

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKA OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI**

“TASDIQLAYMAN”

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot
instituti rektori, t.f.d., professor

_____ A.A.Sidikov “_____”

_____ 2025 y.

Mirzaqandov E.E.

**QULOQ KASALLIKLARINI OILAVIY SHIFOKORLIK PUNKITLARIDA
DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH**

Monografiya

Farg‘ona 2025 y.

Mirzaqandov Elyor Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Erkinjon o‘g‘li stomatologiya va otorinolaringologiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

O.M.Umarov Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Stomatologiya va Otorinolaringologiya
kafedrası mudiri, dotsent, PhD.

A.SH.Botiraliyev CAMU Xirurgik fanlar kafedrası mudiri, PhD.

O‘rta quloqning yallig‘lanishi juda keng tarqalgan LOR kasallik bo‘lib, jami LOR kasalliklarining 25 30 % ni tashkil qiladi. AQSH olimlarining fikriga ko‘ra, aholi o‘rtasida eshitish pasayishiga 60% hollarda bolalik davrida o‘tkazilgan surunkali o‘rta otitlar sabab bo‘ladi. Bu muammoning ijtimoiy ahamiyati ham juda muhimdir, chunki, o‘rta quloqning teztez qaytalanuvchi va uzoq davom etuvchi yallig‘lanish kasalliklari eshitish qobiliyatining pasayishi, hattoki yo‘qolishiga olib kelishi mumkin. Bu esa, insonda muloqot qilish, o‘qish, o‘rganish, ishlash qobiliyati kabi muhim hayotiy omillarning cheklanishiga olib keladi. Shu sababli, surunkali yiringli o‘rta otitlarni o‘z vaqtida, samarali davolash yuqoridagi kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ekspert Kengashi tomonidan 2025 yil “_____” _____ dagi _____ son bayoni bilan tasdiqlandi.

Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ilmiy Kengashi tomonidan 2025 yil “_____” _____ dagi _____ son bayoni bilan tasdiqlangan.

FJSTI Ekspert kengash kotibi, PhD

A.R. Muradimova

MUNDARIJA

Kirish_____	4
Quloq og‘rishi,quloqdan yiring oqishi,nog‘ra pardani teshilishi. Qiyosiy tashxisoti, davolashprofilaktik tadbirlari va reabilitasiyasi_____	7
Somatik kasalliklarda quloqni zararlanishi.Tashqi quloqning xavfsiz o‘smalari _____	22
Quloqni endoskopik tekshruv usullari_____	26
Quloqdan yoqimsiz hid kelishi, tashqi eshituv yo‘lini torayishi, past eshitishlik, to‘satdan rivojlangan karlik, quloq shang‘illashi, bosh aylanishi, karsoqovlik, Men’er kasalligi, otoskleroz, o‘rta quloqning surunkali kataral yallig‘lanishi _____	36
Quloqning xavfli o‘smalari va YIII – juft asab tolasining nevrinomasi_____	57
Quloq kasalliklarida amaliy ko‘nikmalar_____	60
Quloq kasalliklarida umumiy amaliyot shifokori tutadigan yo‘li _____	64
Quloq kasalliklarida tibbiy tez yordam_____	79
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati _____	94

ANNOTATSIYA

Ushbu monografiya umumiy amaliyot shifokorlarini tayyorlash dasturiga muvofiq yozilgan. Umumiy amaliyot vrachlarini tayyorlash bo'yicha dasturga binoan tibbiyot institutlarining talabalari otorinolaringologiyaning 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: quloqda og'riq va quloqdan yiring oqishi, nog'ora pardaning teshilishi, eshitishning buzilishi, quloqdagi shovqinlar, bosh aylanishlari, LOR a'zolari patologiyasida kasabga xos kasalliklar; yuqorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenez, klinikasi, tasnifi, diagnostikasi, qiyosiy diagnostikasi, davolash usullari, kasallik rivojlanishining oldini olish tadbirlari, bu kasalliklarda mehnatga layoqatlik ekspertizasi, dispanserizatsiyasi, ularni davolanishda qo'llaniladigan asosiy dori vositalarining reseptlari keltirilgan.

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.

Ushbu monografiya tibbiyot institutlari davolash va tibbiy pedagogika fakultetlari talabalarini tayyorlash uchun ahamiyatga ega bo'ladi deb umid qilishadi. Shu tufayli kitob mazmuniga doir tanqidiy fikr mulohazalaringizni bajonidil qabul qilamiz.

АННОТАЦИЯ

Настоящая монография подготовлена в соответствии с учебной программой по подготовке врачей общей практики. В рамках данной программы студенты медицинских вузов должны овладеть необходимыми теоретическими знаниями и практическими навыками в области оториноларингологии, а также быть компетентными в тактике ведения пациентов с заболеваниями ЛОР-органов. Особое внимание уделяется формированию у будущих врачей навыков сбора анамнеза, клинического осмотра и применения специальных методов обследования при патологии органов уха, горла и носа.

В учебном пособии отражены следующие разделы: боль в ухе и гнойные выделения из наружного слухового прохода, перфорация барабанной перепонки, нарушения слуха, тиннитус, головокружения, профессиональные заболевания ЛОР-органов. Рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений, классификации, диагностики, дифференциальной диагностики, а также современные методы лечения указанных патологий. Изложены подходы к профилактике их развития, дана характеристика трудовой экспертизы и диспансерного наблюдения. Приведены примеры рецептов основных лекарственных средств, используемых в терапии данных заболеваний.

В условиях оказания первичной медикосанитарной помощи врач общей практики должен быть способен самостоятельно выявлять наиболее распространённые заболевания и патологические состояния, правильно их диагностировать и назначать эффективное лечение. Лишь при отсутствии положительной динамики пациент направляется на консультацию или для специализированного лечения в профильное медицинское учреждение (поликлинику или стационар). В этой связи врач общей практики должен обладать достаточными знаниями о патологии ЛОР-органов и принципах оказания неотложной помощи при данных состояниях.

Представленная монография предназначена для студентов лечебного и медикопедагогического факультетов медицинских институтов и может служить важным учебнометодическим пособием в их профессиональной подготовке. Авторы будут признательны за критические замечания и рекомендации, касающиеся содержания и структуры данного издания.

ANNOTATION

This monograph has been prepared in accordance with the training program for general practitioners. According to this program, students of medical universities are required to acquire both theoretical knowledge and practical skills in otorhinolaryngology, to be familiar with the role and responsibilities of a general practitioner in the management of ENT diseases, as well as to consolidate practical competencies in history taking, physical examination, and the application of special diagnostic methods in ENT pathology.

The manual covers the following topics: earache and purulent ear discharge, perforation of the tympanic membrane, hearing impairment, tinnitus, dizziness, occupational diseases related to ENT pathology. It presents the etiology, pathogenesis, clinical manifestations, classification, diagnosis, differential diagnosis, treatment methods, preventive measures, issues of work capacity assessment, dispensary observation, as well as prescriptions of the main medications used in the treatment of these conditions.

In the context of primary health care, the general practitioner is expected, in most common situations, to independently identify certain conditions and diseases, establish an accurate diagnosis, and provide effective treatment. Only in cases where the patient's condition does not improve, should the patient be referred for additional consultation or full treatment to a specialist or to another healthcare institution (such as a polyclinic or hospital). Therefore, it is essential that the general practitioner possess sufficient knowledge about ENT diseases and the principles of providing emergency medical care in such cases.

This monograph is expected to be of significant value for the training of students of the faculties of General Medicine and Medical Pedagogy in medical universities. The authors will be grateful for critical remarks and suggestions concerning the content of this book.

**QULOQ OG‘RISHI, QULOQDAN YIRING OQISHI, NOG‘ORA
PARDANI TESHILISHI. QIYOSIY TASHXISOTI, DAVOLASH
PROFILAKTIK TADBIRLARI VA REABILITASIYASI.**

Quloq og‘rishi.

Quloq kasalliklari sabab bo‘lgan og‘riqlar

Tashqi eshituv yo‘lining chipqoni

Quloq suprasi perixondriti

Tashqi quloq saramasi

Temiratki

O‘tkir o‘rta otit

Evstaxeit

Mastoidit

Tashqi eshituv yo‘lining chipqoni: bemorning qulog‘i qattiq og‘riydi, og‘riq kechalari, chaynash paytida, quloq do‘mboqchasi bosilganda, quloq suprasi cho‘zilganda kuchayadi. Otokopiyada tashqi eshituv yo‘li torayganligi, eshituv yo‘lining tog‘ay qismida yallig‘langan tugun paydo bo‘lganligi aniqlanadi, mahalliy limfa tugunlari kattalashadi, paypaslanganda og‘riydi.

Quloq suprasi perixondriti: quloq yumshog‘idan tashqari quloq suprasining barcha joyi qizarib, og‘riydi, ayrim joylarda bilqillash aniqlanadi (1rasm).



1rasm. Quloq supراسى
perixondriti



2rasm. Tashqi quloq
saramasi

Tashqi quloq saramasi: quloq supراسىning barcha maydoni, shu bilan birga quloq yumshog‘i ham qizaradi, og‘riydi, quloq supراسى paypaslanganda og‘riq kuchayadi; quloq supراسىning ayrim joylarida serozli pufakchalar hosil bo‘ladi (2rasm).

Temiratki: quloq supراسى qizaradi; quloq supراسى, tashqi eshituv yo‘lining terisida va ba‘zan nog‘ora pardada kichik pufakchalar paydo bo‘ladi, keyinchalik pufakchalar yorilib po‘sloq hosil qiladi; asorat sifatida yuz asab tolasining falaji rivojlanadi.

O‘tkir o‘rta otit: bemorning qulog‘i qattiq og‘riydi, og‘riq yutinganda, yo‘talganda kuchayadi. Otokopiyada nog‘ora parda qizargan, tekislangan, yorug‘lik refleksi yo‘qolganligi aniqlanadi; bemorning eshitish qobiliyati pasayadi.

Evstaxeit: bemor qulog‘i og‘rishiga, bitishiga shikoyat qiladi; autofoniya kuzatiladi. Otokopiyada nog‘ora parda ichkariga botgan, rangi o‘zgarishsiz, bolg‘acha dastasining sopi bo‘rtib chiqqanligi tufayli qisqarganday bo‘lib ko‘rinadi.

Mastoidit: bemor qulog‘i og‘rishiga, quloq sohasida shish borligiga shikoyat qiladi, so‘rg‘ichsimon o‘siqning cho‘qqisi bosilganda og‘riq kuchayadi, paypaslanganda bilqillash aniqlanadi. Otokopiyada tashqi eshituv yo‘lida ko‘p miqdorda yiringli ajralma borligi ko‘zga tashlanadi, nog‘ora pardaning rangi to‘q qizil, yuqori orqa kvadranti bo‘rtgan, tashqi eshituv yo‘lining yuqori orqa devori osilganligi aniqlanadi; quloq supراسىning birikish joyi tekislanadi.

QULOQDAN YIRING OQISHI.

Tashqi eshituv yoʻli chipqoni

Tashqi otit

Quloq oldi bezining absessi

Oʻtkir yiringli oʻrta otit

Surunkali yiringli oʻrta otit

Tashqi quloq ekzemi

Tashqi eshituv yoʻli chipqoni: bemor shikoyatlari: quloqda ogʻriq, isitma, bosh ogʻrishi. Otskopiya tashqi eshituv yoʻlining devorlari qizargan, toraygan, parda togʻay qismida infiltrat borligi aniqlanadi; kam miqdorda yiring oqadi, mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

Tashqi otit: bemor shikoyatlari: quloqda ogʻriq, isitma, bosh ogʻrigʻi. Otskopiya tashqi eshituv yoʻlining devorlari qizargan, shishgan, yorigʻi toraygan; quloqdan kamkam yiring oqadi.

Quloq oldi bezining absessi: bemor shikoyatlari: quloqda ogʻriq, isitma, quloq oldi bezi shishgan. Otskopiya tashqi eshituv yoʻlining old devorida, uning oʻrta qismida oqma aniqlanadi; quloq oldi bezi sohasi bosilganda oqmadan yiring chiqadi;

Oʻtkir oʻrta otit: bemor shikoyatlari: quloqda ogʻriq, yiring oqishi, eshitishni pasayishi. Otskopiya nogʻora pardaning qizarishi, infiltratsiya, nuqtali yoki tirqishsimon yirtilishi koʻrinadi; quloqdan koʻp miqdorda shillimshiqyiringli ajralma oqayotganligi koʻrinadi.

Surunkali yiringli oʻrta otit: bemor shikoyatlari: quloqdan uzoq vaqt davomida yiring oqishi, eshitish pasayganligi. Otskopiya nogʻora pardada shakli va joylashuvi turlicha boʻlgan yirtilish (oval, aylana, yarimoyimon, buyraksimon) borligi koʻrinadi; baʼzan nogʻora pardaning total nuqsoni kuzatiladi.

Tashqi quloq ekzemi: bemor shikoyatlari: quloqda qichiydi, terisi qalinlashadi, epiteliy qatlami koʻchadi. Otskopiya tashqi eshituv yoʻlining terisi yorilib, poʻstloqlar koʻrinadi.

NOG'ORA PARDANI TESHILISHI.

O'rta quloq jarohati

O'tkir yiringli o'rta otit

Surunkali mezotimpanit

Surunkali epitimpanit

Surunkali mezoepitimpanit

Tubootit

Quloq sili

Difteriyadagi otit

Skarlatinadagi otit

Quruq perforativ otit

O'rta quloq jarohati: bemor shikoyatlari: qulog'ida og'riq, jarohat, qon oqishi, eshitish pastligi. Otokopiyada nog'ora parda qizarganligi va qontalashlar paydo bo'lganligi ko'rinadi; perforasiyalar nog'ora pardaning turli qismlarida joylashadi, shakli ham turlicha bo'ladi, ko'p hollarda tirqishsimon bo'ladi.

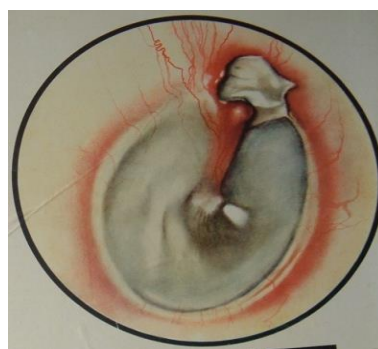
O'tkir yiringli o'rta otit: bemor shikoyatlari: quloqda og'riq, bosh og'rig'i, yiring oqishi. Otokopiyada nog'ora pardaning qizarishi, infiltrasiyasi va bo'rtib chiqqanligi ko'rinadi. Nog'ora parda teshilishi katta, keng, uzunchoq bo'lishi mumkin.

Surunkali mezotimpanit: bemor shikoyatlari: qulog'idan davomli yiring oqishi, eshitishi pastligi, ba'zan shangillashi. Otokopiyada perforasiya nog'ora pardaning tarang qismida joylashadi, u suyak halqasiga tarqalmaydi (3rasm).

Surunkali epitimpanit: bemor shikoyatlari: davomli yiring oqishi, eshitishi pastligi, boshi og'rishi, bosh aylanishi. Otokopiyada perforasiya nog'ora pardaning bo'shashgan qismida joylashadi va suyak halqasiga tarqaladi. Xolesteatoma kukunlari, yiringli yallig'lanishi belgilari ko'rinadi (4rasm).



3rasm.Surunkali
mezotimpanit



4rasm.Surunkali
epitimpanit

Surunkali mezoepitimpanit: bemor shikoyatlari: davomli yiring oqishi, eshitishi pastligi, boshi aylanishi, quloqni shangillashi. Otokopiyada nog'ora pardaning subtotal va total perforasiyasi ko'rinadi.

Tubootit: bemor shikoyatlari: eshitish pastligi, shovqin, autofoniya. Otokopiyada nog'ora pardaning perforasiyasi old kvadrantida joylashadi; ko'p hollarda quloqdan ko'p miqdorda shilimshiq ajralma oqadi.

Quloq sili: nog'ora pardada bir nechta perforasiyalar paydo bo'ladi, keyinchalik nog'ora parda butunlay parchalanib, katta teshik hosil bo'ladi.

Difteriyadagi otit ikkilamchi bo'lib, bemor shikoyati quloqda og'riq, eshitishi pastligi, boshi og'rishi, qisqa vaqt ichida (bir necha kunda) nog'ora pardaning yirik teshilishi yuz beradi.

Skarlatinadagi otit: bemor shikoyatlari quloqda og'riq, eshitishi pastligi, quloqdan ajralma oqishi, qisqa vaqt ichida nog'ora pardada katta teshik paydo bo'ladi, ba'zi hollarda nog'ora parda hatto butunlay emiriladi .

Quruq perforativ otit o'tkir yoki surunkali yiringli otitdan so'ng kuzatiladi, perforasiya turli shaklda bo'ladi, nog'ora pardaning qolgan parchalari chandiqlanadi.

Surunkali yiringli o'rta otit s hakllarining tasnifi

Diagnostik belgilar	Surunkali mezotimpanit	Surunkali epitimpanit

1.Bemor shikoyatlari	Qulogʻidan yiring oqishi, eshitish oʻtkirligi pasayganligi,quloqda shovqin	Qulogʻidan yiring oqishi, eshitish oʻtkirligi pasayganligi, quloqda shovqin, bosh aylanishi, yuz musaklarini tortilishi, bosh ogʻrigʻi, gandarlash va boshqa belgilar.
2.Ajralmaning xususiyatlari	Yiringli shilimshiq, shilimshiqli suyuq ajralma	Badboʻy, quyuq yiringli ajralma
3.Nogʻora pardaning teshigi	Markaziy, taranglashgan qismida	Chetki, yirik, keng, salqi qismida
4.Jarayonni tarqalishi	Oʻrta quloqning shilliq qavatida	Oʻrta quloqning shilliq qavati va suyak toʻqimalarida
5.Nogʻora boʻshligdagi patologik oʻzgarishlar	Hidsiz yiringli ajralma, yalligʻlanish oʻsmalari, poliplar	Badboʻy quyuq yiringli ajralma, yalligʻlanish oʻsmalari, polip, xolesteatoma
6.Yalligʻlanish jarayonini nogʻora boʻshligʻida joylashishi	Oʻrta va pastki qavatida	Barcha qismlarida, koʻproq attikda
7.Eshitish oʻtkirligi	Konduktiv past eshitislik	Aralash (tovishni oʻtkazish va kabul qilish tizimi buzilishlari,yani konduktiv

pasayishining shakli		va sensonevral past eshitishlik
8.Chakka suyagining rentgenografiyasi	Sklerozli o'zgarishlar katakchalarda havo saqlanish zichligi pasaygan	Sklerozli, attikantral bo'limining destruksiyasi,bo'shliq hosil bo'lishi kuzatiladi
9.Kompyuter tomografiyasi	So'rg'ichsimon o'simta kataklarida havo saqlanishi buzilganligi ko'rinadi	So'rg'ichsimon o'siq kataklari orasidagi suyak devorlari emirilganligi va bo'shliq hosil bo'lganligi ko'rinadi
10.Allergik holatlar bilan bog'liqligi	Allergik holatga sabab bo'lgan allergenlarni qabul qilganda quloqdan yiring oqishi paydo bo'ladi yoki ko'payadi	Ahamiyati yo'q

Davolash. Surunkali yiringli o'rta otit konservativ va jarrohlik usullari yordamida davolanadi. Mezotimpanitda konservativ davolash tadbirlari yaxshi samara beradi, jarrohlik amallari asosan yallig'lanish o'chog'ini tozalash (antrotomiya, antrodrenaj) va yallig'lanish jarayoniga to'g'ridan to'g'ri ta'sir etilishiga qaratilgan bo'lsa, epitimpanitda asosan jarrohlik amali bo'shliqdagi yallig'lanish o'choqlarini tozalash va kalla ichi asoratlarini oldini olishga qaratiladi (attiko, antrotomiya, kengaytirilgan mastoidotomiya, umumlashtirilgan o'rta quloq jarrohlik amallari).

Davolash tadbirlarini boshlashdan oldin bemorlarga terapevt, nevropatolog va okulist maslahati uyushtiriladi, endoskopiya, otoskopiya, mikrootoskopiya, zondlash, chakka suyagi rentgenografiyasi, kompyuter tomografiyasi, akumetriya, audiometriya va boshqa tekshiruvlar bajariladi, quloqdagi yiringli ajralma mikroflorasi va uning antibiotiklarga sezgirliigi aniqlanadi. Surunkali yiringli oʻrta otitda *mujassamlashgan konservativ davolash* usuli qoʻllanadi, yaʼni mahalliy va umumiy davolash tadbirlari bir vaqtda olib boriladi.

Mahalliy davolash tadbirlari oʻrta quloqdagi yiringli oʻchoqni bartaraf etishga qaratilgan boʻlib, 3 bosqichdan iborat:

I b o s q i c h d a nogʻora boʻshligʻi zondga oʻralgan paxta boʻlagi yordamida yiring va boshqa patologik ajralmalardan (granulyasiya, polip, xolesteatoma) tozalanadi yoki antiseptik eritmalar (furasilin, 0,5% dioksidin, 2% vodorod peroksidi) bilan yuviladi. Dorilar soʻrilishini yaxshilash, quyuq ekssudatni suyultirish, chandiqlar hosil boʻlishini oldini olish va mahalliy fagositozni kuchaytirish maqsadida nogʻora boʻshligʻi proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, lidaza) va mukolitiklar (atsetilsistein, fluimusil, sinupret) eritmaları nogʻora boʻshligʻiga yuborilib, yuviladi. Oʻrta quloq shilliq pardasining shishini kamaytirish va dorilarni shilliq pardaga soʻrilishini yaxshilash maqsadida nogʻora boʻshligʻiga dastlab qon tomirlarni toraytiruvchi eritmalar (0,1% adrenalın gidrokslorid, galazolin, naftizin, vibrosil) transtimpanal, transtubar yoʻl orqali yuboriladi. Nogʻora parda teshigini yopib turgan polip yoki yalligʻlanish oʻsmalari qalinlashgan yumshoq toʻqimasi 10 20% kumush nitrat, vagotil eritmasi bilan kuydiriladi yoki ilgaklar, qisqichlar yordamida olib tashlanadi (muolajani poliklinika sharoitida ham bajarish mumkin).

Oʻrta quloqda xolesteatoma boʻlgan hollarda nogʻora boʻshligʻi Gortman kanyulasi yordamida 3% borat kislotasining spirtli eritmasi, 15 % propolisning spirtli eritmasi, 70⁰ etil spirti eritmaları bilan yuviladi. Xolesteatoma suvli eritmali dorilar bilan yuvilmaydi chunki suvli eritmalar taʼsirida shishadi va kattalashadi.

II b o s q i c h d a nogʻora boʻshligʻiga antiseptik va mikrobgaga qarshi vositalar: 3% borat kislota, 15% salisil kislota va 13% rezorsinning spirtli eritmaları, 15%

albusid, 1% formalin va kumush nitrat yuboriladi. 1 % dimeksid eritmasi, metrogil, 2 % xlorofillipt eritmasi, 0,1% 0,2% mefenamin natriy eritmaları yoki malhamlari, emulsiyalari yallig'lanishni kamaytirib, zararlangan shilliq parda fiziologik faoliyatini tiklanishiga yordam beradi. Dioksidinning 1% eritmasi ko'proq grammmanfiy bakteriyalarga ta'sir qiladi.

Surunkali yiringli o'rta otitda antibiotiklarni tomchi, pilikchali tiqma yoki mahalliy elektroforez yordamida, parenteral va meototimpanal, tubotimpanal usullarda yuborish tavsiya qilinadi. Ularni qo'llashdan oldin mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligi aniqlanadi. Davomli antibiotikoterapiya bemorda; allergiya, disbakterioz va kandidoz holatlariga, yallig'langan to'qimalarda o'smalar o'sishiga olib kelishi, ototoksik ta'sirga ega bo'lgan dori vositalarini qo'llash esa sensonevral past eshitishlik sabab bo'lishi mumkin. Zamburug'lar sababli rivojlangan o'rta quloq yallig'lanishida umumiy va mahalliy dori vositalaridan foydalanishdan oldin mikologik tekshiruv o'tkaziladi va tegishli dorilar qo'llaniladi: diflyukan 1 kapsuladan 3 marta ovqatdan oldin yoki nizoral 1 tabletkadan 3 mahal ovqatdan oldin, introkonozal 1 kapsuladan 3 mahal ovqatdan oldin ichishga, nistatin 1 tabletkadan 3 mahal ovqatdan oldin ichish tavsiya qilinadi. Mahalliy usulda nitrofungin, rezorsin, ekzoderil, sangviritrin, mikoseptin, mikoza va boshqalar buyuriladi. Tashqi eshituv yo'lini nitrofungin bilan ishlov berish, mahalliy usulda sefalosporinlarni, rifampisin, xloramfenikol, metronidazol kabi antibiotiklarni qo'llash ham yaxshi samara beradi. Antibiotiklar har 10 12 kunda almashtiriladi.

Surunkali allergik o'rta otitda antigistamin dori vositalari tavegil, suprastin, gismanal, klaritin, zirtek, telfast tabletk va paranteral usulda qo'llaniladi, glyukokortikosteroid dori vositalari (gidrokortizon, prednizolon, diprosan, flusinar, ftorokor, oksikart) eritmalar, aerosol yoki malham shaklida tavsiya qilinadi. Steroid gormonlar nog'ora bo'shlig'ining shishini, ekssudasiya va proliferasiya jarayonlarini kamaytirish, shilliq pardaning hujayra tarkibini me'yorlashtirish va ular holatini yaxshilash xususiyatiga ega.

Fizioterapiya muolajalaridan UBN, elektroforez, fonoforez, ultroton, aeroionoterapiya, geliy-neonli va uglerodli lazerterapiyasi, nog'ora bo'shlig'ini ozon

va kislorod aralashmasi bilan aerasiya qilish muolajalari keng qo'llanadi. Nog'ora bo'shlig'idagi yallig'lanish o'smalari va poliplar lazer yoki boshqa usullar yordamida olib tashlanadi yoki kuydiriladi.

Eshituv nayining shilliq chiqarish va havo almashish faoliyatini tiklash maqsadida kateter yordamida transtubar yoki nog'ora parda (transtimpanal) orqali tomir toraytiruvchi, yallig'lanishga qarshi antibakterial va gormonal dori vositalarini yuborish, puflash, halqum mushaklarini elektr toki yordamida faollashtirish, eshituv nayining halqum va nog'ora bo'shlig'i sohasidagi teshiklariga lazerterapiya muolajalari o'tkaziladi.

Xalq tabobatida surunkali yiringli o'rta otitni davolashda bodom yog'i, aloe sharbati, kalanxoe, moychechak, kalendula, yong'oq po'stlog'ining damlamasi, sarimsoq yoki piyoz suvi yoki ularning 1% spirtli eritmalari ishlatiladi.

