

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ШЕРНАЗАРОВ ОТАМУРОД НОРМУРОДОВИЧ

**ҲИҚИЛДОҚ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ**

Тошкент – 2024

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Фан-таълим ва инновациялар
бошқармаси бошлиғи, т.ф.д., профессор
_____Ў.С.Исмаилов
“_____” _____ 2024 й.

**ҲИҚИЛДОҚ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ**

(МОНОГРАФИЯ)

Тошкент – 2024

Тузувчилар:

Шерназаров О.Н. - Тошкент давлат стоматология институти
оториноларингология кафедраси ассистенти, PhD

Такризчилар:

Шамсиев Д.Ф. - Тошкент давлат стоматология институти
оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д.,
профессор

Эргашев У.М. - Республика ихтисослаштирилган
оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари
илмий-амалий тиббиёт маркази даволаш ишлари
бўйича директор ўринбосари, т.ф.н., доцент

Монографияда ҳиқилдоқ паралитик стенозлари бўлган беморларда паралитик стенознинг этиологияси, патогенези, замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари таҳлил қилиниб, ушбу беморларда ташхислаш ва даволашнинг алгоритми ишлаб чиқилди ҳамда шифокорлар учун тавсиялар берилган.

Ушбу монография оториноларингология мутахассислиги бўйича магистр, клиник ординатор ва шифокорлар учун мўлжалланган.

ТДСИ Илмий Кенгашида (баённома №_____20____й.) кўриб
чиқилган ва тасдиқланган.

**ТДСИ Илмий котиби,
т.ф.д., профессор**

Юлдашев А.А.

Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати

ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЎЮЧСВ	Ўпканинг юқори частотали сунъий вентиляцияси
ЎТС	Ўпканинг тириклик сифими
ЎСВ	Ўпканинг сунъий вентиляцияси
ТВИ	Тана вазни индекси
ЯС	Яшаш сифати
МФВ	Максимал фонация вақти
БЛХТ ₂₅	Бир лаҳзали ҳажм тезлиги 25% мажбурий ҳаётӣ қувват
МНЧХ1	Мажбурий нафас чиқариш ҳажми 1 сонияда
САК	Саломатликнинг ақлий компоненти
НЧЭЮХТ	Нафас чиқаришнинг энг юқори ҳажмий тезлиги
ХСПС	Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози
ХЧПС	Ҳиқилдоқнинг чандиқли паралитик стенози
ХС	Ҳиқилдоқ стенози
ЎХТ	Ўртача ҳажмий тезлик
ТС	Трахеостома
ТНФ	Ташқи нафас функцияси
МХҚ	Мажбурий ҳаётӣ қобилият
СЖК	Саломатликнинг жисмоний компоненти
СРК	Саломатликнинг рухий компоненти
АТЧ	Асосий тон частотаси
ҚБ	Қалқонсимон без

КИРИШ

Дунёда ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенозлари нисбатан кам учрайдиган касаллик бўлиб, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози барча ЛОР-аъзолари касалликларининг 7,7% ни ташкил қилади».

Жаҳонда ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози ва унинг клиник хусусиятларини, касалликнинг турли шаклларида клиник-функционал ва инструментал тадқиқот натижалари таҳлилинини, беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш, яъни экстраларенгиал хордектомия ва латерофиксациядан фойдаланиш самарадорлигини ўрганиш даволаш тактикасини ишлаб чиқиш ва олдини олишга қаратилган чоратадбирлар самарадорлигини баҳолашга қаратилган илмий тадқиқотлар алоҳида аҳамият касб этади.

I БОБ

ҲИҚИЛДОҚ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

§1.1. Ҳиқилдоқ паралитик стенозини этиопатогенези

Касалликнинг келиб чиқишини бир неча сабаблари бор булардан биринчи навбатда энг кўп учрайдигани қалқонсимон безда ўтқизиладиган жарроҳлик амалиёти хисобланади. Бундан ташқари травмалар куйишлар совуқ уруши тешиб киручви йиртилувчи дароҳатлар узок муддатли суний ўпка вентилиясияси.

§1.2. Ҳиқилдоқ паралитик стенозини ташхислаш усуллари

Ягона терминологиянинг мавжуд эмаслиги адабиётни таҳлил қилишни мураккаблаштиради, чунки “овоз бурмалари ҳаракатсизлиги” (vocal folds immobility), овоз бурмалари ҳаракатининг бузилиши (vocal folds motion impairment) ва псевдоларингеал фалажлик (pseudolaryngeal paralysis) атамалари - этиологияси ҳар доим аниқ бўлмайди. Фалажликни таърифлаш учун фақат “paralysis” атамасини қўллаш, “vocal folds palsy” (фалаж, овоз бурмаларининг қаттиқлиги) иборасидан фойдаланмаслик керак дейишган. [67, 69, 113].

Ҳозирги вақтда чўмичсимон тоғайнинг силжишини тавсифловчи кўп ишларда “subluxation” атамаси қўлланилмоқда [190, 152].

Олд subluxation орқа subluxationга нисбатан кўп учрайди, статистикага кўра ўнг томон чап томонга кўра кўп шикастланади. Ларингоскопнинг травматик ўрнатилиши кўпинча олдинга силжишга олиб келади, интубацион найчанинг узуксимон-чўмичсимон бўғим соҳасига босими ва манжети тўлиқ тушмаган экстубация эса чўмичсимон бўғимнинг орқа оғишига олиб келади. Орқа subluxation клиник жиҳатдан тоғайни орқа латерал йўналишда силжиши ва чўмичсимон бўғимнинг интакт томонга нисбатан кўтарилиши билан

тавсифланади; олдинги subluxation да тоғай соғлом томонга нисбатан пастрок жойлашиб, олдинга ва медиалга силжийди [159, 194].

Узуксимон-чўмичсимон бўғим ҳаракатчанлиги бузилишининг кам ҳолларда бўлиши мумкин сабаби бу чўмичсимон тоғай овоз ўсимтасининг йиртилиши бўлиб, бу кўпинча ҳиқилдоқнинг ташқи ёки ички жароҳатланиши натижаси ҳисобланади. Одатда йиртилиш ўсимтанинг эмбрионал бирикмаси соҳасида ва чўмичсимон тоғай танасида содир бўлади [159, 190]. Текширувда клиник жиҳатдан, овоз бурмалари ҳаракатчанлиги чекланиши, унинг осилиб қолиши ва шикастланган томонда овоз ўсимтасининг олдинга чиқиб кетиши аниқланади.

ЎСВ даги беморларда 73% ҳолларда ҳиқилдоқ соҳасида интубация билан боғлиқ патологик ўзгаришлар аниқланди [92]. Узоқ муддатли ЎСВ дан ташқари, чандиқ ҳосил бўлишига травматик интубация, кўплаб реинтубация ва интубация найчасининг ноқулай ўлчами сабаб бўлиши мумкин [103].

Ушбу патологик ҳолатни касалхонагача бўлган даврда ҳар доим ҳам аниқ фарқлаш мумкин бўлмайди ва шунинг учун ҳам кўпинча орқа комиссура соҳасидаги чандиқли ўзгаришлар фалажлик ниқоби остида рўй беради [5, 6].

Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ПЧС нинг юқори аниқликдаги компьютер томографияси унинг анкилозига ташхис қўйиш учун ишлатилиши мумкин. Бироқ, ушбу турдаги текширув дифференциал диагностиканинг кенг тарқалган усулларига кирмайди. ПЧС-нинг бўғим ичи бўшлиғи баландлигининг аниқланган ўзгариши анкилоз мавжудлигини тасдиқлаш ёки рад этиш ва ҳиқилдоқ ҳаракатининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган бошқа сабабларнинг мавжудлигини аниқлик билан истисно қилиш учун етарли даражада имкон бермайди.

§1.3. Касалликни консерватив ва жарроҳлик даволаш босқичлари.

Ушбу усуллар билан бир қаторда, 1968 йилда лазер ёки коагулятор ишлатмасдан амалга ошириладиган бир томонлама субмукоз хордаритеноидэктомия усули ишлаб чиқилган. Усулнинг моҳияти эндоскопик

йўл билан овоз бурмаси ва чўмичсимон тоғай танаси субмукоз олиб ташланган [132].

Чўмичсимон тоғайни операция объекти сифатида ишлатишни давом эттириш билан бирга, аспирацияни олдини олиш, овозни максимал даражада сақлаб қолиш усуллари излаш борасида эндоскопик лазер медиал парциал аритеноидэктомия қилишни таклиф қилинган [88]. Медиал парциал аритеноидэктомия усули бугунги кунда ҳам қўлланилмоқда.

Қалқонсимон-чўмичсимон мушакнинг узунасига кесилгандан сўнг, овоз бурмаларини перпендикуляр кесиш латерал томондан бажарилади. Овоз мушаклари олд, орқа ва ён томонга ажралиб, товуш ёриғи катталашиши таъминланди [95, 128, 140].

Тавсия этилган усул овоз бурмаларининг олдинги қисмига таъсир этмайди ва чўмичсимон тоғай танаси сақланади [13, 95]. Усулнинг афзаллиги - нафас йўллари етарли даражада катталашади ва ижтимоий мақбул овоз сақланиб қолади [114, 118, 177, 186]. Етилиш жараёнида резекция жойида ҳосил бўлган чандиқ соғлом тўқималар томонидан сиқиб чиқарилиб, юзага силжиб чиқади ва аксарият ҳолларда ташқи томондан овоз бурмаларини эслатиб, аввалги ҳолатини эгаллаши мумкин. Шунга қарамай, ҳосил бўлган чандиқ тўқимаси фалажланган овоз бурмасига қараганда қаттиқроқ бўлади [132]. Чандиқнинг қаттиқлиги нафас олиш пайтида овоз бурмасининг ўрта чизиққа “клапанли” силжишини олдини олади, бу операция қилинган беморларда нафас олишни яхшилайти [18, 47, 52]. Резекция усулларида жарроҳлик амалидан кейинги даврда нафас олиш функциясининг ёмонлашиши кўпинча бурманинг етарли бўлмаган латерализацияси, жарроҳлик жойида чандиқли ўзгаришлар, гранулемалар шаклланиши, шунингдек бемор тана вазнининг ошиши билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин, бу эса ўз навбатида нафас сиқишини келтириб чиқаради [6].

Тарихий нуқтаи назардан, товуш ёриғини катталаштириш учун ўтказиладиган иккита жарроҳлик техникасини бирлаштирган эндоскопик жарроҳлик амаллари (резекция ва чокли латерализация) “оддий” чокли-

латерализация усулларига қараганда олдин таклиф қилинган. Шу сабабли, чокли-латерализация моноусул сифатида қўлланиладиган техникани кўриб чиқишдан олдин улар ҳақида гапириш ўринли бўлади.

1979 йилда биринчи марта экстра-эндоларингеал ёндашув билан чоли-латерализация таклиф қилинган. Таклиф этилган усул комбинацияланган (резекция-латерализация) ҳисобланади, т. thyroarytenoideus қисмини олиб ташлашдан иборат эди.

Лазер парциал аритеноидэктомия усулини чокли латерализация билан биргаликда таклиф ҳам қилинган. Шундан сўнг, игна олиб ташланади ва у яна ҳиқилдоқ ичига қайта киритилади, энди бу сафар у овоз бурмаси устида жойлашиши керак. Қисқичлар ёрдамида ассистент ипнинг учини игна орқали ичкаридан ташқарига йўналтиради. Натижада, чўмичсимон тоғай қисмининг резекция қилинган соҳасига овоз бурмасини латерал фиксация қиладиган тикув илмоғи ҳосил бўлади. Ипнинг учлари тугмага маҳкамланади. Ип 7-14 кундан кейин олинади. Муаллифнинг таъкидлашича, бундай операциялар 50 нафарда беморда ўтказилган ва 90% ҳолларда муваффақиятли натижага эришилган [67].

Паралитик ларингеал стенозда шошилишч ёрдам усули сифатида трахеотомия қилмасдан, наркоз остида овоз бурмасининг чокли латерализациясини субмукоз аритеноидэктомия билан биргаликда муваффақиятли қўлланганлиги ҳақида маълумот ҳам берилган.

Чокли-латерализация жарроҳлик усуллари гуруҳига тўқималарни резекция қилмасдан тикув ипларини тортиш ҳисобига ҳиқилдоқ ички тузилмаларининг латерал силжишига асосланган жарроҳлик усуллари киради [52]. “Оддий” экстра-эндоларингеал чокли-латерализация усули биринчи марта 1982 йилда таклиф этилган.

Хорижий олимлар бир гуруҳ беморларда Ejnell ва Lichtenberger анъанавий техникага нисбатан товуш ёриғини катталаштиради [122].

Бошқа тадқиқотларда боларда туғма ҳиқилдоқ паралични йўқотиш учун озроқ вақтга тикиш латерализациясини қўллаш тажрибасини тақдим этади.

Жарроҳлик аралашувини ўтказиш учун 9 та ҳолатдан 7 тасида олдиндан трахеотомия қилинди. Тўрт ҳолатда, бир томонлама латерофиксация етарли бўлди. Учта бемор қарама-қарши томондан латерофиксацияга муҳтож бўлди. Иккита беморда латерофиксация самарасиз бўлганлиги сабабли битта ҳолатда аритеноидэктомия, иккинчи ҳолатда хордэктомия билан ўтказилди. Барча беморларда 6 ҳафтадан сўнг чоклар олиб ташланди [146].

Чокли латерализациянинг анъанавий услубидан фойдаланиб, операциядан кейинги биринчи кундан кейин чокларнинг кечиктирилган фиксациясини қўллаш ҳам таклиф қилинган. Чоклар фиксацияси беморнинг ҳис-туйғуларига эътибор қаратиб ўрнатилди, улар жарроҳ томонидан тикилганида нафас олиш ва овоз функцияларининг етарлилигини мустақил равишда баҳолашди.

Шунга қарамай, бугунги кунда тавсия этилган усуллар муваффақиятли қўлланилмоқда, аммо улар резекция усуллари каби кенг тарқалмаган.

Тажриба ҳайвонларида (отлар, чўчқалар) бу соҳада маълум ютуқларга эришилди. Натижалар от югуриш йўлагиди бўлганида юкламали синовларда фиброларингоскопия қилиш орқали баҳоланди. Бошқа тадқиқотда чўчқа ҳиқилдоғида функционал электр стимуляциясини муваффақиятли амалга ошириш тўғрисида маълумот беради ва ҳиқилдоқни нейропротезлашнинг узок муддатли натижаларини ўрганиб чиқиб, бир гуруҳ одамлар устида тажрибалар ўтказишни режалаштирмоқда [156, 157]. Фонацияга халақит бермайдиган нафас билан фаоллаштирилган электродларни ишлаб чиқиш истиқболли ҳисобланади [156,190].

§1.4. Шу касаллик билан оғриган беморларни реабилитация қилиш

Ижтимоий реабилитация беморни жамиятнинг тўлақонли аъзоси мақомига қайтариш учун қулай яшаш шароитларини яратиш, унга ҳаракатланиш воситалари ва имкониятини, моддий турмуш шароитларини ва маданий ва жамоавий ҳаётдан баҳраманд бўлишга имкон берадиган техник воситаларни тақдим этиш орқали амалга оширишга қаратилган. Касбий реабилитация жароҳат олган ёки касал бўлган одамни ишлашга қайтаришга,

унга ишлай оладиган касбни беришга ёки қайта тайёрлаш учун имконият яратишга қаратилган [19].

Овоз бурмаларининг ҳаракатчанлиги пайдо бўлгандан кейинги дастлабки даврда тиббий реабилитациянинг биринчи босқичи, шу жумладан дорили терапия (шишга қарши, нейротроп ва бошқалар) ўтказилиши керак; физиотерапевтик даво.

Трахеостома қўйилган беморларга трахеостома канали парвариши амалга оширилади.

Одатда қўшимча қўйилган канюла кунига камида бир марта ўзгартирилиши керак. Бу беморнинг нафас йўлларига инфекция тушиш хавфини камайтиради. Қўшимча ва асосий канюлаларга қандай ишлов беришга оид аниқ кўрсатмалар мавжуд эмас, аммо бу соҳадаги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, оқадиган сувда оддий ювиш воситалари билан ювиш зарарсизлантириш учун етарли.

Хорижий олимлар ўз тадқиқотларида 19 нафар беморда узок вақт тақишга чидамлилигини ўрганиб чиқилди. Натижаларига кўра, 3 ойлик фойдаланишдан сўнг барча трахеостомия найчаларида (силикон, ПВХ ва полиуретан) материаллар юзасида емирилиш аломатлари борлиги аниқланди.

Ҳаммасидан ҳам металл канюлалар синишга мойил, камроқ миқдорда полимер канюлаларнинг синиши учрайди.

Ўқилдоқ паралиitik стенозидан азият чекадиган беморларнинг сони ҳар йили кўпайиб бормоқда, уларнинг 30-40%да канюла мавжуддир [27, 26]. Субкомпенсацияланган стенозли кўп беморлар узок вақт давомида сурункали гипоксия ҳолатида бўлиб, психологик жиҳатдан трахеотомия ўтказишдан бош тортадилар.

Трахеотомия қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини таҳлил қилиб, узок муддатли канюла ташувчиликнинг хусусиятларига бағишланган тадқиқотларда канюлярларнинг ҳаёт сифатини баҳолаб, канюлани қўйилган шахсларда, одатда,

II БОБ

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

§2.1. Беморларнинг умумий тавсифи

Тадқиқот Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасида ўтказилди.

Юқорида қўйилган мақсад ва вазифаларни бажариш мақсадида тадқиқотга 100 та шу касаллик билан касалланган 18 ёшдан 75 ёшгача бўлган беморлар олинди. Беморлар Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасида стационар даво олиб, тегишли равишда консерватив ёки жарроҳлик амали олиш мақсадида даволаниб чиқишди. Барча беморлар ўз хоҳиши билан тадқиқотга қатнашишга розилик билдиришди (2.1-расм).



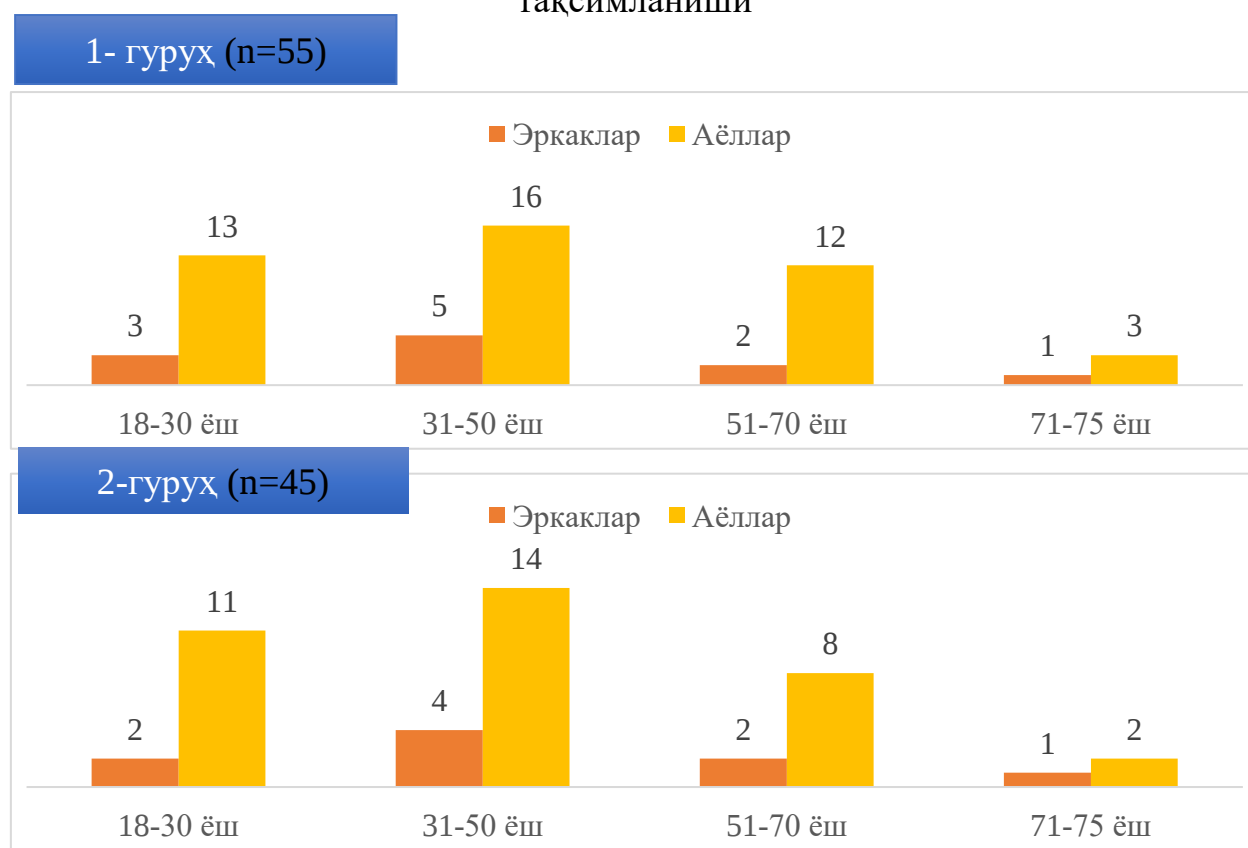
2.1-расм. Тадқиқотга жалб қилинган беморлар гуруҳи

Беморларни ёш ва жинс бўйича таҳлил қилинганда, Жаҳон соҳлиқни сақлаш ташкилотининг ёш бўйича классификациясидан фойдаланилди, унга кўра 18-30 ёшдаги иккала гуруҳ беморларнинг 24 нафари (24%) аёл ва 5 нафари (5%) эркак, 31-50 ёшдаги беморларнинг 30 нафари (30%) аёл ва 9

нафари (9%) эркак, 51-70 ёшдаги беморларнинг 20 нафари (20%) аёл ва 4 нафари (4%) эркак, 71 ёшдан катта беморларнинг 5 нафари (5%) аёл ва 2 нафари (2%) эркак бўлганлиги аниқланди. Умумий қилиб айтганда, ҳиқилдоқнинг паралитик стенози бўлган беморларнинг асосий қисми 31-50 ёшда бўлиб, меҳнат қилиш ёшидаги беморлар ҳисобланади. Уларнинг асосий қисмини ҳам аёллар ташкил қилади. Бу касалликнинг этиологияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг жинс ва ёш бўйича

тақсимланиши



2.2-расм. 1-гуруҳ ва 2-гуруҳнинг жинс ва ёш бўйича тақсимланиши

100 та беморнинг 55 нафарида (55%) сурункали канюля ташувчанлик бўлиб, трахеостома ташувчанлик 1 ойдан бошлаб 10 йил давом этиши мумкин. Касаллик сабаблари орасида қалқонсимон без (ҚБ) жарроҳлик амаллари устунлик қилди - 93 нафар (93%) ҳолат, бош ва бўйин жароҳати 2 нафар (2%)

беморда, 1 нафар (1%) беморда паралитик стеноз ўпканинг узок муддатли сунъий вентилляцияси (ЎСВ) билан изоҳланди, идтопатик (сабаби аниқланмаган) 2 нафар (2%) беморда, шунингдек 2 нафар (2%) беморда автохалокатдан сўнг паралич юзага келди. Ҳақиқатда сурункали паралитик стенози келиб чиқишига кўра беморлар тақсимотининг батафсил тавсифи 2-жадвалда келтирилган.

