli maydonlarida kichik aniq chegaralangan yuzaki yaralar paydo boʻladi. Yaralar dahliz maydonida joylashganda bemorda disfagiya, ovoz burmalarida joylashganda ovozini oʻzgarishi kuzatiladi. Oʻz vaqtida davolash tadbirlari oʻtkazilmasa zaxm laringiti hiqildoq torayishiga olib kelishi mumkin. Kasallikning uchlamchi davrida yuqori nafas yoʻllarining zaxmi yumshoq va qattiq tanglay, til, burun boʻshligʻi, halqumning orqa devorida joylashgan va kam ogʻriydigan qizil gumma infiltratlari bilan namoyon boʻladi. Gumma infiltrati tez parchalanib, yaralanib togʻay va suyak toʻqimalarni emiradi. Gumma kratersimon va chuqur, tubi yiring va toʻqima qoldiqlari bilan toʻlgan yara boʻlib, tubiga keskin oʻtuvchi cheti zich infiltrat bilan chegaralangan.



23rasm.Hiqildoq zaxmi

Burun to'sig'ida joylashgan gümma tosiqni teshadi, gümma dimog' suyagining yuqori bo'limlarini, burun qanotlarining

tog'aylari emirganda burunning shakli o'zgaradi (egarsimon burun), og'ir hollarda butunlay emirilvdi, joyida uchburchak ochiq teshik hosil bo'ladi (burun to'sig'i yo'q, chig'anoqlari emirilgan burun bo'shlig'i).

Gümma jarayoni chuqurlashgan sari yumshoq tanglay, tanglay ravoqchalari va til chegarasida joylashgan yaralar tufayli to'qimalar emiriladi, joyida nurga o'xshash dag'al chandiqlar hosil bo'ladi. Tanglay pardasi halqumning orqa devoriga yopishadi, natijada tomoqning chandiqli torayishi rivojlanadi. Gümma qattiq tanglayda joylashib, suyak to'qimasini emiradi, og'ir hollarda – og'iz va burun bo'shliqlari orasi teshilib bemorda manqalanish va ovqat parchalarini burun bo'shlig'iga tushishi kuzatiladi. Gümma jarayoni halqumning orqa devorida joylashganda, bu erda sog'lom to'qimadan zich infiltrat bilan chegaralangan, tubi yiringlinekrotik karash bilan to'lgan yara, keyinchalik nurga o'xshash botiq chandiqlik hosil bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi davrida gümma infiltratlari hiqildoqni ham zararlaydi. Infiltratlar yumshab parchalangandan so'ng sog'lom to'qimadan keskin chegaralangan va yallig'lanish maydoni bilan o'ralgan tubi yog'li gümma yarasi paydo bo'ladi. Yara chuqurlashgan sari bemorda laringoxondroperixondrit va xondrit, tog'ay sekvestrlari, chandiqlanganda hiqildoqlik torayishi rivojlanadi.

Quloqlik zaxmi kasallikning kechki bosqichlarida, asab tiziminining zaxmida kuzatiladi va ko'pincha bir tomonlama karlik, quloqlikni shang'illashi, vestibulyar buzilishlar bilan kechadi. Koxleovestibulyar buzilishlar ba'zan boshlang'ich zaxmning belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Bunday buzilishlar odatda labirintning ikki tomonlama zararlanishi natijasida rivojlanadi va klinik belgilari bo'yicha Men'er kasalligini va serozli labirintitni eslatadi.

Tashxis anamnez ma'lumotlari, klinik manzara, serologik tekshiruv va zaxmga qarshi davolash tadbirlarining natijalari asosida q'yiladi.

Yiqumli kasalliklarda LORa'zolari zararlanishi

Ko'pgina umumiy kasalliklarda LOR a'zolarida o'zgarishlar kuzatiladi. Ba'zan bu o'zgarishlar kasallikning boshlang'ich belgisi sifatida namoyon bo'lib, bemor dastlab otorinolaringologga murojaat qiladi. Umumiy kasalliklarning otorinolaringologik belgilarini yaxshi bilish to'g'ri tashxis qo'yishga va, ayniqsa yuqumli va spetsifik

kasalliklarda kerakli tibbiy yordamni o'z vaqtida boshlashga yordam beradi

Difteriya. Burunning bir tomonidan qon aralash yoki shilmshiqyiringli ajaralma oqadi. Burun dahlizi va yuqori lab sohasida po'stloqlar bilan qoplangan yorilishlar hosil bo'ladi. Rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq qavati shishgan, eroziya maydonchalari, yarachalar, fibrinli, ifloskulrang karashlar borligi aniqlanadi, olinganda ularning osti qonaydi.

Faringoskopiya da murtaklarda, tanglay ravoqchalarida, tilchada ifloskulrang karashlar aniqlanadi, ular qiyinchilik bilan olinadi va ostida qonayotgan maydon qoladi. Og'ir hollarda halqumning shilliq qavati shishib, unda ko'p miqdorda hidi yoqimsiz karashlar paydo bo'ladi.

Hiqildoqda ovoz burmalarida va burmaosti bo'shlig'ida kulrang oq ekssudat maydonlari ko'rinadi. Jarayon rivojlangan sari afoniya, kulrang karashni tomoqqa uchishi, karashlar ovoz yorig'ini toraytirganligi kuzatiladi.

Quloq difteriyasi juda kam uchraydi. Bunda quloq suprasi va tashqi eshituv yo'li qiyinchilik bilan olinadigan karashlar bilan qoplanadi. O'rta quloq zararlanganda quloqdan shilimshiq va qon aralash shilimshiq ajaralma oqadi. Nog'ora parda butunlay parchalanadi.

Skarlatina. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tomog'i og'riydi, skarlatinada rivojlangan angina da murtaklar, tanglay ravoqchalari, tilcha qipqizil bo'lib qizaradi, qizarish qattiq tanglayga tarqalmaydi. Anginalar kataral, folikulyar, nekrotik, soxta nekrotik shaklda kechishi mumkin. Nekrotik angina kasallikning 2-3 kuni rivojlanadi. Qipqizil murtaklarda nekrotik maydonchalar hosil bo'ladi, ular yuzaki yoki chuqur joylashadi. Nekroz maydonchalarining rangi iflos kulrang yoki yashilroq bo'ladi. Nekrozlar murtakdan tashqariga: ravoqchalarga, yumshoq tanglayga, halqum shilliq qavatiga va burunga tarqalishi mumkin, ya'ni bqmorda nekrotik yiringli rinit va faringit rivojlanadi. Nekroz jarayoni 7-10 kunda yo'qoladi. Skarlatinada og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati quruq, til kulrang sarqish karash bilan qoplanadi. Karashlardan tozalangandan so'ng til qipqizil bo'lib qoladi ("malinali til "). Til 12 haftadan so'ng o'z rangiga qaytadi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashgan, zich, paypaslanganda og'riqli bo'ladi. Skarlatinada quloq odatda ikki tomonlama zararlanadi. Skarlatina infeksiyasining avjida rivojlangan otitlar ayniqsa og'ir kechadi. Quloqlar qattiq og'riydi, undan o'ziga xos yoqimsiz hidli yiring oqadi, nogora parda parchalanadi. Quloqdan oqayotgan yiringli ajralmada qon, suyak sekvestrlari va xatto kariesga uchragan eshituv suyakchalari aniqlanadi.

Bemorda yashirin mastoidit rivojlanishi mumkin, bunda tana haroratini ko'tarilishi kuzatiladi. Ko'pincha skarlatinadagi otit surunkali kechadi.

Ko'kyo'tal. Kasallikning boshida engil rinit kuzatiladi. Ikki haftadan so'ng spastik yo'tal boshlanadi. Bu bosqichda laringoskopiya hiqildoq shilliq qavatining qizarishi, qon tomirlarining kengayishi va qontalashlar aniqlanadi. Orqa komissura va burma osti bo'shlig'i sohasida limfoid to'qima gipertrofiyasi kuzatiladi. Yo'tal xurujlarida infeksiya eshituv nayi orqali nog'ora bo'shlig'iga tarqaladi. Ko'kyo'taldagi o'rta otitning kechimi qizamiqdagi o'rta otit kechimiga o'xshaydi.