Biogen dorilar solkoseril, propolisning 10 30% spirtli eritmasi yoki 33% malhami, tabiiy bakteriyaga qarshi dorilar novoimanin, xlorofillipt, sangviritrin, ekterosid, lizosim ham surunkali o'rta otitni davolashda yaxshi samara beradi.

Barcha dori vositalari eritma, surtma, suspenziya, sham, aerosol yoki kukun holatida ishlatiladi. Nog'ora pardadagi teshiklar kichik bo'lib har qaerda joylashganda eritmalar odatda transtimpanal usulda engil bosim bilan yuboriladi, chunki bu ularni nog'ora bo'shlig'ining barcha qismlariga tarqalishiga yordam beradi. Epatimpanitlarda dori eritmasi attik chuqurligiga etib borishi uchun nog'ora bo'shlig'i Gartman kanyulyasi yordamida yuviladi. Nog'ora pardaning yirik teshiklari orqali dorilar suspenziyasi, aerosoli yoki malhamlari nog'ora bo'shlig'iga kiritiladi.

Mahalliy davolashning III bosqichida barcha tadbirlar nog'ora parda teshigining yopilishiga qaratilgan bo'lib, bunda 10 25% kumush nitrat, 10% yod eritmasi ishlatiladi.

Davolash tadbirlari organizmning mahalliy va umumiy immunitetini oshirish tadbirlari bilan birga olib boriladi. Bemorlarni to'g'ri ovqatlantirish, toza havodan nafas olishi, chiniqishi muhim ahamiyat kasb etadi. Cho'milishdan oldin bemor qulog'iga vazelin, paxta yoki bodom yog'iga shimdirilgan paxta bo'lagi kiritiladi.

Surunkali yiringli oʻrta otitda *jarrohlik davolash usuli* 2 maqsadni koʻzlaydi:

- 1) chakka suyagidagi patologik oʻchoqini bartaraf etish va kalla suyagi ichi asoratini oldini olish;
- 2) eshituv analizatori faoliyati tizimini tiklash, eshitish qobiliyatini saqlash va tiklash.

Barcha jarrohlik amallari *eshitish oʻtkirligini saqlash va eshitish oʻtkirligini tiklash* jarrohlik amallariga boʻlinadi. Surunkali yiringli otitning avj olgan va qaytalangan davrida bemor albatta shifoxona sharoitida davolanishi lozim. Eshituv nayi, nogʻora boʻshligʻi shiligʻining pardasi, soʻrgʻichsimon oʻsiq kataklari, nogʻora parda teshigining hajmi va joylashuvi, keltirib chiqargan asoratlarni eʼtiborga olib, yalligʻlangan quloqda quyidagi jarrohlik amallari bajariladi:

timpanoplastikali yoki timpanoplastikasiz miringoplastika jarrohlik amali;

eshitish oʻtkirligini yaxshilovchi umumboʻshliq sanasiyalovchi, attikoan trotomiya jarrohlik amali;

nogʻora boʻshligʻi, nogʻora usti chuqurligi, gʻorga kirish joyini taftish qilish bilan birga bajariladigan timpanoplastika jarrohlik amali;

olti oy davomida qulogʻidan yiring oqmagan, eshituv nayining faoliyati saqlangan, oʻrta quloq suyak tizimida chirigan suyak toʻqimasi yoki shilliq qavatda giperplaziya jarayoni rivojlanmagan hollarda *miringoplastika* (myrinxnogʻora parda) jarrohlik amali;

nogʻora pardaning teshigini sunʼiy usulda yopish jarrohlik amali.

Miringoplastikada biologik va sintetik transplantantlar (turli elimlar, amnion, plastmassa, autofibrin plyonkasi, vena qon tomirining devori, muskul qinlari boʻlagi, koʻzning shox va oq pardasi) ishlatiladi. Jarrohlik amalidan oldin oʻrta quloq tuzilmalarining fiziologik faoliyati va eshituv nayining oʻtkazuvchanligi tekshiriladi. Nogʻora pardadagi teshik yopilgandan soʻng bemorning eshitish qobiliyati tiklanadi.

Autotukima ishlatib bajariladigan miringoplastika eng oddiy usullardan biri boʻlib, bunda autotoʻqima tashqi eshituv yoʻli suyak qismining terisidan yoki chakka muskuli qinidan olinadi.

Konservativ davolash tadbirlari o'tkazilishiga qaramasdan qulog'idan yiring oqishi davom etgan bemorlarda dastlab *antrodrenaj* jarrohlik amali o'tkaziladi, keyin so'rg'ichsimon o'siq g'origa kirish joyining o'tkazuvchanligi tekshiriladi; G'orga kirish joyi o'tkazuvchan bo'lganda u antiseptik eritmalari bilan yuvib quritiladi va nog'ora bo'shlig'i ichiga o'rnatilgan shunt orqali kvars yoki lazer nurlari ta'sir etiladi. G'orga kirish joyi yopiq bo'lgan (*aditus bloki*) hollardamahalliy infiltrativ yoki neyroleptanalgeziya og'riqsizlantirish usuli yordamida ushbu maydonda *endaural mikrojarrohlik amali* bajariladi.

Chakka suyagining patologik o'chog'ini bartaraf etish, kalla suyagi ichi va umumiy otogen asoratlarni oldini olish, bemorning eshitish qobiliyatini saqlash va biroz yaxshilash, kelgusida eshitish o'tkirligini qayta tiklash jarrohlik amalini bajarish uchun zamin yaratish maksadida o'rta quloqda *radikal jarrohlik amali* bajariladi. Ushbu jarrohlik amali kuyidagi boskichlarga bo'linadi:

- 1) so'rg'ichsimon o'siq kataklarini ochish va so'rg'ichsimon o'siq kataklarini patologik o'zgargan to'qimalardan tozalash antrotomiya;
- 2) tashqi eshituv yo'li orqa devorining suyak qismini va attikning tashqi devorini olib tashlash;
- 3) o'rta quloqni ,yani nog'ora bo'shlig'ini patologik ajralmalardan (yiring, yallig'lanish o'smalari, polip, xolesteatoma, emirilgan va chirigan suyak to'qimalari) tozalash;
- 4) plastika – so'rg'ichsimon o'siq va tashqi eshituv yo'li orasida keng doimiy yo'l hosil qilish;

Jarrohlik amallarida nog'ora bo'shlig'i, so'rg'ichsimon o'siq va tashqi eshituv yo'li birlashtirilib, umumiy bo'shliq hosil qilinadi. Shuning uchun bu jarrohlik amali boshqacha qilib "*eshituvni saqlovchi umumbo'shliq tozalash jarrohlik amali*" deb yuritiladi.

Umumbo'shliq tozalash jarrohlik amaliga quyidagi ko'rsatmalar kiradi:

- 1) o'rta quloq suyak tuzilmalari va atrof suyak to'qimalarini chirishi;
- 2) xolesteatoma;
- 3) surunkali mastoidit;

- 4) yuz asab tolasining falaji;
- 5) labirintit;
- 6) otogen kalla suyagi ichi asoratlari.

Bemorda otogen kalla ichi asoratlari rivojlangan hollarda jarrohlik amali shoshilinch ravishda bajarilishi lozim!

Surunkali yiringli o'rta otitda eshituvni saqlovchi umumbo'shliq tozalash jarrohlik amali bilan bir qatorda *attikoantrotomiya* jarrohlik amali ham keng qo'llaniladi. Bu jarrohlik amali tashqi eshituv yo'lining orqa suyak devorini qoldirish, yoki olib tashlash, g'orga kirish joyi ustidagi suyak "ko'prikchasi"ni qoldirilishi bilan umumbo'shliq tozalash jarrohlik amalidan farq qiladi. Attikoantrotomiya jarrohlik amali "shpora" ostida suyak to'qimalarini chirish jarayoni rivojlanmagan va g'orga kirish joyi yallig'lanish o'smasi yoki xolesteatoma bilan yopilgan (g'orga kirish joyining bloki kuzatilmagan) hollardagina bajariladi.

Timpanoplastika eshitish o'tkirligini yaxshilovchi (tiklovchi) jarrohlik amali odatda umumbo'shliq tozalash jarrohlik amali bilan birga yoki 36 oydan so'ng bajariladi. Usgbu jarrohlik amali tovushni o'tkazish apparatining zararlangan qismini to'liq yoki qisman tiklash maqsadini ko'zlab, umumbo'shliq tozalash jarrohlik amalida hosil qilingan bo'shliqning holati qoniqarli bo'lgan hollardagina bajariladi.

Timpanoplastikani bajarish, ya'ni nog'ora bo'shlig'ini butunlay yopish ko'p jihatdan mukoperiostning holatiga, eshituv nayining chiqarish va havo almashinuv faoliyatiga, eshituv o'tkirligining pasayish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Timpanoplastika jarrohlik amalini bajarililishiga bo'lgan *qarshi ko'rsatmalar*:

- 1) otogen kalla ichi asoratlari;
- 2) diffuz labirintit;
- 3) surunkali allergik yallig'lanish;
- 4) surunkali o'rta otitning avj olish davri;

Timpanoplastika jarrohlik amalining asosiy vazifalari:

- 1) nog'ora bo'shlig'ini zich yopuvchi tebranuvchi membranani hosil qilish;

- 2) tovush to'liqlarini uzangichaga etib borishini ta'minlash;
- 3) labirint darchalarining harakatchanligini tiklash;
- 4) eski nog'ora parda faoliyatini tiklash yoki yangi membrana hosil qilish.
- 5) nog'ora bo'shlig'ining ichki devori va eshituv nayining teshigi sohasida havoli bo'shliqni hosil qilish.

Transplantant sifatida quloq orqasi yoki tashqi eshituv yo'lidan olingan teri parchasi, muskul qini (chakka muskulining qini), vena qon tomirining devori, ko'zning shox yoki oq pardasi, zamonaviy bioinert materiallar (poliamid to'qima, polifasfazen) va boshqa biologik to'qimalar ishlatilishi mumkin.

Jarrohlik amalidan oldin audiologik tekshiruv o'tkaziladi; past eshitishlikning darajasi, chig'anoqning funksional zaxirasi (audiogrammada havo va suyak o'tkazuvchanligi orasidagi tafovut), eshituv nayining havo almashinuv va chiqarish faoliyati aniqlanadi. Tovushni qabul qilish apparati zararlanganda (sensonevral past eshitishlik) timpanoplastika ijobiy natija bermaydi. Timpanoplastikadan so'ng bemorning eshitish qobiliyati yaxshilanishini oldindan bilish maqsadida quyidagi sinama o'tkaziladi: vazelin yog'iga shimdirilgan paxta bo'lagi nog'ora pardaning teshigiga yoki tashqi eshituv yo'liga uning ro'parasiga o'rnatiladi va shundan so'ng eshitish o'tkirligini o'zgargarishi tekshiriladi. Agar eshitish o'tkirligi yaxshilansa, timpanoplastika yaxshi natija berishiga ishonch paydo bo'ladi.

Profilaktik tadbirlar. O'rta quloq kasalliklarini oldini olish uchun o'tkir otini rivojlanishiga va uni surunkali shakliga aylanishiga sabab bo'lgan omillar (raxit, gipotrofiya, kamqonlik, burun to'sig'i egriligi, adenoidlar, ekssudativ diatez) bartaraf etilishi lozim.

O'tkir respirator kasalliklar va o'rta otitlar rivojlanishini oldini olishda bolani ona suti bilan ovqatlantirish muhim ahamiyatga ega. Chunki bola ona suti bilan nospesifik gumoral himoyani ta'minlovchi moddalarni qabul qiladi (masalan lizosim, immunoglobulinlar), bu esa tashqi muhit sharoitiga moslashishda muhim ahamiyatga ega.

Bolalar va katta kishilarda o'rta quloq yallig'lanishini rivojlanishiga quyidagi omillar o'z ta'sirini ko'rsatadi:

1. Respirator epiteliy, shu jumladan eshituv nayi epiteliy qoplaminig mukosiliar faolligini susaytiruvchi va mahalliy immunitetni so'ndiruvchi respirator virusli kasalliklarni keng tarqalganligi;

2. Antibiotiklarga chidamli mikroblarning paydo bo'lishiga va organizmning tabiiy himoya kuchini buzilishiga olib kelgan antibiotikoterapiyani keng, asossiz va betartib qo'llanilishi;

3. Konservantlar, turli sintetik moddalar qo'shilgan taomlarni iste'mol qilish, bolalarda – sun'iy ovqatlantirish natijasida yuzaga kelgan organizm sensibilizatsiyasi hamda mahalliy va umumiy immunitetini buzilishi;

4. Gipodinamiya, toza havoda va quyosh nuri ostida cheklangan vaqt davomida bo'lish, vitaminlarga boy bo'lmagan oziqovqatlarni iste'mol qilish natijasida organizm umumiy nospesifik himoya kuchini pasayishi.

Qayd etilgan noqulay omillarni bartaraf etish o'rta quloq kasalliklarini kamayishiga yordam beradi. Xususan, gripp va o'tkir respirator kasalliklarning spetsifik profilaktikasi (influyvak, IRS19, imudon va boshq.), yuqori nafas yo'llarini sog'lomlashtirish va o'tkir respirator kasalliklarni antibiotiklarsiz davolash usullari ishlab chiqilgan.

Burun va halqumdagi surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida davolash, burun orqali nafas olishni tiklash o'rta otitlarni oldini olishda muhim o'rinni egallaydi. Surunkali yiringli o'rta otitni oldini olish uchun o'tkir o'rta otitni to'g'ri davolash lozim. Bunda parasentez jarrohlik amalini o'z vaqtida bajarish, mikroblar sezgirligini e'tiborga olgan holda adekvat antibiotikoterapiyani o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

O'tkir o'rta otitni boshdan kechirgan bemor 6 oy davomida dispanser nazorati ostiga olinishi lozim. Ushbu muddat tugagandan so'ng bemorni kayta tekshiruvdan o'tkazib, past eshitishlik, otoskopiya manzarasini o'zgarishi, eshituv nayi faoliyatining buzilishi aniqlangan hollarda davolash tadbirlarini takrorlash talab etiladi: eshituv nayini puflash, nog'ora pardani pnevmomassaj qilish, biostimulyatorlarni qo'llash tavsiya qilinadi, zarur bo'lsa timpanomiya, nog'ora bo'shlig'ini shuntlash jarrohlik amallari bajariladi.

Surunkali yiringli o'rta otit bilan og'rikan bemor har 3 oyda 1 marta otorinolarolog ko'rigidan o'tishi talab etiladi. Zarur bo'lganda u tozalash yoki eshituvni yaxshilash jarrohlik amalini bajarish uchun shifoxonaga yuboriladi. Jarrohlik amaliga qarshi ko'rsatmalari mavjud bo'lgan dispanser nazorati ostidagi bemor vaqtivaqti bilan ko'zdan kechirilib, davolanishi lozim. Klinik manzarasi tinch kechgan surunkali yiringli otitda o'rta quloq bo'shliqlarida xolesteatoma va keng tarqalgan quloq suyaklarini chirishi jarayoni rivojlanib, past eshitishlikdan tashqari og'ir, ba'zan bemor hayotiga xavf soluvchi asoratlarga olib kelishini doimo esda tutish lozim. Shu bilan birga quloq qancha erta davolansa, eshitish qobiliyatini saqlash va yaxshilash imkoniyati shuncha ko'p bo'ladi.

Demak, aholining tibbiy madaniyati sa'viyasini oshirish, ularning yashash sharoitini yaxshilash, yuqumli kasalliklarni kamaytirish, otorinolarologiya xizmatini va dispanserizasiyani yo'lga qo'yish, tibbiyot yangiliklarini amaliyotda keng qo'llash surunkali yiringli o'rta otitni oldini olishga yordam beradi.

SOMATIK KASALLIKLARDA QULOQNI ZARARLANISHI.

TASHQI QULOQNING XAVFSIZ O'SMASARI.

Qandli diabetda quloq suprasi va tashqi eshituv yo'lida qichish hamda chipqonlar paydo bo'lishi kuzatiladi. O'tkir yiringli otitlar 50% hollarda mastoidit bilan asoratlanadi va suyak chirishi bilan kuzatiladi. Bunday bemorlarda qondagi qand miqdori oshib, siydikda qand paydo bo'lganligi aniqlanadi. Ba'zi hollarda qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda sinus tromboz, ekstradural abscess, labirintit va meningit rivojlanishi mumkin.

Siydik chiqarish a'zolari kasalliklarida (nefritda) o'rta quloqqa qon quyulishi, quloqda keskin og'riq, shovqin va eshitishni pasayishi kuzatiladi, ayrim bemorlarda vestibulyar o'zgarishlar aniqlanadi. Diuretiklarning eshitish a'zosiga ta'siri haqida ko'pgina tadqiqotlar olib borilganligiga qaramasdan, ularning toksik ta'sirining mexanizmi oxirigacha o'rganilgani yo'q.

Surunkali buyrak kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda furosemid va veroshpironni birga qoʻllash sensoneyral past eshitishlikning ogʻir shaklini keltirib chiqaradi, uning darajasi olib borilgan diuretikoterapiyaning davomiyligi va shiddatiga bevosita bogʻliq boʻladi.

Diuretiklar nafaqat nefrologik bemorlar guruhiga, balki boshqa kasallikning turiga qaramasdan ototoksik taʼsirga ega. Keksa yoshdagi bemorlarda eshitish qobiliyatida oʻziga xos oʻzgarishlar sodir boʻladi, bu hol oʻz navbatida furosemid va veroshpironning ototoksik taʼsirini kuchaytiradi.

Eshitish qobiliyatining buzilishi diauretiklarni qabul qilish muddatining dastlabki kunlarida yuzaga keladi va davolashning 7 15 kunida ancha sezilarli boʻlib qoladi. Bemorda shivirlab aytilgan va oddiy nutqni qabul qilish qobiliyatini buzilishi kuzatiladi, butun tonshkala boʻyicha tovushlarni qabul qilish chegarasi koʻtariladi, xususan 2000 Gts chastotadan boshlab. Qayd etilgan oʻzgarishlar ayniqsa yuqori chastotalar zonasida (48 kGts) yaqqol namoyon boʻladi. Shu bilan bir qatorda audiometriya natijalari chastotalarning keng diapozonida keskin oʻzgaradi (12 16 kGts diapozonini qabul qilinishi buziladi), ultratovushni qabul qilish chegarasi oshadi (46 V orasida) va tovush kuchining differensial chegaralari pasayadi (0,20,8 dB orasida). Yuqorida keltirilgan oʻzgarishlar sensoneyral past eshitishlikka xos. Shunga oʻxshash oʻzgarishlar uzoq muddatlarda ham (41 70 kunlarda) qayd etilgan.

Eshitish qobiliyatining buzilish darajasi diuretiklarning umumiy miqdori va qabul qilish muddatiga bogʻliq. Bunda yuqorida qayd etilgan dorilarni birga qoʻllash ularning ototoksik taʼsirini kuchaytiradi va eshitish qobiliyatining chuqur buzilishlariga olib keladi.

Diuretiklarni qoʻllash natijasida rivojlangan past eshitishlik, sensonevral past eshitishlikning boshqa koʻpgina shakllariday tiklanmaydi, shuning uchun odatda uni davolash juda qiyin boʻladi va u kam samara beradi. Demak uni oldini olish choralari muhim ahamiyatga ega.

Diuretiklar ototoksik taʼsirga ega boʻlganliklari tufayli ularni qoʻllanishi asoslangan boʻlishi lozim. Dorilarni tavsiya etishdan oldin bemorning eshitish

qobiliyatini chuqur tekshirish lozim, davolash davomida ham vaqtivaqti bilan uning eshitish holatini tekshirib turish maqsadga muvofiq.

Eshitish qobiliyatining tekshiruvini davolashning 7 va 15 kunlarda o'tkazish tavsiya etiladi. Eshitish qobiliyatining dastlabki buzilishlari aniqlangan hollarda eshitish a'zosining chuqur buzilishlarini oldini olish maqsadida darhol diuretiklar qo'llanishini to'xtatish va bemorga past eshitishlikni oldini oluvchi dorilarni buyurish lozim (galantamin, ATF, kokarboksilaza va boshq.).

Diuretiklarga sezgir bemorlarda eshitish faoliyatini tekshirish past eshitishlikning dastlabki belgilarini o'z vaqtida aniqlashga yordam beradi.

Veroshpiron va furosemidning kichik miqdorlari qisqa muddat davomida qo'llanganda eshitish qobiliyatining og'ir buzilishlari sodir bo'lmaydi, shuning uchun ularni shu usulda qollash tavsiya etiladi.

Bir nechta diuretiklarni birga qo'llash sensonevral past eshitishlikni erta va chuqur rivojlanishiga olib keladi. Shuning uchun, iloji boricha bir nechta diuretiklarni birga qo'llashdan voz kechish lozim.

Diuretiklarni qo'llash natijasida rivojlangan ototoksikozni oldini olish maqsadida, davolash kursi davomida doimiy ravishda eshitish qobiliyatining audiologik nazoratini olib borish, furosemid va veroshpironni kam miqdorda va qisqa muddat davomida qo'llash lozim. Furosemid va veroshpironni birga qo'llash tavsiya etilmaydi.

Quloqni yurak qontomir kasalliklarida zararlanishi. *Ateroskleroz* bilan og'rigan bemorda ichki quloq zararlanib, quloqlarda shovqin va eshitishning pasayishi, ba'zi bemorlarda bosh aylanishi kuzatiladi; tomirlarni torayishi natijasida quloqda og'riq paydo bo'lishi mumkin. *Gipertoniya*da bemorlarda giperxolisterinemiya va 80-90% hollarda eshitishni pasayishi va quloqlarda shovqin kuzatiladi. *Endokarditda* ichki quloqda embollar paydo bo'ladi, kichkina qon tomirlarda tromblar, nog'ora pardaning shilliq pardasida va evstaxiy nayida nuqtali qon quyulishlar va fibrinoz suyuqlik paydo bo'ladi.

Tashqi va o'rta quloqning xavfsiz o'smalari. Xemodektoma o'rta quloqning xavfsiz o'smalaridan biri. U sekin o'sib, nafaqat yumshoq, balki suyak to'qimasini

ham emiradi. Xemodektoma ba'zan quloq sohasidan kalla suyagining asosiga, kalla bushlig'iga, ichki buyinturuq venasi va piyozchasiga o'sib kiradi.

Jarrohlik amalining hajmi, uning natijasi va quloq funksiyasining reabilitatsiyasi o'smaning tarqalganligiga bog'liq. Yuqoridagilarni e'tiborga olib, N.S. Blagovehenskiy va boshqalar (1966 yil) bu o'smaning chegaralangan va tarqoq shakllariga bo'ldilar. P.R.Vayshenker (1977) xemodektomani o'sish joyiga qarab, buyinturuq, vagus, nog'ora parda va piramida tuguni shakllariga bo'ldi.

Xemodektomaning boshlang'ich ikki shaklini kalla suyagi asosi o'smalariga, oxirgi shakllarini esa chakka suyagi o'smalariga birlashtiradilar. O'rta quloq xemodektomasining rivojlanishi quyidagi bosqichlarga bo'linadi:

Ibosqich: o'sma nog'ora bo'shlig'ining pastki yarmini egallaydi, eshituv suyakchalari va nog'ora pardaga etmaydi, nog'ora bo'shlig'ining barcha devorlari butunligicha qoladi;

IIBosqich: o'sma nog'ora bo'shlig'inini to'ldirib, uning chegarasidan chiqmaydi, nog'ora parda va eshituv suyakchalari deformasiyalanadi;

IIIBosqich: o'sma nog'ora bo'shlig'idan so'rg'ichsimon o'siqning gori va katakchalariga o'sib kiradi, nog'ra pardaning butunligi buziladi, o'sma tashqi eshituv yulida polipga o'xshab o'sadi, nogora bo'shligi va tashqi eshituv yo'lining devorlari butun, labirintning ta'sirlanish belgilari bulishi mumkin.

IVbosqich: o'sma quloq chegarasidan chiqib, kalla suyagi asosi va bushlig'iga o'sib kiradi, tashkq eshituv yuli devorlarining butunligi buzigadi, bosh miya asab tolalarining zararlanish belgilari paydo bo'ladi.

Yuqoridagi bosqichlar T va M tizimi ko'rinishiga mos keladi. Lekin xemodektoma xavfsiz o'sma bo'lganligi tufayli faqat bitta belgi (T), ya'ni birlamchi o'smalarni bildiruvchi belgi bilan belgilanadi: Ibosqich T_1 , IIBosqich T_2 , IIIBosqich T_3 , IV bosqich T_4 .

Bu tasnif bo'yinturuq venasi yoki vagus tugunidan o'sib chiqqan xemodektomaning bosqichini aniqlashda foydalanilib, IX, X va XI juft bosh miya asab tolalari zararlanishining birinchi belgisi hisoblanadi.

Bemorlar ko‘pincha o‘sma nog‘ora bo‘shlig‘iga o‘sib kirganda (N.S.Blagoveshenskiy va P.G. Vayshenker bo‘yicha tarqoq shakl) va ikkita anatomik sohani egallaganda (o‘smaning IIIIV bosqichlari) vrachga murojaat qiladilar.

III bosqichdagi bo‘yinturuq chuqurchasi kalla suyagi asosi yoki vagus tugunidan o‘sib chiqqan o‘smanni aniqlash qiyin, deyarli aniqlab bo‘lmaydi.

Quloq qon tomiri o‘smalarining tasnifi xemodektoma tasnifiga o‘xshaydi, ammo ular quloq suprasi, tashqi eshituv yo‘li, nog‘ora bo‘shligida bir xil uchraydi.

Ibosqich jarayon bitta fragment bilan chegaralanadi. Quloq suprasining yuqori, o‘rta yoki pastki qismi, tashqi eshituv yo‘li togay qismining oldingi, pastki va orqayuqori devorlari, suyak qismi va nog‘ora bushligi zararlanadi.

II bosqich o‘sma bir necha fragmentlarni egallab, qism chegarasidan (quloq suprasi va tashqi eshituv yo‘lidan) chiqmaydi. Nog‘ora bo‘shlig‘idan o‘sib chiquvchi kon tomir o‘smalarining I,II,III bosqichlarini aniqlash xuddi xemodektomanikiga o‘xshaydi.

III bosqich usma tashqi eshituv yulining ikkala qismini egallab, quloq suprasi yoki nog‘ora bo‘shligidan so‘rg‘ichsimon o‘simtaga o‘sib kirib, nog‘ora pardaning butunligini buzadi, tashqi eshituv yo‘li yoki quloq suprasini to‘liq egallab, quloq chegarasidan chiqmaydi.

IVbosqich – o‘sma quloq yoki uning biror bir qismidan tashqari bosh yoki yuz terisining katta qismini egallab, bu jarayonga quloq oldi so‘lak bezi, jag orti chuqurchasi, kalla suyagi asosi yoki bushligi jalb qilinadi.