Беморлар тақсимоти (n=100)



2.3-расм. Ҳақиқатда паралитик стенози келиб чиқишига кўра беморлар тақсимоти

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, касаллик келиб чиқиши этиологик сабаблари орасида қалқонсимон безда ўтказилган жарроҳлик амаллари устунлик қилди - 93 та (93%); кам ҳолатларда бош ва бўйин жароҳати 2 та (2%), ҳолатда учради. Кўп ҳолларда қалқонсимон безда ўтказилган жарроҳлик амали натижасида ҳақиқатда қайтувчи асаб толаси узилиши кузатилмади, аксинча жарроҳлик амали ўтказилгандан 1-2 ой кейин овоз бойламлари парези юзага келди ва паралитик стеноз ривожланди. Бу жараён ўтказилган жарроҳлик амалидан кейинги чандиқланиш сабабли бўлиши мумкин ва шу

жараёнга қайтувчи асаб толасининг ҳам қўшилиши сабаб бўлган бўлиши мумкин.

Ҳақиқатда сурункали паралитик стенозида касалликнинг давомийлиги, ўтказилган жарроҳлик амаллари сони ва ундан кейинги канюля ташувчанлик муҳим аҳамият касб этади. Касаллик ривожланишининг ўртача давомийлиги 2 йилни ташкил этди. Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг 55 тасига (55%) канюля қўйилган. Канюля қўйилган ўртача муддатнинг давомийлиги 12 ойга тенг бўлди.

Тадқиқотга бир томонлама паралитик стенози, ҳақиқатда қандайдир торайиши, систем ва соматик касалликлар, буйрак ва жигар оғир касалликлари бўлган беморлар жалб қилинмади.

§2.2. Беморларни клиник текшириш усуллари

Беморларни текшириш анъанавий оториноларингологик (олдинги риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, билвосита ларингоскопия) текширув, шунингдек жарроҳлик амалидан олдин ва кейинги даврда эндоскопик усуллар ёрдамида ҳақиқатда қўришдан иборат бўлди. Бир неча функцияларни баҳоладик ташқи нафас функцияси, овоз функцияси, трахеостомадан ажралаётган ажралмани микробиологик текшириш ва яшаш сифати.



2.4-расм. Шу касаллик билан беморларни текшириш алгоритми

Беморларни текшириш умумклиник текширув ва ички органларнинг ишини текшириш, шунингдек, ҳиқилдоқ, трахея ва пастки нафас йўлларининг махсус текширувини ўз ичига олади. Бундан ташқари, биз ушбу ишнинг вазифаларини ҳал қилиш учун зарур бўлган тадқиқот турларини ўтказдик.

Беморларнинг умумклиник текширувига гемограмма, сийдик таҳлиллари, қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари ва қон плазмасидаги электролитлар даражасини ўрганиш кирди. Кўрсатмаларга кўра, ички органларнинг (буйраклар, жигар) ултратовуш текшируви ўтказилди. Барча беморларда электрокардиография ва ўпка рентгенографияси ўтказилди.

Клиник материални олиш мақсадли равишда, консерватив терапия ёки ҳиқилдоқ ва трахеяда чекланган миқдордаги жарроҳлик ва микрохирургик жарроҳлик амалларни ўтказиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда ўтказилди.

Махсус тадқиқот усуллари ҳиқилдоқ ва трахеянинг шикастланиш шаклини аниқлашга, бу органлар дисфункциясининг даражасини аниқлашга ва нафас йўлларининг ларинготрахеал бўлими патологияси билан боғлиқ асоратларни аниқлашга қаратилди. Бундан ташқари, бошқа ЛОР органлари: ҳалқум, бурун ва қулоқ ҳолатига эътибор қаратилди.

Махсус текширув маълум бир кетма-кетликда ўтказилди. Бемор қабул қилинганда, анамнез ва шикоятлар аниқланди. Қулоқ, бурун, ҳалқумнинг эндоскопияси, ҳиқилдоқнинг билвосита текшируви ўтказилди, объектив кўриқда трахеостома ёки ларингостоманинг ҳолати ва тузилишига (агар мавжуд бўлса) эътибор қаратилди. Ҳиқилдоқ ёки трахеостома орқали нафас олишнинг бузилиш даражаси, ютиш пайтида ҳиқилдоқнинг ўтказиш функцияси баҳоланди. Бемор билан мулоқотда овознинг мавжудлиги ёки йўқлиги, унинг сифати ва нутқни шакллантириш механизмига эътибор берилди.

Оториноларингологик текширув. Бемор ЛОР-аъзолари одатдагидек текшириб кўрилди, шу жумладан билвосита ларингоскопия ўтказилди. Билвосита ларингоскопия ва гипофарингоскопия билан бир қаторда, иложи

борича трахеостома орқали трахеоскопия ва ретроград ларингоскопия ўтказилди.

§2.3. Беморларни инструментал текшириш усуллари

Ҳиқилдоқнинг эндоскопик текшируви “OUMAN OM-822Б, OM-822С, OM-826А,” (JIANGSU, CHINA) эндоскопик видеокомплекс ёрдамида фиброларингоскопия усулида амалга оширилди. Видеога олиш ва маълумотларни сақлаш учун қурилмалар сифатида видеориноларингоскоп (“OUMAN OM-822С”) ишлатилди (1-расм). Текширув операциядан олдин ва операциядан кейинги даврда ўтказилди.

2.5-расм. Эндоскопик асбоб ва анжомлар



Текширув оғиз бўшлиғи орқали бажарилади, томоққа 10%ли лидокаин сепилади сўнг тилини доқа салфетка билан ушланади ва эндоскоп билан кўрилади.

Текширилганда ҳиқилдоқ шиллиқ қавати ҳолатига эътибор берамиз, овоз бурмалари ҳаракатини кўрамыз, чандиқ ва ўсмали ўзгариш борлиги кўрилади ҳамда нафас олиш йўллари субъектив баҳоланди. Изланиш натижалари таҳлиллар учун видео ёзиб олинади.

Канюласи бор беморларда ҳиқилдоқни трахеяни ҳолатини тўлиқроқ баҳолаш мақсадида ҳиқилдоқни эндоскопик текшириш учун ушбу тадқиқот

доирасида сурункали канюла мавжудларда эндоскопик текшириш алгоритми ўтказилди. Ушбу текширув усули ҳиқилдоқни трахеяни кўп босқичли торайиши борлигини аниқлаш, канюласи бор бўлганлар реабилитация қилиш даражаларини баҳолаш, даволаш усуллари ишлаб чиқиш, ҳамда деканюляция қилишни ҳал қилишга имкон беради. Канюлани вақтинча ёки доимий олиб ташлашни талаб қиладиган барча усуллар, канюлани хавфсиз олиб ташлаш ва агар керак бўлса, канюлани яна ўрнатиш учун техник жиҳатдан мумкин бўлган ҳолларда қайта қўйилади. Яхши бўлиши учун, тавсия этилган алгоритмнинг баъзи босқичлари бемор “столда ётган” ҳолатида, трахеостома каналига кўзгу киритиш билан амалга оширилди. Агар бирон бир қадамни бажариш имконсиз бўлса, кейинги босқичга ўтиш амалга оширилди.

1 қадам. Эндоскопик текширувни ўтказишда эндоскоп халқумнинг орқа деворигача киритилди ва трахеостомик канюла орқали кўрилди хирургик кесишнинг мақсадга мувофиқлиги баҳоланди.

2 қадам. Трахеостомик канюлани чиқариб эндоскоп остида амалга оширилади, шундан кейин нафас йўли стома даражасида баҳоланади.

3 қадам. Канюла оқар сувда ювилди ва дез эритмага солинди. Кейин канюла трахеяга қайта киритилди.

4 қадам. Трахеостома найча олиб ташлангандан сўнг унинг дистал соҳаси текширилди.

5 қадам. Канюла олиб ташланганда трахеостома орқали ҳиқилдоқнинг бурма ости қисми ретроград текширувдан ўтказилди.

Эндоскопик функционал тестлар. Эндоскоп билан ҳиқилдоқни текширув ўтказганда, овоз бурмалари ҳаракати бузилишини турли сабаблари солиштирма диагностикаси муҳим бўлган функционал тестларни ўтказилди. Кўз олмаларига босилганда ларингоспазмни йўқотиш имконини беради. Кўз косасини босганда кўрув нерви узунчоқ мия марказлари орқали адашган нерв билвосита стимулланади, бу эса ўз навбатида юрак уриш тезлигини камайиши, қон босимини пасайиши, нафас олиш ўзгариши ҳиқилдоқ мушаклари

бўшашиши юзага келади. Ларингоспазм юз берганда, ўтказаётган тест вақтида ҳиқилдоқ мушаклари бўшашади, товуш ёриғи асл кўринишини кўрсатади. Нафасни ушлаб туриш, маълум даражада, овоз бурмалари ҳаракатчанлигининг фонестения каби функционал бузилишларини олдиндан солиштириш диагностика қилиш имконини беради.

Чуқур нафас олгандан сўнг, нафас ушлаб туриш сўралади. Тестни тўғри эканлигини беморларга сувга шўнғийдиган вазиятни тасаввур қилишлари сўралади ва шу билан овоз бурмаларининг тўлиқ ёпилишига эришилади. Ҳаракатчанликда сақланиб қолинганда, (паралич, парез) синов пайтида овоз бурмалари ёпилади, агар ҳиқилдоқ иннервацияси бузилган бўлса, бу содир бўлмайди. Узуксимон-чўмичсимон тоғайлар кесишмасида ҳиқилдоқни палпация қилиш чўмичсимон тоғай танаси ва узуксимон тоғай бирикиш нуқтасида пассив ҳаракатчанлик баҳолашга имконини беради ва маълум даражада дифференциал диагностик натижани тўлдиради. Тест қуйидаги тарзда амалга оширилади: ҳиқилдоқ эндоскопик текширувини ўтказиб, тасвирни мониторда кўрилади. Текширувчи ҳиқилдоқни ён ўзгаришларни ва узуксимон-чўмичсимон тоғайни палпация қилади. Узуксимон-чўмичсимон тоғайда кам ҳаракатчанлик бўлмаган ҳолларда, ҳаракатчанлик анкилоз ёки орқа комиссура соҳасидаги чандиқли ўзгаришлар натижасида чекланган деб тахмин қилиш мумкин.

Тестларнинг функционал субъективлиги ва овоз бурмаларининг ҳаракатчанлигини чеклаш учун бир нечта сабаблар мавжуд шунини ҳисобга олган ҳолда операциядан олдинги босқичда ҳар доим ҳам касаллик моҳиятини ишончли тарзда аниқлаш имкони бўлмайди. Бироқ, ушбу тестлар клиник манзара шакллантиришда маълум бир патологик жараённинг устунлиги тўғрисидаги тасаввурни тўлиқроқ шакллантиришга ёрдам беради

Компьютер томография. Спирал компьютер томография 3-4-авлод Xpeed ва Asteion (Toshiba, Япония) компьютер томография сканерларида амалга оширилди. Ҳиқилдоқ ва трахея тузилмаларини аниқ тасвирини олиш қулай жисмоний ва техник сканерлаш шароитларини танлаш, беморни тўғри

жойлаштириш ва КТ натижаларини таҳлил қилиш учун махсус усуллардан фойдаланиш орқали эришилди. Радиация ишлаб чиқариш кучланиши 120-125 кВ, сканерлаш босқичи 2 мм, томографик “бўлак” қалинлиги 1 мм. Беморнинг ҳолати чалқанчасига ётган ҳолда бўлади. Компютер томографияси маълумотлари торайиш майдонининг узунлигини, ҳалқум ва трахеянинг ҳолатини, қалқонсимон без, кўкрак қафаси, чандикли деформацияда шунга ўхшаш анатомик тузилмаларнинг мавжудлигини баҳолашга имкон берди.

Ташқи нафас функциясини текшириш. Ташқи нафас функциясини текшириш “Диамант” (Санкт-Петербург, Россия) спирографида олиб борилди ва оқим-ҳажм ҳалқаси баҳоланди. Ташқи нафас функциясини текшириш жарроҳлик амалидан олдин, шунингдек жарроҳлик амалидан кейинги узоқ муддатли даврда амалга оширилди. Агар беморда узоқ муддатли канюла бўлса, унда ташқи нафас функциясини текшириш фақат канюлани вақтинча хавфсиз олиб ташлаш ва трахеостомани окклюзион ёпишқоқ бойлам билан беркитиш имкони бўлган тақдирда ёки декануляциядан сўнг амалга оширилди.





2.6-расм. Спирография текшириш асбоб ва анжомлари, ўтказилиш усули

Текширишдан ўтказишдан олдин асбоб албатта калибрланиши керак, кейин беморга оғиз тишлари ва лаблари билан герметик равишда сиқиб, нафас олиш найчаси орқали нафас олиш сўралди. Текшириш бир нечта кетма-кетликдан иборат амалга оширилади: биринчи навбатда, бемор 2-3 марта тинч нафас олиш нафас чиқариш цикллари амалга оширади, сўнгра тадқиқотчининг буйруғи билан максимал чуқур тинч нафас олиш амалга оширилади, шундан сўнг максимал ўткир ва тўлиқ нафас чиқариш амалга оширилади. Мажбурий нафас чиқариш тугагандан сўнг, бемор найча орқали тинчгина нафас олишни давом эттириши керак (камида 2-3 марта тинч нафас олиш нафас чиқариш). Тест 3 марта такрорланади кейинроқ объектив кўрсаткичларга эришиш учун, бу эгилган эгри чизикни яратишга имкон беради, 5% дан камроқ холатда натижаларда хатолик бўлиши мумкин.

Ўтказилган илмий-тадқиқот натижалари мажбурий нафас олиш ва чиқариш пайтида ўпканинг турли хил ҳажмларида ҳаво йўлларида ҳаво оқими ҳажмининг ўзгаришини баҳолашга имкон беради. Ҳаво оқими ҳажмининг ҳалқа жадвали чизилган бўлиб, абсцисса ўқи ҳажмни литрларда, ордината ўқи эса литр/секунд ҳажмий тезликни кўрсатади.

Ташқи нафас функциясини аниқлашда қуйидаги спирографик кўрсаткичлар ҳисобга олинди: бронхиал ўтказувчанликни яхшиланиши,

шунингдек бронхиал қаршиликнинг пасайиши газ алмашинуви ва вентилляциянинг яхшиланишига олиб келади (ЭЮХТ, МНЧ1/ЎХС, БЛХТ 50, Raw - ўртача бузилишлар; МНЧ1, БЛХТ 75 - норма).

Ҳикилдоқ ва юқори трахеянинг торайиши ҳолатларида МНЧ1, ЭЮХТ, БЛХТ 25> ЭЮХТ кўрсаткичларининг пасайиши кузатилади, нафас чиқариш эгри чизиғи “плато” шаклини олади, юқори чегара (чўкки) унчалик сезилмайди ёки бўлмайди. Стеноз даражасининг оғирлигига қараб нафас олишдаги қаршилик кучаяди. Одатда, бурмалар яқин бўлганида, мажбурий нафасдан иборат бўлган маневрни бажариш амалга оширилмайди, чунки бу Бернулли эффекти туфайли уларнинг зич ёпилишига олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида нафас йўллари обтурациясига олиб келади.

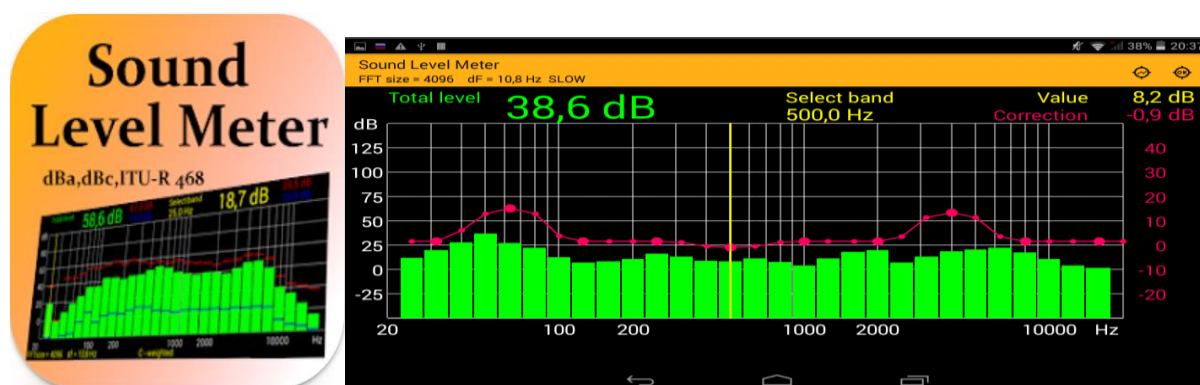
Микробиологик текшириш. Трахеостомадан ажралаётган ажралмани микробиологик текшириш ўтказиш натижаларига кўра, жарроҳлик амалиётида олдинги даврда бошланган антибактериал терапия коррекция қилинган ҳолда самарали юқори самарали антибактериал терапия қўлланилади. Ушбу текшириш Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси бактериологик лабораториясида ўтказилди.

Суртма трахеостомик канюлани алмаштираётганда трахеостома канали юзасидан олинди. Тампонни сапрофит микрофлора билан ифлосланишини мумкин олдин трахеостома атрофидаги териға антисептик ишлов берилади, кейин трахеостомик ёриқнинг четлари Киллиан кўзгуси ёрдамида кўрилганда, унинг юзасидан материал олинади. Кейин суртма ярим суюқ озиқ муҳит бўлган Эймс транспорт озиқ муҳитига фаоллашган кўмир қўшилмасидан солинди, шу озиқ муҳит таркибида озиқ моддалар кам миқдорда бўлиб, кенг спектрдаги патоген микроорганизмлар тирик сақлаб қолиш ва ташиш учун мўлжалланган. Шунингдек, Эймс муҳити ферментатив фаолликни ва бактериялар кўпайишини олдини олади. Материал олингандан сўнг бактериологик лабораторияга етказилди ва 24 соатдан 72 соатгача экспозиция билан озиқ муҳитларга (Қонли агар, тухум сариғи қўшилган-тузли агар, Сабуро муҳити, Эндо муҳити) экилади. Микроорганизмларнинг ўсган

колониялари макро- ва микроскопик ўрганилди, соф културалар Vitek 2 бактериологик анализатори (Франция) ёрдамида идентификацияланди. Соф култура ажратиб олинган, унинг антимикроб препаратларга сезгирлиги диск-диффузия усули билан аниқланди.

