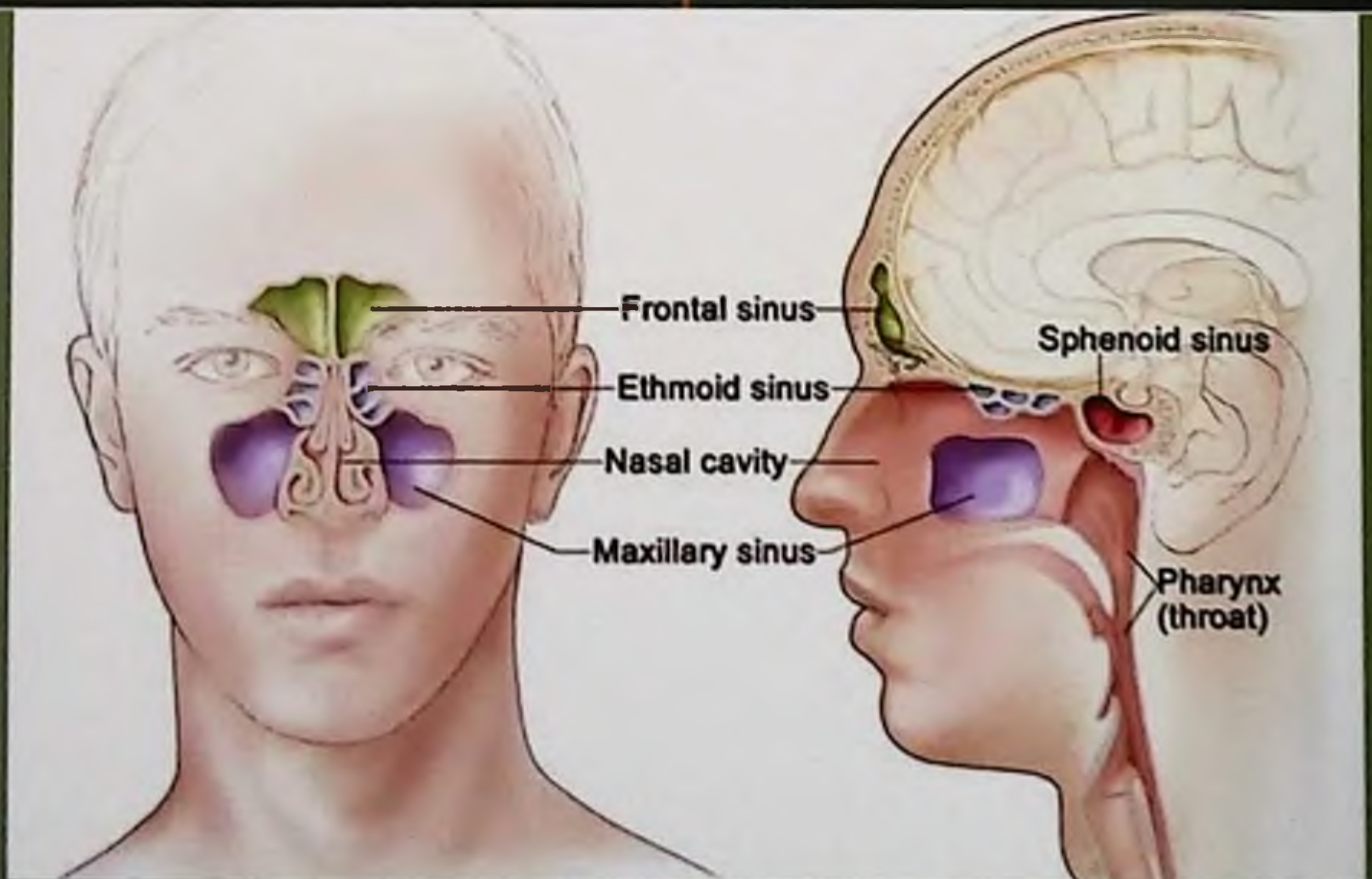


G.U.Lutfullayev
N.I.Safarova
F.H.Hamrayev

SINUSITLARNING RINOGEN ASORATLARI



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

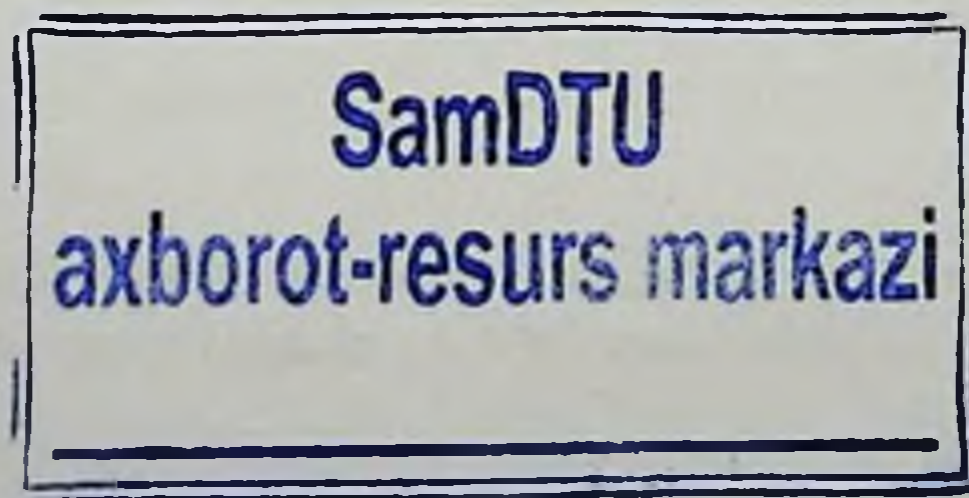
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

Lutfullayev G'.U., Safarova N.I., Hamrayev F.H.

SINUSITLARNING RINOGEN ASORATLARI

Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistratura talabalari, klinik
ordinatorlari va vrach tinglovchilar uchun

O'QUV-USLUBIY QO'LLANMA



"Samarqand davlat chet tillar instituti" nashriyoti
Samarqand - 2023

Sinusitlarning rinogen asoratlari. Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistratura talabalari, klinik ordinatorlari va vrach tinglovchilar uchun o'quv-uslubiy qo'llanma. – Samarqand: “Samarqand davlat chet tillar instituti” nashriyoti, 2023. – 33 bet.

O'tkir va surunkali sinusitlarning huruji va o'z vaqtida ratsional davolanmaslik rinogen asoratlarini keltirib chiqaradi. Bu ko'rsatkich sinusitlar bilan xastalangan bemorlarning 2,5-5 % ni tashkil qiladi. Bu kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi 5,8 % ni tashkil etadi. Yakunda ayni mavzu bo'yicha test savollari, vaziyatli topshiriqlar va amaliy ko'nikmalar mavjud.

Tuzuvchilar:

Lutfullayev G'.U.-Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Otorinolarologiya kafedراسi mudiri, t.f.d.

Safarova N.I. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Otorinolarologiya kafedراسi assistenti, t.f.n.

Hamrayev F.X. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Otorinolarologiya kafedراسi assistenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Lutfullayev U.L.-Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Otorinolarologiya kafedراسi professori, t.f.d.

Nasretdinova M.T.- Samarqand davlat tibbiyot universiteti 2-son Otorinolarologiya kafedراسi mudiri, t.f.d., professori

O'quv-uslubiy qo'llanma Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistratura talabalari, klinik ordinatorlari va vrach tinglovchilar uchun mo'ljallangan.

O'quv-uslubiy qo'llanma SamDTU Ilmiy Kengashning yigilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi (2023-y. 3-may 9-sonli bayonnoma).