Qon tomir o‘smalari ham tarqalish darajasiga qarab (T) belgisi bilan belgilanadi va to‘rt bosqichlarga bolinadi.

QULOQNI ENDOSKOPIK TEKSHIRISH USULLARI.

Bemorni endoskopiya tekshiruviga tayorlash, old rinoskopiya, orqa rinoskopiya, burun bo‘shlig‘idan surtma olish, Jane shprisi yordamida quloqni yuvish, burun bo‘shlig‘iga dori tomizish, otoskopiya, Rinne tajribasi, Veber

tajribasi, quloqqa dori tomizish, quloqdan yot jismni chiqarib olish, gipofaringoskopiya, epifaringoskopiya, halqumga dori eritmalarini surtish va purkash, mezofaringoskopiya, bilvosita laringoskopiya, quloq sohasiga issiq boylamlar qo'yish, quloq suprasiga malham surtish, hiqildoq sohasiga isituvchi boylam qo'yish.

I bosqich. Tekshiruv bemorning shikoyatlari, kasallikning tabiati, u ilgari qanday kasalliklarga chalinganligi va ular qanday davolanganligi, oila a'zolarida irsiy kasalliklar mavjudligi yoki yo'qligi bilan boshlanadi.

II bosqich. Tekshiruv va palpatsiya. Birinchidan, sog'lom quloq tekshiriladi. Tug'ma nuqsonlar, qizarish, shish va boshqa o'zgarishlar mavjudligini aniqlash uchun quloq pardasi, tashqi eshitish yo'li, quloqning orqa va old tomonlari tekshiriladi.

Kattalardagi o'ng tashqi eshitish yo'lini tekshirish uchun shifokor chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan quloq pardasining burmasini ushlaydi va uni orqaga va yuqoriga tortadi. Chap tomonni tekshirish uchun u xuddi shu harakatni o'ng qo'li bilan bajaradi. Odatda, quloq pardasi paypaslanganda og'riqsiz bo'ladi.

Quloq orqasidagi joyni tekshirish uchun shifokor o'ng qo'li bilan o'ng quloq bo'lagini oldinga tortadi, odatda yaqqol ko'rinadigan orqa quloq burmasining holatiga (quloq bo'lagining mastoid jarayoniga qo'shilish joyi) e'tibor beradi. Quloq pardasi o'ng qo'lning bosh barmog'i bilan engil bosiladi. Odatda, og'riq yo'q. Kattalarda, tashqi otit bilan, yosh bolalarda quloq pardasi bosilganda og'riydi

Chap qo'lning bosh barmog'i yordamida so'rg'ichsimon o'siqning uch nuqtasi paypaslanadi: antrum sigmasimon sinus sathi va so'rg'ichsimon o'siq cho'qqisi.

Chap so'rg'ichsimon o'siq sohasini paypaslash uchun vrach chap qo'li bilan quloq suprasini tortib, o'ng qo'lining barmoqlari bilan shu sohani paypaslaydi.

Chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan vrach o'ng quloq tashqi eshituv yo'lining oldida, pastida va orqasida joylashgan mahalliy limfa tugunlarni paypaslaydi.

Shu tariqa, u o'ng qo'lining ko'rsatkich barmog'i bilan chap mahalliy limfa tugunlarni paypaslaydi. Me'yorda limfa tugunlar paypaslanmaydi va og'rimaydi.

III bosqich. Otokopiya.

1. Shifokor chap qo'li bilan o'ng quloq pardasini kattalarda orqaga va yuqoriga, bolalarda orqaga va pastga tortadi. Keyin o'ng qo'lining bosh barmog'i va ko'rsatkich barmoqlari bilan quloq varonkasi biroz burab, uni tashqi eshitish yo'liga kiritadi.
2. Quloq varonkasi tashqi eshitish kanalining diametriga mos keladigan o'lcham bilan tanlanadi.
3. Quloq varonkasi faqat tashqi eshitish kanalining tog'ay qismiga kiritiladi, chunki suyak qismiga kiritilganda quloqda og'riq paydo bo'ladi.
4. Quloq nog'ora pardasining barcha qismlarini tekshirish uchun quloq varonkasining tashqi uchi biroz harakatga keltiriladi.
5. Quloq varonkasi tashqi eshitish kanalining orqa devoriga tegsa, vagus nervi ta'sirlanadi, bemorda engil yo'tal paydo bo'lishi mumkin.



5 rasm. Otokopiya tekshiruvi

Quloq nog'ora pardasini aniq ko'rish va uning harakatini baholash uchun Zigler pnevmatik voronkasi qo'llaniladi. Zigle pnevmatik voronkasi tashqi tomondan ko'rinishni kengaytiruvchi tekis shisha linza bilan jihozlangan. Shishaning yonida joylashgan trubka rezina balonga ulanadi va quloq pardasining harakatchanligi tashqi eshitish kanalidagi havo bosimini biroz oshirish yoki kamaytirish orqali baxolanadi. Ushbu usul quloq pardasidagi ba'zi kasalliklardagi o'zgarishlarni va uning o'rta quloqning boshqa qismlari bilan aloqa hosil qilganligini aniqlash uchun ishlatilishi mumkin. Ba'zi kasalliklarda bu usul quloq pardasini siljitish uchun ham keng qo'llaniladi.

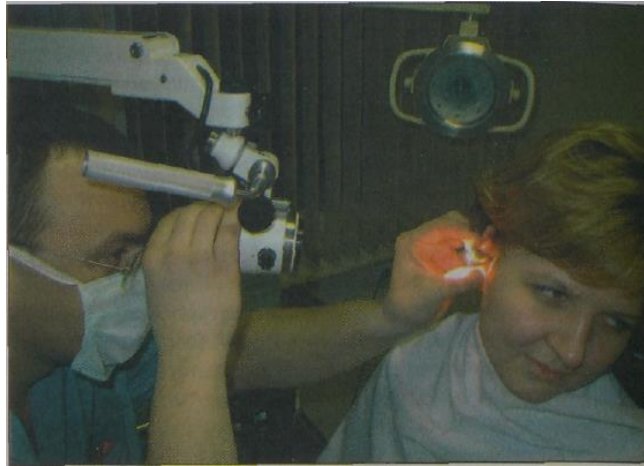
Otoskoriyaning ko'rinishi:

1. Tashqi eshitish yo'li teri bilan qoplangan, tog'ay qismida tuklar va ba'zan quloq chirigi ko'rinadi. Tashqi eshitish kanalining uzunligi 2,5 sm.
2. Timpanik parda kulrang va porloq bo'lib, unda quyidagi nuqtalar seziladi: bolg'acha dastasi va kalta (tashqi) o'simtasi, nog'ora pardaning old va orqa burmalari, yorug'lik konusi (yorug'lik refleksi) va kindigi (umbo).
3. Timpanik pardaning tarang qismi bolg'acha suyagining oldingi va orqa burmalaridan bir oz pastda, bo'shashgan qismi esa ularning ustida ko'rinadi.
4. Timpanik membrananing to'rtta kvadranti ajralib turadi. Bu kvadrantlar ikkita xayoliy perpendikulyar chiziqlar yordamida hosil qilingan. Chiziqlardan biri bolg'acha suyagi tutqichi bo'ylab, ikkinchisi esa baraban kindigi va bolg'acha dastasining pastki uchidan birinchi chiziqqa perpendikulyar chiziladi. Natijada, baraban quyidagi kvadrantlarga bo'linadi: oldingi yuqori, orqa yuqori, oldingi pastki va orqa pastki.

IV bosqich. Otomikroskopiya tekshiruvi 10 va 16 marta kattalashtirish ostida jarrohlik mikroskop yordamida amalga oshiriladi. Tekshiruv eshitish analizatorining tovush o'tkazuvchanligi tizimining anatomik tuzilmalarini va o'rta quloqdagi patologik o'zgarishlar holatini va quloqning surunkali yallig'lanishi bilan og'rigan bemorlarda ularning joylashishini aniqlash maqsadida amalga oshiriladi. O'rta quloqda eshitishni saqlash va tiklash bo'yicha jarrohlik muolajalarini keng qo'llash o'rta quloqning tovush o'tkazuvchanligi tizimining holatini, kasallikning tabiati va uning tarqalish darajasini chuqurroq o'rganishni talab qiladi.

Otomikroskopiya qanday ma'lumot olishimiz o'rta quloqning qaysi qismini tekshirganimizga bog'liq. Masalan, timpanik membranada teshik mavjudligi va uning joylashuvi hatto oddiy ko'rinadigan otoskopiya bilan ham aniqlanishi mumkin. Shu bilan birga, bir qator hollarda, "tashqi otit" tashxisi bilan og'rigan bemorlarda otomikroskopiya timpanik membrananing turli qismlarida bir nechta kichik teshiklarni aniqladi; boshqa hollarda, quloqdan uzoq vaqt yiringli oqishi va eshitish qobiliyati buzilgan bemorlarda otomikroskopiya tekshiruvi surunkali otit

media tashxisini istisno qiladi va bunday klinik belgilarning miringit bilan bog'liqligini aniqlashga yordam berdi. Boshqa hollarda, agar oddiy otoskopiya bilan timpanik membrananing chekka teshilishi aniqlangan bo'lsa, mikroskopiya tekshiruvi xolesteatoma belgilari bilan yashirin cho'ntaklarni aniqlashga va bemorlarni davolash rejasiga o'z vaqtida tegishli o'zgartirishlar kiritishga yordam beradi.



6 rasm. Otomizroskopiya

Timpanik bo'shliqdagi eshitish naychasining ochilish maydonini tekshirish uchun kattalashtiruvchi oyna qimmatli ma'lumotlarni beradi. Otomikroskopiya eshitish naychasining o'tkazuvchanligi buzilishining sababini aniqlashga yordam beradi (yallig'lanish o'smalari va timpanik membrananing qoldiqlari natijasida). Bemorni timpanoplastika operatsiyasiga tayyorlash davrida bitishmalar, yallig'lanish o'smalari, eritema va timpanik skleroz joylarini aniqlash uchun timpanik bo'shliqning ichki devorini diqqat bilan tekshirish kerak. Labirint oynalarini tekshirganda, an'anaviy otoskopiya odatda ularning holati haqida juda kam ma'lumot beradi. Timpanik pardaning orqa qismida katta teshikka ega bo'lgan bemorda otomikroskopik tekshiruv o'tkazilayotganda, koxlear teshik membranasi tomonidan suyak suyagiga ta'sir qiladigan bosimning harakatini o'zgartirish imkoniyatini baholash mumkin.

Otomikroskopiya eshitish suyaklarining holatini baholashda katta yordam beradi. Bunday holda, ularning mavjudligi, anatomik qismlarining saqlanishi, joylashishi va

harakatchanligi, patologik o'zgargan to'qimalarning mavjudligi (xolesteatoma, chandiqlar), tovush uzatish jarayonida ishtirok etishi baholanadi. Bularning barchasi jarrohlik amaliyotini to'g'ri rejalashtirish va uning natijalarini bashorat qilish imkonini beradi.

Tashqi eshitish kanalini tozalash quruq usulda yoki yuvish usuli bilan amalga oshiriladi.

Quruq usulda tozalashda doka bo'lagi maxsus zondga o'raladi (zondning uchi cho'tkaga o'xshab qolishi kerak), tashqi eshitish yo'liga kiritiladi va uning ichidagi quloq kiri shu doka bilan tozalanadi.

Tashqi eshitish yo'llarini yuvish uchun Janey shpritsiga (muvozanat organiga ta'sir qilmaslik uchun) tana haroratiga (36-370 S) mos keladigan 50-100 ml iliq suv solinadi. Bemorning qulog'i ostiga buyrak shaklidagi idish qo'yiladi, shpritsning uchi tashqi eshitish yo'lining boshlang'ich qismiga kiritiladi va suv tashqi eshitish yo'lining orqa-yuqori devori bo'ylab yo'naltiriladi, shunda quloq iflos suv bilan birga buyrak shaklidagi idishga oqadi. Yuvib bo'lgandan keyin tashqi eshitish kanali quruq doka bilan o'ralgan zond yordamida quritiladi va 70 % spirt eritmasi bilan artiladi. Agar bemorda yiringli otit va quloq pardasi teshilgan bo'lsa, tashqi eshitish yo'li yuvilmaydi va quruq holda tozalanadi. Agar kerak bo'lsa, yuvish uchun antiseptik eritma ishlatiladi, yuvishdan keyin u quritiladi va timpanik bo'shliqqa antibiotik kukuni qo'llaniladi.

V bosqich. Eshitish naychasining funksiyasini tekshirish.

Eshitish naychasining ventilyatsiya funktsiyasini tekshirish usuli unga havo kiritish va naychadan o'tadigan havo ovozi tinglashga asoslangan. Sinov uchun maxsus elastik (rezina) naycha, olivali rezina balloncha (Politser ballonchasi) va 16 kalibrli quloq kateterlari to'plami talab qilinadi.

Eshitish naychasining o'tkazuvchanligi ketma-ket o'tkaziladigan 5 ta test yordamida tekshiriladi. U yoki bu testni o'tkazish qobiliyatiga qarab, eshitish naychasining ochiqligining I, II, III, IV va V darajalari farqlanadi. Sinov paytida otoskopning bir uchi bemorning tashqi eshituv yo'liga, ikkinchisi vrachning qulog'iga o'rnatiladi.

1. Quruq yutish testi. Bemorga yutish buyuriladi. Odatda, eshitish yo'li ochiladi va otoskor orqali engil shovqin eshitiladi.

2. Toynbi testi. Bemor og'iz va burunni yopgan holda yutish harakatini amalga oshiradi. Odatda, bemor quloqlarida bosim sezadi va shifokor o'tayotgan havo oqimining engil shovqinini eshitadi.

3. Valsalva testi. Bemor chuqur nafas oladi, so'ngra og'zini va burnini yopgan xolda nafas chiqaradi. Odatda, eshitish kanali havo bosimi ta'sirida ochiladi va havo timpanik bo'shliqqa kiradi va shifokor otoskop orqali xarakterli shovqinni eshitadi. Eshitish kanalining o'tkazuvchanligi buzilganida, Valsalva testini o'tkazish mumkin emas.

4. Politser testi. Shifokor Politser ballonining olivali uchini bemorning burnining o'ng dahliziga kiritadi, uni o'ng qo'lning ikkinchi barmog'i bilan ushlab turadi va birinchi barmog'i bilan burunning o'ng qanotini burun septumiga bosadi. Keyin otoskopning bir uchini bemorning qulog'iga, ikkinchisini esa o'z qulog'iga qo'yib, bemorga "kuku" yoki "paraxod" so'zlarini aytishni buyuradi. Bemor unli tovush chiqarganda, shifokor burun bo'shlig'idagi bosimni oshirish uchun o'ng qo'li bilan rezina sharni keskin siqib, unga havo yuboradi. Unli tovush chiqarilganda yumshoq tanglay oldinga va orqaga ko'tarilib, burun-halqumni og'iz bo'shlig'idan ajratib turadi, shunda havo oqimi burun-halqumning yoriq bo'shlig'iga kiradi va uning barcha devorlarini bir tekis bosib turadi; Havoning bir qismi eshitish naychasining ochilishiga kuchli bosim bilan kirganda, quloq pardasi orqali xarakterli shovqin eshitiladi. Keyin, xuddi shu tarzda, chap burun dahlizi orqali chap eshituv nayi Politser usulida tekshiriladi.

5. Quloq kateteri yordamida eshitish naychalarini tekshirish.

Tekshiruvda kengaygan boshlang'ich qismi va egri uchi bo'lgan turli diametrli metall quvurlar (No 04) bo'lgan quloq kateterlari qo'llaniladi. Kateterning kengaytirilgan qismiga o'rnatilgan halqa kateter uchining yo'nalishini ko'rsatadi. Dastlab, burun bo'shlig'ining shilliq qavati 10% lidokain yoki 2% dikain eritmasi bilan og'riqsizlantrildi. Shifokor bemorning qulog'iga otoskop olivalarini o'rnatadi,

metall kateterni o'ng qo'lining I va II barmoqlari bilan ruchka kabi ushlab turadi va uning uchini burun tubiga qaratib, u yoki bu burun teshigi orqali nazofarenkning orqa devoriga kiritadi (kateterning tekis qismi burun tubida bo'sh qolishi kerak). Keyin shifokor kateterning uchini 90 gradus ichkariga buradi va uning uchi burun septumining orqa chetiga tegmaguncha uni o'ziga tortadi (nazofarenkning yon devorining bu qismida eshitish naychasining ochilishi joylashgan). Shundan so'ng, shifokor asta-sekin kateterning uchini 180 gradus tashqariga buradi (bu holda, kolba halqasi va shuning uchun uchi tekshirilayotgan tomondan ko'zning tashqi burchagiga yo'naltiriladi). Bunday holda, naychaning uchi eshitish naychasining nazofarenks teshigini qoplaydi. Naychani shu holatda ushlab turgan shifokor uning tashqi uchiga rezina sharchani biriktiradi va uni bir oz siqib, eshitish naychasiga 5-6 marta bosim bilan havo yuboradi.



7 rasm. Eshituv nayini kateterlash

Eshitish naychasining normal o'tkazuvchanligi bo'lgan bemor havo timpanik bo'shlig'iga kirganini his qiladi, shifokor otoskop orqali vezikulyar nafas olish tovushini eshitadi, agar eshitish naychasi yallig'langan bo'lsa, quruq yoki nam xirillash; quloq pardasi teshilmagan bo'lsa, otoskop orqali pulsatsiyalanuvchi tovush eshitiladi, agar u teshilgan bo'lsa, teshikning kattaligi va joylashishiga qarab turli xil tovushlar eshitiladi.

Yuqoridagi barcha testlar ijobiy bo'lsa, eshitish naychasining o'tkazuvchanligi I darajali, faqat 5 tasi ijobiy bo'lsa, eshitish naychasining o'tkazuvchanligi V darajali deb hisoblanadi.

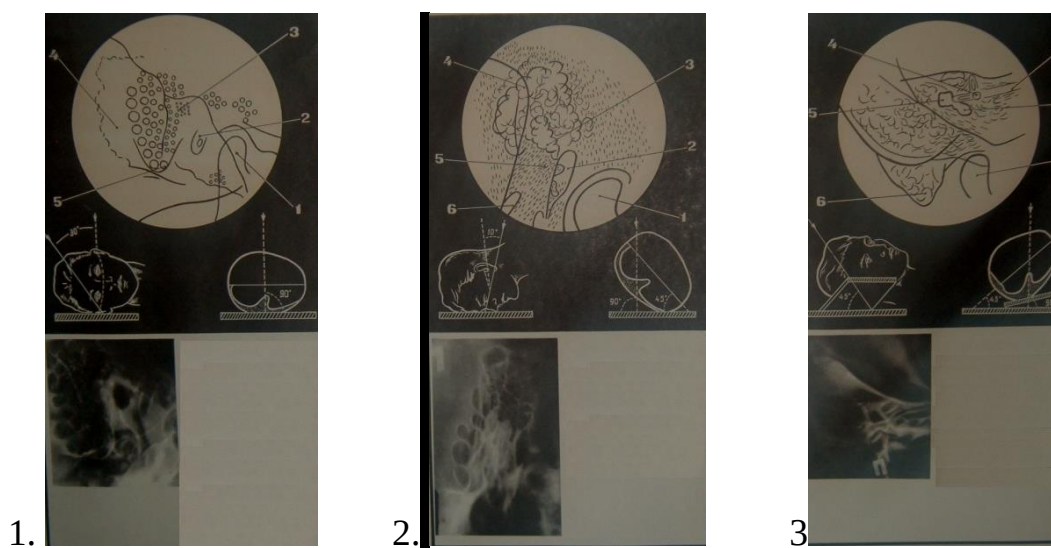
Eshitish trubasining drenajlash faoliyati, ya'ni o'rta quloqning sekretsijasini olib tashlash, timpanik bo'shliqdan nazofarenkga turli xil suyuq moddalar oqib o'tish vaqti bilan o'lchanadi. Suyuq moddalarning nazofarenkga tushishi eshitish naychasining laringeal ochilishini endoskopik tekshirish (buning uchun bo'yoqlar, masalan, metilen ko'k eritmasi ishlatiladi), bemorning ta'm hissi (saxarin bilan sinov) yoki eshitish naychasining kontrastli rentgenografiyasi bilan aniqlanadi. Eshitish naychasining chiqarish funktsiyasi yaxshi bo'lsa, timpanik bo'shliqqa yuborilgan suyuqlik 8-10 daqiqadan so'ng nazofarenkda, qoniqarli hollarda - 10-25 daqiqadan so'ng, qoniqarsiz hollarda - 25 daqiqadan keyin bo'ladi.

Eshitish naychasining havo o'tkazuvchi funktsiyasi to'g'risida ob'ektiv ma'lumotlarni olish uchun siqish-dekompressiya sinovlari, otomanometriya (Voyachek, Svetlyakov usullari) va impedansmetriya o'tkaziladi.

Klinik amaliyotda, ayniqsa surunkali yiringli otit bilan og'rigan bemorlarni davolash usulini tanlashda, eshitish naychasining funktsijasini tekshirish muhimdir. Eshitish naychasining normal ishlashi quloqdagi rekonstruktiv operatsiyani bajarishning muhim shartidir.

VI bosqich. Radiografik tekshiruv.

Quloq kasalliklarini tashxislashda temporal suyak rentgenografiyasining to'rtta usuli keng qo'llaniladi: Shyuller, Mayer, Stenvers va Shumsky usullari.



1. Shyuller buyicha 2. Mayer buyicha 3. Stenvers buyicha

8 rasm. Chakka suyaklarining rentgenografiyasi

Shyuller bo'yicha temporal suyaklarning lateral umumiy rentgenogrammasi mastoid bo'shliqning tuzilishini aniqlashga yordam beradi. Rentgen tasvirida mastoid bo'shliqning g'ori, antrum atrofidagi hujayralar, timpanik bo'shliqning tomi va sigmasimon sinusning old devori aniq ko'rinadi. Unga asoslanib, mastoid bo'shliqning havo bilan to'ldirilishini baholash va mastoiditga xos bo'lgan hujayralararo septumning eroziyasini ko'rish mumkin.

Mayer usuli bo'yicha temporal suyakning aksial rentgenografiyasi tashqi eshitish kanalining suyak devorlarini, timpanik membrananing chuqurligini va mastoid o'siq hujayralarini ko'rish imkonini beradi. Aniq chegaralangan attikantral kengayishi xolesteatoma jarayonini ko'rsatadi.

Stanvers usuli yordamida o'tkazilgan rentgenogramma sizga piramida, labirint va ichki eshitish kanalining cho'qqisining tasvirini olish imkonini beradi. Dahlizchig'anoq (VIII) nerv tolasi neyromasiga tashxis qo'yishda ichki eshitish yo'llarining nosimmetrik joylashuviga e'tibor beriladi. Bundan tashqari, bu usul bosh suyagi asosining uzunlamasına sinishi belgilaridan biri bo'lgan piramidaning ko'ndalang sinishini aniqlashga yordam beradi.

Shumskiy usulida ikkala quloqning rentgen tasviri bir vaqtning o'zida olinadi (tashqi eshitish yo'llari, timpanik bo'shliqlar, mastoid o'siq, eshitish naychalari). Buning uchun bemor orqa tomonida yotadi va boshini iloji boricha oldinga sternum tomon egadi. Rentgen nurlari peshona ustidagi soch chizig'idan yo'naltiriladi.

Hozirgi vaqtda kompyuter tomografiyasi (KT) quloq kasalliklarini tashxislashda keng qo'llaniladi. 12 mm qalinlikdagi tilim bilan aksial va frontal yo'nalishlarda amalga oshiriladi. KT yumshoq va suyak to'qimalaridagi o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi. Ushbu diagnostika usuli xolesteatomaning mavjudligini, uning tarqalish darajasini, yarim doira kanalining oqmasini, eshitish suyaklarining eroziya joylarini, eshitish naychasining holatini, yuz nervi kanali va ichki eshitish kanalini aniqlash imkonini beradi.

Magnitrezonans tomografiya (MRT) yumshoq to'qima tuzilmalar holatini va o'sma jarayonini aniqlashda, yallig'lanish jarayonlarining qiyosiy tashxisotida KT ga nisbatan aniqroq ma'lumot olish imkonini beradi.

**QULOQDAN YOQIMSIZ HID KELISHI, TASHQI ESHITUV YO'LINI
TORAYISHI, PAST ESHITISHLIK, TO'SATDAN RIVIJLANGAN
KARLIK, QULOQ SHANG'ILLASHI, BOSH AYLANISHI,
KARSOQOVLIK, MEN'ER KASALLIGI, OTOSKLEROZ, O'RTA
QULOQNING
SURUNKALI KATARAL YALLIG'LANISHI.**

QULOQDAN YOQIMSIZ HID KELISHI

O'rta quloq yot jismi

O'rta quloq xolesteatomasi

O'rta quloq difteriyasi

Epitimpanit

Tashqi va o'rta quloqning xavfli o'smasi

O'rta quloq yot jismi: bemor shikoyatlari: qulog'i og'rishi, qulog'idan yoqimsiz hid kelishi, past eshitishlik, otoskopiyada nog'ora pardaning orqasida yot jism ko'rinadi; nog'ora parda jarohatlangan, yirtilgan, qizargan, qontalashlar bor.

O'rta quloq xolesteatomasi: bemor shikoyatlari: boshi og'rishi, past eshitishlik, qulog'idan yiring oqishi, qulog'i tozalangan bo'lsada undan yoqimsiz hid kelishi; attik yuvilgandan so'ng yuvindi suvlarda kepaksimon qipiqnlarni ko'rinishi; nog'ora pardaning yuqori bo'limida chetki teshik aniqlanadi.

Tashqi quloq difteriyasi: bemor shikoyatlari: past eshitishlik, qulog'i og'rishi, quloq suprasi va tashqi eshituv yo'lida ifloskulrang karash borligi, karashni olish qiyin kechib, osti qonaydi.

O'rta quloq sili: bemor shikoyatlari: qulog'i og'rishi, past eshitishi, qulog'idan yoqimsiz hid kelishi, qulog'idan kam miqdorda yiring oqishi; otoskopiyada nog'ora pardaning bir nechta joyida teshiklar aniqlanadi.

Tashqi va o'rta quloqning xavfli o'smasi: bemor shikoyatlari: qulog'i og'rishi, undan badbo'y ajralma oqishi, past eshitish; otoskopiyada nog'ora parda atrofida va tashqi eshituv yo'lida oson qonaydigan yaralar to'plami aniqlanadi.

Epitimpanit: bemor shikoyatlari: yallig'lanish jarayoni suyak to'qimasiga tarqalganligi tufayli qulog'idan badbo'y hid kelishi; otoskopiyada yallig'lanish o'smalari (granulyasiya, polip), nogora pardaning salki qismida chetda joylashgan perforasiya aniqlanadi.