Овоз функциясини баҳолаш. Овоз функциясини баҳолаш Sound Level Meter лицензияланган компьютер ва телефон дастури ёрдамида текширилади, дастурий таъминот овозни ва унинг параметрларини рўйхатдан ўтказиш, таҳрирлаш ва таҳлил қилиш имконини беради.

Беморнинг овози акустик жиҳатдан мақбул шароитда кулоқ орқасидаги микрофон (АКГ-С 420 Б-ЛОСК) ёрдамида ёзилди, у бегона шовқинларни қабул қилмайди. Овоз сигналинини қайд қилиш оғзаки нутқ ва унли товушларни ёзиб олишни ўз ичига олди. Чуқур нафас олгандан сўнг, беморга узок давомли /а:/ унли товушинини одатдаги тонда ва максимал фонация ҳолатида Життер (овоз бурмалари тебранишининг частота нотурғунлиги даражаси), Схиммер (овоз бурмалари тебранишининг амплитуда нотурғунлиги даражаси), ХНР (уйғунлик), асосий тон частотасини (АТЧ) баҳолаш каби асосий акустик параметрларини аниқлаш учун талаффуз қилиш сўралди. Сўнгра динамик диапазонни аниқлаш учун /а/ товушининг энг паст ва энг юқори частотада талаффуз қилиш таклиф қилинди. Дисфония даражасини аниқлаш учун /а/, /о/, /й/, /и/ унли товушлари талаффуз қилинди. Акустик сигнал параметрларининг ишончлилигини ошириш учун бешта овоз ёзиш амалга оширилди.



2.7-расм. Sound Level Meter телефон дастури

Тадқиқот жарроҳлик амали арафасида, шунингдек ундан кейинги узок муддатда, товуш ёриғи тўлиқ шакллангандан сўнг амалга оширилди.

Беморларнинг овоз сифатини ва ҳаёт сифатини баҳолаш. Ҳақиқатда паралитик стенози билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати Health Status Survey - 36 (SF- 36) сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Баҳолаш даволанишдан олдин ва кейин ўтказилди.

Тавсия этилган сўровнома 11 та саволдан иборат бўлиб, умумий саломатлик ҳолатини баҳолашга ва унинг қуйидаги 8 та кўрсаткичини шкала бўйича тавсифлашга имкон беради: жисмоний функциялар (Physical Functioning - PF); жисмоний ҳолатга боғлиқ ролли функциялар - (Role-Physical Functioning - RP); оғриқ интенсивлиги (Bodily Pain - BP); саломатликнинг умумий ҳолати (General Health - GH); ҳаётий фаолият (Vitality - VT); ижтимоий фаолият (Social Functioning - SF); ҳиссий ҳолатга боғлиқ ролли функциялар (Role-Emotional - RE); руҳий саломатлик (Mental Health - MH).

Юқоридаги шкалалар иккита умумий кўрсаткични шакллантиради:

1. Саломатликнинг жисмоний компоненти - Physical Health (СЖК).
2. Саломатликнинг руҳий компоненти - Mental Health (СРК).

Олинган натижалар халқаро меъёрий ўртача кўрсаткичлар билан таққосланди (50 ± 10).

Олинган натижалар халқаро меъёрий ўртача кўрсаткичлар билан таққосланди (50 ± 10). Овоз сифатини баҳолаш сўровномаси ҳам овознинг функционал жисмоний ва ҳис ҳаяжон қисмини аниқ кўрсатди.

Ғ.И.Н.Ш.:		Сана:			
Ғылыми сармалықпен Үз оқуыныңға және үшінші сыныпты жабғ таратылғанға тақсирленген бақылау, үшүн		дипломатия, 0-хек қазан, 1-диплоти хек қазан, 2-бақсан, 3-диплоти хек доны, 4-хек доны			
Функционал қысым					
Менін осыған осығанға мені зиятқынға тубайтқынғалы.	0	1	2	3	4
Показки қолға осыған мені тубайтқынға қыбылға.	0	1	2	3	4
Үйді құтырғы қылау, осыған мені зиятқынға қыбылға.	0	1	2	3	4
Мені телефонға қолқалғанға қылау қойлағанға.	0	1	2	3	4
Осыған тубайтқ осыған тубайтқынға қылау қойлау.	0	1	2	3	4
Осыған тубайтқ құтырғы, құтырғыға екі қармашарымы бізін қармашарымы.	0	1	2	3	4
Осыған менімен қолға қылауға қылауға тақсирленгенге құтырғы.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға қылауға қылауға тақсирленгенге қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған тубайтқ құтырғыға қылау қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға менімен қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Жаһи					
Жымсмоний қысым					
Ғамсқанғаға қылау қылауға.	0	1	2	3	4
Ғамсқанғаға тез қылау қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған күн қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Менін осыған қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Үшүн осыған қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Менін осыған қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Мен қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Ғамсқанға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Жаһи					
Хис-хавасон қысым					
Осыған тубайтқ қылауға қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған менін осығанға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Бошқа осыған менін осығанға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға мені қылауға.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға тубайтқ мен қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған тубайтқ Үшүн менін қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған менімен тақсирленгенге қылауға мен қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған менімен тақсирленгенге қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осыған мені қылауға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Осығанға қылауға қылауға.	0	1	2	3	4
Жаһи					
Жаһи тубайтқан бағл					
Бақылау мезіні					
Бағл	Жаһи	Осығанға қылауға қылауға қылауға қылауға			
0-30	Үшүн	Осығанға қылауға қылауға қылауға қылауға			
31-60	Үшүн	Осығанға қылауға қылауға қылауға қылауға			
60-120	Отыр	Осығанға қылауға қылауға қылауға қылауға			

[illegible]

ўртасидаги муносабатлар соғлом овозлар ва энгил ва оғир дисфония учун чегара қийматларини аниқлаш учун статистик таҳлил қилинди

Шуни таъкидлаш керакки, таклиф этилган сўровномаларда рухий саломатлик рухий касаллик ривожланишининг эҳтимолий ўлчови деб ҳисоблайдиган анъанавий психиатрия модели сифатида эмас, балки Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан тавсия этилган таърифдагидек, яъни рухий саломатлик - инсон ўз салоҳиятини рўёбга чиқариши, стрессни енгиши, самарали ишлаши ва жамият ҳаётига ҳисса қўиши мумкин бўлган фаровонлик ҳолати сифатида кўриб чиқади.

§2.4. Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш

Иزلаниш натижаларини статистик қайта ишлаш учун Статистиса 6.0 (СтартСофт, АҚШ) дастурий таъминот тўпламидан фойдаланилди.

Иккала гуруҳлардан ҳам олинган натижалар бир биридан фарқлари ишончлилиги баҳоланди, Вилкоксоннинг параметрсиз Т-мезонлари ёрдамида амалга оширилди.

Мустақил гуруҳларни таққослаш Манн-Уитнинг параметрсиз У-мезони ёрдамида амалга оширилди. Таққосланган гуруҳларнинг сифат кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилигини аниқлаш χ^2 (Пирсоннинг хи-квадрати) мезони ёрдамида амалга оширилди.

Фарқ $p < 0,05$ бўлганда ишончли деб ҳисобланди.

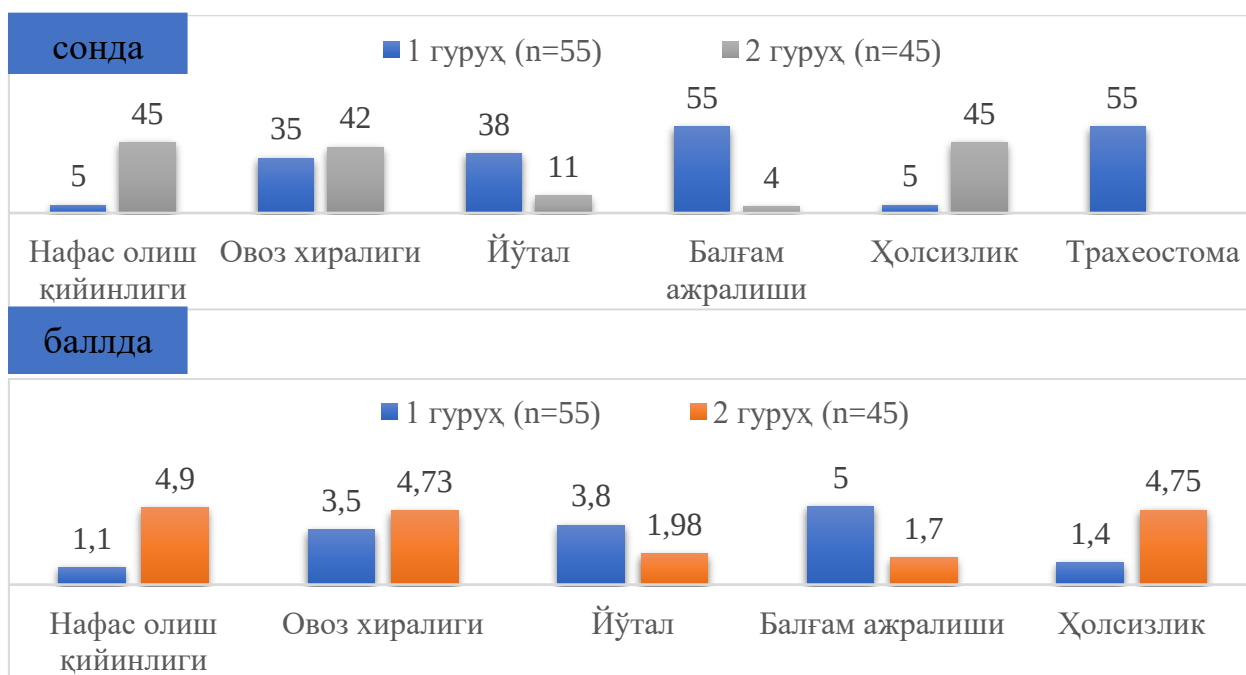
III БОБ

ҲИҚИЛДОҚ СУРУНКАЛИ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

§3.1. Клиник текширув натижалари

Изданишнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, ҳиқилдоқ паралитик стенози билан касалланган 100 нафар беморни клиник-инструментал текшириш ўтказилди.

Беморларнинг шикоятлари таҳлили ўтказилганда, беморлар асосан нафас олиш қийинлиги, овоз хиралиги, йўтал, балғам ажралиши, ҳолсизлик ва трахеостома борлигига шикоят қилишди.



3.1-расм. Беморларнинг шикояти

Ҳар бир кўрсаткич сон жиҳатдан таҳлил қилинганда, нафас олиш қийинлиги асосий гуруҳ беморларнинг 20 нафарида (50%), овоз хиралиги 77 нафарида (77%), йўтал беморларнинг 49 нафарида (49%), балғам ажралиши беморларнинг 59 нафарида (59%), ҳолсизлик беморларнинг 50 нафарида (50%) ва трахеостома борлиги беморларнинг 55 нафарида (55%) аниқланди.

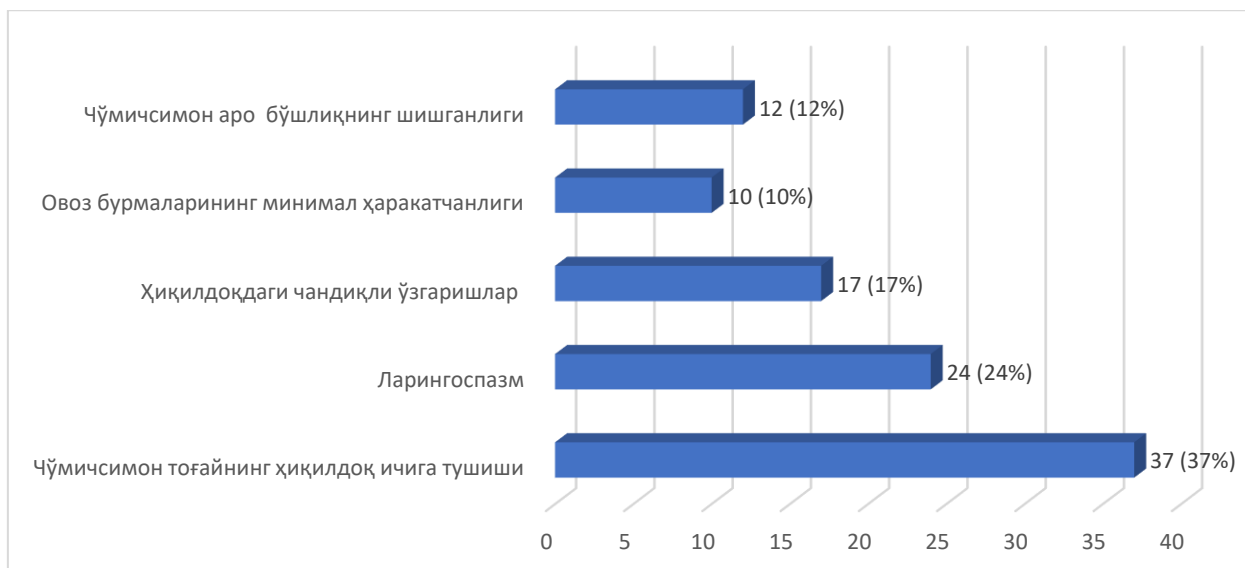
Ушбу кўрсаткичлар сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, нафас олиш қийинлиги $4,9 \pm 0,22$ баллни, овоз хиралиги $4,73 \pm 0,14$ баллни, йўтал $3,08 \pm 0,27$ баллни, балғам ажралиши $4,96 \pm 0,14$ баллни, ҳолсизлик $4,70 \pm 0,21$ баллни ва трахеостома борлиги $4,7 \pm 0,21$ баллни кўрсатди.

Беморларда эндоскопик текширув усули аниқ ташхис қўйиш имкони берадиган усуллардан бири ҳисобланади. Ушбу усул ёрдамида ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг ҳолати, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг, чўмичсимон тоғайлар ва ноксимон чуқурчаларнинг симметриклиги, овоз бойламларининг симметриклиги, ҳаракатчанлиги, овоз ёриғининг ҳолатини, трахеяни кўриш имконни беради.

Беморлардан икки томонлама овоз бойламлари параличи бўлган беморлар тадқиқотга жалб қилинганлиги сабабли эндоскопик текширувда кўпинча овоз бойламлари парамедиал ҳолатда бўлганлиги аниқланди.

Ҳиқилдоқ эндоскопик текширилганда умумий беморлар сонидан ($n=100$) 23 тасида (12,0%) чўмичсимонаро бўшлиқнинг шишганлиги аниқланди, овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги 10 та (10,0%) беморда, 37 та (37,0%) беморда чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига оғиши аниқланди, 24 та (24,0%) беморда ларингоспазм аниқланди. Интраоперацион текширув пайтида 2 та (2,0%) беморда овоз бурмаларида чандиқли ўзгаришлар аниқланди. Эндоскопик текширув натижалари гуруҳлар бўйича 3.2-расмда келтирилган.

Ҳиқилдоқ ичи кенглигини товуш ёриғи бурчагини ўлчаш натижалари аниқроқ намоён қилади. Ҳиқилдоқни эндоскопик текшириш пайтида олинган тасвирларнинг компютер таҳлиллари натижаларига кўра, жарроҳлик муолажасидан олдин овоз бурмаларининг ўртача бурчаги эктраларенгиал хордектомияда $8,4 \pm 3,4^\circ$ ни, латерофиксацияда $5,5 \pm 2,6^\circ$ ни ташкил этди. Статистик таҳлиллар давомида эктраларенгиал хордектомияда қилинган беморларда овоз бурмаларнинг бурчаги латерофиксацияда гуруҳига қараганда анча катта кенглиги аниқланди ($p \leq 0,05$).

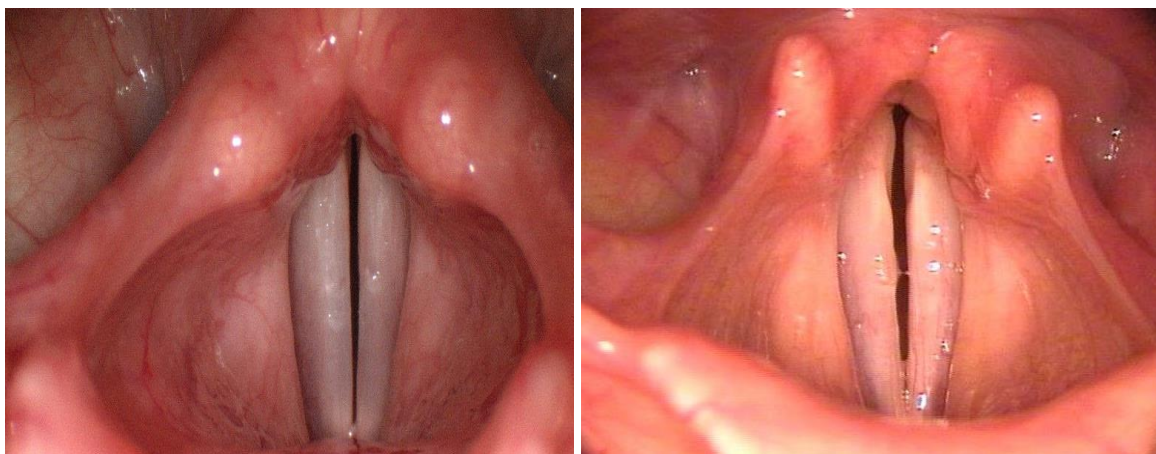


3.2-расм. Беморларнинг эндоскопик текширув натижалари

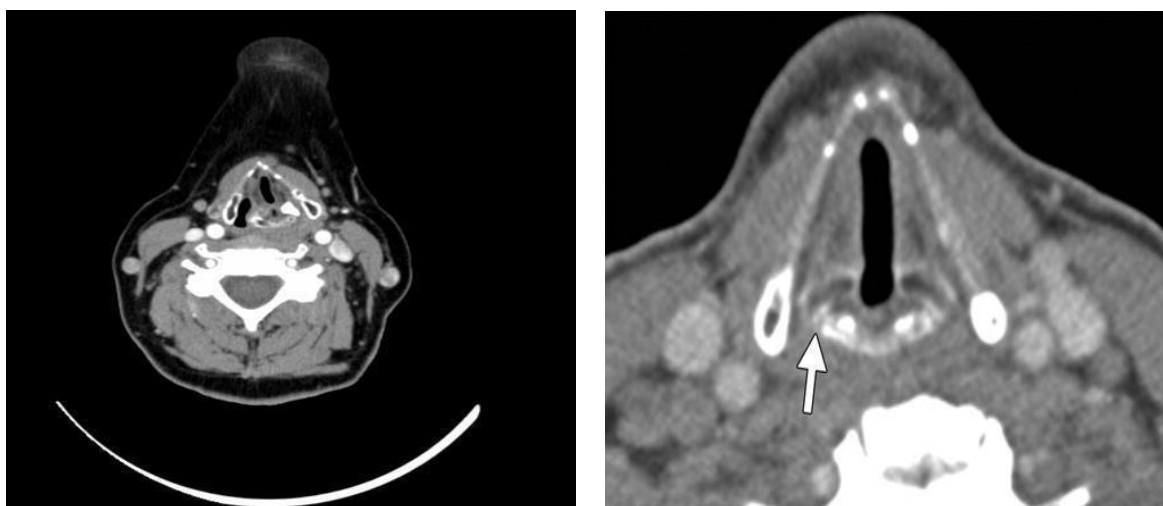
Канюласи бўлган беморлар гуруҳида трахеостомия каналини текширишда 13 та (13,0%) беморда яллиғланиш кузатилди. Ҳиқилдоқнинг бурмалар ости соҳасининг эндоскопик текширувида, эндоскопик текширувда трахеостомик канюла орқали 4 та (4,0%) беморда трахеостома соҳасида ҳар хил даражадаги грануляциялар аниқланди.



3.3-расм. Соғлом инсонда ҳиқилдоқнинг эндоскопик кўриниши



3.4-расм. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда ҳиқилдоқнинг эндоскопик кўриниши



3.5-расм. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда МРТ текшируви натижалари

Беморларнинг 55 (55%) нафарида трахеостома бўлганлиги сабабли шу стома орқали ҳиқилдоқнинг микрофлораси микробиологик текширув ёрдамида ўрганилди.

Шуни таъкидлаш керакки, нафас йўллариининг ҳиқилдоқ-трахея ва бронх-ўпка бўлимларининг клиник намоён бўлган яллиғланиш жараёни кузатилди ва бўйин ичи бўш органларининг асосий турғун шикастланиши билан бирга кечди. Биламизки, юқори ва пастки нафас йўллари бактериал инфекцияси кўп жиҳатдан беморни даволаш босқичи давомийлигини

белгилайди ва қатор ҳолларда реконструктив жарроҳлик амалининг функционал натижасига салбий таъсир кўрсатади.



3.3-расм. Беморларнинг микробиологик текширув натижалари

Беморларда ҳиқилдоқнинг микробиологик текширувида энг кўп аниқланган микрофлора сифатида *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans* учради (56,7% ва 46,7% мос равишда).