KIRISH

O'quv-uslubiy qo'llanma Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistratura talabalari, klinik ordinatorlari va vrach tinglovchilar uchun mo'ljallangan bo'lib, unda sinusitlar va ularning rinogen asoratlari kelib chiqqanda tashxislash va davolash usullari haqida qo'shimcha ma'lumotlar yoritilgan. O'quv-uslubiy qo'llanma kirish, burun va uning yondosh bo'shliqlarining anatomik tuzilishi va fiziologiyasi, sinusitlar va rinogen asoratlarning diagnostikasi, davolash usullari va oldini olish to'g'risidagi qismlar va tekshirish savollari, vaziyatli masalalar, shuningdek, testlardan iborat. Bunda asosiy e'tibor burun va uning yondosh bo'shliqlarining yalliglanish kasalliklari o'z vaqtida aniqlanib, kerakli davo muolajalari va chora-tadbirlar o'tkazilmaganda, shuningdek, organizmning reaktiv xususiyatlari past bo'lganda, rinogen asoratlarning kelib chiqishida muhim o'rin egallashiga qaratilgan. Shu bilan bir qatorda kasallikni keltirib chiqaruvchi etiologik omillar yoritilib, kasallikning klinik ko'rinishlarini baholash, erta tashxislash va ratsional davolash, yalliglanish jarayoni va rinogen asoratlarning lokalizatsiyasiga qarab yondoshish usullari keltirilgan. O'quv-uslubiy qo'llanmada sinusit asoratlarning tarqalishi, ularning klinik shakllarini hisobga olgan holda tahlili keltirilgan. Asoratlarning strukturasi uch shoxli nerv nevrалgiyasi, bo'shliqlar devorlarining periostitlari va paraorbital to'qimalar va ko'z qovoqlari to'qimalarining reaktiv shishi yetakchi o'rinni egallashi aniqlandi. O'quv-uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti Otorinolarinologiya kafedrasida xodimlarining ushbu yo'nalishda ko'p yillik ilmiy va amaliy izlanishlari natijasi asosida tuzilgan (kaf.mudiri - t.f.d. Lutfullayev G.U.).

SINUSITLARNING RINOGEN ASORATLARI TO'G'RISIDA TUSHUNCHA

Sinusitlar LOR-patologiyasi strukturasi asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Oxirgi yillarda barcha rivojlangan mamlakatlarda sinusitlar soni ortib bormoqda. O'zbekistonda S.A.Xasanov (2015) va Sh.E.Omonov (2021) ma'lumotlariga ko'ra, sinusitlar 10 % dan 70 % gacha tashkil kilib, yillik o'sishi 1,5-2%dan iborat. Sinusit - BYB (burun yondosh bo'shliqlari) shilliq pardalarining bakterial yoki virusli zararlanishi natijasida kelib chiqadigan patologik jarayon bo'lib, gaymorit, frontit, ethmoidit, sfenoidit ko'rinishida, ba'zida esa yallig'lanish ikkita yoki undan ortiq bo'shliqni egallashi (ethmoidogaymorit, ethmoidofrontit, ethmoidogaymorofrontit, ethmoidogaymorosfenoidit, ethmoidofrontosfenoidit), bundan tashqari, o'ng, chap tomonlama (gemisinusit) yoki barcha bo'shliqlarni bir vaqtda qamrab olishi mumkin (pansinusit). Sinusitlar kelib chiqishida umumiy va mahalliy omillar mavjud. Umumiy omillardan organizmning individual reaktivligi, konstitutsional xususiyatlar, immun tizimning holati, tashqi muhit salbiy taassurotlari hisoblanadi. Mahalliy sabablarga BYB tabiiy teshiklari bilan burun bo'shlig'i orasidagi aloqa buzilishi: anatomik tuzilish xususiyatlari, adenoid vegetatsiyasi, burun to'sig'i qiyshayishi, burun chig'anoqlari gipertrofiyasi, polip va turli xil o'smalar kiradi. Sinusitlarda infeksiya kontakt, gematogen va limfogen yo'llar bilan tushishi mumkin. O'tkir sinusitda ko'pincha monoflora, surunkali kechishida esa mikroblar assotsiatsiyalari, anaerob mikroflora, uning aeroblar va viruslar bilan assotsiatsiyasi aniqlanadi. Surunkali sinusitlar etiologiyasida gramm-manfiy flora, E.soli, protey, ko'k yiring tayoqchasi, klebsiella kabi mikroorganizmlar yuqori patogen xususiyatlarini namoyon etadi. Oxirgi yillarda bakteriologik ekmalardan xlamidiyali infeksiya ajratilmoqda. Keng ko'lamda va nazoratsiz, sezuvchanlikni hisobga olmasdan antibakterial preparatlar qo'llanilishi zamburug'li sinusitlarni (aspergillez, kandidoz) keltirib chiqaradi. Shilliq parda giperplaziyasida burun orqali nafas olish qiyinlashib, hid bilish pasayishi kuzatiladi. Surunkali jarayon qo'zishi tana harorati ko'tarilishi, bemorning umumiy ahvoli og'irlashishi, yonoq va qovoq

sohasida og'riq, shish, bosh og'rig'i, laborator analizlarda yallig'lanish belgilari bilan namoyon bo'ladi. Monosinusitlar kam uchraydi, ko'pincha yallig'lanish jarayoni g'alvirsimon labirint kataklari va yuqori jag' bo'shlig'i, nisbatan kamroq peshona va asosiy bo'shliqni egallaydi. Infeksiya tarqalishida BYBning kalla suyagi bo'shlig'i va orbita bilan yaqin anatomik aloqalari, drenaj funktsiyasi buzilishi sabab bo'ladi. Yallig'lanish jarayonida bakterial floraning virulentligi, uning ta'sir qilish muddati, organizmning umumiy reaktivlik darajasi va mahalliy to'qimalarning qarshiligi ta'sir qiladi. Sinusitlarning asoratlari LOR amaliyotidagi dolzarb muammolardan hisoblanib, ayniqsa, orbital va intrakranial asoratlari muhim ahamiyatga ega, chunki ular juda og'ir kechib, diagnostikasi va davolash murakkab, bundan tashqari, o'lim holatlariga ham olib kelishi mumkin. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, burun va BYB anatomiyasi va fiziologiyasi to'g'risida to'xtalib o'tishni lozim deb topdik.

BURUN VA UNING YONDOSH BO'SHLIQLARI KLINIK ANATOMIYASI

Tashqi burun (nasmus externus) cho'qqisi yuqoriga, asosi pastga qaragan uch qirrali piramida shakliga ega bo'lib, teri bilan qoplangan. Unda burun uchi, burun ildizi, tepasi va qanotlari tafovut qilinadi. Tashqi burun suyak va tog'ay qismlardan tuzilgan (rasm 1). Tashqi burunning suyak qismi juft yassi burun suyaklaridan va peshona suyagining burun o'sig'idan tuzilgan bo'lib, yuz skeletining noksimon teshigini hosil qiladi. Pastda bu suyaklar tashqi burunning tog'ay qismiga birikadi. Tashqi burunning tog'ay qismi juft lateral tog'ay, burun qanotining katta tog'ayi hamda qo'shimcha tog'aylardan hosil bo'lgan; burun qanotlarining pastki qismi tog'aysiz. Lateral tog'ay oyoqchalarining pastki qismi burun teshigini hosil qilishda qatnashadi. Lateral va burun qanotining katta tog'aylari orasida mayda sesamasimon tog'aychalar bor. Burun pastki qismining terisida ko'pgina yog bezlari mavjud. Burun dahlizi ham 4-5 mm masofada burun qanotlari singari teri bilan qoplangan. Bu maydondagi terida tuklar bo'lganligi sababli, burun chipqoni va burun sikozi rivojlanishi