Meningokokkli infeksiya: Meningokokkli infeksiya mahalliy o'tkir rinofaringit shaklida kechadi. Bemorda bosh og'rishi, tomoqni qichishi va og'rishi, yo'tal, burun orqali nafas olishni qiyinligi kuzatiladi. Burun yo'llarida kam miqdorda qon aralash serozli yiringli ajralma oqadi. Halqumning shilliq qavati qizargan va shishganligi ko'rinadi. Ko'p hollarda o'tkir rinofaringit tarqoq meningokokkli infeksiya rivojidan oldin kuzatiladi.

Stafilokokk infeksiyasi. Patogen stafilokokk chaqirgan klinik belgilardan biri bu stafilokokkli laringotraxeit. Unda kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati ko'tariladi, yo'tal paydo bo'ladi, ovozi bo'g'iladi (afoniya kuzatilmaydi). Kasallikning birinchi kunlarida hiqildoq shilliq qavatining shishi va torayishi yuz beradi. Torayish belgilari 10 12 kun, ovozni bo'g'lishi 2 3 haftagacha saqlanib turadi. Stafilokokk anginasini lakunar angina shaklida kechadi. Murtaklarda, tanglay ravoqchalarida yumshoq, sarg'ish karashlar aniqlanadi. Stafilokokkli otitlarda quloqdan ko'p miqdorda yiringli ajralma oqadi.

Streptokokk infeksiyasi mahalliy streptokokk infeksiyalar, angina, rinit, faringit, adenoidit, otit, sinusit, laringit shaklida kechishi mumkin. Ular o'tkir respirator virusli infeksiyada asorat sifatida rivojlanadi.

Qizamiq. Bunda lunjning ichki yuzasida, shilliq qavatning aveolyar o'siqqa o'tish joyida FilatovKoplik oq dog'lari paydo bo'ladi. Prodromal bosqichda burun orqali nafas olish qiyinlashadi, burun bo'shlig'ining shilliq qavati shishadi, burundan shilimshiq yiringli ajralma oqadi. Hiqildoqning shilliq qavati qizarib, og'ir hollarda cho'michsimon hiqildoqusti va ovoz burmalari, burma osti bo'shlig'i shishadi. Shuningdek mahalliy limfadenit kuzatiladi. Quloqdagi o'zgarishlar toshmalar bosqichida (erta) va teri po'st tashlash bosqichida (kechki) kuzatiladi. Erta qizamiqli otitlar engil kechsa, kechki otitlar ancha og'ir kechadi, quloqdan ko'p miqdorda serozliyiringli ajralma

oqadi, nog'ora parda parchalanadi, nog'ora bo'shlig'ning devorlari emiriladi.

Qizilcha. Toshmadan oldin 1 2 kun ensa, quloq atrofi limfa tugunlari paypaslanganda biroz og'riydi. Shu paytda burundan nafas olish biroz qiyinlashadi, burundan shilimshiq ajralma oqadi. Teridagi toshmalar bilan birga og'zhalqumning shilliq qavatida kichik qizil dog'chalar paydo bo'ladi.

Chin chechak. Toshma bosqichida og'iz bo'shlig'i, halqumning orqa devori, tanglay ravoqchalari, burun bo'shlig'ining shilliq qavatida chechak papulalari paydo bo'ladi, ular keyinchalik kulrang oq vezikulalarga, ular esa tez orada eroziya va yiring bilan qoplangan yarachalarga aylanadi. Bemor yutinganda og'riq sezadi. Chin chechak asorati sifatida hiqildoq shishi va torayishi, hiqildoq perixondriti, halqum orti absessi rivojlanadi. Ba'zan chin chechak asorati sifatida o'rta otit namoyon bo'ladi, unda quloqdan yiringli ajaralma oqadi, mastoidit rivojlanadi. Og'ir hollarda nog'ora parda tez parchalanadi va suyakda nekrotik o'zgarishlar rivojlanadi.

Epidemik parotid. Bemor chaynaganda va yutinganda og'riqni sezadi, og'zi quriydi. Lunjning shilliq qavatiga quloq atrofi so'lak bezi ochiladigan maydon qizarib shishadi, bez teshigidan quyuq shilimshiq ajralma oqadi.

Yuqumli mononukleoz. Kasallikning birinchi haftasini oxirida bo'yin va bo'yin orqasi limfa tugunlari kattalashadi. Ular paypaslanganda zich, elastik, kam og'riqli, atrof to'qimalar bilan birikmagan bo'ladi. Shu paytda tanglay murtaklari va tilcha ham kattalashi, shishadi. Ba'zan tanglay murtaklari birbiriga tegib turadi. Burunhalqum murtagi zararlanganda burun orqali nafas olish qiyinlashib, manqalanish paydo bo'ladi, bemor og'zini yarim ochib xirilashga o'xshash nafas oladi. Burundan ajaralma oqmaydi. Pastki burun chig'anog'i va burun dahlizi zararlanganda "orqa rinit" manzarasi kuzatiladi. Halqumning orqa devori qizarib shishadi, limfoid to'qimaning giperplaziyasi aniqlanadi. Tanglay murtaklarida oqsariq yoki ifloskulrang yumshoq, notekis, engil olinadigan karashlar paydo bo'ladi. Pinset bilan olishga uringanda, ular parchalanib, yirtiladi. Orqa rinoskopiya da burunhalqum murtagida xoanalarni yopib turuvchi yumshoq karashlar aniqlanadi. Ba'zan bu karashlar burunhalqum murtagidan osilib turadi va tilcha hamda halqumning orqa devori orasidan ko'rinib turadi.

Gripp. Kasallikning dastlabki soatlarida burun bitadi, burundan nafas olish qiyinlashadi. Burun bo'shlig'ining shilliq qavati qizarib, shishadi, serozli ajaralma oqadi. Bemorni burun ichida quruqlik va

jizzilash, yutinganda tomogʻi ogʻrishi bezovta qiladi. Murtaklar, yumshoq tanglay, halqumning orqa devori keskin qizaradi, kichik qontalashlar paydo boʻladi. Gripp asorati sifatida burun atrofi boʻshliqlarining jalligʻlanishi gaymorit, etmoidit, frontit, sfenoidit rivojlanadi. Grippning xavfli asorati bu shishli laringit bulib, u kasallikning dastlabki 1 2 kunlarida rivojlanadi. Bemorda dDagʻal, quvquv yʻtal, boʻgʻilish xurujlari paydo boʻladi. Laringoskopiya hiqildoq shilliq qavatining tarqoq qizarishi, hiqildoqusti qopqogʻi, ovoz burmalari, burma osti bushligining shishi kuzatiladi. Grippda koʻp kuzatiladigan asorat bu oʻrta otit boʻlib, unda kuchli ogʻriq, quloqdan qon aralash ajralmani oqishi kuzatiladi. Nogʻora parda va tashqi eshituv yoʻlida qonli pufakchalar, nogʻora pardaning orqa yuqori kvadrantida soʻrgʻichsimon boʻrtish hosil boʻladi. Nogʻora boʻshligʻining ajralmasi avval qon aralash serozli, keyin kulrang va yiringli boʻladi. Yiring ajralishiga qaramasdan oqriq uzoq muddat davom etishi mumkin.

Paragripp infeksiyasi. Kasallikning dastlabki soatlarida dagʻal, quruq, davomli yoʻtal, ovozni boʻgʻilishi kuzatiladi. Old tanglay rovoqchalari, yumshoq tanglayni cheti biroz qizaradi. Baʼzan ravoqchalarda, yumshoq tanglayda va tilhada alohidaalohida petexiyalar paydo boʻladi. Burun bitadi, undan serozli ajarlma oqadi. 1 7 yoshgacha boʻlgan bolalarda torayuvchi laringotraxeit kasalligi rivojlanadi. Bola kechasi dagʻal quvquv yoʻtaldan uygʻonib, shovqinli nafas ola boshlaydi. Torayishning I darajasida nafas biroz shovqinli boʻlid, bola yigʻlaganda kuchayadi. Torayishning II darajasida bezovtalik, shovqinli nafas, qovurgʻalararo oraliqlarini ichkariga botishi, yordamchi mushaklarni taranglashishi kuzatiladi. Torayishning III darajasida keskin bezovtalik, rangparlik, koʻkarish, yordamchi nafas mushaklarini keskin tarangligi kuzatiladi.