Баъзи ҳолларда қолган микрофлора ҳам ўсганлиги аниқланди. Жумладан, *Staphylococcus epidermidis* 20% ҳолларда, *Pseudomonas aeruginosa* 16,7% ҳолларда, кам ҳолларда *Escherichia coli* 10% ҳолларда, *Klebsiella pneumonia* 6,7% ҳолларда ва *Proteus mirabilis* 6,7% ҳолларда ўсди.

Нафас йўлларида кўпинча пиоген кокklar (стафилококklar ва стрептококklar) учради, уларнинг улуши ўртача 49,7%ни ташкил қилади. Бироқ турли этиологик гуруҳларда пиоген кокklarнинг ўсиш частотаси жуда кенг диапазонда, яъни 31,5% дан 100% гача бўлди.

Ўсиш частотаси бўйича иккинчи ўринни ҳар хил турлари аэроб грамманфий флора (ичак таёқчаси, псевдомонадалар ва протей) эгаллайди, буларнинг миқдори ўртача 29,1%ни ташкил этди. Реанимация чора-

тадбирлари (42,6%) асоратлари ва ўсмаларни даволаш асоратлари (34,4%) бўлган беморларда грамманфий флора (айникса, псевдомонадали инфекция) ўсиш частотаси юқорили эътиборни тортади. Кўриниб турибдики, нафас олиш йўллариغا хос бўлмаган ушбу жуда агрессив аэроб флора турларининг пайдо бўлиши асосий касаллик туфайли организмнинг умумий қаршилиги ва иммун кучларининг заифлашиши билан боғлиқ.

Шундай қилиб, ҳиқилдоқда жарроҳлик амали учун ўтказилган беморларда ҳиқилдоқ, трахеостомиянинг тери-трахеал канали ва бронхлар микробиоценози турларининг хилма-хиллиги билан ажралиб туради, бунда етакчи ролни граммуспат пиоген кокклар ва грамманфий юқори патоген *Pseudomonas*, *Proteus* авлоди вакиллари, шунингдек *E. coli* ўйнайди.

Ҳиқилдоқ ва трахеостомияда маҳаллий яллиғланиш жараёни ҳам ҳиқилдоқнинг шикастланишга, жароҳатнинг микробли таркибига боғлиқ бўлади. Ҳиқилдоқ ва трахеядаги энг кучли экссудатив-инфилтратив жараёнлар беморларда нафас йўллариининг бўйин қисмидаги очик санчилган жароҳатларда кузатилади. Ҳиқилдоқ, трахея ва бўйиннинг юмшоқ тўқималарида катта соҳада микроциркуляциянинг бузилиши, шунингдек ушбу соҳанинг шиллиқ пардалари ва териси яхлитлигининг бузилиши анаэроблар учун ғайриоддий муҳит бўлган жарроҳлик ярасига анаэробларнинг тушишига ёрдам бериши ва улардаги агрессив патоген хусусиятларнинг намоён бўлишига олиб келди.

Шундай қилиб, ҳиқилдоқнинг микробиоценози ўрганилганда трахеостома бўлган беморларда ушбу соҳадаги яллиғланишнинг кечишида аэроб микрофлодаран ташқари анаэроб, яъни ноклостридиал инфекциянинг муҳим роли мавжудлигидан далолат беради. Шунини таъкидлаш керакки, анаэробларнинг патогенлиги айникса юқори бўлган ҳолларда, шунингдек грамманфий аэроб пиоген флора билан бирга учраганда, яллиғланиш жараёни характерли симптомлари ва клиник жиҳатдан ёмон кечиши билан тавсифланди.

§3.2. Ташқи нафас функциясини текшириш натижалари

Операциядан олдинги босқичда ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш операциядан олдинги босқичда жами 100 та бемор текширилди.

3.1-жадвал

Ҳақилдоқ паралистик стенози бўлган беморларда спирометрик текширув натижалари (n=100)

Кўрсаткичлар	Меъёр	Трахеостомаси бўлган беморлар	Трахеостомаси йўқ беморлар
ЎХС, %	≥ 85	85,3 $\pm$ 5,6	55,3 $\pm$ 4,2
ЎМХС, %	≥ 80	81,8 $\pm$ 5,5	61,1 $\pm$ 5,5
МНЧ1, %	≥ 80	62,8 $\pm$ 6,7	50,4 $\pm$ 5,8
МНЧ1/ЎХС, %	≥ 87	58,1 $\pm$ 6,4	46,3 $\pm$ 5,0
ЭЮХТ, л/с	≥ 79	42,1 $\pm$ 5,1	30,1 $\pm$ 3,5*
БЛХТ50, %	≥ 65	35,8 $\pm$ 2,8	21,8 $\pm$ 2,5*
БЛХТ25, %	≥ 55	36,0 $\pm$ 4,5	23,5 $\pm$ 2,7*

Илова: * - $p < 0,05$ – назорат гуруҳига нисбатан;

Ташқи нафас олиш функциясини умумий баҳолашда қуйидаги натижалар аниқланди: МНЧ1 - 62,8% $\pm$ 6,7 (ўртача пасайиш); Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) - 58,1 $\pm$ 6,4 (шартли норма); ЭЮХТ - 42,1 $\pm$ 5,1 (ўртача пасайиш); БЛХТ₂₅ - 21,8 $\pm$ 4,5 (ўртача пасайиш). ТНФ кўрсаткичларини умумий баҳолашнинг батафсил тавсифи 3.1-жадвалда келтирилган.

Шуни таъкидлаш керакки МНЧ1 ва Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) учун хос бўлди; ЭЮХТ учун - 2 та (2,0%) одамда; БЛХТ₂₅ учун - 4 та (4,0%) одамда. Бошқа ҳолларда, турли даражадаги меъёрдан четга оғишлар қайд этилди.

1-гуруҳда операциядан олдинги текширувда ТНФ нинг ўртача кўрсаткичлари қуйидагича бўлди: МНЧ1 - 62,8 $\pm$ 6,7; Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) 68,1 $\pm$ 6,7; ЭЮХТ- 42,1 $\pm$ 5,1; БЛХТ₂₅ - 26,0 $\pm$ 4,5. Параметрик бўлмаган

Манн-Уитни U-мезони ёрдамида ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, ҳар иккала гуруҳдаги беморларда ТНФ нинг дастлабки кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар мавжуд эмас ($p > 0,05$).

§3.3. Овоз функциясини ўрганиш натижалари

Тадқиқот учун зарур бўлган вазифаларни бажара оладиган беморларда овоз параметрларини баҳолашда қуйидаги (дБ) кўрсаткич олинди.

3.2-жадвал

Ҳақиқатдоқ сурункали паралиitik стенози бўлган беморларнинг овоз функциясининг динамикаси

Гуруҳлар	Энг юқори товуш (дБ)	Энг паст товуш (дБ)	Ўртача товуш (дБ)
Трахеостомаси бўлган беморлар (n=55)	57,4±4,0	32,4±2,2*	34,2±1,2*
Трахеостомаси йўқ беморлар (n=45)	57,4±4,0	32,4±2,2*	34,2±1,2*

Консерватив даволанган беморлар операциядан олдин ўрганилган овоз функцияси дБ қийматлари аниқланди, энг юқори товуш 57,4±4,0 (дБ); энг паст товуш 32,4±2,2 (дБ); ўртача товуш 34,2±1,2 (дБ). Асосий гуруҳдаги жарроҳликдан олдин ўрганилган кўрсаткичлар қуйидагиларга тенг бўлди: қуйидаги қийматлари аниқланди энг юқори товуш 57,4±4,0 (дБ); энг паст товуш 32,4±2,2 (дБ); ўртача товуш 34,2±1,2(дБ).

Тадқиқот гуруҳлари таққосланганда жарроҳликдан олдинги босқичда консерватив ва асосий гуруҳдаги жарроҳликдан олдинги беморларда овоз функцияларининг баҳоланган кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$)

Жарроҳликдан сўнг овознинг чарчаши, товушнинг йўқолиши, турли даражадаги овознинг хириллаши шикоятлари биринчи гуруҳдаги 12 (20%) ва

иккинчи гуруҳдаги 6 (10%) беморлар томонидан қайд этилган. Улар 6 ойдан кўпроқ вақт давомида сақланган, биринчи гуруҳдаги 2 (3,3%) беморда.

Биринчи гуруҳдаги 14 (23,3%) беморда акустик тадқиқот максимал овоз частотасининг дастлабки 10% дан кўпроқ пасайишини, юқори частоталарда овоз босими даражасининг 5-10 дБ га пасайишини кўрсатди.

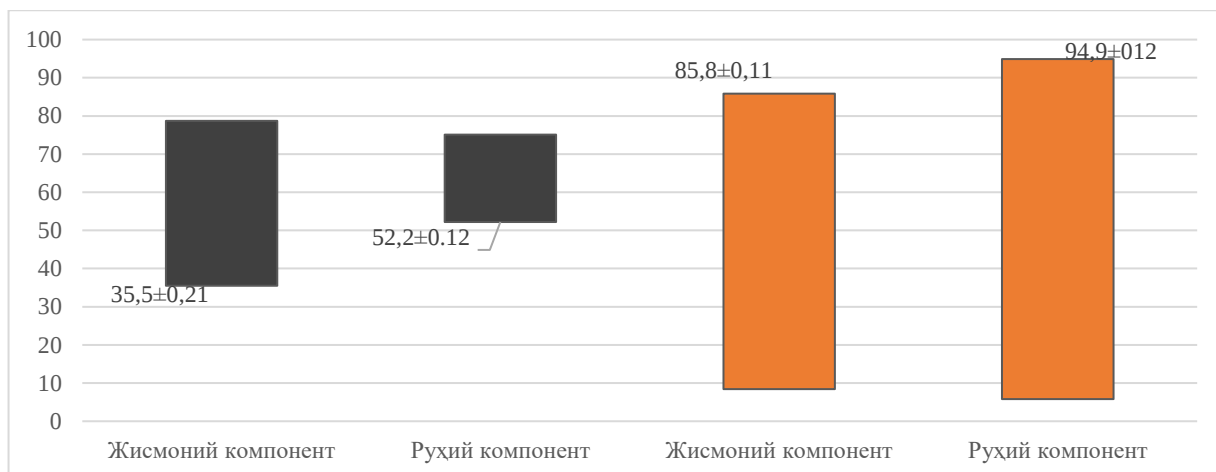
§3.4. Беморларнинг овоз сифатини ва ҳаёт сифатини баҳолаш натижалари

Иزلаниш гуруҳидаги беморлар овоз сифати ва яшаш сифати SF-36 сўровномаси билан ва овоз сифатини баҳолаш сўровномаси якуний кўрсаткичлари статистик жиҳатдан қайта ишланди:

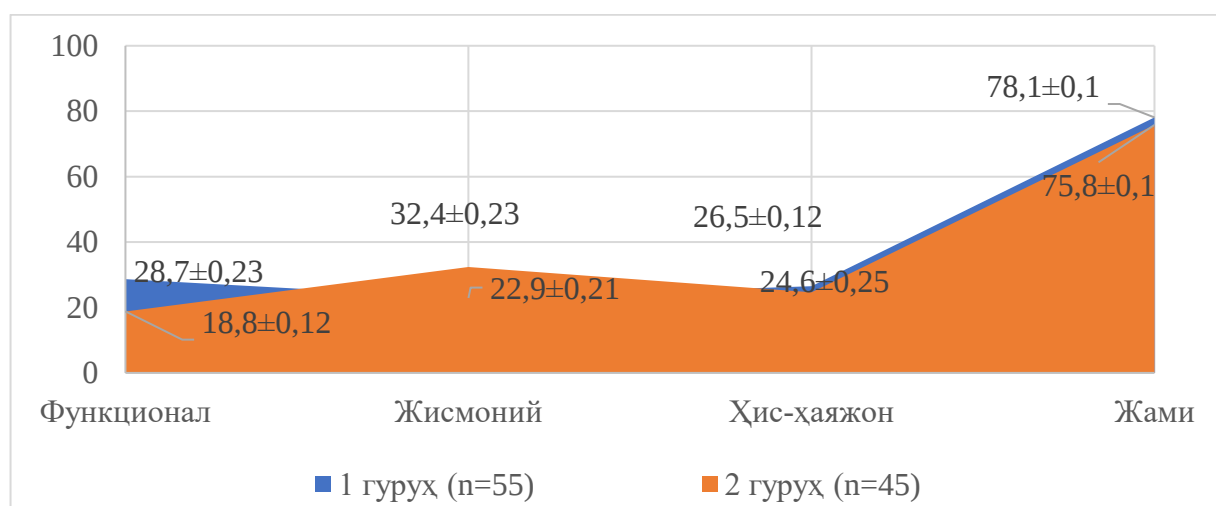
1. Саломатликнинг жисмоний компоненти - Psychical Health (СЖК);
2. Саломатликнинг руҳий компоненти - Mental Health (СРК).

Беморларда саломатликнинг жисмоний ва руҳий компонентлари куйидагича бўлди: СЖК - $78,1 \pm 0,1$; СРК - $85,8 \pm 0,12$ балл.

Беморларнинг овоз сифатининг ўзгариши телефонга ўрнатилган дастур асосида таҳлил ўтказилди. Асосан 3 кўрсаткич асосида, яъни функционал, жисмоний ва ҳис-ҳаяжон компонентлари асосида натижалар кўриб чиқилди. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, овоз сифатининг функционал компоненти $28,7 \pm 0,23$ бўлган бўлса, унинг жисмоний компоненти $22,9 \pm 0,21$ бўлган бўлганлиги аниқланди. Ҳис-ҳаяжон компоненти эса $26,5 \pm 0,12$ бўлганлиги алоҳида эътибор талаб қилади. Бу 3 компонент умумий компонент сифатида кўрсаткичлари жамланмаси $78,1 \pm 0,1$ бўлганлиги беморлар ҳаёт сифатитининг пасайганлигидан ва улар шу касалликдан жуда азият чекиши кўринмоқда.



3.4-расм. Ҳаёт сифатини SF-36 баҳолаш анкетаси



3.5-расм. Овоз сифатини баҳолаш анкетаси

Статистик таҳлиллар давомида назорат гуруҳидаги беморларда саломатликнинг жисмоний компоненти кўрсаткичи асосий гуруҳига қараганда анча юқори эканлиги аниқланди ($p = 0,033708$ да $U = 195$, $Z = -2,12$). гуруҳлардаги ($p = 0,053765$ да $U = 205$, $Z = -1,93$) руҳий саломатлик компонентининг кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқ аниқланди, аммо буни асосий гуруҳдаги руҳий саломатлик компонентининг паст кўрсаткичга йўналган тенденцияси деб баҳолаш лозим.

IV БОБ

ҲИҚИЛДОҚ СУРУНКАЛИ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТУРЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

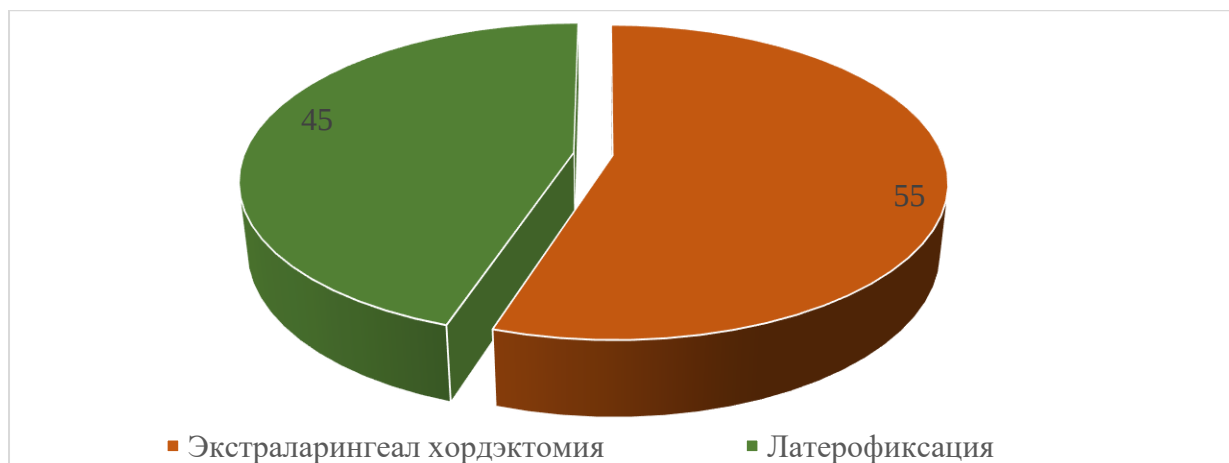
§4.1. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари самарадорлигини баҳолаш

Тадқиқотга жалб қилинган беморларни жарроҳлик амали ўтказиш мақсадида клиник-инструментал текшириш натижалари таҳлил қилинди. Беморларнинг жарроҳлик амалиётига эҳтиёжи бўлганлиги сабабли уларга тегишли равишда энг кўп ўтказиладиган 2 хил жарроҳлик амали ўтказилди.

Беморларнинг 55 нафарида экстраларингеал хордэктомия амалиёти бажарилди. Латерофиксация жарроҳлик амалиёти эса 45 нафар беморда ўтказилди.

Консерватив даволаш сифатида электростимуляция, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, электрофорез), мушак орасига прозерин дори воситасини инъекция қилиш амалиёти ўтказилди.

Муҳим ўзгаришларни аниқлаш муваффақиятли даволанган беморларнинг жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги босқичда олинган маълумотларини таққослаш орқали амалга оширилди. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг 55 нафар канюла ташувчидан 45 тасида канюла олиб ташланди. Тадқиқот охирида трахеостома 10 та беморда қолди. Шундан 7 нафар бемор силикон Т-симон орқали нафас олишни давом эттирди, қолган 3 нафар беморда ҳиқилдоқнинг узок муддатли чандикли-паралитик стенози билан оғриган беморнинг илтимосига биноан канюласиз трахеостома қолдирилди.



4.1-расм. Беморларда ўтказилган жарроҳлик даволаш усуллари

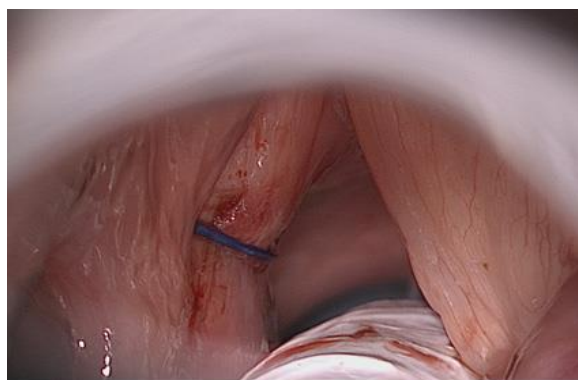
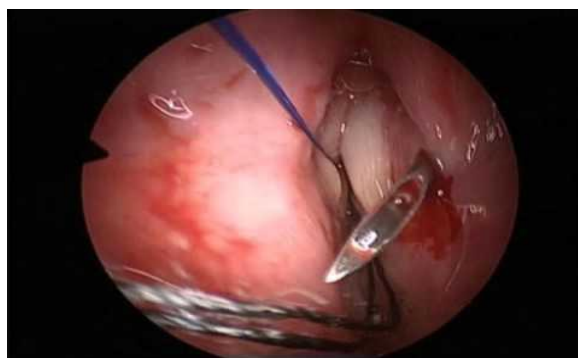
Беморларнинг 55 нафарида ўтказилган экстраларенгиал хордектомия куйидаги кетма-кетликда амалга оширилди. Умумий оғриксизлантириш остида буйин олд деворига бетедин, 96% этил спирти билан асептик ишлов берилди. Скалпел ёрдамида ўрта чизик бўйлаб тери ва тери ости ёғ тўқималари кесилди, маскит ёрдамида тўмтоқ йўл билан юмшоқ тўқималар ажратилди, трахея топилиб ялонғочланиб, трахея 2-3 халқалари ва қалқонсимон тоғай ўрта чизик бўйлаб вертикал кесилди. Овоз бойлами топилиб, кесиб олиб ташланди. Трахея терига чоклар ёрдамида тикиб турғун трахеостома ҳосил қилинди ва Т-симон трубка қўйилди. Гемостаз - қон тўхталди. Стома атрофига асептик ишлов берилади, стерил бойлам қўйилади.



4.2-расм. Экстраларингеал хордэктомия жарроҳлик амали

Қолган 45 нафар беморда эса латерофиксация амалиёти куйидаги кетма-кетликда ўтказилди. Умумий оғриксизлантириш остида буйин олд деворига

бетадин, 96% этил спирти билан асептик ишлов берилди. Скалпель ёрдамида ўрта чизик бўйлаб тери ва тери ости ёғ тўқималари кесилди, маскит ёрдамида тумтоқ йўл билан юмшок тўқималар ажратилилди, трахея топилиб ялонғочланди ва трахея 2-3 халқалари ва қалқонсимон тоғай ўрта чизик бўйлаб вертикал кесилди. Овоз бойлами топилиб, кесиб олиб ташланди. Трахея терига чоклар ёрдамида тикиб тургун трахеостома ҳосил қилинди ҳамда Т-симон трубка қўйилди ва гемостаз қилинди. Стома атрофига асептик ишлов берилди, стерил бойлам қўйилди.