mumkin. Burun qanotlarining biriktiruvchi to'qimasi burun teshigining orqa pastki qismini hosil qilishda ishtirok etadi. Burun qanotlari terisining ostida burun teshigini kichraytiruvchi va kengaytiruvchi mushakchalar joylashgan. Rasm 1. Tashqi burun Tashqi burunni ichki va tashqi uyqu arteriyalari tizimining ko'z kosasi arteriyasi, burunning dorsal arteriyasi va yuz arteriyasi qon bilan ta'minlaydi. Vena qoni old yuz venasi orqali ichki bo'yinturuq venaga, burun bo'shlig'i venalari va qisman ko'z kosasi venalari orqali qanot tanglay vena to'riga (plexus pterygoideus), g'ovaksimon bo'shliqqa (sinus cavernosus), bosh miyaning o'rta venasiga (v. meningea media), keyin ichki bo'yinturuq venasiga chiqariladi. Limfa tashqi burundan asosan jag' osti limfa tugunlariga chiqariladi. Tashqi burun mushaklarining innervatsiyasini yuz asab tolasi (n. facialis), terisining sezuvchanlik innervatsiyasini - uch shoxli asab tolasining I va II shoxchalari (n. ophthalmicus et r. infraorbitalis n. trigemini) ta'minlaydi. Burun bo'shlig'i (cavum nasi) og'iz bo'shlig'i va kalla suyagi old chuqurchasining oralig'ida joylashgan bo'lib, yon tomonda ko'z kosasi, juft yuqori jag' va g'alvirsimon bo'shliqlar bilan chegaralangan. Old tomondan burun bo'shlig'i burun kataklari orqali tashqi muhitga, orqa tomondan xoanalar orqali halqumga ochiladi. Burun to'sig'i burun bo'shlig'ini ikkiga bo'ladi. Burun bo'shlig'ining har bir yarmi 4 ta burun yondosh bo'shliqlari (yuqori jag', g'alvirsimon, peshona va asos) bilan o'ralgan. Burun bo'shlig'ida lateral, medial, yuqori va pastki devorlar tafovut qilinadi. Burun bo'shlig'ining lateral (tashqi) devori burun suyaklari, yuqori jag' suyagining tanasi va peshona o'sig'i, ko'z yosh suyagi, g'alvirsimon suyakning medial devori, tanglay suyagining perpendikulyar plastinkasi, asos suyakning medial plastinkasi va pastki burun chig'anoqlaridan hosil bo'lgan. Burun bo'shlig'ining lateral devorida gorizontal holda 3 ta suyak - yuqori, o'rta, pastki burun chig'anoqlari joylashgan (concha nasalis superior, media, inferior) (rasm 2). Agar pastki burun chig'anog'i alohida suyakdan iborat bo'lsa, o'rta va yuqori chig'anoqlar g'alvirsimon suyakning o'simtasi hisoblanadi. Burun to'sig'i va burun chig'anoqlarining tashqi yuzasi orasida umumiy burun yo'li, pastki burun chig'anog'i va burun bo'shlig'ining tubi orasida - pastki burun yo'li, pastki va o'rta burun chig'anoqlari

orasida - o'rta burun yo'li joylashgan. Rasm 2. Burun chig'anoqlari: Rasm 3. Burun to'sig'il - pastki, 2 - o'rta, 3 - yuqori Peshona bo'shlig'i, g'alvirsimon bo'shliqning old va o'rta hujayralari, yuqori jag' bo'shlig'ining chiqish teshigi o'rta burun yo'lga ochiladi. Burun bo'shlig'ining yuqori devori (burun tomi) old tomonda burun suyaklaridan, o'rta qismlarida - g'alvirsimon suyakning elaksimon plastinkasi (lamina cribrosa) va g'alvirsimon suyak kataklaridan, orqa tomonda asos bo'shliqning old devoridan hosil bo'lgan. Elaksimon plastinkaning tirqishlari orqali hid sezish asab tolasi burun bo'shlig'idan kalla bo'shlig'iga o'tadi; bu asab tolasining piyozchasi elaksimon plastinkaning kalla suyagi yuzasida joylashgan. Elaksimon plastinkaning qalinligi 2-3 mm ga teng. Bolalarda burun gumbazi 2-3 yoshda suyaklanadi. Burun bo'shlig'ining pastki devori (tubi) yuqori jag' suyagining tanglay o'siqlari va tanglay suyagining gorizontall plastinkalaridan hosil bo'lgan. Bu suyaklar o'zaro o'rta chiziq bo'ylab choklar yordamida birikadi. Burun bo'shlig'ining orqa devori, ya'ni chiqish joyi xonalar, ichki medial tomondan dimog' suyagi, tashqi lateral tomondan - ponasimon suyakning qanotsimon o'sig'i, tepadan ponasimon suyakning tanasi, pastdan tanglay suyagining gorizontall plastinkasi bilan chegaralangan. Burunbo'shlig'ining medial devori, ya'ni burun to'sig'i (septum nasi) burun bo'shlig'ini chap va o'ng tomonlarga bo'ladi. Burun to'sig'i g'alvirsimon suyakning perpendikulyar plastinkasi, dimog' suyagidan tuzilgan bo'lib, suyak va tog'ay qismlariga bo'linadi (rasm 3). Perpendikulyar plastinka va dimog' suyagi, burun to'sig'i tog'ayi va dimog' suyagi orasida o'sish maydoni joylashgan. Bu maydonning jarohatlanishi burun to'sig'i va tashqi burun shaklining o'zgarishiga (deformatsiyasiga) olib kelishi mumkin. Burun to'sig'i 10 yoshli bolada to'liq shakllanib bo'ladi. Uning keyingi o'sishi o'sish maydoni tufayli sodir bo'ladi. Tog'ay va suyak to'qimalarining o'sish tezligi turlicha bo'lganligi sababli o'sish maydonida burun orqali nafas olishni qiyinlashtiruvchi burun to'sig'i notekisliklari hosil bo'lishi mumkin. Ostiomeatal kompleks - o'rta burun yo'lining old bo'limida joylashgan anatomik tuzilmalar tizimi bo'lib, uning tarkibiga g'alvirsimon suyakning medial devori, ilgaksimon o'simta (o'roqsimon suyak plastinkasi) kiradi. Ilgaksimon o'simtaning oldida, o'rta burun chig'anog'ining

yuqori uchi birikadigan maydon sathida burun yostiqchasi hujayralari (agger nasi) joy olgan. Ilgaksimon o'simtaning orqasida, o'rta burun chig'anog'i old uchining ostida g'alvirsimon suyagi old bo'shlig'ining yirik katakchasi - katta g'alvirsimon pufakcha (bulla ethmoidalis) ko'rinadi, burun to'sig'ining qarama-qarshi maydoni ham shu kompleksga kiradi. Yuqori burun yo'li o'rta burun chig'anog'i va burun tomi orasida joylashgan. Asosiy bo'shliq yuqori burun chig'anog'ining orqa uchi sohasida ochiladi. G'alvirsimon bo'shliqning orqa katakchalari ham shu burun yo'liga ochiladi. Burun yondosh bo'shliqlarining o'rta va yuqori burun yo'llarida bir-biriga yaqin joyda ochilishi klinik jihatdan ahamiyatli, chunki yallig'lanish jarayonining tarqalishiga imkon tug'iladi, ayniqsa yosh bolalarda. Burun bo'shlig'iga kirishda teri bilan qoplangan burun dahlizi (vestibulum nasi) joylashgan. Burun shilliq pardasida shilliq osti qavati bo'lmaydi.

Burun bo'shlig'i shilliq pardasida o'z navbatida ikkita - nafas olish (region respiratoria) va hid sezish (regio olfactoria) maydonlari tafovut qilinadi.