Rinovirusli infeksiya. Kasallikning boshida aksirish, tumov, tomoqda noqulaylik va qichish kuzatiladi. Bir necha soatdan soʻng burun bitadi. Burun orqali nafas olish keskin qiyinlashadi. Rinoskopiya burun boʻshligʻining shilliq qavati shishgan ligi burun dahlizi shilinganligi koʻrinadi. Burundan koʻp miqdorda shilimshiq ajarlma oqadi, 2 3 kunda burun ajralmasi quyushadi.

Gerpetik infeksiya. Oddiy herpes. Burun qanotlari va quloq suprasida diametri 0,10,3 sm ga ting, atrofi qizargan pufakchalar guruhguruh boʻlib joylashadi. 3 4 kundan soʻng pufakchalar qurib, poʻstloq hosil qiladi. Herpes toshmalari hiqildoqning shilliq qavatida ham paydo boʻlishi mumkin.

Suv chechak. Bemor yutinganda va chaynaganda biroz ogʻriq his etadi. Ogʻiz boʻshligʻi, halqum orqasi, baʼzan hiqildoqning shilliq

qavatida papulalar hosil boʻladi, bir necha soatdan soʻng ular vezikulalarga aylanadi. Vezikulalarning shakli aylana yoki oval boʻlib, ular yuzaki joylashadi. Ichidagi suyuqlik tiniq boʻladi. Vezikulalar tez orada sariq kulrang eroziyalarga aylanadi.

Adenovirusli infeksiya. Kasallikning birinchi kunidayoq burun orqali nafas olish qiyinlashadi, undan koʻp miqdorda serozli yoki shilimshiq ajralma oqadi. Laringoskopiyada burun boʻshligʻining shilliq qavati biroz qizargan, koʻkimtir, pastki burun chigʻanoqlari shishgan ligi koʻrinadi. Bemorda faringit belgilari kuzatiladi: halqum orqa devorining qizarishi, shishi, yumshoqligi. Baʼzan engil hiqildoq torayishi rivojlanadi, jag osti va orqa boʻyin limfa tugunlari kattalashadi. Adenovirus infeksiyasining surunkali shakli bu faringokonʻyuktivit kasalligi boʻlib, unda tana haroratini koʻtarilishi, limfa tugunlarining reaksiyasi bilan kechgan faringit, yiringsiz follikulyar konʻyuktivit belgilari triadasi kuzatiladi.

Respirator sintisial virusli infeksiya. Burun orqali nafas olish qiyinlashadi, burundan koʻp miqdorda yopishqoq shilimshiq ajralma oqadi, burun boʻshligʻining shilliq qavati qizargan va shishganligi aniqlanadi. Bemorning tomogʻi qichiydi, qator qollarda ovozi boʻgʻiladi, yoʻtal xurujlari paytida nafas olish qiyinlashadi.

Enterovirus (Koksaki va ESNO) infeksiyalari. Koʻpincha yosh bolalarda uchraydigan enterovirus infeksiyasidan biri bu gerpetik angina boʻlib, kasallikning 2 kuni tanglay ravoqchalari, murtaklar, yumshoq va qattiq tanglay qizaradi, shilliq qavatda kichik qizil papulalar paydo boʻlib, ular yuzaki pufakchalarga aylanadi. 1 2 kundan soʻng pufakchalar yorilib yuzaki eroziyalarni hosil qiladi. Eroziyalarning tubi kulrang oqish boʻlib, atrofi ingichka qizil tasma bilan oʻralgan boʻladi. Ayrim eroziyalar birbiriga qoʻshilib ketadi. Bemor yutinganda ogʻrq his etadi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashib, paypaslanganda ogʻriydi.

Ich terlama. Burunda quruqlik, burun boʻshligʻining shilliq qavati qizarganligi kuzatiladi. Burundan teztez qon oqadi. Halqumning shilliq qavati qizarib, old tanglay ravoqchalarida oval yarachalar paydo boʻladi. Murtaklar esa oʻzgarishsiz qoladi. Ovoz burmalarida, choʻmichsimon togʻaylarda, hiqildoqusti qopqogʻida yuzaki yarachalar paydo boʻladi. Kasallikning ogʻir asorati sifatida uzuksimon, choʻmichsimon va qalqonsimon togʻaylarning nekrozi bilan kechgan perixondrit rivojlanishi mumkin. Keyinchalik chandiqli jarayon hiqildoq torayishiga olib keladi. Ayrim hollarda qaytuvchi asb tolasi falaji kuzatilib, unda choʻmichsimon, uzuksimon boʻgʻimning harakati saqlanib qoladi.

Ich terlamada oʻrta quloq kasallikning 4 5 kunida zararlanadi. Nogʻora parda keskin qizarib, orqa kvadranti shishib, boʻrtib chiqadi. Quloqdan kam miqdorda yiringli ajralma oqadi. Koʻpincha soʻrgʻichsimon oʻsiq kataklarida granulyasiya toʻqimasi oʻsib, bemorda mastoidit rivojlanadi.

Toshmali terlama. Tanglay murtaklarida qizarish va shish kuzatiladi. Qattiq? tanglayda, tanglay ravoqchalarida, tilchada koʻp miqdorda cheti notekis koʻkqizil uzunchoq dogʻlar paydo boʻladi. Dogʻ markazida rangi toʻqroq maydoncha hosil boʻlib, u bosilganda yoʻqolmaydi. Hiqildoqda, baʼzan choʻmichsimon togʻaylar, choʻmichsimonhiqildoqusti burmalari, hiqildoqusti qopqogʻi, ovoz burmalarining sohasida shilliq qavatning shishi kuzatiladi. Yaralinektotik jarayon avj olib, shilliq qavatdan tashqariga, togʻaylarga tarqalishi va abscesslarni hosil qilishi mumkin. Keyinchalik hiqildoqning chandiqli torayishi rivojlanishi mumkin. Oʻrta quloq zararlanganda oddiy yiringli otit rivojlanib, koʻpincha u surunkali kechadi.

Soxta sil. Kasallikning boshlangʻich davrida burunni bitishi, tumov, yoʻtal, tomoqni qichishi, suqilishi, yutinganda ogʻriq kuzatiladi. Koʻp hollarda murtaklar qizaradi, qizarish qattiq tanglayga tarqalmaydi. Halqumning shilliq qavati shishadi. Kasallikni boshida til kulrangoq karash bilan qoplanadi, 3 5 kunda butunlay tozalanadi.

Kandidoz infeksiyasi. Yuzaki (shilliq qavat) va visseral (nafas yoʻllari, oshqozonichak yoʻllari) kandidozlari tafovut etiladi. Shilliq qavat kandidozi glossit, stomatit, anginalar shaklida kechadi.

Kandidozli stomati. asosan kichik yoshdagi va uzoo muddat davomida antibiotiklarni qabul qilgan bolalarda uchraydi. Lunj, milklar, yumshoq va qattiq tanglayning shilliq qavati oq tvorogsimon karash bilan qoplanadi, u oson olinadi.

Kandidozli glossitda til shishadi, unda oʻchoqli qizarish hamda uzunasiga va koʻndalang yotgan egatlar paydo boʻladi. Til zamburugʻli karash bilan qoplanadi, ayrim joylarda soʻrgʻichlar aniqlanmaydi. Kandidozli anginada murtaklarda yumshoq oqish karash orolchalari hosil boʻladi, bazan u butunlay karash bilan qoplanadi, karash shpatel yordamida oson olinadi. Halqumning shilliq qavatida qizarish kuzatilmaydi. Visseral kandidoz kandidozli laringit va ezofagit shaklida kechishi mumkin.

Oqsil. Inkubasiya davridan soʻng (2 12 kuni) toʻsatdan tana harorati 40 41⁰ ga koʻtariladi, ogʻiz boʻshligʻining kuyishi seziladi. Qizargan ogʻiz boʻshligʻining shilliq qavatida va tomoqda pufakchalar paydo boʻladi, ular 23 kunda yorilib, ostida qonaydigan maydonni qoldiradi. Halqum va hiqildoqning shilliq qavati shishadi, bemorning

nutqini tushunib bo'lmaydi, yutinish qiyinlashadi, og'zidan ko'p miqdorda so'lak oqadi. Tana harorati 3 5 kunda me'yoriga keladi.

Tulyaremiya. Kasallikning anginali bubon shaklida umumiy belgilar bilan birga tomoqni og'rishi, yutinishni qiyinligi kuzatiladi. Tanglay murtaklari kattalashadi va shishadi, ularda qiyinchilik bilan olinadigan kulrangoq nekrotik karash paydo bo'ladi. Nekroz natijasida murtak parchalanib, keyin chandiqlanadi. Jarayon bir tomonlama rivojlanadi. Mahalliy limfa tugunlarining reaksiyasi keskin rivojlangan bo'ladi.