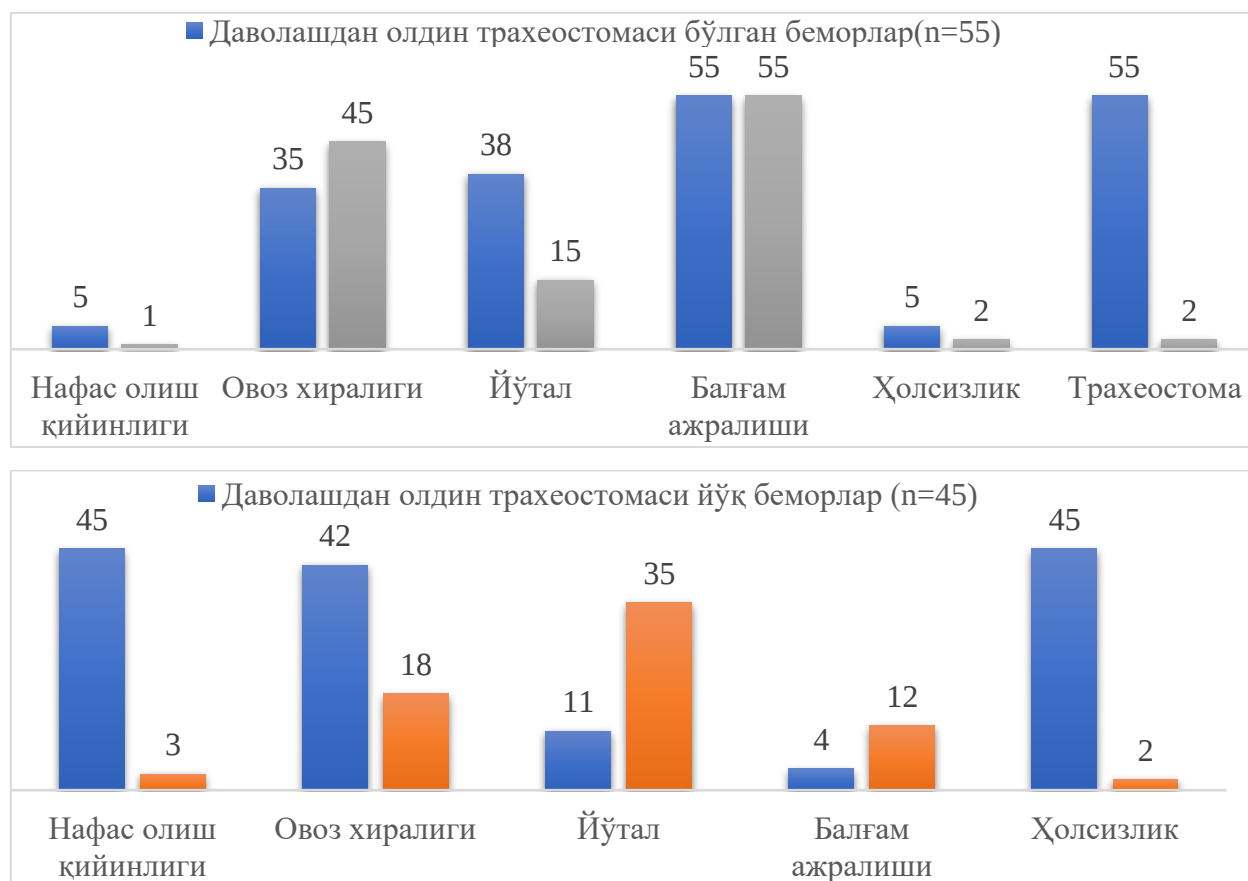


4.3-расм. Латерофиксация жарроҳлик амали

Барча ўтказилган жарроҳлик амаллари мобайнида эрта асоратлар кузатилмади. Барча беморлар умумий оғриқсизлантиришни яхши ўтказишди.

Жарроҳлик амалидан кейинги дастлабки даврда барча беморлар енгил диета, аниқ гуруҳ антибактериал терапия, маҳаллий яллиғланишга қарши ингаляцион терапия, антирефлюкс терапия, шунингдек зарурият бўлганда ностероид яллиғланишга қарши аналгетикларни қабул қилишди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда ҳиқилдоқни эндоскопик текшириш ҳар куни, узоқ муддатдан сўнг эса беморнинг ҳар бир ташрифида ўтказилди. Жарроҳликдан кейинги 5 кундан кейин реактив аломатлар ўсди ва кейинчалик пасайишга мойил бўлди. Катталашаётган шиш беморларнинг ҳеч бирида қайта трахеотомия талаб қилмади.



4.4-расм. Даволашдан сўнг динамикада беморларнинг шикояти (1 ойдан сўнг)

Беморларда ўтказилган даволашдан кейин беморлар шикояти динамикада таҳлил қилинди. Бунда шикоятларни сон ва сифат жиҳатдан қиёсий баҳолаш ўтказилди. Даволашдан 1 ойдан сўнг шикоятлар сон жиҳатдан таҳлил қилинганда, “нафас олиш қийинлиги” белгиси даволашдан олдин 45 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 5 нафарида, “овоз хиралиги” белгиси даволашдан олдин 35 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг

42 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 15 нафарида, “йўтал” белгиси даволашдан олдин 38 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 10 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 36 нафарида кузатилди.

Худди шу кўрсаткичларга ўхшаб, “балғам ажралиши” кўрсаткичи даволашдан олдин 55 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 55 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 12 нафарида, ҳолсизлик” белгиси даволашдан олдин 8 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 2 нафарида, “трахеостома” белгиси даволашдан олдин 55 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 4 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 3 нафарида кузатилди.

Шикоятларни сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, “нафас олиш қийинлиги” белгиси даволашдан олдин $4,8 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,7 \pm 0,9$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,1 \pm 0,9$ баллни, “овоз хиралиги” белгиси даволашдан олдин $4,9 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,5 \pm 0,6$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,2 \pm 0,5$ баллни, “йўтал” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, “балғам ажралиши” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,7$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,9 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,3$ баллни, “ҳолсизлик” белгиси даволашдан олдин $4,2 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,2$ баллни, “трахеостома” белгиси даволашдан олдин $4,9 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,2 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,3$ баллни ташкил қилди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда жарроҳлик жойидан бевосита микроларингоскопияни талаб қиладиган қон кетиши асосий гуруҳдаги 1 та (1,0%) беморда кузатилди. Жарроҳлик амали мобайнида қилинган жароҳат

қайта кўриб чиқилганда резекция соҳасида геморрагик қуйқалар аниқланди, қон кетган жой монополяр коагулятор билан коагуляция қилинди.

Жарроҳлик амалидан кейинги узоқ муддатли даврда асосий гуруҳ беморларининг 2 та (2,0%) беморда жарроҳлик амали қилинган жойда нафас йўллари торайтирадиган гранулема аниқланди.

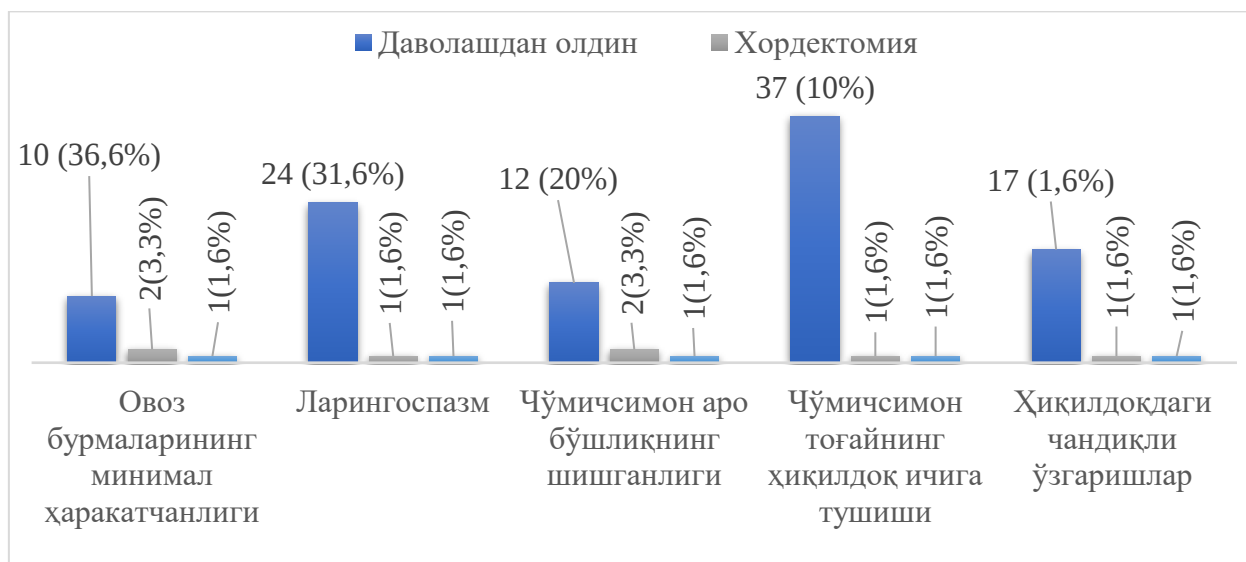
Жарроҳлик амалидан кейинги даврда ҳиқилдоқни эндоскопик текшируви барча беморларда жарроҳлик амали соҳасида минимал реактив белгиларни кўрсатди. Жарроҳлик амалидан кейинги даврда, айрим беморларда резекция қилинган овоз бурмаларининг бир текис латерализацияси кузатилди. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда, орқа бўлимлар ҳисобига ҳиқилдоқ кенгайиши кузатилди.

Беморларда қайта ўтказилган эндоскопик текширув натижасида даволашдан олдинги ва даволашдан кейинги қиёсий таҳлил олиб борилди.

Эндоскопик таҳлил асосан чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги, овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги, ларингоспазм, чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши, ҳиқилдоқдаги чандиқли ўзгаришлар каби белгилар таҳлили ўтказилди.

Ушбу таҳлилдан шу маълум бўлдики, “чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги” белгиси даволашдан олдин 12 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 1 нафарида, “овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги” белгиси даволашдан олдин 10 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 3 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, “ларингоспазм” белгиси даволашдан олдин 24 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, “чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши” белгиси даволашдан олдин 37 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, “ҳиқилдоқдаги чандиқли ўзгаришлар” белгиси даволашдан олдин 17 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида кузатилди.

Беморларни даволашдан кейинги эндоскопик белгилари сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, “чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги” белгиси даволашдан олдин $1,3 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,7 \pm 0,9$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,1 \pm 0,9$ баллни, “овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги” белгиси даволашдан олдин $4,7 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,6$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,2 \pm 0,5$ баллни, “ларингоспазм” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,1 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, “чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши” белгиси даволашдан олдин $3,2 \pm 0,7$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,5 \pm 0,3$ баллни, “ҳиқилдоқдаги чандиқли ўзгаришлар” белгиси даволашдан олдин $1 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,2$ баллни ташкил қилди.



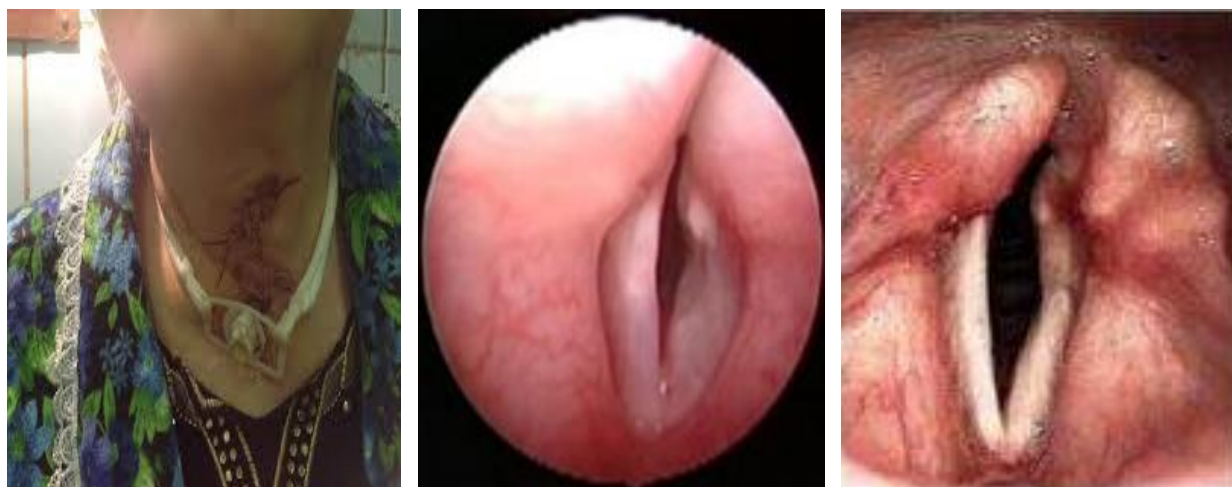
4.6-расм. Даволашдан сўнг динамикада эндоскопик текширув натижалари

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда, беморларни эндоскопик текшириш пайтида жарроҳлик амали қилинган овоз бурмасининг латерализацияси аниқланди. Ҳикилдок шиллик кавати оч-пушти рангда, ҳикилдок усти копкоги ва чумичсимон тоғайлар ўрта чизикда. Овоз бойлами латерофиксация қилинган беморда овоз бойлами тортилган ҳолатда иплар кўриниб турибди, овоз ёруғи кенг нафас олиш еркин.

Хордектомия ўтқизган беморда ҳикилдок шиллик кавати оч-пушти рангда, ҳикилдок усти копкоги ўрта чизикда вестибуляр бурмагача чўзилган резекция зонаси бўлган беморларда вестибуляр бурма жароҳат юзасининг эпителизацияси кузатилди, нафас олиш еркин ва овоз ёруғи кенг.



4.7-рasm. Экстраларингеал хордэктомия жарроҳлик амалиётидан сўнг динамикада ҳикилдоқни эндоскопик кўриниши



4.8-расм. Латерофиксация жарроҳлик амалиётидан сўнг динамикада ҳиқилдоқни эндоскопик кўриниши

Стационар шароитда канюла қўйилган беморларни реабилитация қилиш жорий тадқиқотнинг материаллар ва усуллар бобида кўрсатилган миқдорда амалга оширилди. Хамма беморларда, микробиологик текширув натижаларини олишдан аввал, кўрсатмага караб, кенг спектрли препаратлар билан тизимли антибактериал терапия, шунингдек, малҳам ва ингаляцияларга асосланган маҳаллий антибактериал ва яллиғланишга қарши терапия ўтказилди. Зарурият бўлганда, антибактериал терапия индивидуал сезгирликни ҳисобга олган ҳолда танланди.

Кўпинча *Staphylococcus aureus* ва *Streptococcus viridians* ўсиши қайд этилган, бошқа патогенлар эса камроқ учраган. 13 нафар (13,0%) беморда микроблар ассоциацияси кузатилган, 5 та (5,0%) ҳолатда микроорганизмлар ўсмаган.

Асосий трахеостомия канюлаларини яллиғланишга қарши малҳамлар (левомеколь, контрактубекс,) билан ҳар доим алмаштириш (ҳар 1-2 кунда бир марта), мос турдаги ва ўлчамдаги канюлаларни танлаш, шунингдек, консерватив яллиғланишга қарши терапия, деярли барча беморларда трахеостома соҳасида яллиғланишни сезиларли даражада камайтирди. Қўшимча канюла бир кунда камида бир марта тозаланди ва стома атрофидаги боғлам ҳар куни алмаштирилди. Мунтазам равишда ўтказиладиган эндоскопик текширувлар трахеостомия каналининг ҳолатини объектив баҳолашга ва даволаш тактикасини ўзгартириш кўрсаткичларини зудлик билан аниқлашга имкон берди.

Сурункали канюласи бўлганларни реабилитация қилишнинг муҳим босқичи трахеостомия каналини қайта операция қилиш ҳисобланади. Ушбу процедура грануляция, чандикли ўзгаришлар ёки трахея ҳалқаларининг канал ичига тушиши туфайли канюлани алмаштириш маълум бир қийинчиликлар туғдирадиган беморларга қаратилган. Мураккаб трахеостомия канали тажрибали шифокор томонидан манипуляция қилинган тақдирда ҳам, нафақат

уйда, балки амбулатория шароитида ҳам асосий канюла ўзгартирилганда жуда хавфли асфиксия келтириб чиқаради. Асосий канюлани ўзгартиришни қийинлаштирадиган ҳолатлар нафақат маҳаллий тўқималарни етарли даражада парвариш қилмаслик туфайли, балки ҳиқилдоқ паралитик стенозининг кескин декомпенсацияси бўлган беморларда шошилиш трахеотомия қилиш натижасида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда трахеостомия канали ўрта чизикда жойлашмаслиги мумкин, бу трахеяда канюланинг нотўғри жойлашишига ва канюланинг ён томонга силжишига олиб келади, бу эса ишқаланиш ҳисобига каналнинг дистал охирида грануляция хавфини оширади. Шунингдек, баъзида шошилиш трахеотомия пайтида канюла узуксимон-чўмичсимон тоғай ва биринчи трахея ҳалқаси ўртасига ўрнатилади, бу перихондрит ривожланишига ва кейинчалик тоғайнинг эришига олиб келади. Трахеотомиянинг яна бир асорати - трахея ҳалқаларининг босилишидир, бу стеноз пайдо бўлишига ва канюлани алмаштиришда қийинчиликлар юзага келишига олиб келиши мумкин. Бизнинг тадқиқотимизда ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган канюлаларнинг умумий сонидан 4 та (4,0%) ҳолатда трахеостомия каналини жарроҳлик йўли билан қайта моделлаш амалга оширилди.

Трахеостомик канюла ва трахеостома тўғри парвариш қилинган тақдирда ҳам канюла бўлганлар кундалик ҳаётда муайян маиший қийинчиликларга дуч келишади. Беморларнинг энг кўп учрайдиган шикояти - бу трахеостома билан душ қабул қилишнинг ноқулайлиги, трахеостомия каналининг ичида қобиқ пайдо бўлиши, гаплашаётганда стомани бармоқ билан ёпиш зарурати, трахеостома қопқоғининг бўйин терисига ноҳуш босими ва бошқалардир. Ҳозирги вақтда трахеостомани қулай ва физиологик тақиб юриш учун кўплаб мосламалар мавжуд, масалан: турли хил “сунъий бурунлар” иссиқлик-намлик алмаштирувчилар, фонацион клапанлар (нафас чиқаришда ҳавони юқори нафас йўллариغا йўналтиришга имкон берадиган клапанли насадка), душ қабул қилишда трахеостомани ҳимоя қилиш

мосламалари, трахеостома остига қўйиладиган турли компресслар ва бошқалар.

Трахеостомик канюла олиб ташлангандан сўнг, барча беморлар нафас олиш пайтида олд-орқа томонли ўлчамда ҳиқилдоқ торайишини олдини олиш учун окклюзион боғлам ёпиштирилди. Шунингдек, ушбу ёндашув ҳиқилдоқ орқали ҳаво ўтишига, балғамни чиқариб юборишга имкон беради, бу эса тезроқ тузалишга ёрдам беради.

Одатда, канюла олиб ташлангандан сўнг, трахеостомия канали 6 ойгача ўз-ўзидан ёпилиб, кучсиз даражадаги чандикли ўзгаришлар ҳосил бўлади. 6 та (6%) беморда трахеостомия канали 6 ойдан кейин ҳам сақланиб турди ва шу сабабли ушбу гуруҳдаги барча беморларда трахеостомия жарроҳлик йўли орқали маҳаллий тўқималар билан ёпилди. Битта беморда трахеостомия канали соҳасида қўпол чандик ҳосил бўлишини ҳисобга олган ҳолда, чандик тўқимаси кесилди, сўнг бўйиннинг юмшоқ тўқималарига косметик тикилди.

§4.2. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни комплекс даволашдан сўнг нафас олиш ва овоз функциясини қиёсий баҳолаш

Нафас функцияси ҳақида гапирганда, даволаш натижаларини ташқи нафас функциясининг трахеостомаси йўқ ёки канюласи олинган беморлардаги якуний кўрсаткичлари бўйича баҳолаш янада тўғри кўринади. Бу трахеостома бўлган ва бўлмаган беморларда ташқи нафас функцияси натижаларини ишончли таққослаш қийинлиги билан, шунингдек ташқи нафас функцияси кўрсаткичларининг ошиши нафас олиш яхшиланганлигидан далолат берувчи факт билан боғлиқ. Даволаш динамикасида кўрсаткичларнинг ўсишини баҳолашда, иккинчиси 2 мартадан кўпроққа ошиши мумкин, аммо дастлабки паст натижаларда якуний кўрсаткич меъёрга етмаслиги мумкин. Аксинча, агар бемор даволанишдан олдин нафас чиқариш параметрларнинг ўртача пасайишини намоён қилган бўлса, унда ўсиш минимал бўлади, аммо якуний кўрсаткич меъёрга мос келиши мумкин.