TASHQI ESHITUV YO'LINI TORAYISHI YOKI BUTUNLAY YOPILIB QOLISHI

Tashqi eshituv yo'li chipqoni

Tashqi eshituv yo'lining diffuz yallig'lanishi.

Tashqi eshituv yo'li ekzemasi.

So'rg'ichsimon o'siqda o'tkazilgan jarrohlik amalidan so'ng tashqi eshituv yo'lining torayishi

Quloq suprasi perixondritidan so'ng tashqi eshituv yo'lini torayishi

Tashqi eshituv yo'lini torayishi

Tashqi eshituv yo'lining orttirilgan atreziyasi

Tashqi eshituv yo'lining tug'ma atreziyasi

Tashqi eshituv yo'lining fiziologik torayishi

Tashqi eshituv yo'lining yot jismi

Quloq kiri

Tashqi eshituv yo'lining polipi

Ekzostoz

Tashqi eshituv yo'lida ivigan qonni to'planishi

Quloqning xavfli va xavfsiz o'smalari.

Tashqi eshituv yo‘li chipqoni: bemor shikoyatlari: qulog‘i og‘rishi, past eshitishlik, tana haroratini ko‘tarilishi, boshi og‘rishi; quloq dumboqchasi bosilganda, quloq suprasi cho‘zilganda yoki chaynash paytida quloq og‘rig‘ini kuchayishi; otoskopiyada tashqi eshituv yo‘lida tirqishsimon torayish aniqlanadi, mahalliy limfadenit kuzatiladi; tashqi eshituv yo‘lining pardatog‘ay qismida yallig‘langan infiltrati hosil bo‘ladi.

Tashqi otit: bemor shikoyatlari: qulog‘i qichishi, undan yiringli ajralma oqishi; quloq do‘mboqchasi bosilganda oqriq kuchayishi; tashqi eshituv yo‘li terisini qizarishi va infiltrasiyasi kuzatiladi; mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

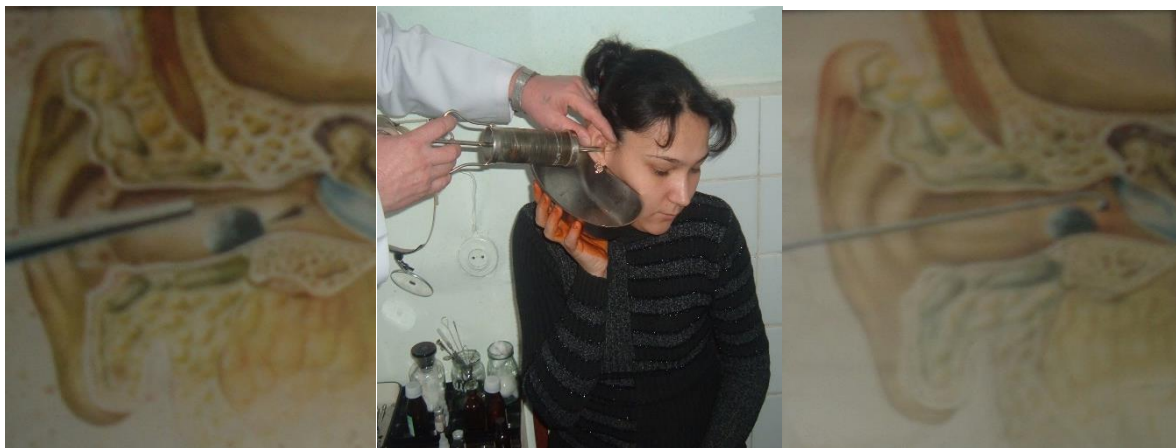
Ekzema: bemor shikoyatlari: qulog‘ini qichishi; otoskopiyada tashqi eshituv yo‘li terisining qizarishi va infiltrasiyasi, shilimshiqyiringli ajralma, po‘stloqlar va oval shakldagi torayish borligi aniqlanadi.

So‘rg‘ichsimon o‘siqda o‘tkazilgan jarrohlik amalidan so‘ng tashqi eshituv yo‘lini torayishi: bu belgi tashqi eshituv yo‘li noto‘g‘ri plastika qilinganda paydo bo‘ladi; torayish tirqishsimon shaklda bo‘ladi, quloq suprasi orqaga va yuqoriga tortilganda tashqi eshituv yo‘lining shakli tiklanadi; quloq orqasida chandiqli borligi aniqlanadi.

Tashqi eshituv yo‘lini torayishi: tashqi eshituv yo‘li torayishining shakli aylana, cheti chandiqlardan tashkil topgan bo‘lib, paypaslanganda og‘rimaydi.

Tashqi eshituv yo‘lining orttirilgan atreziyasi: tashqi eshituv yo‘li torayishining shakli aylana bo‘lib, uning yorig‘i aniqlanmaydi, toraygan qismi chandiqli to‘qima bilan yopiladi; bemorning eshitish qobiliyati pasayadi.

Tashqi eshituv yo‘lining yot jismi: yirik yot jismlar parda tog‘ay, kichik yot jismlar tashqi eshituv yo‘lining suyak qismida tiqilib qolishi mumkin; zond yordamida tekshirish va yot jismni paypaslash tashhis qo‘yishda yordam beradi; bemorda eshitish qobiliyati o‘zgarmaydi (12 rasm).



12 rasm. Tashqi eshituv yo‘li yot jismi

Tashqi eshituv yo‘li suyak qismining fiziologik torayishi: tashqi eshituv yo‘lining yorig‘i buyraksimon shaklda, suyak qismining orqayuqori devori bo‘rtgan, terisi o‘zgargan, qalinlashgan b‘lib, zond kiritilganda og‘riydi; bemorning eshitish qobiliyati pasayadi.

Quloq supراسi perixondritidan so‘ng tashqi eshituv yo‘lini torayishi: torayish tirqishsimon bo‘lib, quloq supراسi orqaga va yuqoriga tortilganda tashqi eshituv yo‘lining shakli tiklanadi; quloq supراسida chandiqli o‘zgarishlar aniqlanadi.

Tashqi eshituv yo‘lining tug‘ma atreziyasi: tashqi eshituv yo‘lining yorig‘i bo‘lmaydi, unung o‘rni teri bilan qoplangan bo‘ladi; kasallik ko‘pincha quloq supراسi nuqsoni bilan birga uchraydi.

Quloq kiri: odatda tashqi eshituv yo‘liga suv kirishi eshitish qobiliyatini pasayishiga olib keladi; otoskopiyada quloq kiri yumshoq yoki qatiq, rangi sariq, jigari yoki qora bo‘lishi mumkin.

Tashqi eshituv yo‘lining polipi: bemorning eshitish qobiliyati pasayadi; otoskopiyada tashqi eshituv yo‘lida pushti, yumshoq, oson qonaydigan polip borligi aniqlanadi.

Tashqi eshituv yo‘lida ivigan qonni to‘planishi: bemorning eshitish qobiliyati pasayadi; otoskopiya tashqi eshituv yo‘lida yumshoq qoramtir to‘plam ko‘rinadi; zond kiritilganda uning uchiga yumshoq modda yopishib qoladi.

Ekzostoz: otoskopiyada tashqi eshituv yo'lida harakatsiz, sariq, qattiq tuzilma ko'rinadi, u tashqi eshituv yo'lining devoriga zich yopishgan bo'ladi.

Quloqning xavfli o'smasi: bemorning qulog'i og'riydi, eshitish qobiliyati pasayadi, qulog'idan badbo'y ajralma oqadi; otoskopiyada oson qonaydigan o'sma borligi aniqlanadi.

PAST ESHITISHLIK

Quloq kiri

O'tkir o'rta otit

Surunkali yiringli o'rta otit

Sekretor o'rta otit

Salpingootit

Labirintit

Adgeziv o'rta otit

Tashqi eshituv yo'lining orttirilgan atreziyasi

Nog'ora pardani yirtilishi

Quloq nuqsonlari

Kalla suyagi asosining sinishi

Koxlear nevrit

Men'er kasalligi

Quloq kiri: bemor shikoyatlari: past eshitishlik, quloq bitishi, quloq kiri sariq, jigari yoki qora, g'adirdudir, yumshoq yoki qattiq bo'lishi mumkin. Otoskopiyada tashqi eshituv yo'li tiqma bilan to'lganligi ko'rinadi.

O'tkir o'rta otit: bemor shikoyatlari: past eshitishlik, qulogi og'rishi, boshi og'rishi, qulog'idan ajralma oqishi, og'riqni yutinganda, yo'talganda kuchayishi; otoskopiyada nog'ora parda qizargan, infiltrasiyalangan, bo'rtib chiqqanligi, yorug'lik refleksi yo'qolganligi aniqlanadi.

Surunkali yiringli o'rta otit: bemor shikoyatlari: uzoq vaqt davomida qulog'idan yiring oqishi, past eshitishlik, qulog'i shang'illashi; otoskopiyada nog'ora pardada turg'un, shakli va joylashuvi turlicha bo'lgan (oval, aylana,

yarimoysimon, buyraksimom) teshiklar aniqlanadi; ba'zan nog'ora pardaning yirik teshilishi kuzatiladi.

Sekretor o'rta otit: bemor shikoyatlari: qulog'i shang'illashi, past eshitishlik; boshi yon tomonga egilganda suyuqlik harakatini his qilishi, autofoniya; otoskopiyada nog'ora parda xiralashgan, qalinlashgan, harakati chegaralangan, nishon belgilari noaniq ekanligi ko'rinadi.

Salpingootit: bemor shikoyatlari: past eshitishlik, qulogi shang'illashi, boshi yon tomonga egilganda suyuqlik harakatini his qilishi, autofoniya; otoskopiyada nog'ora parda ichkariga botgan, bolg'acha dastasi qisqargan va oldinga bo'rtib chiqqanligi ko'zga tashlanadi.

Adgeziv o'rta otit: bemor shikoyatlari: past eshitishlik, qulog'i shang'illashi, anamnezda qulog'ini og'rishi; otoskopiyada nog'ora parda qalinlashgan, ichkariga botgan va harakatsiz ekanligi, unda tolali chizgilar, ohak to'plami borligi ko'rinadi. Audiometriya va akumetriyada havo orqali tovushni o'tkazilishi buzilganligi aniqlanadi.

Otoskleroz: bemorda tovushni havo orqali o'tkazuvchanlikning pasayishi bilan kechgan past eshitishlik, eshitish qobiliyati ko'proq zararlangan quloq tomonda pasayadi, Federichi, Rinne va Jelle sinamalarining manfiyligi va parakuziya belgisi kuzatiladi; otoskopiya nog'ora parda o'zgarmagan.

Labirintit: bemor shikoyatlari: boshi aylanishi, ko'ngli aynishi, qusish, muvozanatni yo'otilishi, zararlangan quloq tomonga yo'nalgan spontan nistagm.

Tashqi eshituv yo'lining orttirilgan atreziyasi: torayish aylana shaklda bo'lib, tashqi eshituv yo'lining yorig'i yo'oladi, toraygan joy chandiqli to'qima bilan yopiladi; eshitish qobiliyati tovushni havo orqali o'tkazuvchanlikni pasayishi bo'yicha buziladi.

Tashqi eshituv yo'lining tug'ma atreziyasi: tashqi eshituv yo'lining yorig'i bo'lmay, uning joyi teri bilan qoplangan bo'ladi; kasallik ko'pincha quloq suprasining nuqsoni bilan birga uchraydi.

Nog'ora pardani yirtilishi: anamnezda bemor jaroxat olganligi haqida ma'lumot bo'ladi, u quloqi shang'illashiga va og'rishiga shikoyat qiladi;

otoskopiya da nog‘ora parda qizargan, unda qontalashlar va turli teshilishlar borligi aniqlanadi, ko‘p hollarda teshiklar tirqishsimon shaklda bo‘ladi.

Quloq nuqsonlari: tashqi eshituv yo‘li va quloq suprasi bo‘lmaydi, ba‘zan quloq suprasi o‘rnida rudiment bo‘lishi mumkin; o‘rta va ichki quloq nuqsonlari ham uchraydi.

Kalla suyagi asosini sinishi: anamnezda bemor jaroxat olganligi haqida ma‘lumot bo‘ladi, u qulog‘i va boshi og‘rishiga, qulog‘idan qon oqishiga, past eshitishiga shikoyat qiladi; ob‘ektiv tekshiruvda bemorda “ko‘z oynak” belgisi – ko‘z atrofi to‘qimasiga qon quyilishi kuzatiladi; kon’yuktiva va qovoqlarda qontalashlar hosil bo‘ladi; sinish chizig‘i galvirsimon suyak ustidan o‘tganda bemorning burnidan qon oqadi. Otokopiya da tashqi eshituv yo‘lida qon, nog‘ora pardada qon quyilish, tashqi eshituv yo‘li suyak qismining terisida jarohat borligi aniqlanadi.

Koxlear nevrir: bemor eshitmasligiga, qulog‘i shang‘illashiga shikoyat qiladi. Audiometriya da tovushni qabul qilish faoliyatining buzilishi shaklida past eshitishlik kuzatiladi; suyak o‘tkazuvchanligi pasayadi, yuqori tonlarni qabul qilish qobiliyati yomonlashadi, nog‘ora parda o‘zgarmaydi.

Men‘er kasalligi: bemorda bir tomonlama past eshitishlik, bosh aylanish xurujlari kuzatiladi; xuruj paytida ko‘ngil aynishi, qusish va spontan nistagm paydo bo‘ladi; xuruj ko‘pincha kechasi yoki ertalab rivojlanib, qisqa vaqt davom etadi; gliserol sinamasi o‘tkaziladi.

TO‘SATDAN PAYDO BO‘LGAN KARLIK

Ichki quloq qon tomirlaridagi o‘zgarishlar

Quloq labirintining shishi

Qon kasalligi

Quloq zaxmi

Men‘er kasalligi

Kontuziyalar

Kalla suyagi asosini sinishi

Aylana darcha pardasini yirtilishi

Ichki quloq qon tomirlaridagi o'zgarishlar: bemor shikoyatlari: bosh og'irishi, quloq shang'illashi, to'satdan paydo bo'lgan past eshitishlik. Ichki quloqqa qon quyilishi, tromboz, emboliya, angiospazm va arteriit to'satdan karlik rivojlanishiga sabab bo'ladi; Otokopiya o'zgarishsiz.

Quloq labirintining shishi: virusli, allergik yallig'lanish natijasida labirintda rivojlangan shish karlikga olib kelishi mumkin. Bemor shikoyatlari kasallikning sabablariga bog'liq bo'lib, tusatdan bir yoki ikkala quloq eshitmay qoladi.

Qon kasalliklari: polisitemiya eritrositlar sonining ko'payishi; o'roqsimon hujayrali kamqonlik – qonda gemoglobin miqdori va eritrositlar sonining pasayishi, eritrositlarda patologik gemoglobinni paydo bo'lishi; yuqorida qayd etilgan kasalliklarda ichki quloqqa qon quyilishi natijasida to'satdan karlik rivojlanadi. Bemorning shikoyatlari: qulog'i shang'illashi, bir tomonlama karlik, bosh aylanishi.

Quloq zaxmi: ichki quloqning tug'ma zaxmi 10 yoshli bolada rivojlanadi. Bemorda Getchinson belgilarining triadasi kuzatiladi:

1) tishlarning o'ziga xos shakli, 2) parenximatoz keratit, 3) VIII asab tolasi koxlear shoxchasining nevriti; bemorda ikki tomonlama past eshitishlik kuzatiladi, nog'ora parda butun, ammo fistula belgisi musbat bo'ladi.

Men'er kasalligi: bemorda bir tomonlama past eshitishlik, bosh aylanish xurujlari, ko'ngil aynishi, qusish, spontan nistagm kuzatiladi; xurujlar ko'pincha kechasi yoki ertalab paydo bo'lib, qisqa vaqt davom etadi;

Kontuziyalar: bemor u yoki bu jaroxat olganligidan shikoyat qiladi; unda ikki tomonlama karlik kuzatilib, ko'pincha gunglik bilan birga kechadi, o'rta quloqda patologik o'zgarishlar aniqlanmaydi; otokopiya nuqsonsiz vegetativ buzilishlar aniqlanadi.

Kalla suyagi asosini sinishi: bemorda "ko'z oynak" belgisi kuzatiladi, ya'ni ko'z atrofi to'qimasiga qon quyiladi; kon'yuktiva va qovoqlarda qontalashlar aniqlanadi; sinish chizig'i g'alvirsimon suyak ustidan o'tganda bemorning burnidan qon oqadi.

Aylana darcha pardasini yirtilishi og'ir jismoniy zo'riqishda yoki havo bosimi keskin o'zgarganda sodir bo'lib, karlikni rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bemor

shikoyatlari: qulogʻini toʻsatdan shangillashi, eshituvni yomonlashishi, qusish, koʻngil aynishi, bosh aylanishi; otoskopiya oʻzgarishsiz. Audiometriyada tovushni qabul qilish qobiliyati buzilganligi aniqlanadi.

QULOQ SHANGʻILLASHI

Quloq kiri

Oʻtkir oʻrta otit

Tubootit

Surunkali oʻrta otit

Otoskleroz

Koxlear nevrit

Eshituv nervi nevrinomais

Menʼer kasalligi

Quloq kiri: quloq kiri sariq, jigari yoki qora rangda, gʻadirbudir, yumshoq yoki qattiq boʻlishi mumkin.

Oʻtkir oʻrta otit: bemor shikoyatlari: quloq shangʻilashi, ogʻrishi, past eshitishlik, tana haroratini koʻtarilishi, bosh ogʻrishi; otoskopiya da nogʻora pardani qizarishi, infiltrasiyasi, boʻrtishi yoki suyuqlik sathi koʻrinadi.

Salpingootit: bemor shikoyatlari: qulogʻida suyuqlik harakatini his qilishi, past eshitishlik, quloq shangʻillashi; autofoniya belgisi kuzatiladi; otoskopiya da nogʻora parda ichkariga botgan, bolgʻacha dastasi qisqargan va oldinga boʻrtib chiqqanligi kuzatiladi.

Surunkali yiringli oʻrta otit: uzoq vaqt davomida bemorning qulogʻidan yiring oqadi; otoskopiya da nogʻora pardada shakli va joylashuvi turlicha boʻlgan (oval, aylana, yarimoysimon, buyraksimon) teshiklar borligi koʻrinadi; baʼzan nogʻora pardada yirik teshik total nuqsonni hosil boʻlishi mumkin.

Otoskleroz: bemorda havo oʻtkazuvchanligining pasayishi bilan kechadigan past eshitishlik, zararlangan quloqda eshitishni pasayishi, Federichi, Rinne va Jelle sinamalarining manfiy boʻlishi va parakuziya belgisi kuzatiladi; nogʻora parda oʻzgarmaydi.

Koxlear nevrit: bemorning qulog'i shang'illaydi, eshitishi pasayadi. Audiometriyada tovushni qabul qilishning buzilishi bilan kechgan past eshitishlik aniqlanadi; suyak o'tkazuvchanligi pasayadi, yuqori tonlarni qabul qilish qobiliyati yomonlashadi; nog'ora parda o'zgarmaydi.

Men'er kasalligi: jarayon labirintda gidrops bo'lishi bilan bog'liq bo'lib, bemorda bir tomonlama past eshitishlik, bosh aylanish xurujlari, ko'ngil aynishi, qusish, spontan nistagm kuzatiladi; xurujlar ko'pincha kechasi yoki ertalab paydo bo'lib, qisqa vaqt davom etadi; nog'ora parda o'zgarmaydi. Gliserol sinamasi o'tkaziladi.

Quloq shang'illashining etiologiyasi va patogenezi.

Kelib chiqishi bo'yicha quloq shang'illashining ikki shakli tafovud etiladi:

I.Fiziologik emission quloq shang'illashi – bo'yin umurtqalari harakatini his etish, pastki jag' bug'imining fiziologik harakatlanishi, eshituv nai, halqum va qon tomirga oid shovqinlar.

II.Patologik emission bo'lmagan quloq shang'illashi:

- a) tashqi eshituv yo'lini quloq kiri yoki yot jism bilan yopilishi;
- b) tashqi eshituv yo'lining chegaralangan va diffuz yalig'lanishi, osteomasi va boshqa o'smalari;
- v) o'rta quloq yalig'lanishi, otoskleroz;
- g) labirintning travmatik, infeksiyon va toksik zararlanishi;
- d) eshitish analizatori markaziy qismlarining zararlanishi.

Emission quloq shang'illashi paydo bo'lishida quyidagi ototoksik dorilarning ahamiyati katta:

- 1) anestetiklar: lidokain;
- 2) antibiotiklar va sulfanilamidlar: siprofloksasin, eritromisin, gentamisin, vankomisin, sulfametoksazol;
- 3) antidepressantlar: amitriptilin, dezipramin, doksepin;
- 4) antigistamin preparatlar: fenegan, triaminik, tavegil;
- 5) bezgakka qarshi dorilar: xinin, xloroxin;

- 6) betta blokatorlar: kartrol, lopresol, korgard;
- 7) kalsiy kanallarning blokatorlari: karden, korinfar;
- 8) diuretiklar: laziks (furasemid), etakrin kislotasi;
- 9) ATF ingibitorlari: monopril;
- 10)yalig‘lanish qarshi nosteroid preparatlar: diklofenak, ibuprofen, indometasin, salisilatlar;
- 11) sedativ dorilar: azotabin, buspiron;
- 12) boshqa dorilar: alopurinol, karbomezapin, finlipsin, omeprazol;

III.Patologik emission quloq shang‘llashi:

- a) tashqi eshituv yo‘li yot jismlari;
- b) kalla suyagi asosining o‘smalari;
- v) miyaning katta qon tomirlarda turbulent qon oqishi;
- g) pastki jag‘ bo‘g‘imi artrozi yoki chiqishi;
- d) bo‘yin umurtqalari harakatining buzilishi;
- e) spiral a‘zo tashqi tukli hujaralarining faoligi;

IV.Mushakli bioakustik emissiyalar:

- a) kalla suyagi o‘smalari;
- b) o‘rta quloq o‘smalari;
- v) ichki quloq o‘smalari;
- g) uyqu arteriyasining bo‘yin va kalla suyagi ichidagi tarmoqlarining patolo giyasi;
- d) tug‘ma yoki orttirilgan arteriovenoz shuntlar;
- e) bo‘yinturuq venasi tizimida gemodenamik buzilishar;
- j) o‘tkir yoki surunkali timpanit va miringit, tashqi eshituv yo‘li jarohatlari, timpanal bo‘shliqdagi havo bosimining keskin o‘zgarishi;
- z) qonning reologik xususiyatini o‘zgarishi;

V.Eshituv nayi bilan bog‘liq bo‘lgan quloq shang‘illashi.

VI.Eshituv busag‘alari pasayganda paydo bo‘ladigan fiziologik quloq shah‘‘illashi.

Quloq shong‘illashining tasnifi

P.Hermet (1881) bo'yicha:

1. Patologik jarayon tashqi quloqda joylashganda yuzaga keluvchi;
2. Patologik jarayon o'rta quloqda joylashganda yuzaga keluvchi;
3. Patologik jarayon ichki quloqda joylashganda yuzaga keluvchi;
4. Patologik jarayon eshituv analizatorning o'tkazish yo'larida joylashganida yuzaga keluvchi.

M.Gelle (1894) bo'yicha:

1. Mexanik quloq shang'illashi;
2. Qon tomirlarga aloqador quloq shang'illashi;
3. Asab tizimiga aloqador quloq shang'illashi;
4. Toksik quloq shang'illashi;
5. Infeksion quloq shang'illashi;

B.V.Verxovskiy (1908) bo'yicha:

1. Sub'ektiv quloq shang'illashi;
2. Ob'ektiv quloq shang'illashi;

L.Klotz (1950) va I.B.Soldatov (1984) bo'yicha:

- I darajali – sokin sharoitda bezota qiladi;
- II darajali – ham sokin ham shovqin sharoitda bezota qiladi;
- III darajali – ham sokin ham shovqin sharoitda bezota qiladi, bemor o'zini yomon his qiladi, uyqusi buziladi;
- IV darajali – chidab bo'lmas darajadagi bezota qiladi;

A.I.Lopotko bo'yicha endogen quloq shang'illashining tasnifi

- I. Fiziologik quloq shang'illashi;
 - II. Patologik quloq shang'illashi;
1. Kompensasiyalashgan; 2. Dekompensasiyalashgan;
- a) emission;
 - b) emission bo'lmagan;

Quloq shangʻllashining R.Dauman va R.Tyler (1992) boʻyicha tasnifi

Patalogiyaning mavjudligi	Shovqin kuchi	Shovqinning davomiyligi	Shovqinning joylashuvi	Shovqinning sababi
Mavjud emas (“meʼyoriy”)				
Mavjud (“patologiya”)	Chidab boʻladigan darajada	Qisqa muddatli Doimiy	Oʻrta quloq Periferik nevrал tuzilmalar	Mener kasalligi Shovqinli taʼsirlar Ototoksik taʼsirlar
	Chidab boʻlmaydigan darajada		Markaziy nevrал tuzilmalar	Presbiakuzis Noʻmalum sabablar

Bemorlarni tekshirish usullari

1. Bemor shikoyatlari;
2. Anamnez maʼlumotlari;
3. Otorinolarinologik tekshirish: transnazal, fibroepifaringoskopiya, otoskopiya
4. Klinik laborator tekshiruvlar;
 - qonning klinik tahlili;
 - qondagi xolestirin, lipidlar, qand va elektrolitlar miqdorini aniqlash;
 - revmatoid omilni aniqlash;

ko'krak qafasi rentgenografiyasi;

mutaxassislar ko'rivi: audiolog, terapevt, nevropatolog, psixonevrolog, stomatolog, neyroxaroh.

5. Eshitish o'tkirligini tekshirish: kamertonlar yordamida sinamalar, audiometriya, impedansometriya;

6. Vestibulometriya: spontan vestibulyar reaksiyalar;

7. Quloq shang'illashini aniqlash: bemorning o'zi aniqlashi, psixoaustik usulda aniqlashi, ob'ektiv usulda o'lchash.

Quloq shang'illashini davolash

Davolashda quyidagi omillarni hisobga olish lozim:

kasallikni boshlangan vaqti;

kasallikning sababi;

eshituvning buzilish darajasi;

ilgari o'tkazilgan davolashning samarasizligi, psixologik tekshirishlar natijasi.

Emission bo'lmagan quloq shang'illashini davolashda quyidagi vositalar qo'llaniladi:

1. Allopatik vositalar:

a) labirint va serebral gemodinamikani yaxshilovchi vositalar;

b) sedativ preparatlar;

v) metabolizmga ta'sir ko'rsatuvchi vositalar;

g) neyromediator reaksiyalarni kuchaytiruvchi vositalar;

d) toksik bo'lmagan diuretiklar;

e) nootrop va tutqanoqqa qarshi vositalar;

j) antigipoksantlar.