Burunning nafas olish maydoni (regio respiratoria) burun tubidan boshlanib o'rta burun chig'anog'ining pastki qismigacha bo'lgan shilliq parda maydonini egallaydi. U burunning pastki qavatini, o'rta burun chig'anog'ining bir qismini, pastki burun chig'anog'ini, o'rta va pastki burun yo'llarini hamda burun to'sig'ining bir qismini o'z ichiga oladi. Rasm 4. Burun bo'shlig'i hilpillovchi epiteliysi Burun nafas olish maydonining shilliq pardasi ko'p qavatli silindrik hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan bo'lib, unda bazal va qadahsimon hujayralar mavjud (rasm 4). Shilliq parda tog'ay va suyak usti pardalariga zich yopishgan bo'ladi. Hid sezish maydoni (regio olfactoria) burun bo'shlig'ining yuqori qavatida joylashgan. U burun tomidan boshlanib o'rta burunchig'anog'ining pastki chetigacha bo'lgan maydonni egallaydi. Hid sezish maydoninigi shilliq pardasi hid bilish epiteliysi bilan qoplangan, yuzasining sathi 24 sm² teng. Hid sezish epiteliysi orasida tozalash vazifasini bajaruvchi hilpillovchi epiteliy maydonchalari ham uchraydi. Hid sezish epiteliysi bazal, tayanch va neyrosensor hujayralardan tuzilgan. Tayanch hujayralar sarg'ish pigmentga ega, shuning uchun endorinoskopiya hid sezish

maydoni sarg'ish bo'lib ko'rinadi. Hid sezish hujayralari ipsimon shaklda bo'lib, periferik tolalarining (dendritlari) uchi kengayish hosil qiladi. Bu hujayralarning markaziy tolalari esa (aksonlar) hid sezish iplari tarkibida (fila olfactoria) yuqoriga ko'tariladi va elaksimona plastinka tirqishlaridan o'tib, kalla suyagi bo'shlig'iga kiradi. Bu erda hid sezish yo'lining I-neyroni hid bilish asab tolasining piyozchasi - bulbus olfactoria bilan yakunlanadi. II-neyroni esa tractus olfactoria tarkibidagi trigonum olfactorium, substantia perforata, septum pellucidum sohasiga etib borib, o'sha joyda tugaydi. Bu erdan boshlangan III-neyron bosh miya po'stlog'ining hid sezish markaziga boradi. Hid sezish maydonining shilliq pardasida seroz suyuqlik ishlab chiqaruvchi Boumen bezlari mavjud. Bezlar ishlab chiqargan suyuqlik hidli moddalarni eritish qobiliyatiga ega. Tayanch hujayralar ishlab chiqaruvchi pigment ham bunda ishtirok etadi. Burun bo'shlig'ining shilliq pardasi qon tomirlarga juda boy bo'lib, ular tashqi uyqu arteriyasidan tarqalib, burun bo'shlig'ining aksariyat qismi a.sphenopalatina, old-yuqori qismlari - ichki uyqu arteriyasi shoxchalari bo'lgan aa.ethmoidales anterior et posterior dan qon bilan ta'minlanadi. Burun to'sig'ining old-pastki burchagi sohasida qon tomirlar shoxchalarining anastomozlari tufayli kichik arteriyalar chigali hosil bo'ladi. Tez-tez qonab turuvchi bu qism Kisselbax maydoni deb ataladi. Burun bo'shlig'ini bu darajada ko'p qon bilan ta'minlanishi burun jarohatlarini qisqa vaqt ichida bitishiga yordam beradi va bir vaqtning o'zida ayrim umumiy va burun bo'shlig'i kasalliklarida burundan tez-tez qon ketishiga sabab bo'ladi. Burundan vena qoni ichki bo'yinturuq venasiga (v.jugularis interna) quyiladigan old yuz venasiga (v.facialis anterior) va sinus cavernosusga qo'yiladigan v.oftalmicaga oqib tushadi. Burunning orqa bo'limlaridan qon qanot-tanglay (ganglion sphenopalatinum) va burun-halqum (ganglion nasopharyngeus) chigallariga oqadi. Burun va burun yondosh bo'shliqlari kichik venalarining qoni sinus longitudinalisga oqib tushadi. Shu sababli o'tkir yoki surunkali sinusit xuruji bilan og'rikan bemorlarda rinogen ko'z kosasi, kalla ichi asoratlari va rinogen sepsis rivojlanish xavfi tug'iladi. Burunning limfa yo'llari subdural va subaraxnoidal bo'shliqlar bilan bog'lanish hosil qiladi. Burun bo'shlig'ining old bo'limlari, tashqi burun va og'iz

bo'shlig'ining old bo'limlaridan limfa jag'osti va iyakosti limfa tugunlariga, burunning ichki va orqa bo'limlari, evstaxiy nayi va burun-halqum sohasidan - bo'yinturuq venasi yonida joylashgan chuqur bo'yin limfa tugunlariga quyiladi. Burun yondosh bo'shliqlariga (sinus paranasalis) 4 ta juft bo'shliq: yuqori jag', g'alvirsimon, peshona, asosiy bo'shliqlar kiradi (rasm 5).

Rasm 5. Burun yondosh bo'shliqlari: 1 - gaymor, 2 - peshona, 3 - g'alvirsimon, 4 - asosiy Burun yondosh bo'shliqlari old (yuqori jag', peshona, old va o'rta g'alvirsimon) va orqa (asosiy va orqa g'alvirsimon) bo'shliqlarga bo'linadi. Ular tor kanallar orqali burun bo'shlig'iga ochiladi; old bo'shliqlar - o'rta burun yo'liga, orqa bo'shliqlar - yuqori burun yo'liga ochiladi (rasm 6). Chaqaloqlarda faqat yuqori jag' va g'alvirsimon bo'shliqlar to'liq farqlanadigan holatda bo'ladi. Rasm 6. O'rta burun yo'liga ochiladigan bo'shliqlar G'alvirsimon bo'shliq chaqaloqlarda to'liq shakllangan bo'lib, u unchalik chuqur bo'lmagan va shilliq parda bilan qoplangan katakchalardan iborat. Katakchalarning shilliqosti pardasi juda yumshoq bo'lib, yallig'langanda ayrim hollarda burun bo'shlig'ida polipday osilib turadi. G'alvirsimon suyakning har bir tomonida kataklarning soni bolaning yoshiga, kataklarning pnevmatizatsiyasiga karab 8-10 taga etadi. G'alvirsimon bo'shliqning tashqi plastinkasi ko'z kosasining qog'oz plastinkasi bo'lib, u bo'shliq kataklarini ko'z kosasidan ajratib turadi. Ichki plastinka burun bo'shlig'ining tashqi devorini hosil qilishda ishtirok etadi. G'alvirsimon bo'shliqning o'ziga xos anatomo topografik xususiyati patologik jarayonning ko'z kosasiga, kalla ichiga, ko'rish asab tolasiga tarqalishiga sharoit yaratadi. Yuqori jag' bo'shlig'i juft bo'lib, u yuqori jag' suyagi tanasida joylashgan, shakli uch qirrali piramidani eslatadi. Bo'shliqning old devori yuqori jag' suyagining old yuzasidan hosil bo'lib, ichkariga botgan bo'ladi, orqa devori esa yuqori jag' bo'shlig'ini qanot tanglay chuqurchasidan ajratib turadi. Bo'shliqning yuqori devori ko'z kosasining pastki devori hisoblanadi. Undan pastda ko'z kosasi asab tolasining yarimkanali yotadi. Yuqori jag' bo'shlig'ining pastki devori alveolyar o'siqning kirish joyiga to'g'ri keladi (ikkinchi kichik va ikkita katta oziq tishlar ildizi). Yuqori jag' bo'shlig'ining ichki devori burun bo'shlig'ining lateral devoridan

tashkil topgan. O'rta burun yo'lida bu soxa ikki qavat shilliq pardadan hosil bo'lgan. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda yuqori jag' bo'shlig'ining pastki devori ikki qator sut va doimiy tishlarning kurtaklari ustida joylashadi, yuqori jag' bo'shlig'i esa qisman tish kurtaklari ustida joylashib, ular bilan tutashmaydi. Rasm 7. O'ng yuqori jag' bo'shlig'i Yosh bolalarda qoziq tish yuqori jag' bo'shlig'i va ko'z kosasining ichki burchagiga yaqin joylashadi. 5-6 yoshda yuqori jag' bo'shlig'i qoziq tish, ikki kichik va katta oziq tishlar bilan uzviy bog'langan buladi (rasm 7). Rasm 8. O'ng peshona bo'shlig'i va galvirsimon bo'shliq katakchalari Peshona bo'shlig'ini 4 devor hosil qiladi: orqa devori peshona bo'shlig'ini kalla bo'shlig'idan ajratib turadi, pastki devori - ko'z kosasiga yonmayon joylashgan (rasm 8). Ikki peshona bo'shliqlarini ajratib turgan to'siq peshona bo'shlig'ining ichki devori hisoblanadi. Bo'shliq tubida peshona-burun kanalining teshigi mavjud bo'lib, u o'rta burun yo'lining old qismiga ochiladi. Peshona bo'shlig'ining rivojlanishi 5 yoshga borib to'liq tugaydi va ko'pincha assimetrik bo'ladi, 13 % holda umuman bo'lmasligi mumkin. Asosiy bo'shliq kalla suyagining asosini hosil qilishda ishtirok etadi, u muhim anatomik tuzilmalar bilan o'ralgan. Bu bo'shliqning rivojlanishi 12-14 yoshda to'gaydi. Asosiy bo'shliq orqa tomondan g'alvirsimon kataklarga yonma-yon joylashgan. Uning old devori juda yupqa bo'lib, unda yuqori burun yo'lga ochilgan teshik joylashgan. Asosiy bo'shliqning yuqori devori turk egari, gipofiz, ko'rish asab tolasi kesishmasi yonida joylashgan. Uning pastki devori burun va burun-halqumning orqa gumbazini hosil qilishda ishtirok etib, bu devoridan Vidiev kanali orqali asab tolasi o'tadi. Asosiy bo'shliqning yon devorida uyqu arteriyasi, bosh miya qattiq pardasining g'ovaksimon vena bo'shlig'i (bo'shliq cavemosus), juft bosh miya asab tolasining I shoxchasi, III, IV, VI juft bosh miya asab tolalari o'tadi.