Даволашдан олдин ва кейин тадқиқот ўтказилган умумий 100 та бемор ташқи нафас функцияси натижаларида сезиларли силжишларни аниқлаш учун таҳлил ўтказилди (4.1, 4.2-жадвал).

1 гуруҳ беморларда ўтказилган хордэктомия амалиётидан кейин ташқи нафас функцияси таҳлили ўтказилганда, ЎХС даволашдан олдин $85,3 \pm 5,6\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $89,3 \pm 4,4\%$, 6 ой кейин $89,3 \pm 4,2\%$ гача пасайди. ЎМХС ҳам даволашдан олдин $81,8 \pm 5,5\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $85,6 \pm 5,7\%$, 6 ойдан кейин $88,1 \pm 5,5\%$ гача пасайди. БЛХТ₅₀ даволашдан олдин $35,8 \pm 2,8\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $43,8 \pm 10,6\%$, 6 ойдан кейин $62,8 \pm 2,7\%$ гача ошганлиги, БЛХТ₂₅ эса даволашдан олдин $53,5 \pm 2,7\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $30,6 \pm 8,0\%$, 6 ойдан кейин $45,5 \pm 2,7\%$ гача ошганлиги аниқланди.

4.1-жадвал

I гуруҳ беморларнинг жарроҳликдан олдин ва кейин динамикада
спирометрик текширув натижалари (n=55)

Кўрсаткичлар	Меъёр	Жарроҳликдан олдин	Жарроҳликдан 6 ойдан кейин
ЎХС, %	≥ 85	$88,3 \pm 5,6^*$	$89,3 \pm 4,2$
ЎМХС, %	≥ 80	$81,8 \pm 5,5$	$88,1 \pm 5,5^{**}$
МНЧ ₁ , %	≥ 80	$62,8 \pm 6,7$	$76,4 \pm 5,8$
МНЧ ₁ /ЎХС, %	≥ 87	$58,1 \pm 6,7^*$	$75,3 \pm 5,0$
ЕЮХТ, л/с	≥ 79	$42,1 \pm 5,1$	$60,1 \pm 3,5$
БЛХТ ₅₀ , %	≥ 65	$35,8 \pm 2,8$	$62,8 \pm 2,7^{**}$
БЛХТ ₂₅ , %	≥ 55	$36,0 \pm 4,5^*$	$45,5 \pm 2,7^{**}$

** $p < 0,05$ - I гуруҳига нисбатан*

*** $p < 0,05$ - ўзаро солиштирма гуруҳлар орасида*

2 гуруҳ беморларда эса ЎХС даволашдан олдин $55,3 \pm 4,2\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $90,1 \pm 2,1\%$, 6 ойдан кейин $88,1 \pm 3,3\%$ гача пасайди. ЎМХС ҳам даволашдан олдин $61,1 \pm 5,5\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $87,5 \pm 5,1\%$, 6 ойдан кейин $85,2 \pm 4,2\%$ гача пасайди. БЛХТ50 даволашдан олдин $21,8 \pm 3,5\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $43,1 \pm 9,5\%$, 6 ойдан кейин $62,2 \pm 2,3\%$ гача ошганлиги, БЛХТ25 эса даволашдан олдин $21,8 \pm 2,5\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $31,1 \pm 7,5\%$, 6 ойдан кейин $46,2 \pm 3,2\%$ гача ошганлиги аниқланди.

4.2-жадвал

II гуруҳ беморларнинг жарроҳликдан олдин ва кейин динамикада
спирометрик текширув натижалари (n=45)

Кўрсаткичлар	Меъёр	Жарроҳликдан олдин	Жарроҳликдан 6 ойдан кейин
ЎХС, %	≥ 85	$55,3 \pm 4,2^*$	$88,1 \pm 3,3$
ЎМХС, %	≥ 80	$61,1 \pm 5,5^*$	$85,2 \pm 4,2$
МНЧ1, %	≥ 80	$50,4 \pm 5,8$	$77,3 \pm 4,6$
МНЧ1/ЎХС, %	≥ 87	$46,3 \pm 5,0$	$77,1 \pm 4,0$
ЕЮХТ, л/с	≥ 79	$30,1 \pm 3,5^{**}$	$62,2 \pm 2,3^{**}$
БЛХТ ₅₀ , %	≥ 65	$21,8 \pm 2,5^{**}$	$63,4 \pm 2,2^{**}$
БЛХТ ₂₅ , %	≥ 55	$23,5 \pm 2,7^{**}$	$46,2 \pm 3,2^{**}$

** $p < 0,05$ - I гуруҳига нисбатан*

*** $p < 0,05$ - ўзаро солиштирма гуруҳлар орасида*

Даволаш динамикасида ташқи нафас функциясининг кўпгина кўрсаткичлари сезиларли даражада ошгани аниқланди ($p < 0,05$). Энг катта ўсиш Тиффно индекси ва БЛХТ₂₅ кўрсаткичларида қайд этилди. ЭЮХТ ва

МНЧ 1 камроқ сезиларли даражада ўзгарди, аммо уларнинг ўсиши ҳам ишонарли даражада бўлди ($p<0,05$).

Статистик қайта ишлаш натижалари консерватив даволашда МНЧ1 барча параметрларининг сезиларли даражада ошганлигини кўрсатди ($p<0,05$).

Иккала гуруҳдаги муваффақиятли даволанган беморларда ($n=79$) узок муддатли даврда олинган ташқи нафас функциясининг якуний кўрсаткичларини умумий баҳолаш натижасида қуйидаги натижалар аниқланди: МНЧ1 - $86,3\% \pm 4,2$ (шартли меъёр); Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) - $75,3 \pm 5,0$ (меъёр); ЭЮХТ - $60,1 \pm 3,5$ (жуда оз ўзгариш); БЛХТ₂₅ - $45,5 \pm 2,9$ (шартли меъёр).

Шундай қилиб, ўтказилган статистик таҳлил асосида умумий гуруҳдаги натижалар динамикаси таққосланганда, ўтказилган жаррохликлар ташқи нафас функциясининг барча кўрсаткичларини сезиларли даражада оширди деган хулосага келиш мумкин. Экстрларенгиал хордектомия МНЧ1 ўсиши ишончли бўлмаганига қарамай, иккала гуруҳдаги якуний кўрсаткичларни жуфт ҳолда таққослаганда натижалар сезиларли даражада фарқ қилмади. Бунда олинган натижалар (МНЧ1 / ЎХС) меъёрда бўлди; МНЧ1 ва БЛХТ₂₅ шартли меъёрга тўғри келди; ЭЮХТ кўрсаткичи жуда оз ўзгаришларга мос келди.

4.3-жадвал

Ҳақиқатдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг овоз функцияси кўрсаткичларининг динамикаси

Кўрсаткич-лар	Назорат гуруҳи	Хордэктомия ўтказилган беморлар ($n=55$)		Латерофиксация ўтказилган беморлар ($n=45$)	
		Жаррохликдан олдин	Жаррохликдан 6 ойдан кейин	Жаррохликдан олдин	Жаррохликдан 6 ойдан кейин
Энг юқори товуш (дБ)	$60,4 \pm 4,0$	$55,4 \pm 2,2$	$48,5 \pm 0,2^*$	$55,4 \pm 4,1$	$60,2 \pm 1,1$
Энг паст товуш (дБ)	$34,4 \pm 5,0$	$32,4 \pm 2,2$	$38,2 \pm 3,1^*$	$35,4 \pm 5,0$	$45,6 \pm 1,4^{**}$

Ўртача товуш (дБ)	35,4±5,0	34,2±1,2*	37,5±1,4*	35,4±4,2*	41,2±1,2**
----------------------	----------	-----------	-----------	-----------	------------

Илова: * - $p<0,05$ – назорат гуруҳига нисбатан; ** - $p<0,05$ – ўзаро солиштирма гуруҳлар орасида

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда беморларда дисфония сезиларли даражада кўпайганлиги намоён бўлди, дБ индексининг кўпайиши, шунингдек ХНР кўрсаткичларининг пасайиши ($p<0,05$ да) шундан далолат беради. Аммо овоз функциясининг якуний ҳолатини операциядан кейин узоқ муддат ўтганда, яъни операция жароҳати жойида яллиғланиш белгилари тўлиқ йўқолгандан сўнг, жароҳат юзаси эпителий билан қоплангангандан ва бемор янги фонация шароитига мослашгандан кейин олинган натижалар бўйича баҳолаш янада тўғри бўлади.

Жарроҳлик амалидан кейинги узоқ муддатли даврда беморларда ўрганилган параметрларнинг қуйидаги қийматлари аниқланди: Энг юқори товуш (дБ) 60,4±4,0; Энг пас товуш (дБ) 34,4±5,0; Ўртача товуш (дБ) 35,4±1,2 ни ташкил этди.

Ўрганилган гуруҳларнинг якуний натижаларини жуфт ҳолда таққослашда дБ кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди ($p>0,05$). Ушбу маълумотлар экстраларенгиал хордектомия жарроҳлик овоз бурмасига таъсир кўрсатадиган резекция ҳажми катта бўлганлиги сабабли дисфония яққолроқ ривожланишини кўрсатади. Шунини таъкидлаш керакки, ҳиқилдоқ паралитик стенозини даволашда овоз функцияни сақлаб қолиш муҳим, аммо у етакчи омил ҳисобланмайди. Бизнинг тадқиқотимизда етарли натижа – бу беморда ижтимоий мақбул овозни сақлаб қолиш, яъни дўконда, телефон орқали ўзини тушунтира олиш ҳамда оҳиста суҳбатлаша олиш ҳисобланди.

§4.3. Беморларни комплекс даволашдан кейин овоз сифатини ва ҳаёт сифатини баҳолаш

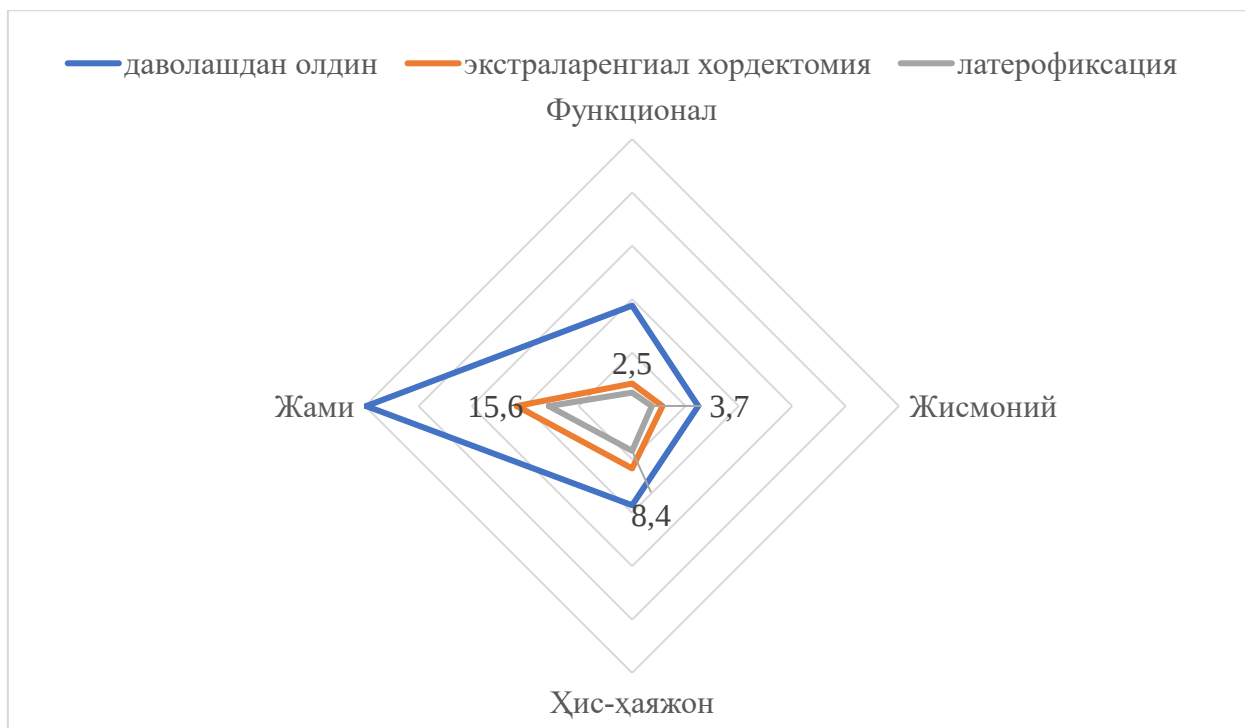
Даволаш натижалари муваффақиятли деб топилган беморларда жарроҳлик амалидан кейинги сўровнома натижалари уларнинг жарроҳлик амалидан олдинги кўрсаткичлари билан таққосланди. Жарроҳликдан олдин трахеостома бўлган беморларда яшаш сифати канюла тўлиқ олиб ташлангандан сўнг баҳоланди.

Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда ўтказилган даволаш усулларида сўнг беморларни овоз сифатининг ўзгариши дастур асосида таҳлил ўтказилди. Унга кўра, асосан 3 кўрсаткич асосида, яъни функционал, жисмоний ва ҳис-ҳаяжон компонентлари асосида натижалар кўриб чиқилди. Ҳар бир кўрсаткични алоҳида кўриб чиқиладиган бўлса, даволашдан олдин овоз сифатининг функционал компоненти $28,7 \pm 0,23$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $2,5 \pm 0,8$ ни, 2 гуруҳда эса $3,7 \pm 0,9$ ни ташкил қилди.

Овоз сифатининг жисмоний компоненти даволашдан олдин $22,9 \pm 0,21$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $4,7 \pm 0,8$ га, 2 гуруҳда эса $5,7 \pm 1,0$ га пасайганлигини кўриш мумкин.

Ҳис-ҳаяжон компоненти эса даволашдан олдин $26,5 \pm 0,21$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $10,2 \pm 0,9$ ни, 2 гуруҳда эса $11,4 \pm 0,9$ ни ташкил қилди. Бу компонент ҳам овоз сифатининг муҳим компонентлардан бири ҳисобланиб, даволашдан сўнг пасайганлигини яққол 1 гуруҳда кўришимиз мумкин.

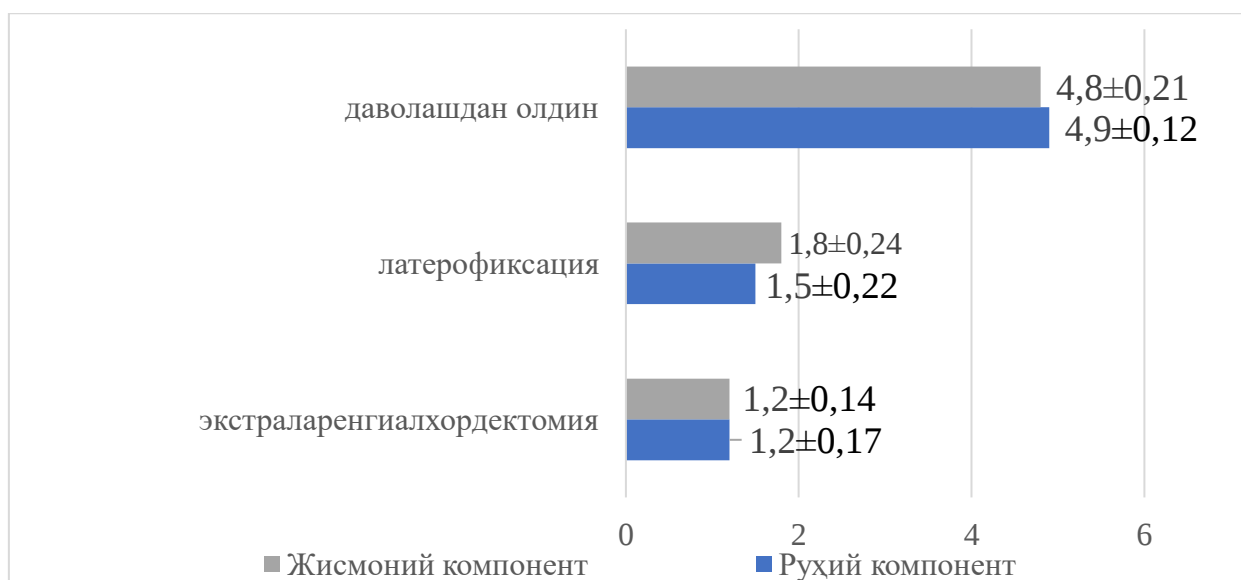
Умуман олганда, овоз сифатининг жами кўрсаткичлари жамланмаса даволашдан олдин $78,1 \pm 0,1$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $18,9 \pm 2,6$ ни, 2 гуруҳда эса $21,6 \pm 3,1$ ни ташкил қилди. Бу даволаш самарадорлигини ҳамда ўтказилган жарроҳлик амаллари беморларнинг овозининг қайта тикланаётганлигидан далолат беради.



4.9-расм. Даволашдан сўнг динамикада саволнома натижалари (Овоз сифатини баҳолаш анкетаси)

Бундан ташқари, беморларда жарроҳлик амалидан олдин ва кейин яшаш сифатини англашдаги ўзгаришларни аниқлаш амалга оширилди.

Муваффақиятли даволанган беморларда таққосланган гуруҳлардаги яшаш сифатининг дастлабки кўрсаткичлари ўзаро сезиларли даражада фарқ қилди ва экстраларенгиал хордектомия ўтқизган беморларда сезиларли даражада юқори бўлди: СЖК ($p = 0,022855$ да $U=183$, $Z=-2,23$); САК ($p = 0,046734$ да $U=195$, $Z=-1,98$). Ушбу маълумотлар жарроҳликдан олдинги тадқиқотлардан фарқ қилади, чунки ўтказилган даволаш натижасида экстраларенгиал хордектомия ўтқизганлардан 2 та бемор чиқарилди, чунки уларда даволаш муваффақиятли деб топилмади.



4.10-расм. Даволашдан сўнг динамикада саволнома натижалари (SF-36 анкетаси)

Латерофиксация жаррохлигидан олдин ва кейин СЖК кўрсаткичи мос равишда $75,5 \pm 0,21$ ва $82,2 \pm 0,12$ баллни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги беморларда даволанишдан олдин ва кейин САК индекси мос равишда $74,1 \pm 1,5$ ва $82,4 \pm 1,43$ баллни ташкил этди. Экстраларенгиал хордектомия жаррохлигидан олдин ва кейин СЖК индекси $75,0 \pm 1,4$ ва $75,9 \pm 1,42$ баллни ташкил этди. Ушбу гуруҳдаги беморларда даволанишдан олдин ва кейин САК индекси мос равишда $75,7 \pm 2,1$ ва $74,3 \pm 2,8$ баллни ташкил этди. Иккала гуруҳдаги СЖК ва САК кўрсаткичларининг якуний кўрсаткичлари ўртача халқаро меъёр билан таққосланди ($50,0 \pm 10$).

Иккала гуруҳда саломатликнинг жисмоний ва ақлий компонентлари кўрсаткичларини жуфт ҳолда таққослаш таҳлили иккала кўрсаткичнинг сезиларли даражада ортганини кўрсатди ($p < 0,01$).

Иккала гуруҳдаги якуний кўрсаткичлар таққосланганда, САК нинг якуний кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар бўлмади ($p > 0,05$), бунда Экстраларенгиал хордектомия гуруҳида СЖК кўрсаткичлари Латерофиксация гуруҳига нисбатан сезиларли даражада юқори бўлди.

Трахеостома бўлган ва бўлмаган беморлар гуруҳларида яшашнинг сифат кўрсаткичларини таққосладик. Жаррохликдан кейин трахеостома

бўлган ва трахеостома бўлмаган беморларда ҳам саломатликнинг жисмоний ($p < 0,01$) ва ақлий ($p < 0,01$) компонентлари кўрсаткичлари сезиларли даражада ошганлиги аниқланди.

Трахеостома бўлган беморларда жаррохликдан олдин ва кейин СЖК кўрсаткичи мос равишда $75,5 \pm 0,21$ ва $82,2 \pm 0,12$ баллни ташкил этди. Канюла бўлганларда даволанишдан олдин ва кейин САК кўрсаткичи мос равишда $74,1 \pm 1,5$ ва $82,4 \pm 1,43$ баллни ташкил этди.

Трахеостома бўлмаган беморларда жаррохликдан олдин ва кейин СЖК кўрсаткичи мос равишда $75,0 \pm 1,4$ ва $75,9 \pm 1,42$ баллни ташкил этди. Даволашдан олдин ва кейин САК индекси мос равишда $75,07 \pm 2,1$ ва $74,3 \pm 2,8$ баллни ташкил этди.

Нопараметрик Манн-Уитни U-мезони ёрдамида ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, трахеостома бўлмаган беморларда ва канюла бўлганларда деканюляциядан сўнг яшаш сифатининг операциядан кейинги кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар бўлмайди ($p > 0,05$).