2. Fizioterapevtik vositalar:

a) kaliy yodid yoki lidaza bilan elektroforez;

b) lazer nurlari;

v) geparbarik oksigenasiya;

g) darsonvalizasiya;

d) magnit maydoni;

- e) UBN;
- j) uqalash;
- z) elektrostimulyasiya;

3.Refleksoterapiya:

- a) korporal nina sanchib davolash;
- b) aurikular nina sanchib davolash;
- v) elektropunktura;

4.Psixoterapiya.

5.Girudoterapiya va apiterapiya

6.Kvantli gemoterapiya

Quloq shang'illashini jarrohlik usulida davolash.

tashqi va o'rta quloqning o'tkir va surunkali yallig'lanishida bajariladigan invaziv sanasiya jarrohlik amallari;

eshitishni yaxshilaydigan rekonstruktiv jarrohlik amallari;

tashqi va o'rta quloq, eshituv asab tolasi va bosh miya o'smalarida bajariladigan jarrohlik amallari;

kalla suyagi va quloq jarohatlarida bajariladigan jarrohlik amallari;

bosh miyaning yallig'lanishli va o'sma kasalliklarda bajariladigan jarrohlik amallari;

labirintda bajariladigan dekompression va destruktiv jarrohlik amallari;

suprameatal va timponal novokain blokadalari;

timpanal tuguni kesish.

BOSH AYLANISHI

Vestibulyar a'zonini zo'riqishi

Ichki eshituv arteriyasining trombozi yoki emboliyasi

Ichki quloqqa qon quyilishi

Labirintit

Markaziy asab tizimining zararlanishi

Men'er kasalligi

Kalla suyagi asosining sinishi

Vestibulyar a'zonni zo'riqishi: bemor shikoyatlari: tanasi yoki atrof jismlarning ko'z oldida aylanishi, muvozanatni saqlash kobiliyatini buzilishi; ko'z olmasi harakatlarining buzilishi (nistagm, boshni va tanani og'ishi) va vegetativ reaksiyalar (teri qoplamlarining rangparliga yoki qizarishi, ko'p terlash, ko'ngil aynishi, qusish, to'satdan isib ketishi). Ob'ektiv tekshiruvda Romberg holatini bajara olmaslik, to'g'ri chiziq bo'ylab yurolmaslik.

Ichki eshituv arteriyasining trombozi yoki emboliyasi: bemor shikoyatlari: bosh aylanishi, qulog'i shang'ilash, ko'ngil aynishi, qusish, eshitishni pasayishi va boshqa belgilar (eshituv astasekin kamayadi va tiklanmaydi). O'ektiv tekshiruvda otoskopiyada o'zgarishlar aniqlanmaydi. Audiometriyada eshituv tovushni qabul qilish tizimi bo'yicha buzilgan.

Ichki quloqqa qon quyilishi: bemor shikoyati: qon bosimini o'zgarishi, labirint dahliziga qon quyilganda boshning holatini o'zgartirgandan so'ng bemorning boshi aylanadi, nistagm paydo bo'ladi; ob'ektiv tekshiruvda boshqa LOR a'zolari o'zgarishsiz, Romberg holatini bajara olmaydi; nistagm faqat bir tomonga yo'nalgan bo'ladi.

Labirintit: bemor shikoyatlari: to'satdan isib ketish, oqarish, bo'yinga tarqalgan kuchli bosh aylanishi, ataksiya, vegetativ buzilishlar, nistagmni paydo bo'lishi, eshitish qobiliyati pasayishi mumkin; labirint reaksiyasi 57 kungacha davom etadi; zararlangan tomonda eshituv va vestibulyar qo'zg'aluvchanlik yo'qotiladi.

Markaziy asab tizimining zararlanishi: markaziy asab tizimining turli qismlari zararlanganda (vestibulyar o'zaklar, to'rsimon tuzilma, miyacha, bosh miya yarimsharlari) bosh miyada qon aylanishi buzilganda (oldpastki va oldorqa miyacha arteriyalarining trombozi, qon aylanishining buzilishi, ko'prikmiyacha burchagining kengayishi), miyacha va IY bosh miya qorinchasining o'smalarida bemorda bosh aylanishi kuzatiladi.

Men'er kasalligi: bemorda bir tomonlama past eshitishlik, bosh aylanish xurujlari, ko'ngil aynishi, qusish, spontan nistagm kuzatiladi; xurujlar ko'pincha

kechasi yoki ertalab paydo bo'lib, qisqa vaqt davom etadi; nog'ora parda o'zgarmaydi.

Kalla suyagi asosining sinishi: bemorda "ko'z oynak" belgisi kuzatiladi, ya'ni ko'z atrofi to'qimasiga qon quyiladi; kon'yuktiva va qovoqlarda qontalashlar hosil bo'ladi; sinish chizig'i g'alvirsimon suyak ustidan o'tganda bemorning burnidan qon oqadi.

Bosh aylanishlarning tasnifi

I. Pozision aylantirishdan keyingi (tizimli) bosh aylanishi 520 sekund davom etadi, ba'zan vegetativ reaksiyalar bilan birga kechadi:

bosh aylanishni his etish (tizimsiz bosh aylanishi), ko'z oldida halqachalar paydo bo'lishi, paresteziya va quloqlar shang'illashi bilan kechadi;

audiologik belgilar yo'q, bosh og'rig'i yo'q;

audiologik belgilar bor, bosh og'rig'i bor;

audiologik belgilar bor, bosh og'rig'i yo'q;

audiologik belgilar yo'q, bosh oqriqi bor;

tekshiruv paytida bosh aylanishi xuruji kuzatilsa, DixsXallpayk sinamasi adaptasion, paroksizmal aylantirishdan keyingi bosh aylanishini va geotropik aylantirishdan keyingi nistagm yuzaga keladi;

klinik va videonistagmografik tekshirishlar markaziy zararlanish uchoqlari borligini ko'rsatadi: ko'zlarning sakkad xarakatlari, pastga qaragan paytda – vertikal nistagm, fiksasiya testining o'zgarishi, simetrik bo'lmagan sakkadlar

past eshitadigan quloq tomonida tashqi yarim doira kanalda bosimning oshishi bosh aylanishi va nistagmni yuzaga keltiradi;

markaziy zararlanish belgilari;

arterial bosimni bemor tik turgan va chalqancha yotgan holatlarida o'lchash, arterial bosimning Xalter bo'yicha monitoringi;

yaxshi sifatli paroksizmal pozision bosh aylanishi yoki orqa yarim doira kanalning kupulolitiazii;

bosh miyaning kichik o'smasi (medial joylashgan), yoki ArnoldChari malformasiyasi;

xurujlar vertebrobazilyar havzada tranzitor ishemiya borligi bilan izohlanadi;
perilimfatik fistula;
miyacha o'smasi, orqa miya chuqurchasida ishemik insult;
ortostatik gipotenziya.

II. *Aylantirishdad keyingi bosh aylanishining* kuchli xurujlari (tizimli) 5 daqiqadan 5 soatgacha davom etadi va ko'pincha vegetativ reaksiyalar bilan birga kechadi:

audiologik belgilar yo'q, bosh og'rig'i bor;
audiologik belgilar bor, bosh og'rig'i yo'q;
audiologik belgilar yo'q, bosh og'rig'i yo'q;
bosh aylanishi kuzatilmaganda nevrologik tekshiruvlarda patologiya aniqlanmaydi;
bir tomonlama chig'anoq ichi neyrosensor past eshitishlik;
audiometrik tekshirish, impedansometriya, stvolmiya eshituv potentsiallari;
Me'yoriy timpanogrammada aralash past eshitishlik;
o'zgargan timpanogrammada aralash past eshitishlik;
kompleks audiologik tekshiruvda patologiya aniqlanmaydi;
migren

Men'er kasalligi, "kechiktirilgan bosh aylanishi";

MRT. Akustik nevrinoma.

Ortospongioz (otoskleroz)

Skanogramma. Surunkali otit

"Qaytalanuvchi vestibulopatiya" yoki bolalarda kuzatiladigan yaxshi sifatli paroksizmal pozitsion bosh aylanishi.

III. *Kam miqdordagi aylantirishdan keyingi bosh aylanishning* kuchli xuruji (tizimli) bir necha kun davom etadi va kuchli vegetativ reaksiyalar bilan birga kechadi:

audiologik belgilar yo'q, bosh og'rig'i yo'q;
audiologik belgilar bor, bosh og'rig'i yo'q;
audiologik belgilar yo'q, bosh og'rig'i bor;
alohida idiopatik bosh aylanishi yoki virusli va qon tomirlar bilan bog'liq sabablarning yo'qligi;

quloq suprasi va tashqi eshituv yoʻli terisida toshmalar paydo boʻlishi (RamseyXant sindromi);

anamnezda shikastlanish yoki tugʻma malformasiya haqida maʼlumot borligi;

anamnezda bemor suv ostida suzganda yoki chuqur shungʻiganda nafas olish aʼzolarida muammolar paydo boʻlishi haqida maʼlumot borligi;

kalorik sinamada patologiya aniqlanmaydi. Videonistagmografiya va koʻz harakatlari tekshiruv markaziy zararlanish belgilari borligidan dalolat beradi;

koʻz ogʻishi reaksiyalari, lateropulsasiya, pozision nistagm;

vestibulyar neyrit yoki vestibulyar neyronit;

gerpes zoster (uchuq) keltirib chiqargan neyrit;

translabirint sinish. Skanogramma;

barojarohat;

insult: a) bulbar yoki Vallenberg turi; b) miyacha bilan bogʻliq turi;

Otolit sindromi: chaqirilgan vestibulyar miogen potensiallar.

IV.Barqaror boʻlmagan bosh aynalishlar:

Barqaror boʻlmaslikni his etish;

audiologik belgilar bor;

audiologik belgilar yoʻq;

bir tomonlama past eshitishlik yoki quloq shangʻillashi;

ikki tomonlama kuchsiz periferik zararlanish;

markaziy va propioseptiv oʻtkazuvchi yoʻllarni zaralanishi, miogen reaksiyalar;

chaqirilgan vestibulyar miogen patensiallar va subʼektiv vertikal testda tasdiqlangan otolit tizimining zararlanishi;

kalorik sinama ikkki tomonlama kuchli vestibulyar etishmovchilikdan dalolat beradi;

nevrologik tekshiruvlar, videonistagmografiya va koʻz harakatlarining tekshiruv markaziy zararlanish belgilari borligini tasdiqlaydi;

nevrologik tekshiruvlarda propioseptiv tizim zararlanganligi aniqlanadi;

xurujlar jarayonning joylashuviga bogʻliqligi. Nevrologik tekshiruvlar va videonistagmografiyada patologiya aniqlanmaydi;

akustik nevrinoma: chaqirilgan eshituv potentsiallari, retrokoklear zararlanish, skanogramma, MRT;

presbivestibule;

presbiataksiya;

otolit etishmovchiligi;

aminoglikozidlar bilan ototoksik zararlanishiga o'xshash ikki tomonlama vestibulyar buzilishlar;

Migren. Neyrogenerativ sindrom. Bosh shikastlanishi;

proprioseptiv buzilishlar;

aerofobiya (ochiq muhitdan qo'rqish) va boshqa ruhiy buzilishlar;

Bosh aylanishlarning qiyosiy tashxisoti

Belgilari	Bosh aylanishi	
	Tizimli	Tizimsiz
1.Sezgilar xarakteri	Atrofdagi jismlar yoki tananing aylanayotganligi. Muvozanatni buzilishi	Eshushning xirralashishi, “kallada bo'shliq”, ko'zlarda qora dog'lar ko'rinishi
2.Vegetativ komponent	Yaqqol namoyon bo'lgan	Ko'pincha kuzatilmaydi
3.Labirint stimulyasiyasi	Yaxshi	Yomon
4.Spontan nistagm	Bir tomonlama, III darajali	Kichik ko'lamli I darajali, ikki tomonlama

5.Nevrologik belgilar	Kuzatilmaydi	Miyaqon tomir etishmovchiliging organik o'zgarishlari
6. Bosh aylanishi va spontan nistagm o'rtasidagi bog'liqlik	To'g'ri keladi. Nistagm qancha kuchli bo'lsa, bosh aylanishi ham shuncha kuchli bo'ladi	Yaqqol ifodalangan disgarmoniya. Kuchli spontan nistagmda bosh aylanishi kuzatilmasligi mumkuin.
7. Bosh aylanishi	O'tkir	Astasekinlik bilan, serebral va somatik o'zgarishlar
8. Nistagm reflekslari asimmetriyasining xarakteri	Kanal parezi	Vestibulyar nistagm kuchliroq bo'ladi
9.Bosh aylanishining yo'nalishi	Doimiy omil	Kuzatilmaydi
10.Bosha harakatlarni ta'siri	Bosh aylanishini kuchaytiradi	Yaxshi ifodalanmagan
11.Kuzatilishi	Bir martalik paroksizm	Kun bo'yi davom etadi
12.Anamnez ma'lumotlari	Labirint atakasini o'tkir rivojlanganligi, kuchli bosh aylanishi	Arterial gipertenziya,atero skleroz,ensefalopatiya,bo'yin osteoxondrozi

13.Hamroh kasalliklar	O‘RVI, gripp	Hamroh kasalliklarning avj
14.Davomiyligi	3 7 kun	Uzoq vaqt davom etadi

Periferik vestibulyar buzilishlarda bemorlar reabilitatsiyasi

Vestibulyar buzilishlarda bemor reabilitatsiyasi zamonaviy otorinolaringologiyaning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Neyrosensor past eshitishlik bilan og‘rigan bemorlarda otonevrologik tekshiruvlar o‘tkazilganda 8788% hollarda vestibulyar o‘zgarishlar mavjudligi aniqlangan. Vestibulyar reabilitatsiyaning asosiy tamoili buhar bir bemorga individual reja asosida yondoshishdir. Reabilitatsiya tadbirlari erta boshlangan hollarda ijobiy natija 8090% ga etishi mumkin.

Periferik vestibulyar buzilishlarda bemorlar reabilitatsiyasi dorilar yopdamida va dorilarsiz kompleks davolash tadbirlarining optimal sxemasidan foydalanish yuqori darajali klinik samara beradi. Birinchi navbatda ichki quloqda qon aylanishini yaxshilovchi dori moddalaridan, jumladan antigistamin preparatlaridan (N_3 –reseptorlarning antagonistlari) foydalaniladi. Hozirgi vaqtda bosh aylanishlarda *betaserk* dorisi keng qo‘llanilmoqda. Tajribalar shuni ko‘rsatadiki *betaserk* bosh aylanishlar kuchini kamaytirib, ularning davomiyligini qisqartiradi. U bosh aylanishlar xurujida va ularni qaytalanishini oldini olish maqsadida qo‘llaniladi.

QULOQNING XAVFLI O‘SMALARI VA

YIII – JUFT ASAB TOLASINING NEVRINOMASI.

Quloqning xavfli o‘smalari barcha o‘smalarning 0,04%, yuqori nafas yo‘llari o‘smalarining 0,51% ni tashkil etadi. Quloqning xavfli o‘smasi kattalarda va

bolalarda uchraydi va juda og'ir kechadi, davolashdan so'ng bemor umrining 5 yilga uzayishi 810% hollarda kuzatiladi xolos. Quloq suprasi o'smasi quloqning barcha xavfli o'smalarining 85% ni, tashqi eshituv yo'li o'smalarining 10% ni va o'rta quloq o'smalarining 5% ni tashkil qiladi. Quloqning xavfli o'smalari *birlamchi*, ya'ni quloqning u yoki bu bo'limidan o'sgan va *ikkilamchi* – atrof to'qima va a'zoldan tarqalgan o'smalarga bo'linadi. Tashqi va o'rta quloqda kattalarda ko'pincha saraton, bolalarda sarkoma uchraydi. Ba'zan quloqda melanoma rivojlanishi mumkin.

Quloq suprasining saratoni (karsinomasi) tugun yoki cheti aniq chegaralangan yassi yaraga o'xshaydi. Karsinoma o'sib quloq suprasining barcha maydonlariga, bo'yin va kallaning yon tomonlariga tarqaladi. Quloq saratoni tashqi eshituv yo'liga tarqalgan hollarda bemorning qulog'i keskin og'riydi. Keyinchalik karsinoma yon to'qimalarni emirib bo'shliqlar hosil qiladi.

Tashqi eshituv yo'li saratoni ko'pincha ekzema yoki asosi keng rangpar granulemaga o'xshaydi. Granulema oson ko'chuvchi karash bilan qoplanadi. Bemorning qulog'i qichiydi, keyin og'riydi. Afsuski, vrach bu shikoyatlarga etarlicha e'tibor bermaydi, shuning uchun kasallik juda kech, saraton jarayoni tashqi eshituv yo'li va yon to'qimalarga tarqalgandan so'ng aniqlanadi. Jarayon chakka pastki jag' bo'g'imiga, quloqoldi bezi va o'rta quloqqa tarqalishi mumkin. Tashqi eshituv yo'li saratoni terida rivojlanadigan saratonlar guruhiga kiradi.

Davolash. Kasallik mujassamlashgan terapiya usulida davolanadi: dastlab masofali gammaterapiya, keyinjarrohlik amali bajariladi (tashqi quloqning yumshoq, suyak va atrof to'qimalari olib tashlanadi). Shunga qaramasdan davolashdan so'ng bemor faqat 1 2 yil umr ko'rishi mumkin xolos.

O'rta quloq saratoni surunkali o'rta otit bilan birga kechadi, shuning uchun bemorda dastlab o'rta quloqning yiringli yallig'lanishi, ya'ni otoreya, polip va yallig'lanish o'smalari aniqlanadi, bemorning eshitish qobiliyati pasayadi, boshi aylanadi, qulog'i og'riydi, ba'zan yuz asab tolasi falaji rivojlanadi. Bemorda o'rta quloq xavfli o'smasiga shubha tug'dirgan quyidagi belgilarga e'tibor berish lozim: yallig'lanish o'smalarining teztez qaytalanishi, tashqi eshituv yo'lining suyak

qismida infiltratning paydo bo'lishi, yuz asab tolasining dag'al falaji, pastki jag'ning harakati cheklanganligi, quloq orqasining pastki qismlarida limfa tugunlarining kattalashishi. O'rta quloq xavfli o'smasini aniqlashda gistologik tekshiruv hal qiluvchi ahamiyatga ega. O'sma o'sgan sari bemorning qulog'i va boshi keskin og'riydi, boshi aylanadi, vestibulyar buzilishlar va quloqoldi bezining kattalashishi paydo bo'ladi. O'sma kalla suyagi ichiga tarqalganda meningit yoki meningoensefalit belgilari rivojlanadi.

Davolash. O'rta va tashqi quloq saratonida mujassamlashgan terapiya dastlab gammaterapiya, 2-3 haftadan so'ng quloqda kengaytirilgan uzilkesil jarrohlik amali, keyin yana gammaterapiya o'tkaziladi;. Ko'rsatma bo'yicha jarohat maydoniga radiyfaol ta'sirga ega dori vositalar joylanadi. Saraton jarayonini yirik arteriya, vena, labirint va bosh miyaga yaqin joylashgan suyakda joylashganligi masofali gammaterapiyani va jarrohlik usulini qo'llashni qiyinlashtiradi. Quloq sarkomasi va melanomasi faqat masofali gammaterapiya yordamida davolanadi.

Dahlizchig'anoq asab tolasining (VIII juft bosh miya asab tolasi) nevrinomasi barcha bosh miya o'smalarining 11-13% tashkil qiladi va ko'pincha 30-40 yoshli bemorlarda uchraydi. Nevrinoma xavfsiz o'sma hisoblanadi. O'z vaqtida olib tashlangandan so'ng bemor sog'ayib ketadi. Ammo kechki bosqichlarda o'sma kattalashadi va atrof to'qimalarni bosib kalla suyagi ichi asoratlari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Nevrinomada bemorning eshitish qobiliyati karlik darajasigacha astasekin pasayadi. Ba'zan bemor 5-6 yil davomida "bir tomonlama koxlear nevrit" tashxisi bilan davolanadi va vrachga kasallikning kechki davrida, ya'ni boshi keskin og'riganda va vestibulyar buzilishlar paydo bo'lganda murojaat kiladi.

Nevrinoma VIII juft bosh miya asab tolasining shvann deb nomlangan qavatidan yoki ichki eshituv yo'lining boshqa to'qimalaridan o'sib, ko'prikmaycha bo'shlig'iga tarqaladi, miyacha, miya (voroliy) ko'prigi va uzunchoq miya sohasini bosib, ularni qisib qo'yadi.

Kasallikning I bosqichida (otorinolaringologik bosqich) o'smaning diametri 1,5 sm dan oshmaydi; bemorda bir tomonlama past eshitishlik yoki karlik, bir

tomonlama vestibulyar buzilishlar, tilining oldingi 2/3 qismida ta'm bilish qobiliyatini pasayishi, trigeminal buzilishlar, VIII juft bosh miya asab tolasining engil parezi va zararlangan tomonda korneal refleksni pasayishi kuzatiladi. Sog'lom quloqda eshitish qobiliyati o'zgarmaydi.

II bosqichda nevrinomaning diametri 1,5 sm dan 4 sm gacha etadi. Barcha klinik belgilar keskinroq namoyon bo'ladi. O'sma miya poyasini bosishi natijasida bemorda ko'psonli spontan nistagm, vestibulyar buzilishlar belgilari rivojlanadi. Orqa miya suyuqligi yo'llari biroz lateral joylashganligi tufayli bemorda bosh miya gipertenziyasi rivojlanmaydi. Bu bosqichda jarrohlik davolash usulini qo'llash tavsiya qilinadi.

III bosqichda nevrinomaning hajmi 4-6 sm va undan oshadi. Bemorda bosh miya to'qimalarining bosilish belgilari rivojlanadi: bosh miya poyasi bosilganda ko'psonli yirik ko'lamli spontan nistagm paydo bo'ladi; gidrosefaliya va ruhiy buzilishlar rivojlanadi; ko'rish asab tolalari bosilganda bemorda ko'rish o'tkirligi pasayib, astasekin butunlay yo'qotiladi. Bu bosqichda jarrohlik amali tavsiya etilmaydi, chunki u k'pincha samara bermaydi.

Davolash. Kasallikning I va II bosqichlarida jarrohlik davolash usuli qo'llaniladi. Jarrohlik amalidan so'ng bemor odatda mehnat faoliyatiga qaytadi. III bosqichda davolash tadbirlari bosh miya gipertenziyasini kamaytirishga qaratiladi.

QULOQ KASALLIKLARIDA AMALIY KO'NIKMALAR.

Quloqni Jane shprisi yordamida yuvish, attikni Gartman kanyulasi yordamida yuvish, tashqi eshituv yuliga pilikcha qo'yish, insulyasiya, dori moddalarini tomizish va transtimpanal yuborish, eshituv nayining kateterizatsiyasi va Politser bo'yicha havo yuborish.

Quloqni Jane shprisi yordamida yuvish

1. **Ko'rsatma:** tashqi quloq kasalliklarini davolash va diagnostik maqsadida.
2. **Kerakli asboblari:** sochiq, buyraksimon tog'oracha, Jane shprisi, peshona reflektori, paxtali zond va yorug'lik manbai.

3. Bajarish texnikasi:

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntiriladi. iliq furasilin yoki ilik fiziologik eritma bilan yuviladi (quloqda yallig'lanish jarayoni va jarohat aniqlangan, nog'ora parda quruq va tiniq bo'lgan, bemorda vestibulyar o'zgarishlar kuzatilgan hollarda quloqni yuvish man etiladi);

bemorni to'g'ri holatda o'tkizib muolaja haqida tushuntirish:

bemor to'g'ri holatda o'tkizilib qayta otoskopiya qilinadi. Buyraksimon tog'oracha quloq suprasining pastki qismiga yaqinlashtirilib, bemor qo'lga beriladi yoki uni yordamchi hamshira ushlab turadi.

isitilgan, tana haroratidan (36° dan) past bo'lmagan suyuqlik Jane shprisiga tortib olinadi va kaftning orqa qismiga qo'yib issiqligi tekshiriladi.

chap qo'l bilan quloq suprasi orqaga va yuqoriga (bolalarda orqaga va pastga) tortilib tashqi eshituv yo'li to'g'rilanadi

ung qo'lga Jane shprisi olinadi, bunda bosh barmoq bilan shprisning porsheni ushlanadi, ikkinchi, uchinchi va to'rtinchi barmoqlar esa porshenni harakatga keltiriladi, shprisning uchi tashqi eshituv yo'lining yuqori devoriga sekin qo'yilib, suyuqlik tashqi eshituv yo'lining yuqori devori bo'ylab yuboriladi.

quloq yuvilgandan so'ng otoskopiya tekshiruvi takrorlanadi.

tashqi eshituv yo'li pilikcha bilan tozalanib, quruq paxta joylanadi.

Attikni Gartman kanyulasi yordamida yuvish

1. **Ko'rsatma:** surunkali yiringnli epitimpanitda, yiringni chiqarish, xolesteatomani yuvish.

2. **Kerakli asboblari:** Jane shprisi, Gartman kanyulasi, rezina naycha, quloq voronkasi, furasilini eritmasi, quloq zondi, paxta, 3 % li dikain eritmasi, buyraksimon tog'oracha, yoruqlik manbai, peshona reflektori.

3. Bajarish texnikasi:

og'riqsizlantirish maqsadida tashqi eshituv yo'lga 3 % li dikain eritmasiga shimdirilga quloq zondi kiritiladi;

tashqi eshituv yo'lga quloq voronkasi kiritiladi;

quloq orqali nog'ora pardadagi perforasiyadan attik bo'shlig'iga Gartman kanyulasi o'tkaziladi;

Jane shprisiga iliq furasillin eritmasi olinadi;

rezina naycha vositasida Jane shprisi Gartman kanyulasiga ulanadi;

Jane shprisining porsheni bosilib, attik bo'shlig'iga furasillin yuboriladi.

buyraksimon tog'oracha quloq suprasi ostida ushlab turiladi.

Izoh: yuvindi suv ustida suzgan qipiqchalarni mavjudligi attikda xolesteatoma jarayoni borligidan dalolat beradi.

Tashqi eshituv yo'liga dori shimdirilgan pilikchani kiritish.

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

2.**Kerakli asboblari:** peshona reflektori, yorug'lik manbai, pinset, pilikcha, dori va malhamlar.

3. **Bajarish texnikasi:**

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tutishi haqida tushuntirish.
tashqi eshituv yo'liga bir qavatli eni 1 sm gacha va uzunligi 5 sm gacha bo'lgan doka pilikcha kiritiladi.

bemorning tashqi eshituv yo'li to'g'rilanib, quloq pinseti bilan pilikcha uchidan bir oz qoldirib ushlanadi va ko'z nazorati ostida ehtiyotkorlik bilan tashqi eshituv yo'lini to'ldirib joylanadi.

quloqdan kam miqdorda yiring oqayotgan hollarda pilikchalar kuniga 12 marta, ko'p miqdorda oqayotgan hollarda 56 marta almashtiriladi.