Yuqori jag' bo'shliqlarini a. nasalis posterior qon bilan ta'minlaydi. Ulardan vena qoni qisman qanottanglay chigaliga, qisman v. facialisga, limfa esa bo'yinning chuqur yoki jag'osti limfa tugunlariga chiqariladi. G'alvirsimon bo'shliqlarni old va orqa g'alvirsim arteriyalar va ko'z yoshi qopchasini o'rab olgan arteriyalar qon bilan ta'minlaydi, vena qoni esa orbital venaga quyiladi. Peshona

bo'shliqlarini a.sphenopalatina va a.ethmoidalis anterior qon bilan ta'minlaydi, vena qoni esa qisman sinus longitudinalis superioriga yoki foramen coecumga chiqadi. Asosiy bo'shliqni a.sphenopalatina, a.pterygopalatina, a.vidiana qon bilan ta'minlaydi, vena tomirlari qisman v.oftalmicaga va asosan sinus cavernosusga quyiladi. Limfa yo'llari bo'yin chuqur va halqumorti limfa tugunlariga oqib boradi.

BURUN VA UNING YONDOSH BO'SHLIQLARI FIZIOLOGIYASI

Burun bo'shlig'i asosiy va ikkilamchi funksiyalarni bajaradi. Burunning asosiy funksiyalariga nafas olish, himoya va hid bilish, ikkilamchi funksiyalariga - mimika, ko'z yoshini chiqarish, rezonans funksiyalari kiradi. Burun bo'shlig'i ovoz tembrini hosil qilishda ham ishtirok etadi.

Nafas olish funksiyasi. Burun bo'shlig'ining devorlari va ayniqsa, shilliq pardasining o'ziga xos tuzilishi, refleksogen maydonlarning mavjudligi, uch shoxli va hid sezish asab tolasi bilan ta'minlanganligi tufayli burun bo'shlig'i o'pkaga kirayotgan havo hajmini va tezligini boshqarishdan tashqari, boshqa a'zo va tizimlar faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi. Kirayotgan havo hidini bilish qobiliyati inson organizmini tashqi muhitning zararli ta'sirlaridan himoya qiladi. Masalan, aynigan taom, havodagi zaharli moddalarning hidi odamni hushyor tortishga va kerakli himoya choralarini ko'rishga undaydi. Burun orqali nafas olish fiziologik jarayon hisoblanadi. Ushbu jarayon buzilganda nafas olishning tezligi va chuqurligi o'zgarib, yuqori va pastki nafas yo'llari turli kasalliklari yuzaga kelishi mumkin. Burun orqali nafas olish qiyinlashganda o'pkadagi gaz almashinuvi, qonning fizikaviy va kimyoviy tarkibi, organizmda kislorod almashinuvi buziladi. Og'iz orqali nafas olinganda o'pka ventilyatsiyasi 25-30 % ga kamayadi, bu esa qonda kislorod va karbonat angidrid miqdoriga ta'sir ko'rsatib, natijada eritrotsitlar soni va gemoglobinning miqdori kamayadi, eozinofillar soni va EChT (eritrotsitlar cho'kish tezligi) oshadi, glyukozaning miqdori o'zgaradi. Burun shilliq pardasidagi refleksogen maydonlar burun bo'shlig'ini boshqa a'zolar bilan bog'lab turadi. Bunday reflektor

bog'lanish I va Y juftbosh miya asab tolalari orqali amalga oshiriladi (mexano-, xemo- va termoretseptorlar faoliyati tufayli). Masalan, burun bo'shlig'i shilliq pardasiga tamaki tutuni ta'sir etganda nafas harakatlarining tezligi va chuqurligi o'zgaradi, xloroform bug'laridan esa nafas harakatlari butunlay to'xtab qolishi mumkin. Burunning himoya funksiyasiga aksirish va ko'z yoshni chiqarish funksiyalari kiradi. Havo ifloslanganda burun bo'shlig'ining hajmi qisqarsa, toza tog' havosida - aksincha, kengayadi. Burun bo'shlig'ida havo namlanadi, tozalanadi va isitiladi. Havoni mexanik tozalashda burun shilliq pardasining hilpillovchi epiteliysi ishtirok etadi, burun ajralmasi esa uni zararsizlantiradi. Havo oqimi bilan kirgan chang zarrachalari, mikroblar burunning shilimshiq suyuqligi bilan birga burun bo'shlig'ining orqa bo'limlariga siljiriladi va u erdan so'lak bilan birga yutib yuboriladi yoki tashqariga chiqariladi. Yirik chang zarrachalarini burun dahlizidagi tuklar ushlab qoladi. Burunning hid sezish funksiyasi inson uchun juda muhim bo'lib, uning yordamida u atrof muhitdagi hidlar, oziq-ovqat maxsulotlarining sifatini baholaydi. Hidli moddalarda yog'da eruvchi odorivektor molekulalari mavjud. Hid sezish qobiliyati asosan nafas olinganda, havo oqimi burun bo'shlig'ining yuqori qismi - hid sezish maydoniga etib borganda sodir bo'ladi. Nafasni chiqarish harakati me'yorda burunning o'rta va pastki yo'llari orqali amalga oshiriladi. Shuning uchun, ko'pincha bemorlar kekirish paytida, o'pkaning yiringli jarayonlarida, ayrim oshqozon-ichak kasalliklarida badbo'y hidni his etishadi. Hidli modda havo bilan birga burun bo'shlig'iga, hid bilish epiteliysiga etib boradi. Bu erda u shilimshiq suyuqlikda erib, sezgir hujayralar oqsili bilan birikadi. Hosil bo'lgan birikma ta'sirida hujayraning ionli potentsiali o'zgarib, asab tolasini hujayralari qo'zg'aladi. Paydo bo'lgan impuls asab tolalar orqali bosh miyaga etib boradi. Hid bidish analizatorining retseptor bo'limi juda sezgir bo'lib, inson 1: 0,0000023 bo'lgan aralashmani sezish qobiliyatiga ega.

Hid sezish refleksi asosan I va Y juft bosh miya nervlari hamda vegetativ asab tizimi elementlari orqali amalga oshiriladi. Rezonans funksiyasi. Me'yorda inson "m", "n", "g" va boshqa unsiz tovushlarni aniq talaffuz qiladi. Burun bo'shlig'i shilliq pardasi shishib, qalinlashganda esa bemorlarda manqalanish holati

kuzatiladi. Ko'z yoshi chiqarish funksiyasi. Me'yorda ko'z yoshi burun-ko'z yoshi kanali teshigi orqali burun bo'shlig'iga (pastki burun yo'liga) erkin o'tadi.

Burun bo'shlig'ining patologik jarayonlarida esa, masalan gipertrofiya jarayonida, bu teshik torayib ko'zdan tinmay yosh oqishiga sabab bo'ladi.