Listerioz. Kasallikning anginaliseptik shakli kataral (tomoqni qizarishi, murtaklar va mahalliy limfa tugunlarini kattalashishi) yoki yaralipardali (fibrinoz) angina shaklida kechadi (tomoqning keskin qizarishi bilan birga murtaklarni kattalashishi, ularda usti parda bilan qoplangan jigarrangoq karash yoki yaralarni paydo bo'lishi). Qonda monositlarning soni ko'payadi. Keyinchalik keskin o'zgaruvchi isitma kuzatiladi.

Brusellyozda angina kasallikning oxirida rivojlanishi bilan ajralib turadi.

OITS. XX asr oxirida insoniyat duch kelgan jiddiy muammolardan biri bu orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) bo'ldi. Tarixda shu paytgacha kasallikning bu qadar tiklanmas oqibatlarga olib kelishi va nafaqat sog'likka, balki millionlab insonlarning hayotiga xafv soluvchi vaziyat kuzatilmagan edi. OITS juda tez tarqalyapti. 1981 yilda Kaliforniyada (AQSh) OITS bilan og'rigan dastlabki 5 nafar bemorda anilanganda, bu kasallik bir mamlakat va ayrim guruhlar (gomoseksualistlar va giyohvandlan) chegaralanib qoladi deb hisoblanar edi. 8 yil davomida Er yuzidagi aholining OITS bilan zaralanishi geometrik progressiyada ko'paib, infeksiya barcha qit'alarga tarqaldi. Natijada 1989 yilning noyabr oyiga kelib bemorlar soni 187 000 etdi (Amerikada 126 714, Afrikada 32 062, Ovpoda 25 906, Okeaniyada 1668, Osiyoda 454 bemor qayd etildi), virus tashuvchilarning soni esa 10 mln. dan oshib ketdi. Butun Dunyo Sog'likni Saqlash tashkilotining (BDSST) ma'lumotlariga ko'ra OITS dunyoning 150 dan ortiq mamlakatlariga tarqalgan, shuning uchun amalda butun sayoramiz aholisining barcha guruhlariga erkak va ayollar, kattalar va bolalarga tarqalgan haqiqiy pandemiya haqida so'z yuritish mumkin.

Hozirgi vaqtda, ayniqsa Afrika mamlakatlarida, juda noqulay sharoit yuzaga kelgan: Markaziy Afrikaning ayrim shaharlarida klinik rivojlangan OITS hollari 50 000 100 000 aholida kuzatilgan. BDSST ma'lumotlariga ko'ra 1989 yilgacha AQSh da 107 308 kasallik hollari,

1991 yilning 10 oyida mamlakatda 29 000 dan ortiq OITS bilan ogʻrigan yangi bemorlar qayd etilgan.

OITS virusi (3 tipdagi Tlimfotrop odam retrovirusi) dastlab 1983 yil yanvar oyida Parij shahridagi Paster nomidagi institutda prof. L.Montane rahbarlik qilgan virus onkologiyasi laboratoriyasining xodimlari va keyinroq AQSh da prof. R.Gallo guruhi tomonidan aniqlandi. BDSST ekspert qoʻmitasi 1986 yilda virusga yangi nom qoʻyishni HIV (human immunodeficiency virus) yoki OITV (odam immuniteti tanqisligining virusi) yaʼni VICH (virus immunodefisita cheloveka) taklif etdi. OITV retroviruslar oilasiga, sekin harakatlanuvchi viruslarning kichik oilasiga mansub. U ikki molekula RNK va qayta fermentli transkriptazaga ega.

OITV tashqi muhitga chidamsiz, yuqori haroratga, antiseptiklar va dezinfeksiya moddalariga juda sezgir. 1985 yilda Gʻarbiy Afrika mamlakatlarida (GvinneyaBisau, Senegal, KaboVerde) OITS ning ikkinchi (OIV2) virus turi aniqlandi. 1986 1989 yillarda OIV2 AQSh, Kanada, Fransiya, Germaniya, Rossiya va boshqa mamlakatlarda ham OITS bilan ogʻrigan bemorlarda aniqlandi.

Oʻzbekistonda bu kasallik tarqalishining asosiy sababi inʼeksion giyohvandlik boʻlib, mamlakatimizda roʻhxatdan oʻtgan 23 ming giyohvandlarning 65% OITSGa chalingan. 2001 yilda OITS ni yuqtirganlar soni 779 kishiga etdi. Agar har yili giyohvandlarning soni 26 % koʻpayishini inobatga olsak keyingi yili yana qancha kishilar kasallanishi yoki uni yuqtirishi mumkinligini hisoblab chiqish qiyin emas.

Hozirgi vaqtda OITS virusi tarqalishining 3 yoʻli isbotlangan: jinsiy aloqa orqali gomoseksual va geteroseksual aloqalarda; parenteral yoʻl zararlangan qon preparatlari yoki zararlangan tibbiy asboblari orqali; transplasental yoʻl kasallangan onadan homilaga yoki chaqaloqqa oʻtishi. Viruslar koʻp miqdorda qonda va spermada, kam miqdorda u orqa miya suyuqligida, soʻlakda, koʻz yoshlarda, koʻkrak sutida va vaginal ajralmada aniqlangan.

Quyidagi aholi guruhlarida OITS kasalligi bilan kasallanish ayniqsa yuqori koʻrsatkichlarga ega: gomoseksualistlar, giyohvandlar, ilgari OITS virusi bilan zararlangan qonni qabul qilgan shaxslar, gemofiliya bilan ogʻrigan va OIV bilan zararlangan qon preparatlari bilan davolangan bemorlar; OITS bilan kasallangan va virus tashuvchilarning geteroseksual sheriklari.

OITSning patogenezi hujayra va gumoral immunitetini buzilishi bilan bogʻliq OIV Txelper subpopulyasiyasini zararlantiradi. Bunda

Tlimfositlardan tashqari boshqa limfoid hujayralar hamda asab tizimi hujayralari zarar ko‘radi.

OITSning klinik manzarasi turli o‘smalar va opportunistik infeksiyalarni avj olishi bilah namoyon bo‘ladi. Otorinolarolog ham o‘z amaliyotida OITSning turli klinik ko‘rinishlariga duch kelishi mumkin.

Hozirgi vaqtda amaliyotda OITS bosqichlarining quyidagi tansifi qo‘llanilmoqda:

- inkubasiya davri;
- o‘tkir OIVinfeksiya;
- yashirin davr;
- tarqoq limfadenopatiya (PGL) davri;
- OITSassosiasiyalashgan kompleks yoki dastlabki OITS;
- OITS ikkilamchi infeksiya va o‘smalar bilan namoyon bo‘lgan to‘liq rivojlangan davri.

Inkubasiya davri belgilarisiz kechadi, ammo 3050% bemorlarda 36 haftadan so‘ng “mononukleozsimon“ holat paydo bo‘ladi, bunda bemorning tana harorati $38,39,5^{\circ}\text{C}$ ko‘tariladi, angina, limfa tugunlarini kattalashishi, gepatova splenomegaliya kuzatiladi, ba‘zan unda o‘tkir ensefalit rivojlanishi mumkin. Bu davrda aniqlangan limfopeniya vrachdan hushyorlikni talab qiladi. O‘tkir OIVinfeksiya belgilari qisqa muddatda o‘tib ketadi.

Yashirin davrda qonda OIVga nisbatan antitanachalar paydo bo‘ladi, ularning miqdori boshida ko‘payadi. Bir vaqtning o‘zida yoki biroz keyinroq bemorlarda limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi, keyinchalik u tarqoq limfadenopatiyaga aylanadi, bunda orqa bo‘yin, ensa va jag‘ burchagi sohalarining limfa tugunlari ko‘proq zarar ko‘radi. Tarqoq limfadenopatiya uzoq vaqt davomida (8 yilgacha) infeksiyaning yagona belgisi sifatida namoyon bo‘lishi mumkin.

Kasallik rivojlangan sari opportunistik infeksiyalar va onkologik patologiyalar yuzaga keladi. Oxirgi ma‘lumotlarga ko‘ra, zararlangan bemorlarning har uchinchisida OIVinfeksiyaning klinik rivojlangan OITSga aylanishi 5 yil ichida sodir bo‘ladi.