Quloqqa dori tomchilarini tomizish.

1.**Ko'rsatma:** Tashqi va o'rta quloq kasalliklarini davolash uchun.

2.**Kerakli asboblari:** pipetka yoki bir marta ishlatiladigan tibbiy shprisi, paxta bo'lagi.

3. **Bajarish texnikasi:**

bemorga bajarilayotgan muolaja va o'zini qay holatda tushishi haqida tushuntiriladi;

dori moddasi tashqi muhit harorati darajasigacha isitiladi;
bemorning boshi o'ng yoki chap tomonga egiladi;
pipetkaga olingan dori quloqqa tomiziladi (bolalarga 56 tomchi, kattalarga 68 tomchi);
dori moddasini nog'ora bo'shlig'iga kirishi uchun quloq supachasi tashqi eshituv yo'liga qarab bir necha marta bosiladi;
bemor boshini bir tomonga eggan holatida 10 15 daqiqa yotqiziladi;
dori moddasi o'rta quloqqa tushganligini bilish uchun burunhalqumga dori tushganligi haqida bemordan so'raladi.

Izoh: O'rta quloq kasalliklarida spirtli eritmalar tomizilmaydi, chunki bu shilliq qavatni kuyishiga va giperplaziyasiga olib keladi. Bemor shikoyatida quloqni tozalash paytida bosh aylanishi kuzatilgan hollarda o'rta quloqqa dori tomchilarini yuborish man etiladi.

Eshituv nayini kateterlash

1. **Ko'rsatma:** davolash va diagnostika maqsadida.
2. **Kerakli asboblari:** quloq kateteri, Politser balloni, og'riqsizlantiruvchi dori.
3. **Bajarish texnikasi:** Bemorga bajariladigan muolaja va ozini qay holatda tutishi haqida tushuntiriladi.

Dastlab burun bo'shlig'ining shilliq qavati 3% li dikain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi. Tekshiruvchi otoskopning bir uchini o'z quloq'iga o'rnatadi, ikkinchi uchini esa barmoqlari bilan ushlab kateterning tumshug'ini pastga qaratgan holda old rinoskopiya orqali bemorning burniga kiritadi va ehtiyotkorlik bilan pastki burun yoyli bo'ylab burunhalqumning oxirigacha yuboradi, keyin kateterni orqaga tortib 90° ga buradi va dimog' suyagiga tirab qo'yadi.

Kateter burunhalqumning yon tomonida joylashgan eshituv nayining uchiga tushishi uchun tekshiriladigan quloqqa qaratib pastga va tashqariga 180° ga buriladi. Ballonning rezinali uchi kateterning kengaygan qismiga kiritilib qisqa va engil qisiladi. Havoni eshituv nayiga kirishi va undan o'tishi otoskop orqali eshitiladi.

Eshituv nayining o'tkazuvchanligini aniqlash usullari:

Valsalva, Toynbi, Politser tajribalari

1.**Ko‘rsatma:** quloqni davolash va eshituv nayining o‘tkazuvchanlik darajasini aniqlash maqsadida.

2.**Kerakli asboblari:** Politser balloni.

3.**Bajarish texnikasi.** Bemorga bajarilayotgan muolaja va o‘zini qay holatda tutishi haqida tushuntiriladi.

Toynbi tajribasi: Tekshiriluvchi bemorga barmoqlari bilan burun qanotlarini burun to‘sig‘iga bosib, og‘zini yopgan holda yutinishni buyuradi.

Valsalva tajribasi: Tekshiriladigan kishiga nafas olish so‘raladi, keyin burun va og‘izni qo‘li bilan berkitgan holda lunjlarini shishirib, havo chiqarish buyuriladi. Bosim bilan chiqayotgan havo ta‘sirida eshituv naylari ochilib, havo kuch bilan nog‘ora bo‘shlig‘iga o‘tadi, tekshiruvchi buni sezadi (havo borib urilgani seziladi).

Politser tajribasi: burun katagining biriga rezinali nayga ulangan ballonli oliva kiritiladi. Burunning ikkinchi tomonida bosh barmoq bilan burun qanotlari burun to‘sig‘iga bosib turiladi. Bemorga “paroxod” so‘zini aytish buyuriladi. Bemor oxirgi «xod» bo‘g‘imini aytgan zahotiyloq vrach qo‘li bilan ballonni tez va kuch bilan qisadi. Agar eshituv nayining o‘tkazuvchanligi buzilgan bo‘lsa, unda bemor uni sezmaydi. Nog‘ora pardada teshik mavjud bo‘lgan hollarda havo yoborilgan paytda quloqda hushtak tovushi eshitiladi.

QULOQ KASALLIKLARIDA UMUMIY AMALIYOT

SHIFOKORI TUTADIGAN YO‘LI.

Tashqi eshituv yuli yot jismi, quloq suprasi perixondriti, tashqi eshituv yo‘lining chipqoni, tarqoq tashqi otit, o‘tkir o‘rta otit, surunkali o‘rta otit, antrit, mastoidit, ekssudativ o‘rta otit, otoskleroz, timpanogen labirintit, yuz asab tolasining falaji, Men‘er kasalligi, otogen miya va miyacha absessi, otogen sepsis , “S” simon sinus trombozi, otogen leptomeningit, quloq o‘smalari.

Tashqi eshituv yo‘li yot jismi

Bemor shikoyatlariga e'tibor berish: quloqda noqulaylik his etish, tashqi eshituv yo'li sohasining og'irishi, eshituvni pasayishi;
tekshiruvda tashqi eshituv yo'lida yot jism borligini aniqlash;
o'smadan farqlash (anamnez va otoskopiya natijalari);
jarrohlik davolash rejasini ishlab chiqish;
yot jismni chiqarib olish (ilgak yordamida, quloq orqasidan);
asoratlarda yallig'lanishga qarshi, simptomatik terapiyani qo'llash;

Quloq supراسي perixondriti

Quloq supراسini og'irishi, og'riqni boshga va bo'yin sohasiga tarqalishi, quloq supراسi terisini qizarishi va shishi, tana haroratini ko'tarilishi kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

kasallik boshlangan vaqtini va sababini aniqlash (jarohat, hasharot chaqishi, tashqi quloq chipqoni) ;

kasallik belgilarini aniqlash: quloq supراسi keskin qizargan va o'zgargan, paypaslaganda og'riydi (quloq yumshog'idan tashqari);

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

saramasdan farqlash (qizarish va shish qulo supراسi va boshqa maydonlarga, shu jumladan quloq yumshog'iga ham tarqaladi);

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizatsiya terapiyasi, fizioterapiya);

jarrohlik davolash usuli uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash va usulini tanlash;

infiltratlarni ochish va yallig'lanish o'chog'iga drenaj qo'yish;

zarur bo'lsa davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish.

Tashqi eshituv yo'li chipqoni

Quloqni ogʻrishi, quloq dumboqchasi bosilganda, quloq suprasi tortilganda, chaynash paytida ogʻriqni kuchayishi, eshituv qobiliyatini pasayishi kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish;

anamnezdan chipqon paydo boʻlishining sabablarni aniqlash: oʻrta quloqning surunkali yalligʻlanishi, bemorda va uning qarindoshlarida qandli diabet kasalligini qayd etilishi, kasallik takrorlanib turishi;

tekshiruvda tashqi eshituv yoʻlida konus shaklidagi yalligʻli infiltratni, oʻzagi chiqarilgandan soʻng yiringli chuqurcha hosil boʻlishini aniqlanishi;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, qonda qand miqdorini va siydikda qand borligini aniqlash;

mastoidit (koʻpincha soʻrgʻichsomon oʻsiq sohasining ogʻrishi, rentgenogramma oʻzgarishlari), quloq xolesteatomasi, yiringli parotitdan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini tuzish (antibakterial va mahalliy terapiya, fizioterapiya);

jarrohlik davolash usuliga mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash;

chipqonni ochish;

davolash tadbirlarini baholash, zarur boʻlsa oʻzgartirish kiritish.

Tarqoq tashqi otit

Quloq ogʻrishi, quloq suprasi bosilganda oqriqni kuchayishi, tana haroratini koʻtarilishi, yosh bolalarda bezovtalik kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish;

kasallik anamnezini va bemorda somatik kasalliklarni (gipovitaminoz, allergiya, sil, diabet) aniqlash;

kasallik sababini aniqlash (jarohat, yalligʻlanish);

otoskopiya qilish va kasallik belgilarini aniqlash: tashqi eshituv yoʻlini qizarishi, epiteliyni koʻchishi, eshituv yoʻlini torayishi;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qon va siydikning klinik tahlili, mikologik tekshiruv;

laboratoriya tekshiruvlari natijasini baholash;

allergolog, pediater, ftiziatr maslahatini tashkil qilish;
mastoidit va quloq orqasi limfadenitidan farqlash;
tashxisni asoslab berish;
davolash tadbirlarini ishlab chiqish (antibakterial, giposensibilizatsiya, mahalliy terapiya, vitaminlar va fizioterapiya);
jarrohlik amaliga ko'rsatmalarni aniqlash (yiringlash);
yiringli o'choqni ochish;
olib borilgan davolash tadbirlariga baho berish, zarur bo'lganda o'zgartirish kiritish.

O'tkir o'rta otit

Bemorning shikoyatlariga e'tiborni qaratish: quloqni lo'qqillab og'rishi, og'riqni tepachakka yoki ensa sohasiga, ba'zan tishlarga tarqalishi, eshituvni pasayishi, quloq shang'illashi, quloq bitishi, tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rishi;

anamnezdan kasallik qachon boshlangan, uning kechimi, bemorda qayd etilgan kasalliklar (o'tkir rinit, o'tkir adenoidit, URVI, qizamiq, skarlatina, gripp) haqida ma'lumot olish;

otoskopiya kasallik belgilarini aniqlash: nog'ora parda keskin qizargan va shishgan, bo'rtib chiqqan, bilish belgilari tekislangan;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili (leykositoz, EChT oshishi), siydik tahlili (proteinuriya, silindruriya, glyukozuriya), Shyuller bo'yicha so'rg'ichsimon o'siqning rentgenografiyasi;

o'tkir tashqi otit, ekssudativ o'rta otit va surunkali yiringli o'rta otitning avjidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash tadbirlarini ishlab chiqish (yotoq rejim, antibakterial, giposensibilizatsiya, vitaminlar, mahalliy terapiya, fizioterapiya);

jarrohlik usuli yordamida davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni belgilash;

nog'ora pardada parasentez amalini bajarish;

rivojlanayotgan asoratni o'z vaqtida aniqlash (mastoidit, kalla ichi asoratlari) va davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish.

Surunkali o'rta otit

Bemor shikoyatlariga e'tibor berish: quloqdan vaqtivaqti bilan yiring oqishi, eshitish qobiliyatini pasayishi, bosh og'rishi;

kasallik qancha vaqt davom etgan, har necha vaqtda avj olib turganligi haqida ma'lumot olish;

o'tkazilgan davolash tadbirlarini aniqlash;

bemorda va qarindoshlarida allergik reaksiyalar qayd etilganligini aniqlash;

bemorda yo'ldosh kasalliklarni aniqlash (raxit, ekssudativ diatez, qon kasalliklari, spesifik va nospesifik infeksiyalar, yuqori nafas yo'llari kasalliklari, adenoidit, surunkali gipertrofik rinit, surunkali sinusit);

otoskopiya qilish va kasallik belgilarini aniqlash: *mezotimpanit* nog'ora pardaning tarang qismi teshilgan, quloqdan hidsiz, shilimshiq yiringli ajralma oqadi, nog'ora bo'shlig'ining shilliq qavati qizargan va shishgan, *epitimpanit* – nog'ora pardaning salqi qismi teshilgan, quloqdan badbo'y shilimshiq yiringli ajralma oqadi, xolesteatoma kipiklari va poliplar aniqlanadi.

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydik tahlili, chakka suyagi rentgenografiyasi, eshituv nayining o'tkazuvchanligi, eshituv va vestibulyar a'zolarining faoliyatini tekshirish;

o'tkir o'rta otit va tashqi otitdan farqlash;

kompleks davolash rejasini ishlab chiqish (burun va burun atrofi bo'shliqlari, burunhalqum va eshituv nayini sog'lomlashtirish, *mezotimpanit*danog'ora bo'shlig'ini polip va granulyasiyalardan tozalash, *epitimpanit*da – o'rta quloqda jarrohlik amalini bajarish);

nog'ora bo'shliqni granulyasiya va poliplardan tozalash, burun bo'shlig'i, burun atrofi bo'shliqlarini va burunhalqumni sanasiya qilish, quloqda timpanoplastikali yoki timpanoplastikasiz umumbo'shliq jarrohlik amalini bajarish;

davolash tadbirlari yordam bermaganligini, boshlanayotgan asorat (kalla ichi asorati) belgilarini o'z vaqtida aniqlash va davolash tadbirlariga o'zgartirish kiritish;

bemorda eshitish qobiliyatini tiklash borasida davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish.

Antrit, mastoidit, petrozit, zigomatisit

Bezovtalik, uyquni buzilishi (ba'zan holsizlik, uyquchanlik), ishtahani pasayishi, tana vaznini kamayishi, subfebril harorat, bosh va quloqni og'rishi, quloq ichini lo'qillashi, quloq orqasida yoki yonoq sohasida shish paydo bo'lishi, quloqdan yiring oqishi kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

anamnezdan bemor qanday quloq kasalliklari bilan og'riganligi, quloqdan yiring oqishi qachon boshlangan, qanday davolash tadbirlari olib borilganligi va organizm himoya kuchini pasaytiruvchi yo'ldosh kasalliklar (raxit, dispepsiya, gipotrofiya, zotiljam) haqida ma'lumot olish;

tekshiruvda asab tizimi (uyquchanlik, holsizlik, ko'z tirqishini kengayishi, meningizm), oshqozon ichak yo'li faoliyatining buzilish belgilari (qusish, diareya) va eksikoz (til va lablar quruqligi, teri turgorining pasayishi, vaznning kamayishi) bilan kechgan toksikoz belgilari mavjudligini aniqlash;

uch shoxli asab tolasi shoxchalari sohasini og'rishi, to'qimalar shishi, so'rg'ichsimon va yonoq o'siqlari, chakka suyagi sohasining og'rishi, ko'z olmasi harakatini buzilishini, diplopiyani aniqlash;

otoskopiya qilish va kasallik belgilarini aniqlash: nog'ora parda xiralashgan, yuqoriorqa kvadranti qizargan, tashqi eshituv yo'lining yuqoriorqa devori osilgan, nog'ora parda teshilgan, quloqdan ko'p miqdorda yiring oqadi;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, chakka suyagi rentgenografiyasi (antrum va so'rg'ichsimon o'siq katakchalari xiralashgan), quloq ajralmasining bakteriologik tekshiruvi, audiometriya;

tashqi eshituv yo'li chipqoni va quloq orqasi limfadenitidan farqlash (limfa tugunlari paypaslanganda og'rishi, otoskopiya o'zgarishsiz) farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

jarrohlik davrolash usuli uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash (miringotomiya, antrotomiya, mastoidotomiya, yonoq o'sig'i va piramida katakchalarini ochish);

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, desensibilizasiya, organizm himoya kuchini oshirish terapiyasi);

parasentez, mastoidotomiya amalini bajarish, yonoq o'sig'i va piramida katakchalarini ochish;

davolash tadbirlari samarasini baholash, davolash yordam bermagan hollarda unga o'zgartirish kiritish.

Ekssudativ o'rta otit

Ekssudativ o'rta otitning diagnostikasi

1. Anamnezni o'rganish;
2. Yuqori nafas yo'llarini o'rganish;
 - a. Burun bo'shlig'i;
 - b. Burun atrofi bo'shliqlari;
 - c. Burunhalqum;
3. Eshituv nayini tekshirish:
 - a. Eshituv nayining halqum teshigini ko'zdan kechirish;
 - b. Eshituv nayining o'tkazuvchanligini tekshirish;
 - c. Eshituv nayini diagnostik zondlash;
 - d. Rentgenokonstrast tekshirish;
4. Nog'ora bo'shlig'i va so'rg'ichsimon o'siq kataklarini tekshirish:
 - a. Otokopiya;
 - b. Ultratovushli diagnostika;
 - c. Nog'ora bo'shliqini ko'zdan kechirish;
 - d. Chakka suyagini rentgenologik tekshirish;
5. Impedansometriya;
6. Audiologik tekshirish;

Ekssudativ o'rta otitning differensial diagnostikasi

- 1.Otogen likvoreya;
- 2.Adgeziv o'rta otit;
- 3.Otoskleroz;
- 4.Koxlear nevrit;
- 5.Nog'ora bo'shlig'iga qon quyilishi;
- 6.Nog'ora bo'shlig'iga ichki uyqu arteriyasini siljishi va arteriyaning soxta anevrizmasi;
- 7.Endoaural miya churrasi;
- 8.O'rta quloqning glomusli o'smasi (xemodektoma);
- 9.Xolesterinli granulema;
- 10.Ochilib turuvchi eshituv nayi sindromi;

Eshitish qobiliyatini pasayib borishi, ba'zan quloqni shang'illashi, bosh aylanishi, autofoniya kabi o'ziga xos shikoyatlarga etibor berish;

anamnezda kasallikka moyillik borligini aniqlash: teztez shamollab turish, bemor va uning qarindoshlarida allergik reaksiyalar qayd etilganligi, ovqatlanish xususiyati;

kasallik belgilari qachon boshlangan, necha marta qaytalangan va olib borilgan davolash tadbirlari haqida ma'lumot olish;

otitni rivojiga va avj olishiga sabab bo'lgan yo'ldosh kasalliklarni aniqlash (raxit, eksudativ diatez, yuqori nafas yo'llari patologiyasi adenoidit, gipertrofik rinit, surunkali tonsillit, burun to'sig'i qiyshiqligi);

otoskopiya qilish va kasallik belgilariga e'tibor berish : nog'ora parda xiralashgan, qalinlashgan yoki yupqalashgan, kasallikning bosqichiga qarab sarg'ish yoki boshqa rangdagi suyuqlikni aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon va siydik tahlili, ekssudatni eozinofiliyaga tekshirish, burunhalqum, burun atrofi bo'shliqlari va chakka suyagi rentgenografiyasi;

asbob yordamida teshirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash va Zigle qadoqchasi yordamida nog'ora pardaning harakatchanligini aniqlash,

burunhalqumni barmoq yordamida tekshirish, eshituvni kamerton, audiometriya, shivirlash va nutq yordamida tekshirish;

otoskleroz va adgeziv oʻrta otitdan farqlash;

Ekssudativ oʻrta otitni davolash

1. Nafas olish trakti kasalliklarini davolash;
 - a. Oʻtkir respirator kasalliklar;
 - b. Burunnnig surunkali kasalliklari;
 - c. Burun atrofi boʻshliqlarinng kasalliklari;
 - d. Adenoidlar;
2. Eshituv nayi disfunksiyasini davolash;
3. Iqlim bilan davolash;
4. Davolash gimnastikasi va uqalash;
5. Elektr toki bilan davolash:
 - a. Elektroforez;
 - b. Yumshoq tanglay mushaklarini elektrostimulyasiya qilish;
6. Doridarmonlar bilan davolash;
7. Dori moddalarini transtubar usulida yuborish;
8. Eshituv nayini kateterlash;
9. Eshituv nayi kanalini va uning halqum teshigini nurlash;
10. Eshituv nayi oʻtkazuvchanligini jarrohlik usulida tiklash;
11. Eshituv nayini bujlash;
12. Dori moddalarini transtimpanal usulda yuborish;
13. Timpanopunksiya;
14. Miringotomiya (parasentez);
15. Nogʻora boʻshliqini uzoq muddatga drenajlash;
16. Timpanotomiya;
17. Boshqa jarrohlik usullari vositasida davolash:
 - a. Antrotomiya;
 - b. Mastoidektomiya.

davolash rejasini ishlab chiqish (soʻruvchi, organizm himoya kuchini oshirish, giposensibilizatsiya va simptomatik terapiya, eshituv naylariga kateter qoʻyish yoki Politser boʻyicha havo yuborish, nogʻora pardani pnevmouqalash, fizioterapiya, burun va burunhalqumni sogʻlomlashtirish;

timpanopunksiya, timpanotomiya, shunt hosil qilish jarrohlik amallariga mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash;

burun boʻshligʻi va burunhalqumni sanasiya qilish, kateter kuyish yoki Politser boʻyicha eshituv naylarga havo yuborish, timpanopunksiya, miringotomiya jarrohlik amallarini bajarish, dorilarni transtimpanal usulda nogʻora boʻshligʻiga yuborish;

kasallik kechimini baholash, davolash tadbirlari yordam bermaganda konservativ terapiyani oʻzgartirish, jarrohlik yoʻl bilan davolash uchun mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash (shunt hosil qilish);

poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish (dispanser nazorati ostiga olish, kasallik avjida bemorni koʻrikdan oʻtkazish va davolash, vaqtivaqti bilan audiologik tekshiruv oʻtkazish);

Otoskleroz

Eshitish qobiliyatini kundankunga pasayib borishi, bitta yoki ikkala quloqni shangʻillashi, shovqin sharoitda yaxshi eshitish kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish;

anamnezdan kasallik qachon boshlangan, ilgari olib borilgan davolash tadbirlari, qarindoshlarda eshitish qobiliyatining pasayishi kuzatilganligi va uning sabablari haqida maʼlumot olish;

otoskopiya qilish va kasallik belgilarini aniqlash: tashqi eshituv yoʻllari keng, devorlari yupqa, quruq, nozik teri bilan qoplangan, quloqda koʻp miqdorda quloq kiri aniqlanadi, nogʻora parda yupqalashgan, nogʻora parda orqali baʼzan pushti (boshlangʻich bosqichda) yoki havorang yorugʻlik koʻrinadi.

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon va siydikning klinik tahlili, chakka suyaklari rentgenografiyasi, eshitish qobiliyatini shivirlash yoki nutq yordamida tekshirish; asboblar yordamida tekshirish uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash, audiometriya, vestibulometriya, kamerton yordamida tekshirish; (Jelle tajribalari) adgeziv, ekssudativ o'rta otitlar va koxlear neyritdan farqlash; davolash rejasini ishlab chiqish: (so'ruvchi, giposensibilizasiya, simptomatik terapiya) ; jarrohlik davolash usuli uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash; stapedoplastikani bajarish va operatsiyadan keyingi davolash tadbirlarini o'tkazish; davolash samarasini baholash, zarur bo'lganda unga o'zgartirish kiritish; bemorga eshituv apparatini tavsiya qilish; bemor bolani maxsus bog'cha, maktabinternat yoki shifo maskaniga yuborish;

Timpanogen labirintit

Bosh aylanishi, statika, muvozanat va harakat koordinasiyasini buzilishi, atrof jismlar yoki o'z tanasi harakatini yoki aylanishini his etish, yordamsiz harakat qila olmaslik, ko'ngil aynishi, qusish, terlash, quloqdan yiring oqishi kabi o'ziga xos shikoyatlarga e'tibor berish;

anamnezdan bemor qaysi kasalliklarni boshdan kechirgan (surunkali yiringli o'rta otit, meningit, epidemik parotit, zaxm, jarohat), kasallik qachon boshlangan va qanday kechgan va olib borilgan davolash tadbirlari haqida ma'lumot olish;

tekshiruvda spontan nistagmni (kichik yoki kengko'lamli, gorizontal yoki gorizontalrotator), statika, muvozanat va koordinasiya buzilishlarini aniqlash (nistagmning sekinlashgan komponenti tomon yiqilish, oyoqlarni keng tashlab yurish);

otoskopiya qilish va kasallik belgilarini aniqlash: ba'zan quloqdan yiring oqishi, nog'ora pardaning yirtilishi, xolesteatoma;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qon tahlili, gemostaz holati, qon guruhi, rezusomil, siydik tahlili, ajralmani tekshirish;

orqa miya punksiyasi uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash, orqa miya suyuqligini tekshirish, chakka suyaklari rentgenografiyasini o'tkazish;

orqa miya punksiyasini bajarish, vestibulyar va eshituv analizatori faoliyatini tekshirish;

nevropatolog maslahatini tashkil qilish;

labirintitning boshqa shakli, miyacha absessi (o'ziga xos nistagm, koordinasiyani gomolateral buzilishi), otogen araxnoidit va VIIIjuft bosh miya asab tolasi nevrinomasidan farqlash (quloq shang'illashi, ensa sohasining og'rishi, nevrologik belgilar);

klinik tashxisni asoslab berish;

konservativ davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi, dehidratasiya, antibakterial, desensibilizatsiyalovchi terapiya);

jarrohlik davolash usuli uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni aniqlash;

o'rta quloqda sanasiya jarrohlik amalini bajarish;

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

Otogen yuz asab tolasining falaji

Yuz assimetriyasi, tilning old qismi sohasida ta'm sezishning buzilishi, og'iz qurishi;

anamnezdan quloq kasalliklari qancha vaqt davom etgan, har necha vaqtda qaytalanib turgan va olib borilgan davolash tadbirlari haqida ma'lumot olish;

tekshiruvda kasallik belgilarini kasallangan quloq tomonida mimika mushaklarining periferik falaji belgilarini aniqlash;

otoskopiya qilish va o'rta quloq kasalligini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: chakka suyaklari rentgenografiyasi, eshituv qobiliyatini tekshirish;

nevropatolog maslahatini tashkil qilish;

yuz asab tolasi jarohatidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

doridarmonlar bilan davolash rejasini ishlab chiqish (yalligʻlanishga qarshi, zaharsizlantirish, organizm himoya kuchini oshirish);
jarrohlik yoʻli bilan davolash uchun mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash;
dekompressiya maqsadida oʻrta quloqda jarrohlik amalini bajarish;
davolash tadbirlarini baholash, zarur boʻlsa unga oʻzgartirish kiritish;
poliklinika sharoitida davolashni davom ettirish uchun davolovchi vrachga maslahat berish.