Sovuq havo ta'sirida ham burun bo'shlig'i shilliq pardasining shishi tufayli ko'zdan yosh oqishi kuzatiladi. Burun va BYB shillik pardasining muhim elementi mukotsiliar sistema bo'lib, u kiprikchali epiteliy, shilliq ishlab chiqaruvchi bokalsimon hujayralar, shilliqosti kavatining alveolyar bezlaridan tuzilgan. Nafas yullaridagi xilpillovchi epiteliy sinxron harakatlari bilan yondosh bo'shliqlarni shilliq, yotagentlardan tozalab, ximoyaning birinchi zvenosi vazifasini o'taydi. U juda nozik bo'lib, sovuq, issiq yoki quruq xavo bilan nafas olganda, shuningdek burun bo'shlig'i tamponadasi qilinganda, endoskopik aralashuvlarda shikastlanishi mumkin. Ta'sirlovchi agentga nisbatan burun shilliq pardasining birinchi javobi - shilliq gipersekretsiyasi xamda yallig'lanish reaksiyasidir, bunday holatda rinoreya boshlanib, yallig'lanish surunkali jarayonga o'tadi va o'z navbatida burun bo'shlig'i shilliq pardasi xamda epiteliysining o'zgarishlariga olib keladi. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha BYB rudimentar a'zo bo'lib, xech qanday fiziologik axamiyati yuq emish, ammo boshqa gurux olimlari bubo'shliqlarning organizmdagi roli muximligini qayd etishadi. BYB xavoga to'lgan xolatda kalla qutisining yuz skeleti vaznini engillashtirib, ma'lum bir himoya vazifasini o'taydi (yuz skeletiga sohasiga yuborilgan zarba vaqtida amortizatsiya xususiyati kuzatiladi). Mo'tadil vaziyatda BYB burun bo'shlig'idan o'tadigan xavoni ilitib, issiqlik uchun rezervuar bo'lib xizmat qiladi, ko'z yoshi oqishi va burunning rezonator funksiyasida ham ma'lum rol o'ynaydi.

PARANAZAL SINUSITLAR

Sinusit - paranasal bo'shliqlar va burun bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi, eng keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, uning tarqalishi bo'yicha aniq statistik ma'lumotlar mavjud bo'lmasa-

da, turli manbalarga ko'ra, butun dunyo bo'ylab kattalar aholisining 15% gacha bu patologiyadan aziyat chekadi va u bolalarda yanada ko'proq uchraydi.

Burun yuqori nafas yo'llarining boshlanishi bo'lib, uch qismga bo'linadi: tashqi burun, burun bo'shlig'i va paranasal bo'shliqlar yo'ki burun yondosh bo'shliqlari (BYB). BYB - burun bo'shlig'i atrofida joylashgan va u bilan ekskretor teshiklar yoki kanallar orqali aloqa qiladigan havo bo'shliqlaridir. To'rt juft bo'shliqlar mavjud: gaymor, peshona, g'alvirsimon va asosiy. Eng katta bo'shliq - gaymor yoki yuqori jag' suyagining tanasida, peshona bo'shliq peshona suyagining orasida, g'alvirsimon - g'alvirsimon suyak ko'p sonli hujayralaridan iborat va sfenoidal bo'shliq, shu nomli suyakning tanasida joylashgan. Sinusitlarning sabablari O'tkir sinusitning asosiy qo'zg'atuvchisi infeksiyon agentlar bo'lib, 90-98% hollarda sinusit viruslar, 2-10 % holatlarda bakteriyalar sabab bo'ladi. Bundan tashqari, sinusit zamburuq etiologiyali bo'lishi mumkin, shuningdek, allergenlar yoki irritant moddalar (timovchi hususiyatga ega bo'lgan moddalar) ta'sirining natijasi bo'lishi mumkin.

Yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan virusli kasallikdan so'ng BYB ikkilamchi bakterial infeksiyasi kattalarning 0,5-2 foizida va bolalarning 5 foizida rivojlanadi. Odatda, o'tkir sinusit o'tkir respirator virusli infeksiya (O'RVI) fonida kuzatiladi, ko'pincha rinoviruslar keltirib chiqaradi. Tadqiqotlarga ko'ra, O'RVI bilan ogrikan bemorlarning deyarli 90 foizi magnit-rezonans tomografiya tekshirishda BYB shilliq qavatining shishishi aniqlanib, bu sinusitning O'RVI ning tipik ko'rinishlaridan biri ekanligini tasdiqlaydi.

BYB shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi bakteriyalar orasida ko'pincha pnevmokokk va Haemophilus influenzae keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, atipik patogenlar - xlamidiya va mikoplazmalar (taxminan 10%) kattalar va bolalarda tobora ko'proq aniqlanmoqda. Surunkali sinusit rivojlanishining yagona nazariyasi yo'q. Keltirib chiqaruvchi omillar orasida ko'plab holatlar va kasalliklar, shu jumladan burun va BYB bo'shliqlari anatomik rivojlanish anomaliyalari va burun to'sig'ining qiysayishi, surunkali rinit, atopiya (immun tizimining atrof muhitda keng tarqalgan allergenlarga etarli darajada javob bermaslikka irsiy moyilligi), yallig'lanishga

qarshi nosteroid dorilarni ko'tara olmaslik, immunitet tanqisligi holatlari va boshqalar kiradi. Sinusit aero- va barotravma, o'q otish va mexanik shikastlanishlar (travmatik sinusit) natijasida, og'iz bo'shlig'ida o'tkir yoki surunkali yallig'lanish o'chog'i (odontogen sinusit) mavjudligida ham yuzaga kelishi mumkin. Odontogen sinusitda asosiy rolni yuqori jag' tishlari olib tashlanganidan keyin og'iz bo'shlig'ida o'tkir yallig'lanish va bu kanallarni to'ldirish paytida bo'shliqga yot moddalarning bo'laklari kirib qolishi, shuningdek, yuqori tishlar tuzilmalarining surunkali yallig'lanishi (pulpit) va periodont kasalliklari o'naydi. Kasallik tasnifi Sinusit qo'zg'atuvchi omilga qarab (travmatik, virusli, bakterial, qo'ziqorin, aralash, allergik) va jarayonning og'irligiga qarab (o'tkir va surunkali) tasniflanadi. Bundan tashqari, sinusit ekssudativ (seroz, kataral, yiringli) va produktiv (parietal-giperplastik va polipoz) turlarga bo'linadi. Qaysi bo'shliqlar ta'sirlanganiga qarab, quyidagilar farqlanadi:

- gaymorit - gaymor bo'shliq shilliq qavatining yallig'lanishi;
- frontit - peshona bo'shliq shilliq qavatining yallig'lanishi;
- etmoidit - g'alvirsimon katakchalar shilliq qavatining yallig'lanishi;
- sfenoidit - asosiy bo'shliq shilliq qavatining yallig'lanishi.

Burun bo'shlig'i yarmining barcha bo'shliqlari yallig'lanish jarayoniga jalb qilinganda kasallik gemisinusit, barcha bo'shliqlar qatnashsa - pansinusit deb ataladi. Sinusitlar simtomatikasi Sinusitning asosiy belgilari - doimiy burun oqishi, burun orqali nafas olish qiyinligi, bosh og'rig'i va BYB proektsiyasida og'riq, hid bilish pasayishi, quloq bitishi, umumiy darmonsizlik va yo'tal, isitma. Bosh og'rig'i o'tkir sinusitning asosiy belgilaridan biri bo'lib, u yallig'lanish jarayonining miya membranalariga ta'siri tufayli yuzaga keladi. Og'riq burun ildizi va qoshlar proektsiyasida aniqlanadi va yuqori jag'ga tarqalishi mumkin. Sfenoiditda og'riq boshning tepa va ensa qismlarida, diffuz ko'rinishda bo'lishi mumkin. Burun orqali nafas olish qiyinlashishi davriy yoki doimiy, bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bir tomonlama nafas olish qiyinlashuvi odatda zararlangan tomonga to'g'ri keladi.