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни ташхислашда клиник-инструментал текширувда овоз функциясини ўрганиш ва ҳаёт ва овоз сифатини баҳолаш касалликнинг клиник кечимига аниқ баҳо беришга ҳамда даволаш тактикасини тўғри танлашга имкон беради. Ушбу текширув натижаларидан келиб чиқиб, беморларни индивидуал тарзда мос жаррохлик амалиётини қўллаш ва ундан кейинги реабилитацияда нафас олиш функциясидан ташқари овоз функциясини ҳам қайта тиклаш муҳим ҳисобланади.

ХОТИМА

Икки томонлама паралитик стенозни ташхислаш ва даволаш бугунги кунга келиб ҳалиям ўз долзарблигини йўқотмаган. Бу ҳиқилдоқ асаб толаси билан ёнма-ён бўлган аъзоларда (қалқонсимон без, трахея, қизилўнгач) ўтказиладиган жарроҳлик амаллари, кўкрак аъзолари ўсмаларида, юрак-қон томир аномалияларида (аневризма, юрак нуқсонлари) ўтказиладиган жарроҳлик амаллари, шунингдек, транспорт ва маиший жароҳатлар ва бошқалар кўп учраётганлиги сабабли ҳисобланади.

Сўнгги ўн йилликда ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш муаммолари ҳанузгача долзарб бўлиб қолмоқда.

Шуни ҳам алоҳида таъкидлаш лозимки, соматик ҳолатни баҳолаш билан беморларни ҳар томонлама текшириш ҳар бир бемор учун жарроҳлик амалини энг мақбул усулини танлаш ва ундан кейинги реабилитация чоратадбирларини ишлаб чиқиш имконини беради.

Ҳозирги кунда қўлланилаётган ташхислаш ва жарроҳлик усуллари кўп босқичли бўлиб, даволаниш учун кўп вақт ва ҳаражатни талаб қилади. Реконструктив жарроҳликда янги технологиялар ва ёрдамчи материаллардан фойдаланиш ҳиқилдоқ паралитик стенози бўлган беморларни кўпчилигини реабилитация қилиш имконини беради. Ушбу касалликнинг ташхислашни такомиллаштириш видеофибрларингоскопия, видеостробоскопия, магнит-резонанс томография (МРТ) ва спирал компьютер томографияни пайдо бўлиши билан боғлиқ. Жарроҳлик амалидан олдинги тўлиқ текширув жарроҳлик амалини самарали танлашга ҳамда чандикли жараёнга ўтиб кетишини олдини олишга имкон беради.

Бугунги кунга келиб, ҳиқилдоқ ва трахеяни реконструктив хирургияси 2 асосий йўналишда ривожланмоқда: жарроҳлик йўналишида ривожланмоқда: жарроҳлик техникасини такомиллаштириш ва операциядан кейинги асоратларни олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш; операциядан кейинги эрта ва кеч даврда ҳосил бўлган ҳиқилдоқнинг рестенозини олдини олиш.

Ларинготрахеопластика ларингеал ва трахея протезлари билан биргаликда органнинг анатомик яхлитлигини ва унинг функцияларини тиклашнинг энг истиқболли усули ҳисобланади. Ҳозирги вақтда реконструктив жарроҳликнинг экстраларингеал, эндоларингеал (ташқи ва ички эндоскопик кириш билан) усуллари қўлланилади.

Тадқиқот доирасида ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни комплекс ташхислаш ва даволашни мақбуллаштириш бўйича комплекс текширув ўтказилди. Ҳар бир аниқ вазиятда резекция ҳажмларини танлаш, олинган баллар йиғиндисидан кўрсатилган ҳисобга олинган омиллар йиғиндисидан келиб чиққан ҳолда, алоҳида-алоҳида амалга оширилди. Бундай омиллар жарроҳликдан олдин товуш ёриғининг бурчаги, бемор тана вазнининг индекси, ёши, ҳиқилдоқнинг анатомик ва физиологик хусусиятлари, беморнинг овозли касбга мансублиги, оғир ёндош касалликларнинг мавжудлиги ҳисобланади, бундан ташқари маълум даражада тиббий омил ҳам баҳоланди.

Қўйилган мақсад ва вазифаларни бажариш мақсадида Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасида стационар даво олиб, тегишли равишда консерватив ёки жарроҳлик амали олиш мақсадида даволаниб чиқишган 100 нафар икки томонлама ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморлар жалб қилинди. Назорат гуруҳини эса 20 нафар амалий соғлом бўлганлар ташкил қилди.

Беморларни ёш ва жинс бўйича таҳлил қилинганда, ҳиқилдоқнинг паралитик стенози бўлган беморларнинг асосий қисми 31-50 ёшда бўлиб, меҳнат қилиш ёшидаги беморлар ҳисобланади. Уларнинг асосий қисмини ҳам аёллар ташкил қилади.

Паралитик стеноз сабаблари орасида қалқонсимон без (ҚБ) жарроҳлик амаллари устунлик қилди - 93 нафар (93%) ҳолат, бош ва бўйин жароҳати 2 нафар (2,0) беморда, 1 нафар (1,0%) беморда паралитик стеноз ўпканинг узок муддатли сунъий вентилияцияси (ЎСВ) билан изоҳланди, шунингдек 2 нафар (2,0%) беморда автохалокатдан сўнг паралич юзага келди. Кўп ҳолларда

калқонсимон безда ўтказилган жарроҳлик амали натижасида ҳиқилдоқ қайтувчи асаб толаси узилиши кузатилмади, аксинча жарроҳлик амали ўтказилгандан 1-2 ой кейин овоз бойламлари парези юзага келди ва паралитик стеноз ривожланди. Бу жараён ўтказилган жарроҳлик амалидан кейинги чандиқланиш сабабли бўлиши мумкин ва шу жараёнга қайтувчи асаб толасининг ҳам қўшилиши сабаб бўлган бўлиши мумкин.

Беморларни текшириш анъанавий оториноларингологик (олдинги риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, билвосита ларингоскопия) текширув, шунингдек жарроҳлик амалидан олдин ва кейинги даврда эндоскопик усуллар ёрдамида ҳиқилдоқни кўришдан иборат бўлди. Ташқи нафас функциясини ўрганиш, овоз функциясини баҳолаш, трахеостомадан ажралаётган ажралмани микробиологик текшириш, яшаш сифатини баҳолаш ўтказилди.

Ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг шикоятлари таҳлили ўтказилганда, беморлар асосан нафас олиш қийинлиги, овоз хиралиги, йўтал, балғам ажралиши, ҳолсизлик ва трахеостома борлигига шикоят қилишди. Ҳар бир кўрсаткич сон жиҳатдан таҳлил қилинганда, нафас олиш қийинлиги асосий гуруҳ беморларнинг 100 нафариди (100%), овоз хиралиги ҳам 100 нафариди (100%), йўтал беморларнинг 61 нафариди (61,0%), балғам ажралиши беморларнинг 55 нафариди (55,0%), ҳолсизлик беморларнинг 78 нафариди (78,0%) ва трахеостома борлиги беморларнинг 55 нафариди (55,0%) аниқланди.

Ушбу кўрсаткичлар сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, нафас олиш қийинлиги $3,6 \pm 0,22$ баллни, овоз хиралиги $4,48 \pm 0,14$ баллни, йўтал $4,02 \pm 0,27$ баллни, балғам ажралиши $3,96 \pm 0,14$ баллни, ҳолсизлик $4,06 \pm 0,21$ баллни ва трахеостома борлиги $4,6 \pm 0,21$ баллни кўрсатди.

Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда эндоскопик текширув усули аниқ ташхис қўйиш имкони берадиган усуллардан бири ҳисобланади. Ушбу усул ёрдамида ҳиқилдоқ шиллик қаватининг ҳолати,

ҳиқилдоқ усти қопқоғининг, чўмичсимон тоғайлар ва ноксимон чуқурчаларнинг симметриклиги, овоз бойламларининг симметриклиги, ҳаракатчанлиги, овоз ёриғининг ҳолатини, трахеяни кўриш имкони беради.

Ҳиқилдоқ эндоскопик текширилганда умумий беморлар сонидан ($n=100$) 23 тасида (23,0%) чўмичсимонаро бўшлиқнинг шишганлиги аниқланди, овоз бурмаларининг минимал қолдиқ ҳаракатчанлиги 38 та (38,0%) беморда, 11 та (11,0%) беморда чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига оғиши аниқланди, 32 та (32,0%) беморда ларингоспазм аниқланди. Интраоперацион текширув пайтида 2 та (2,0%) беморда овоз бурмаларида чандиқли ўзгаришлар аниқланди.

Ҳиқилдоқ ичи кенглигини товуш ёриғи бурчагини ўлчаш натижалари аниқроқ намоён қилади. Ҳиқилдоқни эндоскопик текшириш пайтида олинган тасвирларнинг компютер таҳлиллари натижаларига кўра, жарроҳлик муолажасидан олдин овоз бурмаларининг ўртача бурчаги эктраларенгиал хордектомияда $8,4 \pm 3,4^\circ$ ни, латерофиксацияда $5,5 \pm 2,6^\circ$ ни ташкил этди. Статистик таҳлиллар давомида эктраларенгиал хордектомияда қилинган беморларда овоз бурмаларининг бурчаги латерофиксацияда гуруҳига қараганда анча катта кенглиги аниқланди ($p \leq 0,05$).

Маълумки, юқори ва пастки нафас йўллариининг бактериал инфекцияси кўп жиҳатдан беморни даволаш босқичлари давомийлигини белгилайди ва қатор ҳолларда реконструктив жарроҳлик амалининг функционал натижасига салбий таъсир кўрсатади.

Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда ҳиқилдоқнинг микробиологик текширувида энг кўп аниқланган микрофлора сифатида *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans* учради (56,7% ва 46,7% мос равишда).

Баъзи ҳолларда қолган микрофлора ҳам ўсганлиги аниқланди. Жумладан, *Staphylococcus epidermidis* 20% ҳолларда, *Pseudomonas aeruginosa* 16,7%

ҳолларда, кам ҳолларда *Escherichia coli* 10% ҳолларда, *Klebsiella pneumoniae* 6,7% ҳолларда ва *Proteus mirabilis* 6,7% ҳолларда ўсди.

Шундай қилиб, ҳиқилдоқнинг микробиоценози ўрганилганда трахеостома бўлган беморларда ушбу соҳадаги яллиғланишнинг кечишида аэроб микрофлодаран ташқари анаэроб, яъни ноклостридиал инфекциянинг муҳим роли мавжудлигидан далолат беради. Шунини таъкидлаш керакки, анаэробларнинг патогенлиги айниқса юқори бўлган ҳолларда, шунингдек грамманфий аэроб пиоген флора билан бирга учраганда, яллиғланиш жараёни характерли симптомлари ва клиник жиҳатдан ёмон кечиши билан тавсифланди.

Операциядан олдинги босқичда ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш стоманинг герметик окклюзияси ҳаёт учун хавф туғдирмайдиган канюла ташувчиларида ўтказилди. Операциядан олдинги босқичда жами 55 та бемор текширилди.

Ташқи нафас олиш функцияси кўрсаткичларини умумий баҳолашда қуйидаги натижалар аниқланди: МНЧ1 - $62,8\% \pm 6,7$ (ўртача пасайиш); Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) - $68,1 \pm 6,4$ (шартли норма); ЭЮХТ - $42,1 \pm 5,1$ (ўртача пасайиш); БЛХТ₂₅ - $26,0 \pm 4,5$ (ўртача пасайиш).

Асосий гуруҳда операциядан олдинги текширувда ТНФ нинг ўртача кўрсаткичлари қуйидагича бўлди: МНЧ1 - $62,8 \pm 6,7$; Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) $68,1 \pm 6,7$; ЭЮХТ - $42,1 \pm 5,1$; БЛХТ₂₅ - $26,0 \pm 4,5$. Параметрик бўлмаган Манн-Уитни U-мезони ёрдамида ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, ҳар иккала гуруҳдаги беморларда ТНФ нинг дастлабки кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар мавжуд эмас ($p > 0,05$).

Тадқиқот учун зарур бўлган вазифаларни бажара оладиган беморларда овоз параметрларини баҳолашда қуйидаги (дБ) кўрсаткич олинди.

Консерватив даволанган беморлар операциядан олдин ўрганилган овоз функцияси дБ қийматлари аниқланди, энг юқори товуш $38,5 \pm 0,2$ (дБ); энг паст товуш $35,2 \pm 3,1$ (дБ); ўртача товуш $37,5 \pm 1,4$ (дБ).

Асосий гуруҳдаги жарроҳликдан олдин ўрганилган кўрсаткичлар қуйидагиларга тенг бўлди: қуйидаги қийматлари аниқланди энг юқори товуш $38,5 \pm 1,1$ (дБ); энг паст товуш $34,5 \pm 1,0$ (дБ); ўртача товуш $36,6 \pm 1,2$ (дБ).

Ҳақиқатда сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг овоз сифатининг ўзгариши телефонга ўрнатилган дастур асосида таҳлил ўтказилди. Асосан 3 кўрсаткич асосида, яъни функционал, жисмоний ва ҳис-ҳаяжон компонентлари асосида натижалар кўриб чиқилди. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, овоз сифатининг функционал компоненти $28,7 \pm 0,23$ бўлган бўлса, унинг жисмоний компоненти $22,9 \pm 0,21$ бўлган бўлганлиги аниқланди. Ҳис-ҳаяжон компоненти эса $26,5 \pm 0,12$ бўлганлиги алоҳида эътибор талаб қилади. Бу 3 компонент умумий компонент сифатида кўрсаткичлари жамланмаса $78,1 \pm 0,1$ бўлганлиги беморлар ҳаёт сифатининг пасайганлигидан ва улар шу касалликдан жуда азият чекиши кўринмоқда.

Статистик таҳлиллар давомида назорат гуруҳидаги беморларда саломатликнинг жисмоний компоненти кўрсаткичи асосий гуруҳига қараганда анча юқори эканлиги аниқланди ($p = 0,033708$ да $U = 195$, $Z = -2,12$). гуруҳлардаги ($p = 0,053765$ да $U = 205$, $Z = -1,93$) руҳий саломатлик компонентининг кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқ аниқланди, аммо буни асосий гуруҳдаги руҳий саломатлик компонентининг паст кўрсаткичга йўналган тенденцияси деб баҳолаш лозим.

Ҳақиқатда сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг жарроҳлик амалиётига эҳтиёжи бўлганлиги сабабли уларга тегишли равишда энг кўп ўтказиладиган 2 хил жарроҳлик амали ўтказилди.

Ҳикилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларнинг 55 нафарида экстраларингеал хордэктомия амалиёти бажарилди. Латерофиксация жарроҳлик амалиёти эса 45 нафар беморда ўтказилди.

Консерватив даволаш сифатида электростимуляция, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, электрофорез), мушак орасига прозерин дори воситасини инъекция қилиш амалиёти ўтказилди.

Муҳим ўзгаришларни аниқлаш муваффақиятли даволанган беморларнинг жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги босқичда олинган маълумотларини таққослаш орқали амалга оширилди.

Даволашдан 1 ойдан сўнг шикоятлар сон жиҳатдан таҳлил қилинганда, “нафас олиш қийинлиги” белгиси даволашдан олдин 45 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 5 нафарида, “овоз хиралиги” белгиси даволашдан олдин 35 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 42 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 15 нафарида, “йўтал” белгиси даволашдан олдин 38 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 11 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 35 нафарида кузатилди.

Худди шу кўрсаткичларга ўхшаб, “балғам ажралиши” белгиси даволашдан олдин 55 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 55 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 12 нафарида, ҳолсизлик” белгиси даволашдан олдин 8 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 2 нафарида, “трахеостома” белгиси даволашдан олдин 55 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 4 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 3 нафарида кузатилди.

Шикоятларни сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, “нафас олиш қийинлиги” белгиси даволашдан олдин $4,8 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,7 \pm 0,9$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,1 \pm 0,9$ баллни, “овоз хиралиги” белгиси даволашдан олдин $4,9 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ

беморларида $1,5 \pm 0,6$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,2 \pm 0,5$ баллни, “йўтал” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, “балғам ажралиши” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,7$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,9 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,3$ баллни, “ҳолсизлик” белгиси даволашдан олдин $4,2 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,2$ баллни, “трахеостома” белгиси даволашдан олдин $4,9 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,2 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,3$ баллни ташкил қилди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда жарроҳлик жойидан бевосита микроларингоскопияни талаб қиладиган қон кетиши асосий гуруҳдаги 1 та (1,0%) беморда кузатилди. Жарроҳлик амали мобайнида қилинган жароҳат қайта кўриб чиқилганда резекция соҳасида геморрагик қуйқалар аниқланди, қон кетган жой монополяр коагулятор билан коагуляция қилинди.

Жарроҳлик амалидан кейинги узок муддатли даврда асосий гуруҳ беморларининг 2 та (2,0%) беморда жарроҳлик амали қилинган жойда нафас йўллари торайтирадиган гранулема аниқланди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда ҳиқилдоқни эндоскопик текшируви барча беморларда жарроҳлик амали соҳасида минимал реактив белгиларни кўрсатди. Жарроҳлик амалидан кейинги даврда, айрим беморларда резекция қилинган овоз бурмаларининг бир текис латерализацияси кузатилди. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда, орқа бўлимлар ҳисобига ҳиқилдоқ кенгайиши кузатилди.

Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларда қайта ўтказилган эндоскопик текширув натижасида даволашдан олинги ва даволашдан кейинги қиёсий таҳлил олиб борилди.

Эндоскопик таҳлил асосан чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги, овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги, ларингоспазм, чўмичсимон

тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши, ҳиқилдоқдаги чандикли ўзгаришлар каби белгилар таҳлили ўтказилди.

Ушбу таҳлилдан шу маълум бўлдики, “чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги” белгиси даволашдан олдин 12 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 1 нафарида, “овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги” белгиси даволашдан олдин 10 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 3 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, “ларингоспазм” белгиси даволашдан олдин 24 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, “чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши” белгиси даволашдан олдин 37 нафар беморда учраган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, 2 гуруҳ беморларидан 2 нафарида, “ҳиқилдоқдаги чандикли ўзгаришлар” белгиси даволашдан олдин 17 нафарда учраган бўлса, 1 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 1 нафарида кузатилди.

Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни даволашдан кейинги эндоскопик белгилари сифат жиҳатдан таҳлил қилинганда эса, “чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги” белгиси даволашдан олдин $1,3 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,7 \pm 0,9$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,1 \pm 0,9$ баллни, “овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги” белгиси даволашдан олдин $4,7 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,6$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $2,2 \pm 0,5$ баллни, “ларингоспазм” белгиси даволашдан олдин $3,5 \pm 0,8$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,1 \pm 0,1$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, “чўмичсимон тоғайнинг ҳиқилдоқ ичига тушиши” белгиси даволашдан олдин $3,2 \pm 0,7$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларида $1,2 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,5 \pm 0,3$ баллни, “ҳиқилдоқдаги чандикли ўзгаришлар” белгиси даволашдан олдин $1 \pm 0,9$ баллни ташкил қилган бўлса, ўтказилган даволашдан

сўнг 1 гуруҳ беморларида $0,5 \pm 0,2$ баллни, 2 гуруҳ беморларида $1,1 \pm 0,2$ баллни ташкил қилди.

Стационар шароитда канюла қўйилган беморларни реабилитация қилиш жорий тадқиқотнинг материаллар ва усуллар бобида кўрсатилган миқдорда амалга оширилди. Барча беморларда, микробиологик текширув натижаларини олишдан аввал, кўрсатмаларга кўра, кенг спектрли препаратлар билан тизимли антибактериал терапия, шунингдек, малҳам ва ингаляцияларга асосланган маҳаллий антибактериал ва яллиғланишга қарши терапия ўтказилди. Зарурият бўлганда, антибактериал терапия индивидуал сезгирликни ҳисобга олган ҳолда танланди.

Нафас функцияси ҳақида гапирганда, даволаш натижаларини ташқи нафас функциясининг трахеостомаси йўқ ёки канюласи олинган беморлардаги якуний кўрсаткичлари бўйича баҳолаш янада тўғри кўринади. Бу трахеостома бўлган ва бўлмаган беморларда ташқи нафас функцияси натижаларини ишончли таққослаш қийинлиги билан, шунингдек ташқи нафас функцияси кўрсаткичларининг ошиши нафас олиш яхшиланганлигидан далолат берувчи факт билан боғлиқ. Даволаш динамикасида кўрсаткичларнинг ўсишини баҳолашда, иккинчиси 2 мартадан кўпроққа ошиши мумкин, аммо дастлабки паст натижаларда якуний кўрсаткич меъёрга етмаслиги мумкин. Аксинча, агар бемор даволанишдан олдин нафас чиқариш параметрларнинг ўртача пасайишини намоён қилган бўлса, унда ўсиш минимал бўлади, аммо якуний кўрсаткич меъёрга мос келиши мумкин.

Даволашдан олдин ва кейин тадқиқот ўтказилган умумий 100 та бемор ташқи нафас функцияси натижаларида сезиларли силжишларни аниқлаш учун таҳлил ўтказилди.