Menʼer kasalligi

Koʻngil aynishi va qusish bilan kechgan bosh aylanishi, bitta quloqda eshituvni pasayishi, quloq bitishi, karaxtlik, muvozanatni buzilishi kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish;
xurujlar qachon rivojlangan, har necha vaqtda takrorlanib turgan va qancha vaqt davom etganligi haqida maʼlumot olish;
tekshiruvda spontan nistagm, vestibulyar analizator faoliyatining buzilishlarini (muvozanatni buzilishi, Romberg holatida gavdani nistagmning sekinlashgan komponenti tomon ogʻishi, zararlangan tomonda labirint qoʻzgʻaluvchanligini pasayishi);
nevropatolog maslahatini tashkil qilish;
qon tomir vestibulyar sindromidan (xuruj paytida eshituvni pasayishi), otogen araxnoiditdan (disgarmoniya boʻlmasligi, labirint sinamasidan soʻng nishonga tegmaslik va yiqilish, tovushni ikkiga boʻlinishi va eshituv flyuktuasiyasi fenomeni), koʻprikmiyacha burchagi oʻsmasidan (Stenvers boʻyicha bajarilgan rentgenogrammada oʻzgarishlar aniqlanishi), boʻyin osteoxondrozidan farqlash (umurtqa pogʻonasi rentgenogrammasidagi oʻzgarishlar) ;
klinik tashxisni asoslab berish;
etiologik omilni eʼtiborga olgan holda davolash rejasini ishlab chiqish (qon tomirni kengaytirish yoki toraytirish, giposensibilizasiya, zaharsizlantirish, anabolik preparatlar, dehidratasiya, vitaminoterapiya, parhez taomlar, psixotrop vositalar, trankvilizatorlar);

olib borilgan davo tadbirlariga baho berish, samara bermagan hollarda davolashga o'zgartirish kiritish;
xurujlarni oldini olish uchun bemorga maslahat berish.

Otogen miya va miyacha absessi

Tana haroratini ko'tarilishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahani pasayishi, uyquchanlik, harakat koordinasiyasini buzilishi kabi o'ziga xos shikoyatlarga etibor berish;

anamnezda qanday quloq kasalliklari bilan og'rigan, kasallik qachon boshlangan va qancha vaqt davom etgan, qanday davolash tadbirlari olib borilganligi haqida ma'lumot olish;

tekshiruvda bemor teri qoplamlarining rangparligi, tili quruq, jigar rang karash bilan qoplanganligi, yuzi azoblangan, boshi majburiy holatda ekanligini, meningial belgilar va spontan nistagmni aniqlanishi;

otoskopiya qilish va quloq kasalligi belgilarini, yiring oqishini aniqlash;

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, siydik tahlili, orqa miya suyuqligini tekshirish, chakka va kalla suyagi rentgenografiyasi, elektrokardio, elektroensefalo, angio, ventrikulo va exoensefalografiya;

orqa miya punksiyasini bajarish;

neyrojarroh, nevropatolog, okulist maslahatini tashkil qilish;

meningit, sinustromboz va miya o'smasidan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash rejasini ishlab chiqish (yallig'lanishga qarshi antibakterial (ulkan miqdorda) terapiyasi, dehidratasiya, zaharsizlantirish, giposensibilizasiya, organizm himoya kuchini oshirish terapiyasi, vitaminlar);

jarrohlik usuli yordamida davolash uchun mavjud bo'lgan ko'rsatmalarni belgilash;
quloqda kengaytirilgan radikal jarrohlik amalini bajarish, miya qattiq pardasini keng ochish, miya va miyachani punksiya qilish, absessni ochish va drenaj qo'yish;
olib borilgan davolash tadbirlarini baholash, zarur bo'lsa o'zgartirish kiritish;

bemorni poliklinika sharoitida kuzatish borasida davolovchi vrachga maslahat berish.

Otogen leptomeningit

Boshni qattiq ogʻrishi, koʻngil aynishi, qusish, yorugʻlikdan qoʻrqish, tana haroratini koʻtarilishi, talvasa xurujlari kabi oʻziga xos shikoyatlarga eʼtibor berish; anamnezdan bemor qaysi qulo kasalliklari bilan ogʻrigan, kasallik qancha vaqt davom etgan va qanday davolash tadbirlari oʻtkazilganligi haqida maʼlumot olish; tekshiruvda kasallik belgilarni aniqlash: boshning majburiy holati, ensa mushaklari tarangligini oshishi, Kernig va Brudzinskiy belgilarining musbatligi, liqildoqni burtishi, Babinskiy, Oppengeym, Gordon reflekslarining musbatligi, taxikardiya, uzoqlashtiruvchi va koʻzni harakatlantiruvchi asab tolalarning falaji;

quyidagi tekshiruvlarni oʻtkazish: qonning klinik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, siydik tahlili, chakka suyagi rentgenografiyasi, elektrokardiografiya va boshq.;

orqa miya punksiyasini bajarish zarurligini asoslash va orqa miya suyuqligini tekshirish;

orqa miya punksiyasini bajarish;

nevropatolog va okulist maslahatini tashkil qilish;

epidemik serebrospinal, sil va ikkilamchi meningitlardan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

davolash rejasini ishlab chiqish (antibakterial, yalligʻlanishga qarshi, degidratasiya, zaharsizlantirish, giposensibilizasiya va vitaminoterapiya);

jarrohlik yoʻli yordamida davolash uchun mavjud boʻlgan koʻrsatmalarni aniqlash; oʻrta quloqda oddiy yoki radikal jarrohlik amalini bajarish va miya qattiq pardasini ochish yoki assistent sifatida ishtirok etish;

olib borilgan davolash tadbirlarini baholash, zarur boʻlsa unga oʻzgartirish kiritish; poliklinika sharoitida bemorni kuzatish uchun davolovchi vrachga tavsiyalar tuzish;

Quloq oʻsmalari (keloid, ateroma, papilloma, osteoma, gemangioma, fibroma, xemodektoma, sarkoma)

Bemor shikoyatlariga e'tibor berish: quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li yoki nog'ora parda sohasida o'sma borligi, eshitish qobiliyatini pasayishi, vaqtivaqti bilan quloqdan qon oqishi, quloq og'rishi;

kasallik qancha vaqt davom etgan va qanday davolash tadbirlari o'tkazilganligi haqida ma'lumot olish;

tekshiruvda ko'kimtir, yuzi g'adibudir, oson qonaydigan o'smani (angioma, sarkoma); yuzi silliq qizil o'smani va VII,IXXI juft bosh miya asab tolalarining zararlanishini (xemodektoma), oyoqchali yoki keng asosga ega bo'lgan, pushti, aylana, yuzi silliq yoki g'adibudir o'smani aniqlanishi (fibroma, papilloma);

quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish: qonning klinik tahlili, siydik tahlili, gemostaz holati, qon guruhi va rezusomil, chakka suyagi rentgenografiyasi, eshituvni kamerton va audiometriya yordamida tekshirish, vestibulometriya, sitologik, gistologik tekshiruvga material olish;

onkolog va nevropatolog maslahatini tashkil qilish;

turli o'smalar, yallig'li kasalliklar, ekzostozlar (ikki tomoni teri bilan qoplangan suyak tuzilmasi) va quloqning spesifik kasalliklaridan farqlash;

klinik tashxisni asoslab berish;

bemorni onkologiya bo'limiga ko'chirish uchun ko'rsatmalarini aniqlash va ko'chirish;

davolash taktikasini asoslab berish (skleroz terapiyasi, kriota'sir, jarrohlik amali);

o'smani olib tashlash maqsadida jarrohlik amalini bajarish;

davolash tadbirlari natija bermaganda, unga o'zgartirish kiritish;

QULOQ KASALLIKLARIDA TIBBIY TEZ YORDAM .

Mastoidit, otogen yuz asab tolasining falaji, otogen sepsis, otogen kalla ichi asoratlari, timpanogen labirintit, o'tkir neyrosensor karlik.

Mastoidit, klinikasi diagnostikasi,davolash usullari

Mastoidit, odatda o'tkir otitda, ba'zan surunkali yiringli o'rta otitda rivojlanadi. Kasallikning rivojlanishiga quyidagi omillar sabab bo'ladi: o'tkir yuqumli infeksiya (gripp, qizamiq, skarlatina), turli jarohatlar, modda almashinuvining buzilishi (raxit, diabet), noto'g'ri davolangan yiringli o'rta otit.

Belgilari: Bemorning qulog'i, so'rg'ichsimon o'siq sohasi hamda boshi og'riydi, qulog'idan yiring oqishi kuchayadi yoki, aksincha, to'xtaydi, sezilarli darajada quloq og'irligi va tana haroratini ko'tarilishi kuzatiladi.

Tashxis. Paypaslanganda va perkussiyada so'rg'ichsimon o'siq sohasi og'riydi, quloq orqasining yumshoq to'qimalari shishadi (subperiostal absessda shish va flyuktuasiya aniqlanadi). Otokopiyada tashqi eshituv yo'li suyak bo'limining orqayuqori devori osilganligi ko'zga tashlanadi. Qonda leykositoz, EChT oshishi aniqlanadi. Rentgenografiya va kompyuterli tomografiya tekshiruvlari aniq tashxis qo'yishga yordam beradi.

Otogen yuz asab tolasi falaji, patogenezi, klinik diagnostikasi,davolash.

Otogen yuz asab tolasining falaji o'rta quloq o'tkir yallig'lanishining birinchi bosqichida asorat sifatida yoki surunkali yiringli o'rta otitning (epitimpanit) belgisi sifatida namoyon bo'ladi. Birinchi vaziyatda nevrit bakteriya toksinlarining nog'ora bo'shlig'i devoridagi degissensiyalar orqali fallopiy kanaliga tarqalishi, ikkinchi vaziyatda fallopiy kanali devorining emirilishi natijasida rivojlanadi.

Belgilari: 1)zararlangan tomonda yuz burmalari tekislanadi; 2) bemorning qoshi biroz pastda joylashadi; 3) ko'z qovoqlari yopilmaydi, engil ekzoftalm kuzatiladi; 4) og'izning bir burchagi osiladi; 5) ko'zdan yosh oqadi; 6) burunog'iz burmasi tekislanadi.

Davolash: Otogen yuz asab tolasining parezi yoki falaji aniqlangan bemor shoshilinch ravishda LOR bo'limga yotqiziladi. Surunkali yiringli o'rta otitda rivojlangan yuz asab tolasining falaji og'ir asoratdan darak beradi (infeksiya asab tolasi bo'ylab kalla suyagining orqa chuqurchasiga oson tarqalib, yiringli meningit yoki otogen miyacha absessining rivojlanishiga sabab bo'ladi). Otogen yuz asab tolasining falaji bilan kechgan o'tkir o'rta otitda bemorga shoshilinch ravishda

parasentez, o'tkir mastoiditdamastoidotomiya, surunkali yiringli o'rta otitda umumbo'shliq jarrohlik amallari bajariladi.

Jarrohlik amalidan so'ng yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkaziladi, quloq mikroflorasining sezgirligini e'tiborga olgan holda bemorga antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, degidrotasiya vositalari (tomir ichiga 40% glyukoza eritmasi, mushak orasiga 1% 2 ml laziks, qon bosimi nazorati ostida 0,25 diakarb yoki 0,025 gipotiazid kuniga 1 2 marta 3 5 kun davomida), asab to'qimasining faoliyatini yaxshilovchi preparatlar (prozerin, galantamin gidrobromid, Vguruhi vitaminlari) buyuriladi.

Jarrohlik amali va ikki oy davom etgan davolash tadbirlari samara bermagan hollarda yuz asab tolasida dekompressiya jarrohlik amali bajariladi.

Otogen kalla ichi asorati (S simon sinus trombozi), klinikasi, davolash.

Otogen sepsis o'rta quloqning o'tkir va surunkali yallig'lanishida, infeksiya vena, bosh miya qattiq pardasi vena bo'shliqlari va limfa yo'llari orqali qonga tarqalganda rivojlanishi mumkin.

Otogen sepsis ko'pincha bosh miya qattiq pardasining "S" simon (sigmasimon) vena bo'shlig'i tromboflebitida, ba'zan bo'yinturuq vena va so'rg'ichsimon o'siq g'orining yallig'lanishida rivojlanadi. "S"simon sinus tromboflebiti mikrobnining kontakt yo'l orqali tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Dastlab yallig'lanish jarayoni sinusning tashqi devoriga tarqalib, perisinuoz abssessni rivojlanishiga olib keladi. Keyin jarayon vena bo'shlig'ining o'ziga tarqaladi, ya'ni sinus periflebiti va endoflebiti rivojlanib, devor oldi va obturasiya trombi hosil bo'ladi. Tromb kattalashib "S"simon vena bo'shlig'idan kalla suyagiga yoki bo'yinturuq venani to'ldirib yurak sohasigacha tarqalishi mumkin. Parchalangan yoki infeksiya bilan zararlangan trombda yiring kichik va katta qon aylanish doirasiga tarqalishi mumkin.

Ba'zan otogen sepsis sinus trombozisiz rivojlanishi mumkin, ayrim hollarda esa tromb o'zo'zidan so'rilib ketishi kuzatiladi.

Erta va kech rivojlangan otogen sepsislar tafovut qilinadi. Erta rivojlangan otogen sepsis yosh bolalarda o'tkir otitning dastlabki kunlarida septik reaksiya bilan

namoyon bo‘ladi va engil kechadi. Kechki otogen sepsis esa o‘tkir yoki surunkali o‘rta otitda rivojlanadi. Unda bemorda septik ychoq (tromboflebit) shakllanadi.

Otogen sepsisning klinik belgilari ikki guruhga bo‘linadi:

- 1) umumiy belgilar;
- 2) o‘choqli belgilar ular bosh miya qattiq pardasi vena sinuslari va ichki bo‘yinturuq vena zararlanganda kuzatiladi.

Umumiy belgilar tana haroratini gektik ko‘tarilishi bilan namoyon bo‘ladi. Bemorning tana harorati $39-41^{\circ}\text{C}$ ga keskin ko‘tariladi, qaltirash va terlash kuzatiladi. Tana haroratining keskin ko‘tarilishi va keskin pasayishi bir kunda bir necha marta takrorlanib turadi (bolalarda gektik harorat va qaltirash belgilari kuzatilmayligi mumkin). Tomir urishi tana haroratiga mos tezlashadi. Sepsisda bradikardiya kuzatilmaydi. Bemor rangpar, uning terisi er rangida, ba‘zan sarg‘ayadi. Terining sarg‘ayishi eritrositlar gemolizi va jigarni zararlanishi tufayli yuzaga keladi.

Qonda yallig‘lanishga xos neytrofilli leykositoz ($15-18 \cdot 10^9/\text{l}$), leykoformulani chapga siljishi, EChT oshishi aniqlanadi.

Qonning mikrobiologik tekshiruvi sepsis tashxisini qo‘yishga yordam beradi, qon qaltirash paytida olinadi, chunki shu paytda qonda mikroblar soni ko‘payadi. Bundan tashqari qon zardobida "gialuronidazagialuron kislota" tizimining holati, orqa miya suyuqligi va yiringli ekssudat tahlil qilinadi, radioensefalografiya, kompyuter tomografiyasi tekshiruvlari o‘tkaziladi.

Otogen sepsisda o‘pkada, bo‘g‘imlarda, teri osti yog‘ qatlamida, mushaklarda metastatik yiringli o‘choqlar paydo bo‘lishi mumkin.

Sepsisning *o‘choqli belgilariga* quyidagilar kiradi:

Grizinger belgisi – so‘rg‘ichsimon o‘siq orqa chetining yumshoq to‘qimasi paypaslanganda shish va og‘riq aniqlanadi va tromb so‘rg‘ichsimon o‘siqning emissar venalariga tarqalganligini bildiradi.

Uayting belgisi – to‘sho‘mrovso‘rg‘ichsimon mushakning old cheti paypaslanganda og‘riydi. Bu belgi ichki bo‘yinturuq vena zararlanganda kuzatiladi.

Foss belgisi auskultasiyada ichki bo‘yinturuq venasining shovqini eshitilmaydi.

Otogen sepsis gripp, bezgak, terlama va zotiljamdan farqlanadi.

Otogen kalla suyagi ichi asoratining yakuni o'z vaqtida qo'yilgan tashxisga, bajarilgan jarrohlik amaliga va kuchli degidratasiya va antibakterial terapiyaga bog'liq bo'ladi. Antibiotiklarni ko'p miqdorda qo'llash o'lim ko'rsatkichini 10% ga kamaytirishga yordam beradi. Bosh miya va miyacha abscesslarida o'lim ko'rsatkichi 30 40%, otogen sepsisda 24% tashkil qiladi.

Otogen kalla suyagi ichi asoratlarini davolash asosan jarrohlik va konservativ usulda olib boriladi. O'rta quloqdagi yiringli o'choqni bartaraf etish maqsadida o'tkir otitda antrotomiya, surunkali otitda uzilkesil jarrohlik amallari bajariladi, otogen meningitda kalla suyagining o'rta va orqa miya chuqurchalari ochiladi.

Bosh miya va miyacha abscessida antrotomiya yoki uzilkesil jarrohlik amali yordamida kalla suyagining o'rta va orqa chuqurchalari hamda bosh miya qattiq pardasi ochilib punksiya qilinadi. Igna turli yo'nalishda 4 sm chuqurlikka kiritiladi.

Bosh miya va miyacha abscessida *jarrohlik amalining uch usuli* mavjud:

- 1) yopiq usul abscess punksiya qilinadi va yiring so'rib olinadi, keyin antiseptik eritma bilan yuviladi;
- 2) ochiq usul abscess igna bo'ylab ochiladi va drenaj o'rnatiladi;
- 3) abscess o'z xaltachasi bilan birga olib tashlanadi.

Ikkinchi usul keng qo'llanadi. Otogen sepsisda jarrohlik amalidan tashqari sigmasimon sinus devorini ochish yoki punksiya qilish usuli keng qo'llaniladi, bunda sinus devori ochilib u erda hosil bo'lgan tromb olib tashlanadi. Tromb ichki bo'yinturuq venaga tarqalganda bo'yin sohasida vena bog'lanadi.

Konservativ davolash tadbirlari quyidagilardan iborat:.

1. Antibiotikoterapiya bemorga kuniga 12 000 000 13 000 000 TB penisillin har 4 soatda mushak orasiga, ba'zan tomir ichiga yuboriladi. Davolashda gematoentsefal to'siqdan o'tuvchi antibiotiklar ishlatiladi (levomisetin, seporin, sefamizin), tomir ichiga sulfanilamid preparatlari yuboriladi (etazol natriy, biseptol).

Disbakteriozni oldini olish uchun bemorga nistatin, levorin kuniga 2 000 000 3 000 000 TB tavsiya qilinadi.

2. Patogenetik terapiya bemorga dehidratatsiya va umumiy davolash tadbirlari o'tkaziladi. Tomir ichiga quyidagi dorilar yuboriladi:

Mannitol 30 60 g 300 ml fiziologik eritmada tomir ichiga tomchilab kuniga 1 marta; laziks 2 4 ml, bir sutkada 2 marta, mushak orasiga;

25% magniy sulfat 10ml, bir sutkada 2 marta, mushak orasiga;

20 40% glyukoza 20 ml, 10% natriy xlorid eritmasi 15 30ml, vena ichiga tomchilab;

40% urotropin 5 ml, bir sutkada 2 marta, vena ichiga;

gemodez 200 400 ml, bir sutkada 2 marta, vena ichiga, tomchilab;

5% aksorbin kislotasi 5 10 ml, bir sutkada 2 marta, mushak orasiga.

Bundan tashqari mushak orasiga va tomir ichiga antigistamin preparatlari, "V" guruhi vitaminlari yuboriladi. Bemorga har 2 kunda bir marta 250 ml qon quyiladi.

3. Simptomatik terapiya bemorga yurak glyukozidlari, tinchlantiruvchi va og'riqsizlantiruvchi preparatlar buyuriladi. Sigmasimon sinus trombozida protrombin miqdorini nazorat qilgan holda heparin 10000 20000 TB (1 ml 5000 TB), dikumarin, pelentan tavsiya qilinadi. Bundan tashqari 2 3 kun davomida so'rg'ichsimon o'siq va bo'yinturuq vena sohasiga 2 4 dona tibbiy zuluk qo'yiladi. Sinustrombozda rivojlangan metastatik abscesslar umumjarrohlik qoidalariga asosida davolanadi.

Shunday qilib, otogen kalla suyagi ichi asoratining yakuni ko'p jihatdan kasallikni o'z vaqtida aniqlash, jarrohlik amalini o'z vaqtida bajarish va dorilarni to'g'ri qo'llashga bog'liq bo'ladi.

Otogen kalla suyagi ichi asoratlarini oldini olish maqsadida surunkali yiringli o'rta otit bilan og'rikan barcha bemorlar dispanser nazorati ostiga olinishi lozim.

Otogen kalla ichi asoratlari (meningit) klinik diagnostikasi, davolash.

O'tkir yiringli o'rta otit yoki surunkali yiringli o'rta otitda rivojlangan otogen kalla suyagi ichi asoratlarining belgilari:

- 1) boshning qattiq og'rihi (analgetiklar yordam bermaydi);
- 2) qusish (ovqat va tana holatini o'zgaririshi bilan bog'liq bo'lmaydi);

- 3) holsizlik, karaxtlik yoki bezovtalik, bosinqirash, umumiy giperesteziya, talvasa;
- 4) tomir urishini tana haroratiga mos kelmasligi; sekinlashgan yoki tezlashgan;
- 5) ko‘z tubida qon dimlanishi belgilarini paydo bo‘lishi;
- 6) bosh miya qattiq pardasi ta’sirlanish belgilarini paydo bo‘lishi;
- 7) bosh miya o‘choqli belgilarini paydo bo‘lishi:

yiringli jarayon kalla suyagining o‘rta miya chuqurchasiga tarqalganda amnestik afaziya (yiringli jarayon chap chakka bo‘limida joylashganda bemor ko‘rsatilgan jismning nomini aytolmasligi) va bir tomonlama gemianopsiya (qarama qarshi tomonda ko‘rish doirasi yoki uning ayrim qismining yo‘otilishi) kuzatiladi;

yiringli jarayon kalla suyagining orqa miya chuqurchasiga tarqalganda nistagm, zararlangan quloq tomonda harakatlarning noaniqligi, adiadoxokinez, mushak tonusini pasayishi, Romberg holatidan og‘ish, yon tomonga yurishni buzilishi kuzatiladi.

Otogen kalla suyagi ichi asorati rivojlanganda bemor zudlik bilan LOR bo‘limga yotqizilishi lozim.

Tashxis. Anamnez ma’lumotlaridan bemorning og‘ir ahvoli o‘tkir yoki surunkali yiringli o‘rta otit bilan bog‘liqligi aniqlanadi. Quloq, tomoq va burun a’zolari ko‘zdan kechiriladi. Otoskopiyada nog‘ora parda qizargan, tashqi eshituv yo‘liga bo‘rtgan, tashqi eshituv yo‘lida yiring borligi, nog‘ora parda teshilganligi, shilliq to‘qima o‘sganligi, polip yoki xolesteatoma borligi va tashqi eshituv yo‘lining suyak qismi torayganligi ko‘zga tashlanadi.

Bemorda so‘rqichsimon o‘siqning orqa cheti shishadi va og‘riydi, bo‘yinning qon tomir to‘plami sohasi og‘riydi, to‘sh – o‘mrovso‘rg‘ichsimon musakning old chetida qalin, og‘riydigan shish paydo bo‘ladi. Kalla suyagi o‘rta miya chuqurchasining tubi va quloq orqasi sohalari perkussiya qilinganda og‘riqni kuchayishi infeksiya kalla suyagi ichiga tarqalganligidan dalolat beradi.

Bemorning umumiy ahvolini e’tiborga olgan holda uning eshitish qobiliyati va vestibulyar analizatorining holati tekshiriladi (spontan va pozision nistagm, harakat koordinasiyasi, adiadoxokinez sinamasi, Romberg holati, ko‘zni yumgan holda oldinga va orqaga yurish, yon tomonga yurish).

Bundan tashqari bemorda qo‘shimcha tekshiruvlar ham o‘tkaziladi:

ichki a‘zolar holatini tekshirish; terapevt maslahati;

okulist maslahati (ko‘z tubi venalarining holati);

nevropatolog maslahati;

qon va siydik tahlillari.

Bemorning umumiy ahvolini e‘tiborga olgan holda Shyuller va Mayer bo‘yicha chakka suyagi, kalla suyagi (ikki proeksiyada), ko‘krak qafasi va burun atrofi bo‘shliqlarining rentgenografiyasi va kompyuterli tomografiya tekshiruvlari o‘tkaziladi.

Orqa miya punksiyasi bosh miya pardalari zararlanganda, o‘tkir otitda yoki surunkali yiringli o‘rta otitda bosh keskin og‘riganda bajariladi. Bradikardiya va ko‘z tubi venalarida turg‘unlik bo‘lganda, bosh miya yarimsharlari yoki kalla orqasi dislokasiya belgilarida, kalla suyagi orqa miya chuqurchasining o‘choqli zararlanishida, sopor va tonik talvasa holatlarida orqa miya punksiyasi bajarilmaydi.

Bosh miya chakka bo‘lagining absessida quyidagi tekshiruvlar o‘tkaziladi:

ko‘rish doirasini tekshirish (gemianopsiyani aniqlash);

santimetr tasmasi yordamida optokinetik nistagmni tekshirish (sog‘lom tomonda gorizontal optokinetik nistagmning susayishi yoki tushib qolishi);

kalla suyagining umumiy rentgenografiyasi (shishsimon bezning sog‘lom tomonga siljishi);

exoentsefalografiya (bosh miya o‘rta tuzilmalarining sog‘lom tomonga siljishi).

Miyacha absessida quyidagi belgilarga e‘tibor beriladi:

nutqning buzilishi (bradilaliya, dizartriya);

sog‘lom quloq tomonga qarab yotganda gorizontal yoki diagonal nistagmning paydo bo‘lishi va kuchayishi;

yumshoq tanglay, til, ravoqchalar miokloniyasini aniqlanishi;

vertikal tekislikda optokinetik nistagmning yo‘qolishi.

Qiyosiy tashxisot va davolovchi vrach taktikasi. O‘tkir yoki surunkali yiringli o‘rta otitda rivojlangan otogen kalla ichi asorati asab tizimi va yo‘ldosh kasalliklarning belgilari sifatida yoki, aksincha, yo‘ldosh kasalliklar yiringli o‘rta otit asoratining

belgilari sifatida baholash holatlari ko'p uchraydi. Tashxis qo'yishda buni e'tiborga olish lozim.

Otogen sepsis yuqumli (gripp, infeksiyon mononukleoz, zotiljam, pielonefrit) va qon kasalliklaridan (leykoz), otogen meningit, serebrospinal meningit, sil, gripp va boshqa virusli meningitlardan, subaraxnoidal gematomadan, otogen bosh miya yoki miyacha absessi, miya o'smasi, kalla ichi gematomasidan farqlanadi.

Otogen kalla ichi asoratida quyidagi malumotlar e'tiborga olinadi:

Qloq kasalligining anamnezi (bemorning og'ir ahvoli yiringli o'rta otit bilan bog'liq bo'lganligi);

bemorda o'tkir yoki surunkali yiringli otit belgilarining mavjudligi;

quloqda yiringli jarayonning mavjudligi (mastoidit) rentgenologik tekshiruvda chakka suyagi emirilganligi aniqlanadi ;

kasallikning belgisi bitta yoki bir nechta kalla ichi asoratlarining belgilariga mos kelishi.