1.Zamburug‘ kasalliklari. Otorinolarolog duch kelishi mumkin bo‘lgan opportunistik infeksiyalardan biri bu halqum va qizilo‘ngach kandidozidir. Kalla va bo‘yin sohasining zararlanishi bilan kechgan 165 bemorlarda ushbu patologiya 31% hollarda kuzatilgan. Ilgari antibakterial, kortikosteroid yoki sitostatik terapiyani olmagan yosh bemorlarda halqum va qizilo‘ngach kandidozining aniqlanishi OIVinfeksiyaga shubha tug‘dirishi mumkin.

OITSda zamburug' kasalliklari kandidozli sepsis bilan tugashi mumkin. Orofaringial va ezofagal kandidoz ko'pincha OITSning boshqa belgilari bilan birga kechadi. Masalan, tanglay murtagi kandidozi bo'yin limfa tugunlarini kattalashishi va teri eritemasi bilan kechgan bemor kuzatilgan, o'shanda bu bemor tomog'i og'rish shikoyati bilan otorinolaringologiya bo'limiga yotqizilgan. Sankt Peterburgda yashagan va OITSdan o'lgan 29yoshar bemorda ham og'iz bo'shlig'i va qizilo'ngach shilliq qavatining kandidozi aniqlangan. OITSda boshqa mikotik kasalliklar ham uchrashi mumkin, xususan 1ta bemorda bo'yinyuz aktinomikozi kuzatilgan.

2. Pnevmosistoz. OITSda eng og'ir kechuvchi opportunistik infeksiyalardan biri pnevmosistli interstisial zotiljam hisoblanadi. U ko'pincha immunitet tizimi faoliyatining keskin pasayishida rivojlanadi. AQShda pnevmosistoz OITS bilan og'rgan bemorlarning 5060% da qayd etilgan. Pnevmosistalar kamdankam hollarda boshqa a'zolarida aniqlanadi, ammo adabiyotlarda OITS bilan og'rgan bemorlarda o'rta quloq pnemosistozi haqida ma'lumotlar mavjud. Masalan, S.Breda va hammualiflar OITS bilan og'rgan ikki bemorni kuzatishan, bemorlarning quloq poliplarida Karini pnevmosistalari topilgan. Pnevmosistoz tashxisi gistologik preparatlarning mikroskopiyasi natijalari asosida qo'yiladi.

3. Gerpetik infeksiyalar. BDSST mutaxassisilari va kasalliklar bilan kurashish markazi (AQSh) ishlab chiqqan OITS tashxisining mezonlariga asosan immunedepressiya holati aniqlanmagan bemorlarda kuzatilgan, bir oydan ortiq davom etgan hamda teri va shilliq qavatlarga tarqalgan gerpetik infeksiya OITS tashxisini qo'yish uchun haqiqiy mezon bo'lib xizmat qiladi. Gerpetik infeksiyaning ikki shakli qayd etiladi oddiy herpes va o'rab oluvchi temiratki. Oddiy herpes odamlar orasida keng tarqalgan virusli infeksiya bo'lib, kypincha gerpetik toshmalar yuz sohasida joylashadi masalan lab herpesi. OITS bilan og'rgan bemorlarda oddiy herpes tarqoq xarakterga ega bo'lishi mumkin. I.F.Barinskiy va hammualiflar herpesning oddiy shaklidan tashqari, atipik abortiv, shishli va turg'un shakllarga bo'ladilar.

Varisella zoster virusi bilan zararlanish OITS bilan og'rgan bemorlarda tarqoq limfadenopatiya (PGL) bosqichida kuzatiladi, shuning uchun o'rab oluvchi teiratki OITS klinik manzarasining dastlabki belgisi hisoblanadi. Xavfli guruh bemorlar orasida o'rab oluvchi temiratkinining rivojlanishi OIVinfeksiyaga tekshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi. O'rab oluvchi temiratkinining turli klinik shakllari orasida ko'pincha herpes zoster oticus uchraydi. Bu kasallikning

boshqacha nomi Xanta sindromi bo'lib (R.Hunt),1907 yilda birinchi bo'lib uning klinik manzarasini ifodalab bergan tadqiqotchi nomi bilan atalgan: tashqi eshituv yo'lida gerpetik toshmalarni aniqlanishi, zararlangan tomonda yuzning yarmini keskin og'rishi, mimika mushaklarining pereferik parezi. Bosh miya asab tolalari o'rab oluvchi temiratki virusi bilan zaralanganda kasallikning klinik manzarasi turlich bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda herpes zoster oticusning 12 shakli ma'lum. Ko'pincha yuz va eshituv asab tolalari, kamroq uchshoxli, tilhalqum va sayor asab tolalari zaralanadi.

4. "Tukli" leykoplakiya. Bu kasallik faqat OITS bilan ogrigan bemorlarda kuzatilagn. Uni EpshteynaBarr virusi yoki papillomaviruslar chaqiradi. "Tukli" leykoplakiya odatda tilning chetki zonasida joylashadi, u lunjlarning shilliq qavatiga ham tarqalishi mumkin. Zararlangan maydonda shilliq qavat oqish rangda, qalinlashgan, yuzi notekis, bujmaygan bulib ko'rinadi.

5. Sitomegalovirus infeksiyasi. OITS bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan bu opportunistik infeksiya ezofagitning rivojlanishiga olib keladi, qizilo'ngach shilliq qavati yaralanadi. Bunday ezofagit odatda sitomegalovirusli kolit, gastrit yoki enteritlar bilan birga kechadi.

6. Piogen infeksiyasi. OITS bilan kasallangan bemorda immunitetni keskin pasayishi natijasida piogen: streptokokk, stafilokok va pnevmokok infeksiyalari keskin faollashadi, buning oqibatida LORa'zolarining o'tkir yallig'lanishi teztez rivojlanib turadi. P.Gehanno va P.Alalour OITS bilan og'rigan 54 nafar bemorlardan 36 tasida o'tkir sinusit, o'tkir otit va qaytalangan anginalarni kuzatdilar. OITS bilan og'rigan bemorlarda ushbu patologiya davolash tadbirlarining samarasizligi bilan ajralib turadi. Sinusitlar yoki otitlar surunkali shakllarga aylangan hollarda ular teztez qaytalanib turadi.

OITS bilan kasallangan bemor tanasining turli joylarida, shu jumladan bosh va bo'yin sohasida ko'pincha chipqonlar va ho'ppozlar paydo bo'ladi. Chipqonning rivojlanishi ancha cho'ziladi, davolash tadbirlari esa kam samara beradi.

7. Kaposhi sarkomasi (SK). OITSda rivojlangan onkologik patologiya alohida e'tiborni talab qiladi. Ovropa mamlakatlarida 1988 yilda SK OITS bilan kasallangan bemorlarning 20,8% da kuzatilgan. SK qon tomirlarning xavfli o'smalari guruhiga kiradi. Agar immunnitet tanqisligining sabari aniqlanmagan 60 yoshgacha bemorlarda gistologik tasdiqlangan SK aniqlansa,unda IOVinfeksiyasini tasdiqlovchi serologik tekshiruviziz ham OITS tashxisini qo'yish mumkin.

SKning birlamchi belgilari bosh va bo'yin terisida joylashgan qizil yoki qizargan dog'lar shaklida b'yladi, keyin ular papula va pustula to'plamlariga aylanadi. Keyinchalik papula to'plamlari qo'shib infiltratlar hosil qiladi, infiltratlar ko'pincha quloq suprasi va quloq orqasi sohasida joylashadi. Og'iz bo'shlig'ida SK o'choqlari qattiq tanglayda joylashib, tez kattalashadi va yaralanadi. Ko'pincha patologik jarayon yumshoq tanglay, lunjlar, murtaklar va hiqildoqning shilliq qavatiga tarqaladi. Tekshiruvda yakkayakka yoki ko'psonli infiltratlarni hosil qilgan qizil yoki ko'kimtir dog'lar, tugunchalar va papula to'plamlari ko'zga tashlanib turadi. Infiltratlarning diametri 0,5 do 2 sm etadi. SK o'choqlari halqum va hiqildoq sohasida joylashganda bemorda disfagiya va ovozni bo'g'ilishi kuzatiladi. Masalan, C.Emery va C.Wall bunday belgilarni SKning orofaringial yoki gipofaringial shakli bilan og'rigan 8 nafar bemorda kuzatganlar.