1 гуруҳ беморларда ўтказилган хордэктомия амалиётидан кейин ташқи нафас функцияси таҳлили ўтказилганда, ЎХС даволашдан олдин $85,3 \pm 5,6\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $89,3 \pm 4,4\%$, 6 ой кейин $89,3 \pm 4,2\%$ гача пасайди. ЎМХС ҳам даволашдан олдин $81,8 \pm 5,5\%$ бўлган бўлса, даволашдан

1 ойдан кейин $85,6 \pm 5,7\%$, 6 ойдан кейин $88,1 \pm 5,5\%$ гача пасайди. БЛХТ₅₀ даволашдан олдин $35,8 \pm 2,8\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $43,8 \pm 10,6\%$, 6 ойдан кейин $62,8 \pm 2,7\%$ гача ошганлиги, БЛХТ₂₅ эса даволашдан олдин $53,5 \pm 2,7\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $30,6 \pm 8,0\%$, 6 ойдан кейин $45,5 \pm 2,7\%$ гача ошганлиги аниқланди.

2 гуруҳ беморларда эса ЎХС даволашдан олдин $97,7 \pm 5,1\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $90,1 \pm 2,1\%$, 6 ойдан кейин $87,1 \pm 3,8\%$ гача пасайди. ЎМХС ҳам даволашдан олдин $92,8 \pm 5,2\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $87,5 \pm 5,1\%$, 6 ойдан кейин $82,1 \pm 5,1\%$ гача пасайди. БЛХТ₅₀ даволашдан олдин $26,2 \pm 1,8\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $43,1 \pm 9,5\%$, 6 ойдан кейин $63,1 \pm 2,1\%$ гача ошганлиги, БЛХТ₂₅ эса даволашдан олдин $27,1 \pm 4,2\%$ бўлган бўлса, даволашдан 1 ойдан кейин $31,1 \pm 7,5\%$, 6 ойдан кейин $43,2 \pm 2,9\%$ гача ошганлиги аниқланди.

Даволаш динамикасида ташқи нафас функциясининг кўпгина кўрсаткичлари сезиларли даражада ошгани аниқланди ($p < 0,05$). Энг катта ўсиш Тиффно индекси ва БЛХТ₂₅ кўрсаткичларида қайд этилди. ЭЮХТ ва МНЧ 1 камроқ сезиларли даражада ўзгарди, аммо уларнинг ўсиши ҳам ишонарли даражада бўлди ($p < 0,05$).

Статистик қайта ишлаш натижалари консерватив даволашда МНЧ1 барча параметрларининг сезиларли даражада ошганлигини кўрсатди ($p < 0,05$).

Иккала гуруҳдаги муваффақиятли даволанган беморларда ($n=79$) узок муддатли даврда олинган ташқи нафас функциясининг якуний кўрсаткичларини умумий баҳолаш натижасида қуйидаги натижалар аниқланди: МНЧ1 - $86,3\% \pm 4,2$ (шартли меъёр); Тиффно индекси (МНЧ1 / ЎХС) - $75,3 \pm 5,0$ (меъёр); ЭЮХТ - $60,1 \pm 3,5$ (жуда оз ўзгариш); БЛХТ₂₅ - $45,5 \pm 2,9$ (шартли меъёр).

Шундай қилиб, ўтказилган статистик таҳлил асосида умумий гуруҳдаги натижалар динамикаси таққосланганда, ўтказилган жаррохликлар ташқи

нафас функциясининг барча кўрсаткичларини сезиларли даражада оширди деган хулосага келиш мумкин. Экстрларенгиал хордектомия МНЧ1 ўсиши ишончли бўлмаганига қарамай, иккала гуруҳдаги якуний кўрсаткичларни жуфт ҳолда таққослаганда натижалар сезиларли даражада фарқ қилмади. Бунда олинган натижалар (МНЧ1 / ЎХС) меъёрга бўлди; МНЧ1 ва БЛХТ₂₅ шартли меъёрга тўғри келди; ЭЮХТ кўрсаткичи жуда оз ўзгаришларга мос келди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда беморларда дисфония сезиларли даражада кўпайганлиги намоён бўлди, дБ индексининг кўпайиши, шунингдек ХНР кўрсаткичларининг пасайиши ($p < 0,05$ да) шундан далолат беради. Аммо овоз функциясининг якуний ҳолатини операциядан кейин узоқ муддат ўтганда, яъни операция жароҳати жойида яллиғланиш белгилари тўлиқ йўқолгандан сўнг, жароҳат юзаси эпителий билан қоплангандан ва бемор янги фонация шароитига мослашгандан кейин олинган натижалар бўйича баҳолаш янада тўғри бўлади.

Жарроҳлик амалидан кейинги узоқ муддатли даврда беморларда ўрганилган параметрларнинг қуйидаги қийматлари аниқланди: Энг юқори товуш (дБ) $60,4 \pm 4,0$; Энг пас товуш (дБ) $34,4 \pm 5,0$; Ўртача товуш (дБ) $35,4 \pm 1,2$ ни ташкил этди.

Ўрганилган гуруҳларнинг якуний натижаларини жуфт ҳолда таққослашда дБ кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди ($p > 0,05$). Ушбу маълумотлар экстрларенгиал хордектомия жарроҳлик овоз бурмасига таъсир кўрсатадиган резекция ҳажми катта бўлганлиги сабабли дисфония яққолроқ ривожланишини кўрсатади. Шунини таъкидлаш керакки, ҳикилдоқ паралистик стенозини даволашда овоз функцияни сақлаб қолиш муҳим, аммо у етакчи омил ҳисобланмайди. Бизнинг тадқиқотимизда етарли натижа – бу беморда ижтимоий мақбул овозни сақлаб қолиш, яъни дўконда, телефон орқали ўзини тушунтира олиш ҳамда оҳиста суҳбатлаша олиш ҳисобланди.

Даволаш натижалари муваффақиятли деб топилган беморларда жарроҳлик амалидан кейинги сўровнома натижалари уларнинг жарроҳлик амалидан олдинги кўрсаткичлари билан таққосланди. Жарроҳликдан олдин трахеостома бўлган беморларда яшаш сифати канюла тўлиқ олиб ташлангандан сўнг баҳоланди.

Овоз сифатининг жисмоний компоненти даволашдан олдин $28,7 \pm 0,23$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $4,7 \pm 0,8$ га, 2 гуруҳда эса $5,7 \pm 1,0$ га пасайганлигини кўриш мумкин.

Ҳис-ҳаяжон компоненти эса даволашдан олдин $26,5 \pm 0,12$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $10,2 \pm 0,9$ ни, 2 гуруҳда эса $11,4 \pm 0,9$ ни ташкил қилди. Бу компонент ҳам овоз сифатининг муҳим компонентлардан бири ҳисобланиб, даволашдан сўнг пасайганлигини яққол 1 гуруҳда кўришимиз мумкин.

Умуман олганда, овоз сифатининг жами кўрсаткичлари жамланмаса даволашдан олдин $78,1 \pm 0,1$ бўлган бўлса, даволашдан кейин 1 гуруҳда $18,9 \pm 2,6$ ни, 2 гуруҳда эса $21,6 \pm 3,1$ ни ташкил қилди. Бу даволаш самарадорлигини ҳамда ўтказилган жарроҳлик амаллари беморларнинг овозининг қайта тикланаётганлигидан далолат беради.

Бундан ташқари, беморларда жарроҳлик амалидан олдин ва кейин яшаш сифатини англашдаги ўзгаришларни аниқлаш амалга оширилди.

Иккала гуруҳда саломатликнинг жисмоний ва ақлий компонентлари кўрсаткичларини жуфт ҳолда таққослаш таҳлили иккала кўрсаткичнинг сезиларли даражада ортганини кўрсатди ($p < 0,01$).

Иккала гуруҳдаги якуний кўрсаткичлар таққосланганда, САК нинг якуний кўрсаткичлари ўртасида сезиларли фарқлар бўлмади ($p > 0,05$), бунда Экстраларенгиал хордектомия гуруҳида СЖК кўрсаткичлари Латерофиксация гуруҳига нисбатан сезиларли даражада юқори бўлди.

Трахеостома бўлган ва бўлмаган беморлар гуруҳларида яшашнинг сифат кўрсаткичларини таққосладик. Жарроҳликдан кейин трахеостома бўлган ва трахеостома бўлмаган беморларда ҳам саломатликнинг жисмоний ($p < 0,01$) ва ақлий ($p < 0,01$) компонентлари кўрсаткичлари сезиларли даражада ошганлиги аниқланди.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни ташхислашда клиник-инструментал текширувда овоз функциясини ўрганиш ва ҳаёт ва овоз сифатини баҳолаш касалликнинг клиник кечимига аниқ баҳо беришга ҳамда даволаш тактикасини тўғри танлашга имкон беради. Ушбу текширув натижаларидан келиб чиқиб, беморларни индивидуал тарзда мос жарроҳлик амалиётини қўллаш ва ундан кейинги реабилитацияда нафас олиш функциясидан ташқари овоз функциясини ҳам қайта тиклаш муҳим ҳисобланади.

Жарроҳлик даволашнинг биринчи босқичида трахеотомия қилишнинг мақсадга мувофиқлиги ҳақида гапирганда, эсда тутиш керакки, трахеостомани парвариш қилишнинг нотўғри алгоритмлари ҳиқилдоқ ва трахеяни кўп босқичли стенози пайдо бўлишига олиб келиши мумкин, бу эса бемор реабилитация салоҳиятининг пасайишига олиб келади ва ҳиқилдоқ паралитик стенозининг келгусидаги жарроҳлик даволаш прогнозида ноаниқликни келтириб чиқаради. Ушбу тадқиқотда трахеотомия каналлари соҳасидаги вақтинчалик ва доимий ўзгаришларни тўхтатиш учун қўлланилган ёндашувлар барча ҳолатларда муваффақиятли бўлди.

Кўпгина тиббиёт муассасаларида трахеотомия ҳиқилдоқ параличинини жарроҳлик йўли билан даволашнинг мажбурий босқичи ҳисобланади, чунки овоз бурмалари парамедиан ҳолатида бўлган беморларда ўпканинг сунъий вентиляциясини ўтказиш интубация пайтида муайян хавфлар билан боғлиқ бўлади. Анестезиологик ёндашувлар трахеотомия орқали анестезия қилиш имкониятини беради, бу эса маълум бир тоифадаги одамларда ҳиқилдоқнинг

паралитик стенозида олдиндан трахеостома қўймасдан режалаштирилган жарроҳлик аралашувларни амалга оширишга имкон беради.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот ҳиқилдоқ паралитик стеноз жарроҳлик амалини режалаштиришда муҳим омилларни ҳисобга олиш зарурлигини аниқ кўрсатмоқда. Тавсия этилган мезонларга асосланган турли хил ҳажмдаги резекциялар керакли натижага эришишга имкон беради, ҳиқилдоқ паралитик стенозидан азият чекадиган беморларнинг яшаш сифатини яхшилайти. Трахеостомани парвариш қилишнинг тавсия этилган алгоритмлари жарроҳлик даволаш босқичларида канюласи бўлганларни реабилитация қилиш салоҳиятини сақлашга имкон беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Ҳақилдоқнинг сурункали паралитик стенози асосан ёши катта аёлларда учраб, унинг келиб чиқишининг асосий сабаблари сифатида қалқонсимон без (ҚБ) жарроҳлик амаллари 93,0%, бош ва бўйин жароҳати 2,0% ҳолларда учрайди.
2. Ҳақилдоқнинг икки томонлама сурункали паралитик стенози бўлган беморларда нафас олиш қийинлиги ва овоз хиралиги 2 барабар кўпроқ безовта килиши, ҳамда чўмичсимон аро бўшлиқнинг шишганлиги, овоз бурмаларининг минимал ҳаракатчанлиги, ларингоспазм, чўмичсимон тоғайнинг ҳақилдоқ ичига тушиши кўпроқ учрайди ҳамда нафас олиш ва овоз чиқариш функциялари ҳам яққол бузилган бўлади, яъни спирометрияда энг юқори ҳажмий тезлик ва ўпка мажбурий ҳаётий ҳажмининг 25 фоизига етган сонияли ҳажмий тезлигини пасайган бўлади.
3. Ҳақилдоқнинг икки томонлама паралитик стенози бўлган беморларнинг овоз сифати ёмонлашган бўлиб, ўрта ҳисобда $78,1 \pm 0,1$ ни ташкил этади. Уларнинг ҳаёт сифати ҳам пасайган бўлиб, жисмоний кўрсаткич ўрта ҳисобда $75,5 \pm 0,21$ ни, руҳий кўрсаткич $82,2 \pm 0,12$ ни ташкил этади.
4. Ҳақилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни турли даволаш усуллари қиёсий баҳоланганда беморнинг ҳолати, касалликнинг давомийлиги, овоз ва ҳаёт сифати бўйича алгоритм асосида экстраларингеал хордэктомия ёки латерофиксацияни жарроҳлик амалиётини тўғри танлаш имкони беради.
5. Ҳақилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни комплекс даволашда жарроҳлик амалиётига индивидуал ёндашув беморларнинг нафас ва овоз функцияларининг тез тикланишига ҳамда овоз ва ҳаёт сифатининг яхшиланишига олиб келади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни ташхислашда клиник-инструментал текширувда овоз функциясини ўрганиш ва ҳаёт ва овоз сифатини баҳолаш касалликнинг клиник кечимига аниқ баҳо беришга ҳамда даволаш тактикасини тўғри танлашга имкон беради.
2. Спирометрияда ҳиқилдоқнинг паралитик стенози билан оғриган беморларда энг муҳим кўрсаткичлар энг юқори ҳажмий тезлик ва ўпка мажбурий ҳаётий ҳажмининг 25 фоизига етган сонияли ҳажмий тезлигини инобатга олиш лозим.
3. Ҳиқилдоқнинг сурункали паралитик стенози бўлган беморларни ташхислашда клиник-инструментал текширувда овоз функциясини ўрганиш ва ҳаёт ва овоз сифатини баҳолаш касалликнинг клиник кечимига аниқ баҳо беришга ҳамда даволаш тактикасини тўғри танлашга имкон беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаева Н.Н. Повышение эффективности восстановительных операций на гортани и трахее. кандидатскую диссертацию (PhD)-1996г.
2. Абдуллаева Н.Н. Стойкие деформации гортани и трахеи: клинко-функциональная характеристика, оптимизация лечения и ранняя реабилитация. Докторская диссертация. – 2004.
3. Алиматов А. Х. Хирургические методы лечения двусторонних паралитических стенозов гортани //Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97. – №. 5.
4. Ахмедов И. Н. и др. Фонохирургия с применением холодноплазменной микрохирургии //Голос и речь. – 2010. – №. 1. – С. 39-40.
5. Байжуманова А. С. Восстановительные методы лечения больных с параличами гортани //Клиническая медицина Казахстана. – 2015. – №. 3 (37).
6. Бойкова, Н.Э. О лечении пациентов с хроническими стенозами гортани и трахеи, страдающих эндокринной патологией / Н.Э. Бойкова, А.М. Мкртумян // Рос. оториноларингология. - 2009. - № 2. - С. 44-48.
7. Вабалайте К. В., Романчишен А. Ф. Факторы риска метастазирования рака щитовидной железы в регионарные лимфатические узлы шеи и средостения //Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2020. – Т. 8. – №. S2. – С. 49-49.
8. Вавин В. В. и др. Особенности применения СО2-лазера при хирургическом лечении хронических рубцовых стенозов гортани //Медицинский совет. – 2020. – №. 6.
9. Верещагина, О.Е. Эндоскопия канюленосителей / О.Е. Верещагина // Рос. оториноларингология. - 2010. - № 1. - С. 3-8.
10. Гараев Т.А. Пластика при обширных сочетанных дефектах гортани и трахеи / Т.А. Гараев // Российская оториноларингология. - 2015. - №2 (75). - С. 21-25.

11. Грекова, М.М. Хирургическое лечение двухсторонних паралитических стенозов гортани (литературный обзор) / М.М. Грекова, И.А. Аникин, С.В. Рязанцев // Рос. оториноларингология. - 2012. - № 5. - С. 144-155.
12. Гюсан, А.О. Экстренная помощь при наружных травмах глотки, гортани и шейного отдела трахеи / А.О. Гюсан, С.А. Гюсан // Соврем, наукоемкие технологии. - 2009. - № 9. - С. 108-109.
13. Долгов О.И. Опыт эндоскопического хирургического лечения паралитических стенозов гортани / О.И. Долгов, Д.О. Рогова // Российская оториноларингология. - 2015. - №1 (74). - С. 49-54.
14. Долгов, О.И. Рубцово-паралитические стенозы гортани / О.И. Долгов // Рос. оториноларингология. - 2012. - № 1. - С. 68-72.
15. Долгов, О.И. Эффективность лазерной хордаритеноидэктомии при паралитических стенозах гортани /О.И. Долгов // Рос. оториноларингология. - 2011.-№ 1.-С. 61-65.
16. Хасанов У.С. Клинико-патогенетические особенности хронических воспалительных заболеваний гортани и их лечение. Докторская диссертация. 2008.
17. Хасанов У.С. Этиология и патогенез постинтубационных Рубцовых стенозов гортани и трахеи / У.С. Хасанов // Вестн. оториноларингологии. - 2005. - № 4.-С. 56-58.
18. A case of Creutzfeldt-Jacob disease with bilateral vocal fold abductor paralysis / L. Li [et al.] // J. Voice. - 2009. - Vol. 23, № 5. - P. 635-638.
19. A novel endoscopically placed stent to relieve glottic obstruction from bilateral vocal fold paralysis / E. Prisman [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. - 2011. -Vol. 75, №2.-P. 182-185.
20. A prospective, randomized trial of nerve monitoring of the external branch of the superior laryngeal nerve during thyroidectomy under local/regional anesthesia and IV sedation / J. Lifante [et al.] // Surgery. - 2009. - Vol. 146, № 6. - P. 1167-1173.

21. A retrospective survey of outpatients with long-term tracheostomy / G. Bjorling [et al.] // Surgery. - 2006. - Vol. 50, № 4. - P. 399-406.
22. Abraham, R.F. Botulinum toxin-assisted endoscopic repair of traumatic vocal fold avulsion / R.F. Abraham, S. Shapshay, L. Galati // Ear Nose Throat J. - 2010. - Vol. 89, № 9. - P. 452-458.
23. Types and timing of therapy for vocal fold paresis/paralysis after thyroidectomy: a systematic review and meta-analysis / X. Chen, P. Wan, Y. Yu, M. Li, Y. Xu, P. Huang, Z. Huang // J. Voice. - 2011, Nov. - 25 (6). - P. 799-808 [PubMed].
24. Vocal cord paralysis - analysis of cohort of 400 patients / R. Reiter, A. Pickard, E. Smith, K. Hansch, T. Weber, T.K. Hoffmann, S. Brosch // Laryngorhinootologie. - 2015, Feb. - 94 (2). - P. 91-96 [PubMed].
25. Woodson G. Evolving concepts of laryngeal paralysis / G. Woodson // J. Laryngol. Otol. - 2008. - V. 122, № 5. - P. 437—441.
26. Woodson G.E. Spontaneous laryngeal reinnervation after recurrent laryngeal or vagus nerve injury / G.E. Woodson // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 2007. - V.116 (1). - P. 57-65. [PubMed].

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ	4
КИРИШ	5
I БОБ. ҲИҚИЛДОҚ СУРУНКАЛИ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)	10
1.1. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенозини этиопатогенези	10
1.2. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенозини ташхислаш усуллари	10
1.3. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенозини консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари	11
1.4. Ҳиқилдоқ паралитик стенози бўлган беморларни реабилитация қилиш	14
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ	16
2.1. Беморларнинг умумий тавсифи	16
2.2. Беморларни клиник текшириш усуллари	19
2.3. Беморларни инструментал текшириш усуллари	21
2.4. Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш	30
III БОБ. ҲИҚИЛДОҚ СУРУНКАЛИ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИ БЎЛГАН БЕМОРАЛАРНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ	31
3.1. Клиник-инструментал текширув натижалари	31
3.2. Ташқи нафас функциясини текшириш натижалари	37
3.3. Овоз функциясини текшириш натижалари	38
3.4. Беморларнинг овоз сифатини ва ҳаёт сифатини баҳолаш натижалари	39
IV БОБ. ҲИҚИЛДОҚ СУРУНКАЛИ ПАРАЛИТИК СТЕНОЗИ БЎЛГАН БЕМОРАЛАРНИ ТУРЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ	41
4.1. Ҳиқилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари самарадорлигини баҳолаш	41

4.2.	Ҳикилдоқ сурункали паралитик стенози бўлган беморларни комплекс даволашдан сўнг нафас олиш ва овоз функциясини қиёсий баҳолаш	51
4.3.	Беморларни комплекс даволашдан кейин овоз сифатини ва хаёт сифатини баҳолаш	56
	ХОТИМА	60
	ХУЛОСАЛАР	75
	АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	76
	ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	77