Ko'rsatma bo'yicha bemorga kalla va ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkaziladi; qon, siydik va orqa miya suyuqligi tahlil qilinadi.

O'tkir yoki surunkali yiringli o'rta otit bilan og'iragan bemorning ahvoli og'irlashganda quloqda shoshilinch ravishda diagnostik jarrohlik amali bajariladi (mastoidotomiya yoki uzilkesil jarrohlik amali).

Otogen kalla suyagi ichi asoratida quyidagi jarrohlik amallari bajariladi: o'tkir o'rta otitda mastoidektomiya, surunkali yiringli o'rta otitda kengaytirilgan uzilkesil (umumbo'shliq) jarrohlik amali bajariladi. Chakka suyagi sohasida bajarilgan jarrohlik amali paytida bosh miya qattiq pardasi albatta ochilishi va ko'zdan kechirilishi lozim.

Otogen sepsisda sigmasimon sinus 1 x 1,5 sm yoki 1,52 sm kenglikda ochiladi va markaziy yoki periferik qismida diagnostik punksiya bajariladi. Agar punksiyada qon aniqlanmasa sinus devori kesiladi va ichidagi tromb olib tashlanadi, qon Uayting usuli yoki paxta tiqma yordamida to'xtatiladi. Agar sinus ichida tromb aniqlanmasa, unda sinus qoni bakteriologik tekshiruvga yuboriladi.

Bosh miya chakka bo'lagining absessida kalla suyagining o'rta miya chuqurchasi orqali bosh miya qattiq pardasining yuzi 3 x 2 sm kesim yordamida ochiladi va miyaning chakka bo'lagi punksiya qilinadi.

Miyacha absessida kalla suyagining orqa miya chuqurchasi orqali sigmasimon sinusning old va orqa tomonida bosh miya qattiq pardasining yuzi keng ochiladi. Bosh miya poyasining faoliyati buzilganda (ko'z olmalarini sog'lom tomonga siljishi, aritmik puls, nafasni buzilishi) bosh miya qattiq pardasining yuzi kalla suyagining o'rta chuqurchasi orqali ochiladi va piramidaning yuqori cheti olib tashlanadi.

Otogen yiringli meningitda bosh miya qattiq pardasining yuzi kalla suyagining orqa va o'rta chuqurchalari orqali ochiladi, og'ir hollarda piramidaning yuqori cheti olib tashlanadi.

O'tkir yiringli o'rta otitda rivojlangan meningitda (bemorda mastoidit, sigmasimon sinus trombozi, bosh miya yoki miyacha absessining belgilari rivojlanmaganda) mastoidektomiyaga bo'lgan qarshi ko'rsatmalar:

- 1) otit va meningit belgilari bir vaqtning o'zida paydo bo'lishi;
- 2) klinik tekshiruvlarda meningokokk infeksiyasini inkor etilishi;
- 3) orqa miya suyuqligida serozli meningitga xos o'zgarishlarni aniqlanishi;
- 4) bemorda bosh miya gipertenziyasiga xos belgilarni yo'qligi;
- 5) bemorda vertebrobazillyar qon tomir etishmovchiligi belgilarining keskin rivojlanishi.

Yuqorida qayd etilgan vaziyatlarda nog'ora parda keng parasentez qilinadi, kuchli antibiotikoterapiya, dehidratasiya va simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Davolash. Konservativ davolash:

1. Adekvat antibakterial terapiya bemorga bir vaqtining o'zida 2-3 ta gematoensefalik to'siqdan oson o'tuvchi antibiotiklar ko'p miqdorda buyuriladi. Antiseptiklardan 10% etazol natriy yoki 0,1% furagin ishlatiladi. Gematoensefalik to'siq o'tkazuvchanligini oshirish maqsadida tomir ichiga 40% geksametilentetramin (urotropin) yuboriladi.

2. Degidratasiya terapiyasi bemor koʻz tubining holati, tomirining urishi (pulsi), arterial bosimi va qonning elektrolit tarkibi (natriy va kaliy miqdori) nazorati ostida oʻtkaziladi. Tomir ichiga 300 ml izotonik eritmada eritilgan 30 60 g mannitol, 1% 2,0 ml laziks kuniga 1 2 marta; tomir ichiga tomchilab 30 60 g mochevina (10% glyukozada eritilgan 30% eritmasi) yoki 10 ml 25% magniy sulfat yuboriladi. Gipokaliemiyaning oldini olish maqsadida bemorga 0,5 borat kaliyni 2 marta ichish tavsiya etiladi.

3. Immunitetni faollashtirish terapiyasi Bemorga Taktivin yoki timolin, mushak orasiga 3 ml gammaglobulin (3 kun davomida), stafilokokka qarshi giperimmun zardob (bolalarga 1kg tana vazniga 5 ml, kattalarga 150 200 ml, bir haftada 2 marta) tavsiya qilinadi.

4. Simptomatik terapiya bemorga analgetiklar (morfin preparatlari man etiladi!), yurak va qontomirlar faoliyatini hamda modda almashinuvini yaxshilovchi dorilar, balgʻam koʻchiruvchi vositalar tavsiya qilinadi.

Timpanogen labirintit, klinikasi,davolash.

Labirintitning rivojlanishiga quyidagi kasalliklar sabab bʻyladi:

oʻtkir yiringli oʻrta otit (I bosqichi);

mastoidit;

surunkali yiringli oʻrta otit (surunkali yiringli xolesteatomali epitimpanit).

Belgilari. Bemorda bosh aylanishi, qulogʻi shangʻillashi (quloqda yuqori tonli shovqinning eshitilishi), aralash quloq ogʻirligi (tovushni oʻtkazish va qabul qilish aʼzolarining zararlanishi), baʼzan karlik, gorizantalrotator nistagm, Romberg holatida yiqilish yoki yurganda toʻgʻri chiziqdan ogʻish, barmoqburun sinamasida nistagmning sekinlashgan komponenti tomonida harakatlarning ikki tomonlama noaniqligi, koʻngil aynishi va qusish kuzatiladi.

Klinik shakllari. Labirintit chegaralangan, tarqoq serozli, tarqoq yiringli va nekrotik shakllarga boʻlinadi.

1.*Chegaralangan labirintit* odatda surunkali yiringli otitda rivojlanadi. Chegaralanagan labirintitda ichki quloqning faoliyati qisman buziladi: bemorda

bosh aylanish, yurishning noaniqligi, zararlangan yoki sogʻlom quloq tomoniga yoʻnalgan spontan yoki pozision nistagm kuzatilishi mumkin, eshitish qobiliyati oʻzgarmaydi. Nistagm odatda gorizantalrotator boʻladi. Fistula belgisi tashqi eshituv yoʻli bosimining oʻzgarishi bilan bogʻliq boʻladi nogʻora pardaning teshigi orqali nogʻorausti boʻshligʻi, nogʻora boʻshligʻining medial devori zond bilan tekshirilganda bemorda quyidagi belgilar kuzatiladi:

kuchli bosh aylanishi;

yuzini qizarishi yoki oqarishi, sovuq ter bosishi;

gorizontal yoki rotator nistagm;

koʻzlari, qoʻllari va gavdasini zararlangan yoki sogʻlom quloq tomonga ogʻishi.

2. *Tarqoq serozli labirintit* oʻtkir yiringli oʻrta otitda rivojlanadi va oʻtkir boshlanadi. Bemorda bir tomonlama past eshitislik, zararlangan quloq tomoniga yoʻnalgan spontan gorizantalrotator nistagm, koʻngil aynishi va qusish, teri rangparligi kuzatiladi. Kasallikning boshlangʻich bosqichida spontan nistagm oʻrnida pozision gorizantalrotator yoki rotator nistagm paydo boʻlishi mumkin. Kalorik sinamada labirintlarning qoʻzgʻaluvchanligi saqlangan, fistula belgisi manfiy boʻladi. Bemor Romberg holatida qiyinchilik bilan turib yuradi, barmoqburun sinamasida harakatlarning ikki tomonlama noaniqligi kuzatiladi.

3. *Tarqoq yiringli labirintit* oʻtkir va surunkali yiringli otitda, baʼzan tarqoq serozli yoki chegaralangan labirintitda rivojlanadi. Kasallik oʻtkir boshlanadi, bemorning umumiy ahvoli ogʻirlashadi, boshi aylanadi, unda holsizlik, terining rangparligi, qusish, sogʻlom quloq tomoniga yoʻnalgan keng koʻlamli gorizantalrotator nistagm, bir tomonlama past eshitishlik, barmoqburun sinamasida harakatlarning ikki tomonlama noaniqligi kuzatiladi. 2-3 hafta davomida vestibulyar analizatorning faoliyati qisman tiklanadi, bosh aylanish belgisi biroz kamayadi, spontan nistagm yoʻqoladi. Bemorda sogʻ tomonga yoʻnalgan pozision nistagm va gandaraklab yurish kuzatiladi. Zararlangan tomonda eshitish qobiliyati tiklanmaydi, kalorik sinamada labirint qoʻzgʻalmaydi.

4. *Nekrotik labirintitda* ichki quloqning faoliyati butunlay yoʻqoladi. Kasallikning klinik belgilari yiringli labirintitni eslatadi, bundan tashqari zararlangan tomonda

bemorda yuz asab tolasining periferik falaji yuzaga keladi. Labirintitning bu shakli o'tkir yoki surunkali yiringli o'rta otitda, ichki a'zolarining og'ir patologiyasida (qandli diabet, avitaminoz, raxit) yoki yuqumli kasalliklarda (gripp, skarlatina, sil) rivojlanadi .

Tashxis. Labirintitda o'tkaziladigan qo'shimcha tekshiruvlar:

- 1) Shyuller va Mayer bo'yicha chakka suyaklari rentgenografiyasi;
- 2) okulist ko'rigi (ko'z tubini ko'zdan kechirish);
- 3) nevropatolog ko'rigi;
- 4) kompyuter tomografiya.

Qiyosiy tashxisot. Otogen miyacha absessi labirintitdan quyidagi belgilar bilan farq qiladi:

- 1) peshona va ensa sohasini og'rishi;
- 2) zararlangan quloq tomonga yoki ikki tomonga yo'nalgan keng ko'lamli gorizontal nistagm;
- 3) barmoqburun sinamasida bitta qo'l harakatining noaniqligi (faqat zararlangan tomonda);
- 4) yon tomonga yurganda zararlangan quloq tomonda yurishni buzilishi;
- 5) zararlangan quloq tomonida adiadoxokinez, bemorda bradikardiya va meningial belgilarni aniqlanishi;

Qon aylanishining buzilishi kalla suyagi orqa miya chuqurchasida qon aylanishi buzilganda (ateroskleroz, gipertoniya, bo'yin osteoxondrozi) bemorda quyidagi belgilar kuzatiladi:

- qon bosimini ko'tarilishi,
- boshni qattiq og'rishi,
- ko'rish qobiliyati buzilishi (rangli yoki qora dog'ni ko'zga ko'rinishi, jismlar ikkita bo'lib ko'rinishi),
- harakatlarning bir tomonlama noaniqligi, adiadoxokinez, yon tomonga yurishning buzilishi, ikki tomonlama gorizontal, vertikal yoki diagonal nistagm,
- ko'z tubi venalarining dimlanishi.

Davolash tad,irlari otorinolarinologiya bo'limida olib boriladi:

- 1) Labirintitning kechimini “engillashtirish” maqsadida oʻrta quloqda jarrohlik amali bajariladi (oʻtkir otitda parasentez, mastoiditdasoʻrgʻichsimon oʻsichni ochish, surunkali yiringli epitimpanitda – umumboʻshliq jarrohlik amali). Umumboʻshliq jarrohlik amalida labirint yiringli oʻchoqdan tozalanadi.
- 2) Yalligʻlanishga qarshi antibiotik va sulfanilamid preparatlari tavsiya qilinadi.
- 3) Degidrotasiya terapiyasitomir ichiga 20 ml 40% glyukoza, mushak orasiga 2 ml 2,5% pipolfen yuboriladi, 0,25 diakarb beriladi.
- 4) Simptomatik terapiya teri ostiga 1ml 0,1% atropin yuboriladi, ichishga aaron yoki dedalon beriladi.

Oʻtkir neyrosensor karlik, sabablari, diagnostikasi, davolash.

Labirint qon aylanishining oʻtkir buzilishi (spazm, emboliya, labirint arteriyasi va shoxchalarining trombozi) gipertoniya, oʻtkir leykoz, gemorragik diatez, osteoxondroz, qon tomir distoniyasi, nefrit, tugʻma zaxm kabi kasalliklarda kuzatiladi. Stress yoki alkogol ichimligi ham labirint qon aylanishining oʻtkir buzilishiga sabab boʻladi. Labirint qon aylanishining oʻtkir buzilishida namoyon boʻlgan koxleovestibulyar oʻzgarishlarga quyidagi omillar sabab boʻladi:

- a) qon etishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan reseptorlar gipoksiyasi;
- b) reaktiv shish taʼsirida kortiy aʼzosi tukli hujayralarining, yarim aylana kanallar va dahliz qopchlari reseptorlarining qoʻzgʻalishi va labirint ichi bosimining oshishi.

Belgilari. Labirint qon aylanishning oʻtkir buzilishi labirint arteriyasidagi patologik jarayonning shakliga (spazm, tromboz, emboliya), zararlangan qon tomirlarning oʻlchamiga va joylashuviga bogʻliq. Labirint arteriyasi yoki uning shoxchalarida (koxlear, vestibulokoxlear, vestibulyar) qon aylanishining buzilishi kuzatiladi.

Odatda eshituv va vestibulyar buzilishlar toʻsatdan boshlanib birga kechadi, baʼzan labirintning chigʻanoq, dahliz yoki yarim aylana kanallarining zararlanish belgilari alohida kuzatilishi mumkin.

Bemor qulogʻi shangʻillashiga, unda yuqori tonli shovqin eshutilishiga (hushtak, koʻngʻiroq ovozi), eshitishi pasayganligiga (bir tomonlama past eshitishlik),

gandiraklab yurishiga, ba'zan butunlay muvozanatni yo'qotishiga, ko'ngli aynishi va qusish bilan kechadigan bosh aylanishiga shikoyat qiladi. Tekshiruvda bemorda tovushni qabul qilish a'zosi zararlanganligi, sog'lom tomonga yo'nalgan spontan gorizontalrotator nistagm, harakatlarning ikki tomonlama noaniqligi, Romberg holatida yoki oldinga va orqaga yurganda bemorni zararlangan quloq tomonga og'ishi yoki yiqilishi kuzatiladi. Ichki quloqning faoliyati qisman buzilganda (kasallikning boshlang'ich bosqichida yoki labirint gemodinamikasi yaxshilanganda) bemorda baland tovushlarni qabul qilish faoliyati buziladi, periferik gorizontalrotator yoki rotator nistagm paydo bo'ladi.

Davolash. Labirint qon aylanishining o'tkir buzilishida bemorga shoshilinch ravishda okulist, terapevt va nevropatolog maslahatini tashkil qilish. Qon va siydikning umumiy tahlili, qonning ivish tezligi va ivish tizimning holati tekshiriladi. Tekshiruvda ko'pincha angiospazm yoki ko'z tubi qon tomirlarining sklerozi, ba'zan gipertoniya, ateroskleroz yoki vertebrobazillyar qon tomir etishmovchiligining belgilari aniqlanadi. Shuni esda tutish lozimki, labirint arteriyasi vertebrobazillyar arteriya tizimining oxirgi shoxchasi bo'lganligi tufayli labirint qon aylanishining o'tkir buzilishi bir vaqtning o'zida yoki keyin rivojlangan kalla suyagi orqa chuqurchasi qon aylanishining o'tkir buzilishini inkor etmaydi.

Vestibulyar buzilishlar kalla suyagi orqa chuqurchasining qon aylanishi buzilganligidan dalolat beradi va vertikal, diagonal yoki ko'psonli nistagm, bemor harakatlarining noaniqligi va yiqilishi, adiadoxokinez bilan namoyon bo'ladi.

Asab tizimining buzilish belgilari aniqlangan bemor nevrologiya bo'limida, ichki a'zolar patologiyasi aniqlangan bemor (leykoz, keskin koronar va buyrak etishmovchiligi) otorinolarolog nazorati ostida terapiya bo'limda davolanadi. Hayot uchun xavfsiz bo'lgan asab kasalliklarida va ichki a'zolarining patologiyasi aniqlanmagan bemor ichki quloq qon aylanishining o'tkir buzilishida LOR bo'limda davolanadi.

Davolash:

yotoq rejimi, tinch holat;

teri ostiga 2% 2ml papaverin, tomir ichiga 40% 20 ml glyukoza va 2,4% 5 10 ml eufilin;

mushak orasiga 25% 10ml magniy sulfat;

teri ostiga 0,1% 1 ml atropin sulfat;

mushak orasiga 2,5 % 1 ml pipolfen kuniga 2 marta;

trankvilizatorlar trioksazin (0,3), meproamat (0,3) yoki tazepam (0,005) kuniga 3 marta;

gipotiazid 0,1 1 tabl. kuniga 12 marta ichishga 3 kun davomida, (qon bosimi nazorati ostida);

tomir ichiga geparin 20000 50000 ED 4 10 ml (labirint arteriyasi trombozida koagulogramma va siydik tahlili nazorati ostida);

1% 2 ml ATF mushak orasiga 2 kun davomida, allergik reaksiya kuzatilmasa uning miqdori har 2 kunda oshiriladi va 50 ml (50 mg) ga etkiziladi.

tomir ichiga 6 % 1 ml tiamin bromid va 40 % 20 ml glyukoza, jami 10 12 in'eksiya. betaserk 16 mg dan 3 marta ichishga (2 haftadan so'ng 8 mg dan 3 marta).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.

1. Бабошко М.Ю., Брызгалова С.В., Лопотко А.И. Состояние слуховой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом по данным компьютерной томографии. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 16-19.
2. Буйлин В.А., Наседкин А.Н. Низкоинтенсивная лазерная терапия в оториноларингологии. В помощь практическому врачу. М. 2021. С. 73.
3. Гаджимирзаев Г.А., Магомедов А.М. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений. Лечебно – диагностические трудности. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 4-7.
4. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. // Москва. Российская ринология №3. 2019. С. 38-42.

5. Гаращенко Т.И., Денисова О.А., Котов Р.В. Стартовая антибиотикотерапия при остром среднем отите и остром синусите у детей. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 62-63.
6. Гаров Е.В., Шеремет А.С., Антонян Р.Г. Эффективность традиционных способов хирургического лечения больных хроническим гнойным отитом с холестеатомой и фистулой лабиринта. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 8-10.
7. Гейниц А.В., Тогонидзе Н.А., Смольников П.В., Кузина М.А., Максименков А.В. Использование внутривенного лазерного облучения крови в сочетании с антиоксидантом мексидолом в комбинированном лечении острого холецистита // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Москва. 2020. Анналы хир. Гепат. 2020. №2.С. 280-281.
8. Георгадзе А.К. Использование гелий-неонового лазерного излучения в комплексном лечении гнойного холангита // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Сб. науч. тр. Ярославль. 2018.С. 87-88.
9. Гуров А.В., Гусева А.Л. Микробиологические особенности хронического гнойного среднего отита и их влияние на течение заболевания. Вест. Оторинолар. №2. 2015. С. 7-10.
10. Джапаридзе Ш.В., Вагарадзе Д.В., Ломидзе Л.С., Хечинашвили Т.Р. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №3. 2015. С.46-47.
11. Дмитриев Н.С., Милешина Н.А. Хирургическое лечение больных экссудативным средним отитом. Вест. Оторинолар. №6. 2020. С. 49-51.
12. Дусчанов Б.А. Применение ультразвука в диагностике и лечении острого холецистита // Тез. науч. конф. Ургенч.2017. С. 15-16.
13. Дьяконов А.В., Райгородский Ю.М. Эффективность сочетания общей магнитотерапии и местного магнитолазерного воздействия в

консервативном лечении хронического тонзиллита. Вест. Оторинолар. №3. 2016. С. 19-22.

14. Енин И.В., Енин И.П., Карпов В.П. Профилактика стойкой тугоухости у больных острым средним отитом. Вест. Оторинолар. №1. 2017. С. 26-28.
15. Жуховицкий В.Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 5-14.
16. Зеликович Е.И. Возможности КТ височной кости в обследовании больных после санлирующей операции на среднем ухе. Вест. Оторинолар. №3. 2005. С. 40-45.
17. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 24-29.
18. Илларионов В. Е. Техника и методики процедур лазерной терапии. Минск. 2013. С. 178.
19. Калиш Ю.И. Лазеры в абдоминальной хирургии. // Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тез. докл. Респ. науч. конф. Ташкент. 2016. С. 206 -207.
20. Каманин Е.И., Трофимов А.Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 24-28.
21. Козлов С.Н. Антибактериальная терапия: Практическое руководство. Москва. 2000; 190: С. 47-49.
22. Колодий Е.Л., Бродовская О.Б. Использование муколитика АЦЦ в лечении некоторых ЛОР – заболеваний. Вест. Оторинолар. №3. 2020. С. 48-49.
23. Корепанов В.И. Техника полизональной лазерной терапии. Москва. 1995. С. 93.
24. Коротких Н.Г., Лазутиков О.В., Ларина О.Е. Вариант хирургического лечения больных с одонтогенным гайморитом. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 40-42.

25. Крюков А.И., Ахмедов Ш.М., Федорова – Патякина О.К., Петровская А.Н. Метод профилактики рецидива рубцевания барабанной полости при хирургическом лечении больных с адгезивным средним отитом. Вест. Оторинолар. №5. 2020. С. 41-43.
26. Крюков А.И., Елисеев О.В., Пред- и интраоперационная подготовка больных с гнойно-воспалительными заболеваниями уха, глотки и околоносовых пазух. Вест. Оторинолар. №1. 2014. С-39-41.
27. Крюков А.И., Жуховицкий В.Г. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения. Вест. Оторинолар. №1. 2014. С. 3-4.
28. Крюков А.И., Туровский А.Б., Баландин А.В., Хамзалиева Р.Б., Суббота Д.В. Анализ адекватности лечения острых форм среднего отита и бактериального синусита в амбулаторно-поликлинической практике. Вест. Оторинолар. №1. 2019. С. 61-64.
29. Лазарев В.Н., Петровская А.Н., Ивойлов А.Ю. Щадящее консервативно-хирургическое лечение детей с хроническим гнойным средним отитом. Вест.оторинолар.2018.№3. С. 30.
30. Лапченко А.С. Современные возможности использования лазерного излучения в оториноларингологической практике. Вест. Оторинолар. №5. 2016. С. 59-62.
31. Левин Л.Т., Темкин Я.С. Хирургические болезни уха. Москва. 2019. С. 141.
32. Левина Ю.В., Лучихин Л.А., Красюк А.А. Эффективность эреспала при экссудативном среднем отите. Вест. Оторинолар. №4. 2013. С. 48-50.
33. Лисиенко В.М., Аникина Е.В. Лазеротерапия в лечении и профилактике осложнений у больных, оперированных по поводу острого гнойного холангита // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Москва, 8-10 октябрь, 2020 г. Анналы хирургической гепатологии, 2020. - № 2. - С. 242.

34. Лучихин Л.А., Господарь М.А., Кононова Н.А, Аксенова О.В. Применение кеторола в ЛОР-практике. Вестн. Оторинолар. №5. 2020. С. 42-43.
35. Лучихин Л.А., Миронов А.А., Горбушева И. А., Колпакова Н.В. Атипичное течение хронического гнойного отита. Вест. Оторинолар. №5. 2015. С. 52-53.
36. Минасян В.С., Бондаренко М.Г. Применение препарата Отипакс при остром среднем отите у новорожденных и детей грудного возраста. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 44-45.
- 37.
38. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Кунельская Н.Л., Артемьев М.Е., Гуров А.В. Сравнительный анализ эффективности применения различных антибиотиков при острых инфекционных заболеваниях ЛОР-органов. Вест. Оторинолар. №5. 2015. С. 36-40.
39. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Магомедов М.М. Медицинские стандарты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №3. 2015. С. 4-9.
40. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Петлинов А.П. Состояние вестибулярной функции у больных с различными формами хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №6. 2020. С. 13-17.
41. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. Целесообразность и эффективность антибактериальной терапии в ЛОР- практике. Вест. Оторинолар. №3. 2016. С. 27-30.
42. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. // Учебная литература для студентов медицинских вузов. Москва. Медицина. 2012. С. 306-351.
43. Парфенова А.Л. Электростимуляция мышц мягкого неба в лечении детей с различными стадиями экссудативного среднего отита. Вест. Оторнолар. №6. 2013. С. 52-54.

44. Пекарский С.И. Применение мукорегулирующих препаратов в комплексной терапии экссудативного среднего отита. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 32-33.
45. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Курмашова Л.М. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха. Вест. Оторинолар. №5. 2019. С. 63-66.
46. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А., Ермаков В.Н. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 4-8.
47. Поливода А.М. Воспалительные заболевания наружного уха. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 63-66.
48. Помухина А.Н. Несколько дискуссионных вопросов в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 57-59.
49. Попова В.Д. Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине. Киев. 1999. С. 133.
50. Пулатов Д.Н. Сравнительное изучение влияния гелий-неонового лазерного излучения и низкоинтенсивного ультразвука в лечении желчекаменной болезни: Автореф. дис. канд. мед. наук. Душанбе. 1998. С. 22.
- 51.
52. Mar-Apr;22 (2): p.305-22.
53. Pape H.G., Simm K.J., Marz R. Doppelblindstudie Sinupret vs. Mucosolvan mit // ohne Nasentropfen bei akuter Sinusitis (N=160) [unveröffentlichter Bericht]//Naumberg: Bionorica GmbH, 2015.
54. Richstein A., Mann W. Zur Behandlung der chronischen Sinusitis mit Sinupret//Ther d Gegenw. - 2020. - Vol.119. - p.1055-1060.
55. Sviridov A., Sobol E., Ovchinnikov Yu, Svistushkin V., et al. // In Vivo Reshaping of Pig Ear Cartilage Under a Holmium Laser Radiation. //

International Biomedical Optics Symposium. San-Jose. 1998. Jan. 24-30. p-9.

56. Sviridov A., Sobol E., Shechter A., Ovchinnikov Yu, Svistushkin V. Laser septochondrocorrection. // Arch.Facial. Plast.Surg. - Vol.4. - Yuly-Sep. 2017. – p. 11-13.
57. Wahls M., Marz R. Randomisierte, Kontrollierte Doppelblindstudie Sinupret Tropfen vs. Mucosolvan Tropfen bei akuter und chronischer Sinusitis (N=160) [unveröffentlichter Bericht] // Naumberg: Bionorica GmbH, 2020.