Oshqozonichik yo'lining SK bilan zararlanishi OITS bilan og'rigan bemorlarning 40% da uchraydi. Bunda SK o'choqlari asosan qizilo'ngachda joylashadi. Bunday hollarda bemorlarda disfagiya, parchalanayotgan infiltratdan qon ketishi belgilari kuzatilishi mumkin. Qiyosiy tashxisot qizilo'ngach karsinomasi, limfomomasi, kandidozi bilan o'tkaziladi.

OITS bilan kasallangan bemorlarda bo'yin limfa tugunlarining SK bilan zararlanishi 33% hollarda kuzatiladi. SK turli opportunistik infeksiyalar bilan birga kechishi mumkin: bu hol 1987 yil Ovroqada OITS bilan og'rigan 11% bemorlarda qayd etilgan.

8. Xodjkin limfomasi bo'lmagan ekstranodal limfoma OITS bilan kasallangan bemorlarning 4% da kuzatiladi. Bu xavfli o'sma limfa tugunlarni zararlanishi bilan kechadi. Kasallikning dastlabki belgisi bu bitta yoki bir nechta maydonda limfa tugunlarni kattalashishi bo'lib, bemorlarni yarmidan ko'pida bo'yin sohasida joylashadi. Ekstranodal limfomada LORa'zoldan ko'pincha og'izhalqum, burunhalqum va burun atrofi bo'shliqlari zararlanad. Kasallik barcha limfa tugunlari, jigar, taloqning tarqoq zararlanishi bilan ham kechishi mumkin. F. Lees va hammualliflar OITS bilan kasallangan 5 gomoseksualist erkaklarda Xodjkin limfomasi bo'lmagan limfomani kuzatishdi. O'smalar hiqildoq, tanglay, yuqori jag' suyagining alveola o'sig'ida, burun bo'shlig'ida hamda so'rg'ichsimon o'siq sohasining terisida joylashgan edi.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash lozimki, hozirgi zamonda OITS ning keng tarqalganligi va klinik belgilarining rangbarangligi otorinolaringolog vrachlardan o'ta hushyorlikni talab qiladi, chunki o'z vaqtida aniqlangan OITS tashxisi, ushbu kasallikni tarqalishiga to'sqinlik qiladi.

Poliklinika LOR kabineti uchun kerak bo'lgan tibbiy jihoz va asboblari.

1. Burun ko'zgulari
2. Burunhalqum ko'zgulari
3. Hiqildoq ko'zgulari
4. Quloq zondlari (Voyachek zondi)
5. Burun zondlari
6. Tugmachali zondlar
7. Hiqildoq zondlari
8. Tarnovsimon zondlar
9. Peshona reflektori
10. Laringoskop
11. Shpatellar
12. Koxer va Pean qisqichlari
13. Parasentez ignasi
14. Kulikovskiy ignasi
15. Intubasiya naychalari
16. Traxeostomiya to'plami
17. Burun orqa tamponadasi uchun to'plam
18. Burun kornsangi
19. Hiqildoq kornsangi
20. Quloq pinsetlari
21. Og'iz kengaytirgich
22. Til ushlagich
23. Tig'lar (Skalpellar)
24. Hiqildoq shprisi
25. Jane shprisi
26. Quloq voronkalari
27. Kamertonlar to'plami
28. Audiometr
29. Buyraksimon tog'orachalar
30. Spirtovka
31. Salfetka, turunda, tamponlar to'plami
32. Quloq kateterlari
33. Rezina ballon
34. Quloq va burundan yot jismlarni olish uchun ilgakalar

LOR vrach ambulator sharoitida bajarishi lozim bo'gan jarrohlik amallarining ro'yxati:

1. Tashqi eshituv yo'lidan yot jismni olib tashlash;
2. Quloq polipotomiyasi;
3. Miringotomiya (parasentez);
4. Quloq o'smalarida biopsiya qilish;
5. Quloq radikal jarrohlik amalidan so'ng nog'ora bo'shlig'idan granulyasiya to'qimasini olib tashlash
6. Tashqi eshituv yo'lida chipqon yoki yiringlangan ateromani ochish;
7. Otgematomani ochish;
8. Eshituv nayini katetirlash
9. Quloq suprasi jarohatiga birlamchi ishlov berish;
10. Burundan yot jismni olish;
11. Burun polipotomiyasi;
12. Burun to'sig'i gematomasi va abscessini ochish;
13. Pastki konxotomiya;
14. O'rta konxotomiya;
15. Yuqor jag' bo'shligini punksiya qilish;
16. Peshona bo'shlig'ini orbital devor orqali punksiya qilish;
17. Pastki burun chig'anoqlari galvonakaustikasi;
18. Pastki burun chig'anoqlari dezintegrasiyasi;
19. Burun to'sig'idagi qonayotgan qismi shilliq qavatini ajratish;
20. Burun bo'shlig'i sinexiyalarini olish;
21. Qonayotgan burun old qismining shilliq qavatini termokoagulyatsiya qilish;
22. Singan burun suyaklarini repozitsiya qilish;
23. Burun to'sig'i kristotomiyasi;
24. Burun to'sig'i shilliq osti rezeksiyasi;
25. Yuqori jag' bo'shlig'ida endonazal jarrohlik amalini bajarish;
26. G'alvirsimon bo'shliqni endonazal ochish;
27. Burun bo'shlig'idan biopsiya olish;
28. Adenotomiya;
29. Burun, og'iz, halqum, hiqildoqdan yot jismni olish;
30. Burun, og'iz, halqum, hiqildoqdan biopsiya olish;
31. Tanglay murtaklari galvonakaustikasi;
32. Tonzilektomiya
33. Oyoqchali og'iz, burun, hiqildoqhalqum xavfsiz p'smalarini olib tashlash;
34. Paratonzillyar va halqum orti abscesslarini ochish;
35. Hiqildoq o'smalarini endolaringeal ochish;

- 36.Hiqildoqdan yot jismni olib tashlash;
- 37.Paratonzillyar va halqum orti absseklarini ochish;
- 38.Til ildizi absseesini ochish;
- 39.Hiqildoqdan biopsiya olish;
- 40.Bevosita laringoskopiya;
- 41.Shoshlinch krikotomiya;
- 42.Shoshilinch konikotomiya;
- 43.Shoshilinch traxeostomiya;
- 44.Burun to'sig'i shilliq qavatiga kriota'sir;
- 45.Burunhalqum orqa devoriga krio ta'sir.

LORa'zolari kasalliklarida mehnat faoliyatini cheklash.

Ishlab chiqarish korxonalarida va poliklinikada bemorlarni qabul qilish, ishchilarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish, kasallik varaqasini berish, bemorlarni klinikekspert komissiyasi va tibbiyijtimoiy ekspertizaga yuborish mehnat ekspertizasining bosqichlari hisoblanadi.

Bemorning mehnatga layoqatini aniqlashda nafaqat asosiy kasallikni, balki butun organizmning holati e'tiborga olinadi. Davolovchi vrach bemorning vaqtincha mehnatga layoqatsizligini ekspertiza qila turib, birlamchi tibbiy hujjatlarda bemor shikoyatlarini, kasallik tarixini va bemorning umumiy ahvolining ob'ektiv klinik funksional ko'rsatkichlarini yoritadi.

Tashxisda a'zo va tizimlardagi funksional buzilishlar darajasi va asoratlarning og'irligi ifodalanadi. Davolovchi vrach o'z xulosasida mehnatga layoqatsizlik muddatini belgilaydi, asosiy va yo'ldosh kasalliklar asoratlarini ko'rsatadi.

Keyingi ko'riklarda kasallikning dinamikasi, olib borilaotgan davolash tadbirlarining samarasi tahlil qilinib, mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatini uzaytirish masalasi hal qilinadi.

LORkasalliklarda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatlari:

Angina va surunkali tonzillit xuruji. Anginabu allergik belgilar bilan namoyon bo'lgan yuqumli kasallik bo'lib, halqum limfadenoid halqasi yallig'lanishining mahalliy belgilari va boshqa a'zolarining (yurakqon tomir tizimi, nafas a'zolari va buyrak) o'zgarishlari bilan kechadi. Tashxis qo'yishda anamnez ma'lumotlari, bemorning tana harorati, halqumdagi o'zgarishlar, yurakqon tomir tizimining holatini, qon va siydik tahlili natijalari hisobga olinadi. Kasallikning turli bosqichlarida bemorning ahvolini to'g'ri baholash va mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatini aniqlash uchun yuqorida qayd etilgan barcha ma'lumotlar tahlil qilinadi.