Burundan oldin shilliqli, so'ngra shilliq-yiringli, yiringli ajralma kelishi va burun qoqqanda yoki halqum orqa devoridan oqishi mumkin. Yaqqol o'tkir jarayonda bu alomatlarning intensivligi odatda kuchayadi - umumiy intoksikatsiya belgilari qo'shiladi. Ba'zi hollarda ko'z qovoqlarining reaktiv shishi va orbital asoratlari (ayniqsa, bolalarda), yuz yumshoq to'qimalarining shishi rivojlanadi. Bolalarda o'tkir sinusit ko'pincha adenoid bezining gipertrofiyasi va surunkali yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lib, yo'tal va bo'yin limfa tugunlarining shishi kabi belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Kechish og'irligiga ko'ra, o'tkir sinusit engil, o'rtacha va og'ir darajaga bo'linadi. Engil darajada harorat ko'tarilmaydi, burun bitishi, burundan ajralma kelishi va yo'tal kam kuzatiladi. Simptomlar bemorning hayot sifatiga deyarli ta'sir qilmaydi (uyqu, kundalik faoliyat). Engil darajada BYB proektsiyasida va boshda og'riqlar yo'q, kasallik asoratlarsiz o'tadi.

Sinusitning o'rtacha og'irlikdagi turi uchun haroratning ko'tarilishi xarakterli, ammo u 38°C dan oshmaydi. Burun bitishi, burundan ajralma va yo'tal kuchayib, bu holat bemorning hayot sifatiga ta'sir qiladi. BYB proektsiyasida, bosh harakatlenganda va bosh egilganida, og'irlik hissi paydo bo'ladi. Ba'zan, o'rta quloqda asoratlari rivojlanishi mumkin - o'tkir o'rta otit.

Og'ir darajali sinusit tana haroratining 38°C dan yuqori bo'lishi bilan tavsiflanadi. Burun bitishi, burundan yiringli ajralma kelishi va yo'tal kuchayib, BYB proektsiyasida davriy yoki doimiy og'riqlar paydo bo'lib, boshning harakatlanishi yoki egilishi bilan kuchayadi. Intrakranial va orbital asoratlari kelib chiqishi mumkin.

Sinusit diagnostikasi Sinusit tashxisotida bemorning asosiy shikoyatlari: nafas olish qiyinligi va burundan ajralma kelishi, BYB sohasida og'riq, hid bilish pasayishi yoki yo'qolishi, rinoskopiyada shilliq yiringli ajralma, asosan o'rta burun yo'lida; shilliq qavat giperemiyasi va shishi, chig'anoqlar gipertrofiyasi o'rinlidir. BYB rentgenografiyasi, ehtiyoj bo'lsa KT va MRT tekshirishlar, diagnostik punktsiya qilinadi. Sinusitlarni davolash O'rtacha va og'ir kechuvchi o'tkir sinusitda antibiotik terapiyasi o'tkaziladi. Engil holatlarda antibiotiklar faqat yuqori nafas yo'llarining takroriy infeksiyalari va simptomlar 7 kundan ortiq davom etganda tavsiya etiladi. Bundan

tashqari, antibakterial terapiya og'ir somatik patologiyasi bo'lgan bemorlarda (masalan, qandli diabet) va immunitet tanqisligi holatlarida o'tkaziladi. Tizimli antibiotiklar bilan birgalikda mahalliy mikroblarga qarshi vositalar qo'llash mumkin. O'tkir sinusit bilan xastalangan bemorlarga burunni izotonik tuzli eritmalar bilan yuvish, shuningdek, burun shilliq qavatining shishini bartaraf etish uchun mahalliy tomir toraytiruvchi preparatlar tavsiya etiladi, shuni esda tutish kerakki, bu preparatlardan 5-7 kundan ortiq foydalanilmaslik lozim.

O'tkir sinusitni kompleks davolashning muhim tarkibiy qismlaridan biri mahalliy glyukokortikosteroidlar qo'llashdir. Surunkali sinusitda ularning ta'siri o'tkir sinusitga qaraganda ancha sekinroq rivojlanadi va faqat tizimli davolashning 3-haftasida sezilarli bo'ladi. Shuning uchun ular yallig'lanish jarayoniga mahalliy ta'sir ko'rsatish, burun bo'shlig'idagi shishni engillashtirish va BYB tabiiy teshiklarining o'tkazuvchanligini tiklash uchun uzoq kurslarga buyuriladi.

Jarrohlik davolash usuli sifatida zararlangan bo'shliqni punktsiya qilish va antiseptik eritma bilan yuvish, antibiotik yuborish, bular foyda bermaganida jarrohlik aralashuvi o'tkaziladi. Sinusit rivojlanishining oldini olish asosiy kasallikni (gripp, qizamiq, skarlatina va boshqa yuqumli kasalliklar, shuningdek og'iz bo'shlig'i patologiyalari) o'z vaqtida va to'liq davolashdan, keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etishdan iborat. Asoratlari Og'ir holatlarda, o'z vaqtida shifokorga murojaat qilmaganda va noratsional davolanganda hayot uchun xavfli asoratlari rivojlanishi mumkin. Anatomik yaqinlik va venoz chiqish yo'llari infeksiyaning orbitaga va miyaga tarqalishiga olib kelishi mumkin.

RINOGEN ORBITAL ASORATLAR

Orbital asoratlari shartli ravishda quyidagi turlarga bo'linadi: orbita periostiti, subperiostal ho'ppoz, qovoq ho'ppoz, qovoq va orbita devoir oqmasi, retrobulbar ho'ppoz, orbita flegmonasi. Orbital asoratlari qovoqlari reaktiv shishi, shuningdek orbita yumshoq to'qimalari diffuz yiringsiz yalliqlanishi bilan boshlanishi

mumkin. Orbita periostiti Orbita periostiti ikkilamchi kasallik bo'lib BYBdan yallig'lanish ko'z kosasi suyak devoriga o'tgandan keyin rivojlanadi. Bu nafaqat periostit, balki suyakda yallig'lanish jarayoni kelib chiqishi - osteoperiostitga ham olib kelishi mumkin. Osteoperiostit o'tkir sinusitlarda va ularning qo'zg'alishidan keyin ham kuzatilishi mumkin. Paranasal bo'shliqlarning o'tkir yallig'lanishi natijasida rivojlangan osteoperiostit bilan birga organizmning umumiy reaksiyasi javobi qayd etiladi: isitma, bosh og'rig'i, umumiy darmonsizlik. Orbita devorlari yallig'lanishining xarakterli klinik belgilari - ko'z qovoqlarining shishishi, ko'zning qarama-qarshi tomonga siljishi bilan ekzoftalm paydo bo'lishidir. Agar osteoperiostit g'alvirsimon bo'shliqning yallig'lanishidan keyin yuzaga kelsa, unda qovoqlarining shishishi ko'proq ko'zning ichki qismida bo'ladi. Gaymor bo'shliqning yallig'lanishi kamdan-kam hollarda osteoperiostitga olib keladi, bunda pastki qovoq shishadi, kon'yunktivaning pastki qismida shish va qizarish qayd etiladi. Subperiostal va ko'z qovog'i xo'ppozlari Subperiostal xo'ppozlar yiringli osteoperiostit rivojlanishining keyingi bosqichidir. Ko'z qovoqlari va kon'yunktiva yallig'lanishi xarakterli bo'lib, chuqur subperiostal xo'ppozlarda flyuktuatsiya har doim ham aniqlanmaydi. Agar subperiostal xo'ppoz sababi etmoidit bo'lsa, unda klinik ko'rinish qaysi hujayralar zararlanishi sabab bo'lganiga bog'liq (oldingi, o'rta yoki orqa). Agar xo'ppoz g'alvirsimon bo'shliqning oldingi hujayralari kasallanishidan kelib chiqqan bo'lsa, subperiostal xo'ppozning tipik turi rivojlanadi: xo'ppoz orbitaning yuqori ichki burchagi hududida joylashgan; ko'z qovoqlarining shishishi, ko'z olmasi kon'yunktivasi ichki yarmi giperemiyasi aniqlanadi; keyinchalik ko'z olmasining tashqariga va pastga siljishi kuzatiladi. G'alvirsimon bo'shliqning orqa hujayralari yallig'lanishidan keyin kelib chiqadigan subperiostal xo'ppozlarda asosiy symptom ko'z olmasining bo'rtib chiqishi, ikkinchi darajali belgilardan - ko'z olmasining yon tomonga siljishi va qovoqlarning shishishidir. Bu holda ekzoftalm ko'pincha ko'z harakatlanishining cheklanishi va ko'rish o'tkirligining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanish orbita tubida bo'lsa, shish kuchayib, olib ketuvchi va ko'zni harakatlantiruvchi nervlarning falajiga olib