Murtaklar va halqumning mahalliy o'zgarishlarisiz "angina" tashxisi qo'yilmaydi. Bemorda anginaning u yoki bu shaklini (kataral, lakunar, follikulyar) aniqlanishi vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik muddatiga ta'sir qilmaydi. Anginaning barcha shakllarida kuzatilgan tanglay murtaklarining qizarishi va mahalliy limfadenit kasallikning boshqa belgilariga qaraganda ko'proq (2-4 hafta davomida) saqlanishi kasallik varaqasini uzaytirish uchun asos bo'lmaydi.

Anginada tanglay murtaklarining yallig'lanishi bilan birga ko'pgina a'zolarining faoliyati buziladi va ularning tiklanishi kamida 6 kun davom etadi. Ba'zan kasallik 5-9 kun davom etib, abscess asorati bilan kechganda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddati 8-12 kunga uzaytiriladi.

Burun jarohatlari. Bemorda burun jarohatiga xos belgilar shish, og'riq, burun sohasida va yuzda qontalashlarni paydo bo'lishi, burundan qon oqishi, burun orqali nafas olishni qiyinligi kuzatiladi. Burun suyaklarining sinishi kalla suyagi old chuqurchasi suyaklariga tarqalganda burundan orqa miya suyugligi oqadi.

Burun va boshqa jarohatlarda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatini aniqlashda "Fuqarolarning vaqtinchalik mehnatga layoqatsizligini tasdiqlovchi hujjatlarni berish tartibi to'g'risidagi" yo'riqnomadan foydalanish lozim.

Mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatini aniqlashda burun jarohatining qay darajada murakkabligi, kalla asosini suyaklariga va yuz skeletiga tarqalganligi hamda rivojlangan asoratlar e'tiborga olinadi. Burun jarohati faqat yumshoq to'qima bilan chegaralansa va burundan kam miqdorda qon oqishi bilan kechsa burunning nafas faoliyati 3-4 kunda tiklanadi.

Vazomotor rinit bilan og'rigan bemor kasallikning xurujida 3 kunga ishdan ozod qilinishi mumkin.

O'tkir gaymorit. Organizm himoya kuchi pasaymagan va davolash muolajalari to'g'ri bajarilganda o'tkir gaymoritning belgilari 6-9 kunda bartaraf etiladi. Shu vaqt ichida burun bo'shlig'idagi yiringli ajralma yo'qoladi, burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishi kamayadi, burun orqali nafas olish tiklanadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi.

O'tkir frontit. Davolash muolajalari to'g'ri o'tkazilganda ham bemor sog'ayishi uchun gaymoritga nisbatan ko'proq vaqt talab etiladi. O'tkir asoratsiz frontitda bemor 7-10 kun davomida mehnatga layoqatsiz hisoblanadi.

O'tkir etmoidit, yani g'alvirsimon labirint kataklarining o'tkir yallig'lanishi ko'pincha o'tkir gaymorit va frontit bilan birga kechadi. Shu sababli yuqoridagilar hisobga olingan holda hal qilinadi. Ko'z kosasi va kalla ichi asoratlari rivojlanganda mehnatga layoqatsizlik muddati okulist, neyrojarroh va nevropatolog bilan birgalikda bajarilgan jarrohlik amalining hajmi va asoratining og'irligiga qarab belgilanadi.

O'tkir sfenoidit bilan og'rikan bemor 5-7 kun davomida mehnatga vaqtincha layoqatsiz deb topiladi. Noqulay mehnat sharoitida ishlagan ishchilar uchun bu muddat 10-12 kunga uzaytiriladi.

Burun atrofi bo'shliqlarining surunkali yallig'lanishida har bir xuruj davrida bemor 7-9 kun davomida mehnatga vaqtincha layoqatsiz hisoblanadi, jarrohlik amali bajarilganda bu muddat 14 kunga uzaytiriladi.

Burun va yuqori lab chipqoni yallig'lanish jarayoni yuz venalari orqali qattiq bosh miya pardasi vena bo'shliqlariga tarqalishi mumkin. Kalla ichi va umumiy asoratlarni inobatga olib bemor 6-10 kun davomida shifoxona sharoitida davolanishi lozim.

O'tkir laringit. Kasallik yuqori nafas yo'llari yallig'lanishida rivojlanib, ba'zan traxeya shilliq qavatining yallig'lanishi bilan birga kechadi. Davolash tadbirlari to'g'ri olib borilganda kasallik 4-7 kun davom etadi.

Halqum, hiqildoqqa kirish joyi va qizilo'ngachning kimyoviy kuyishi ba'zan og'ir zaharlanish yoki o'lim bilan tugaydigan asoratlarni rivojlanishi bilan kechib bemorni nogironlikka olib kelishi mumkin. Bunday bemor shifoxonaga yotqiziladi. Kasallikning dastlabki kunlarida u somatik bo'limda, 5-7 kundan so'ng LOR bo'limida davolanadi. Davolash davrida (30-45 kun) bemor mehnatga layoqatsiz hisoblanadi.

Nafas yo'llari, halqum va qizilo'ngach yot jismlari. Burun bo'shlig'idan yot jismni chiqarib olish qiyin emas. Yot jism chiqarib olingandan so'ng bemor o'z mehnat faoliyatiga qaytadi.

Katta hajmdagi rinolit yoki yuz to'qimalari orqali burun va burun atrofi bo'shliqlariga teshib kirgan yot jism jarrohlik usulda olib tashlanadi. Bunda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddati jarrohlik amalining hajmiga qarab 12-18 kunni tashkil qiladi.

Hiqildoqda tiqilib qolgan yot jism bilvosita laringoskopiya chiqarib olinadi, 13 kundan so'ng bemor mehnat faoliyatiga qaytadi.

Bronxlar va traxeya yot jismlari traxeobronxoskopiya chiqarib olinadi. Muolaja ortiqcha jarohatsiz o'tkazilgandan so'ng 4-5 kuni bemor ish faoliyatiga qaytadi. Yot jism bronxlarda ko'p vaqt qolib ketgan hollarda bemor shifoxona sharoitida davolanadi.

Qizilo'ngach yot jismi halqum va qizilo'ngach devoriga zarar etkazmasdan chiqarib olingandan so'ng mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddati ancha qisqaradi. Ezofagoskopiya bilan bog'liq bo'lgan og'riq, qizilo'ngach va halqum shilliq qavatining shishi qisqa muddatda kamayib, bemor 2-3 kundan so'ng o'z mehnat faoliyatiga qaytadi.

O'tkir uchli yot jism qizil'ngach devorini jarohatlaganda bemorda mediastinit asorati rivojlanishi mumkin. Bu holda bemor qizil'ngach devorining jarohati bitgancha shifoxonada davolanadi va mehnatga vaqtincha layoqatsizligi 20-40 kunga, mediastinitda 2-4 oyga cho'zilishi mumkin.

Tashqi quloq jarohati ko'pincha yuzning boshqa jarohatlari bilan birga uchraydi. Bemorning mehnatga layoqatsizligi taxminan 5-7 kunni tashkil qiladi va jarohat maydonining holatiga va o'z vaqtida ko'rsatilgan shoshilinch tibbiy yordamga bog'liq bo'ladi.

Quloq suprasi perixondriti va otogematoma. Kichik otogematoma bosuvchi boylam yordamida 7-14 kunda surilib ketadi. Qayta jarohatlanish xavfi bo'lmagan hollarda bemor ishdan ozod etilmaydi. Otogematoma yiringlaganda yoki perixondrit rivojlanganda zararlangan maydon 2 yoysimon kesim bilan ochiladi. Bunda mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddati jarrohlik amaliga, quloq suprasining tog'ayi qay darajada zararlanganligiga bog'liq bo'ladi. O'z vaqtida va to'g'ri bajarilgan punksiyadan so'ng bemor 10-14 kunda sog'ayadi.

Jarrohlik amali bajarilganda davolash muddati 4-6 haftaga cho'ziladi.

Tashqi quloqning o'tkir yallig'lanishi. Tashqi quloqning chegaralangan yallig'lanishi 5-7 kun ichida davolanadi, uning tarqoq yallig'lanishini davolash esa 8-12 kun davom etishi mumkin.

O'tkir kataral o'rta otit 46 kunda davolanadi.

O'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi va mastoidit. O'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi bemorning vaqtincha mehnatga layoqatsizligi bo'yicha 2 o'rinda turadi. Kasallik uch bosqichda kechadi: asoratsiz kechgan birinchi bosqich 3-6 kun, ikkinchi bosqich 4-8 kun va uchinchi bosqichi 5-10 kun davom etadi. Jami o'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi 12-18 kun davom etadi.

Ba'zan o'tkir yiringli o'rta otit davolangandan so'ng bemorning ahvoli to'satdan og'irlashib, tana harorati ko'tariladi, qon ko'rsatkichlari o'zgaradi, quloqdan yiring oqishi ko'payadi, nog'ora parda xiralashadi. Bu belgilar yallig'lanish jarayonini so'rg'ichsimon o'siqqa tarqalganligini, ya'ni mastoidit rivojlanganligini bildiradi. Bunday vaziyatda bemorga jarrohlik amali o'tkaziladi.

O'tkir yiringli o'rta otit va mastoidit bilan og'rigan bemor jarrohlik amalidan keyin 30-40 kun davomida mehnatga layoqatsiz hisoblanadi.

Ayrim LORkasalliklarda o'tkazilgan jarrohlik amalidan so'ng bemorning vaqtincha mehnatga layoqatsizligi muddatlari

Jarrohlik amalining nomi	Vaqtincha mehnatga layoqatsizlikning umumiy muddati (kunlar)		
	Og'ir mehnat bilan shugullangan shaxslar uchun	Boshqa bemorlar uchun	Shifoxona sharoitida
Burun to'sig'i abscessini ochish	6-9	5-7	5-7
Burun to'sig'i rezektsiyasi	15-17	10-12	5-6
Konxotomiya	6-8	4-6	3-5
Burun suyaklarini to'g'rilash	10-14	8-10	5-8
Gaymorotomiya	14-18	12-15	6-7
Frontotomiya	23-30	22-24	20-21
Sfenoidotomiya	10-15	10-12	4-6
Adenoidektomiya	4-6	2-3	1-2
Tonzillektomiya	18-20	14-16	6-7
Paratonzillyar abscessni ochish	8-10	6-8	3-5

Ovoz boylami fibromasini olish	6-10	6-10	3-5
Traxeostomiya	6-10	6-10	3-5
Xordotomiya	18-24	18-24	10-12
Hiqildoq ekstirpasiyasi	90-120	90-120	24-30
Antrotomiya	30-45	25-30	12-15
Quloq umum bo'shliq jarrohlik amali	45-60	40-45	20-30
Timpanoplastika	30-40	26-28	12-18
Uzangichada o'tkazilgan jarrohlik amali.	20-24	16-18	10-12
Nog'ora chigali va nog'ora torini kesish	21-28	21-28	7-10
Endolimfatik qopchada o'tkazilgan jarrohlik amali	45-60	30-45	20-30
Kalla ichi asoratida o'tkazilgan jarrohlik amal	60-120	45-90	45-60

LORa'zolarida o'tkazilgan jarrohlik amalidan so'ng mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatini belgilashda jarrohlik amalining hajmi, bemorning umumiy ahvoli, bajargan ishi, shifoxonadan chiqarilgandan so'ng vrach nazorati ostida bo'lishi e'tiborga olinadi. Davolovchi vrach ana shularni nazarda tutib har bir bemor uchun mehnatga vaqtincha layoqatsizligining optimal muddatini belgilaydi, bemor necha kun shifoxona sharoitida yoki va uyda davolanishi masalasini hal qiladi. Bemor shifoxonadan chiqqandan so'ng 23 kuni poliklinika vrachiga murojaat qilishi lozim. Nogironlik guruhlari quyidagilarga bo'linadi: I – guruh – o'z-o'ziga xizmat qila olmaydigan, o'zgalar yordamiga muhtoj.

bemorlar;

II guruh – o'z-o'ziga xizmat qila oladigan, ba'zan o'zgalar yordamiga muhtoj

bemorlar;

III –guruh o'z-o'ziga xizmat qila oladigan, o'zgalar xizmatiga muhtoj bo'lmagan bemorlar.

ADABIYOTLAR

1. **"Recent Advances in Otolaryngology"** – 2024: This special issue in Healthcare covers a range of new diagnostic and surgical techniques in ENT, emphasizing developments in head and neck surgery and technological improvements
2. **"Current Status and Future Research in Otorhinolaryngology"** – 2024: This issue from the Journal of Personalized Medicine includes research on advanced diagnostic and therapeutic strategies for ENT diseases, covering areas like rhinosinusitis, audiology, and head and neck oncology
3. **Scott-Brown, W. G.** "Scott-Brown's Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery." 2008. - Ushbu kitob otorinolaringologiyani barcha asosiy yo'nalishlarini qamrab oladi va sohadagi mutaxassislar uchun qo'llanma hisoblanadi.
4. **Bailey, B. J., & Johnson, J. T.** "Head & Neck Surgery - Otolaryngology." 2016. - Bosh va bo'yin jarrohlik sohasidagi yangi texnologiyalar va tadqiqotlarni o'z ichiga olgan zamonaviy adabiyot.
5. **Michaels, L., & Hellquist, H.** "Ear, Nose and Throat Histopathology." 2018. - Ushbu asarda quloq, burun va tomoq kasalliklarining gistopatologiyasi yoritilgan.
6. **Thorp, M. A., & Beasley, N.** "Ear, Nose and Throat and Head and Neck Surgery: An Illustrated Colour Text." 2017. - Rangli tasvirlar bilan bezatilgan ushbu asarda otorinolaringologiyani asosiy diagnostika va davolash usullari tushuntirilgan.
7. **James, R., & Jones, J.** "Laryngology: Clinical Reference Guide." 2019. - Laringologiya, ya'ni tomoq kasalliklari diagnostika va davolash usullari bo'yicha maxsus klinik qo'llanma.
8. **Raghavan, U., & Sandhu, G.** "Head, Neck and Thyroid Surgery: An Introduction and Practical Guide." 2020. - Bosh, bo'yin va qalqonsimon bez jarrohligi bo'yicha amaliy qo'llanma bo'lib, yangi amaliyotlarga oid ma'lumotlar bilan boyitilgan.
9. **Jafek, B. W., & Murrow, W. B.** "Rhinology and Endoscopic Skull Base Surgery." 2021. - Burun va bosh suyagi asosi endoskopik jarrohligi bo'yicha so'nggi texnologiyalar va usullarni o'z ichiga olgan ilmiy adabiyot.
10. **Greene, J., & Friedman, A.** "Essentials of Head and Neck Oncology." 2022. - Bosh va bo'yin onkologik kasalliklarini davolash usullari haqida zamonaviy ilmiy tadqiqotlar bilan boyitilgan kitob.
11. **Hakimov A.M, Voxidov N.X.** "LOR kasalliklarda otorinolaringolog va umumiy amaliyot shifokorining diagnostik va davolash ishlaridagi taktikasi".2003.
12. **Nurov.U.I, Voxidov.N.X.** "LOR kasalliklarida dispanser nazorati". 2004.

E.E.Mirzaqandov, I.X. Iminaxunova

**OILAVIY POLIKLINIKADA
OTORINOLARINGOLOGIYA**

Texnik muharrir : Ro‘zimurod Axmedov
Sahifalovchi: Maftuna Uzaqova
Dizayner: Angelina Poluektova

Tasdiqnoma № 495679. 21.11.2024.
Bosishga 2024-yil 16-iyunda ruxsat etildi:
Bichimi 60x84 1/16. Ofset kog‘oz
“Times new Roman” garniturasida ofset usulida bosildi
Shartli bosma tabog‘i – 11,5. Nashr tabog‘i – 5,75.
Adadi 100 nusxa. Shartnoma № 13.06.2025
Buyurtma№ 267

Original maket «Classic» nashriyotida tayyorlandi.
150114, Farg‘ona viloyati, Farg‘ona shahar,
Aviasozlar ko‘chasi 2-uy.
Telefon: (93) 507-52-72

“Poligraf Super Servis” MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
150114, Farg‘ona viloyati, Farg‘ona shahar,
Aviasozlar ko‘chasi 2-uy.