kelishi mumkin, shuningdek, ko'z olmasini bosganda va u harakatlenganda og'riq kuzatiladi. Ko'z qovog'i xo'ppozi - uning to'qimalarining yallig'lanishi, unda yiringli bo'shliq hosil bo'ladi. Ko'z qovog'i xo'ppozining birinchi belgilari qizarish, shish va harakatchanligining buzilishidir. Odatda kasallangan ko'z yarim yopiq holatda bo'ladi. Xo'ppoz ustidagi teri ushlab ko'rilganda issiq. Yiringli jarayon kuchaishi bilan teri sarg'ayib boradi, bemorni ayniqsa ko'z atrofidagi kuchli og'riqlar va bosh og'rishi bezovta qiladi. Tana harorati odatda ko'tarilmaydi. Ko'z qovog'ining xo'ppozi klinik amaliyotda kam uchraydi. Oqmalar Ko'zning yuqori qovog'i va burun ildizining oqmalari g'alvirsimon yoki peshona bo'shliqning yallig'lanishidan keyin kelib chiqadi. Oqmaning shakllanishi - yiringli ekssudat paranasal bo'shliqdan qovoqqa yorib o'tgandan keyingi bosqich. Oqma odatda bo'shliqdagi surunkali yiringli jarayonning natijasidir. Retrobulbar xo'ppoz Retrobulbar xo'ppoz - ko'z kosasi atrofidagi cheklangan yiringli o'choq bo'lib, tana harorati baland, titroq, qondagi sezilarli o'zgarishlar bilan davom etadi. Mahalliy simptomlar xo'ppoz shakllanishi mexanizmiga qarab o'zgaradi. Agar subperiostal xo'ppozdan retrobulbar xo'ppozga o'tsa, birinchi navbatda ikkinchisining belgilari, keyin esa asosiysi kuzatiladi. Bu belgilar - ko'z olmasining yaqqol oldinga chiqishi va uning harakatchanligi cheklanishi, retrobulbar xo'ppozning klinik ko'rinishi orbita flegmonasiga juda o'xshaydi. Orbita flegmonasi Orbita flegmonasi diffuz, aniq chegaralari bo'lmagan, orbita yumshoq to'qimalarining kuchayib boruvchi o'tkir infiltrativ va yiringli yallig'lanish jarayonidir. Kasallik alomatlarida odatda umumiy ahvolning og'irlashishi ustunlik qiladi: yuqori tana harorati, titroq, bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Orbita flegmonaning qaysi yo'l bilan rivojlanishidan qat'iy nazar (kontakt yoki qon tomir), uning asosiy belgisi harakatchanlikning keskin buzilishi yoki ko'zning to'liq harakatsizligi (oftalmoplegiya) bilan ko'z olmasining og'riqli bo'rtib chiqishi bilan xarakterlanadi. Rinogen orbital asoratlarni davolash Kasallikning asosiy o'chog'iga, ya'ni yallig'langan paranasal bo'shliqqa ta'sir qilish kerak. Faqatgina zararlangan ko'z qovoqlari yoki orbitaga ta'sir qilish choralari yaxshi natija bermaydi. O'tkir sinusitdagi orbital asoratlarni har doim ham jarrohlik davolashni talab

qilmaydi. Davolash choralari orbita va BYBlarning zararlanish xarakteriga bog'liq. Mahalliy davolash, ayniqsa kasallikning boshida, bo'shliqlar punksiyasi, o'rta burun yo'llari shilliq qavati anemizatsiyasi (kuniga kamida 3-4 marta), yosh bolalarda esa, burun yo'llaridan eksudatni tortib olish kerak bo'ladi. Davolashning fizioterapevtik usullari, yallig'lanishga qarshi terapiya, keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi. Agar peshona bo'shlig'i zararlangan bo'lsa, ko'rsatmalarga ko'ra, uni trepanopunksiya qilish va antibakterial vositalar bilan yuvish tavsiya qilinadi.

Nafas olish va burun yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash gipertrofik yo'ki polipoz o'zgargan burun chig'anoqlarini rezektsiya qilish, agar zararlangan bo'lsa g'alvirsimon bo'shliq katakchalarini endonazal ochish bilan amalga oshiriladi. Konservativ davo samarasiz bo'lsa yoki simptomlar kuchaysa, tegishli BYBda operatsiya o'tkaziladi.

Ko'z qovoqlari va orbitaning subperiostal xo'ppozlarini davolashda ko'z yorig'iga parallel kesmalar qilib ochiladi. Shu bilan birga, zararlangan bo'shliqda radikal operatsiya o'tkaziladi.

Orbita flegmonasida diagnostik punksiya o'tkazilib, zararlangan paranasal bo'shliq ochiladi. Agar ochilgan orbita atrofida oqma aniqlansa, u orqali orbitaga kirib borish afzalroqdir. Yo'sh bolalarda orbita flegmonasida birlamchi o'choq, gaymor yoki g'alvirsimon bo'shliq yallig'lanishidir. Doimiy tishlar chiqish davrida (6-11 yoshda) gaymor bo'shlig'ida radikal jarrohlik qilinmaydi, endonazal punksiya bilan cheklaniladi. Ushbu yoshda radikal gaymorotomiya shoshilinch ko'rsatmalar bo'lganda bo'shliqning tashqi devorining trepanatsiyasi imkon qadar teparoqda amalga oshiriladi. 12 yoshdan boshlab, gaymor bo'shliqqa jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalar kengayadi. Orbital xo'ppoz tashqi tomondan drenaj qilinadi. Agar orbitada xo'ppoz bo'lsa va g'alvirsimon bo'shliqning kataklari yallig'langan bo'lsa, faqat tashqi yondoshuv bilan ochilishi kerak. Bolalarda, ayniqsa yosh bolalarda, orbitaning yiringsiz zararlanishi va paranasal bo'shliqlarning o'tkir yallig'lanishida asosan konservativ davo o'tkaziladi. Orbitaning yiringsiz yallig'lanishi va surunkali sinusit birga uchraganda, bu bo'shliqlarning rivojlanishining yoshga bog'liq xususiyatlarini hisobga olgan holda, tejamkor jarrohlik

aralashuvi o'tkaziladi. Ko'rish pasayishi zararlangan bo'shliqni jarroxlik yo'li bilan ochishga ko'rsatma bo'ladi.

RINOGEN INTRAKRANIAL ASORATLAR

Rinogen kallaichi asoratlari burun bo'shliqlari va paranasal sinuslardan infektsiyaning kalla suyagi ichiga kirib borishi natijasida paydo bo'ladi. Rinogen intrakranial asoratlar tashqi burunning yallig'lanishi, burun tusig'i xo'ppozlari, burunning shikastlanishi, burun yoki paranasal sinuslardagi jarroxlik aralashuvlaridan keyin paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha ular sinusit natijasida rivojlanadi. Bunday holda, "oraliq bosqich" osteomiyelit yoki ko'z yumshoq to'qimalarining yallig'lanishi bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda orbital va intrakranial asoratlar bir vaqtning o'zida paydo bo'ladi. Infektsiya tarqalish yo'li kontakt, gematogen (tomirlar orqali) yoki limfogematogen turlarga bo'linadi. Kontakt yo'li bilan paximeningit va leptomeningit yuzaga kelishi mumkin. Gematogen turida infektsiya qon tomirlar orqali o'tadi. Limfogen yo'l bilan infektsiya yallig'lanish o'chog'i burun bo'shlig'ining yuqori qismida lokalizatsiya qilinganida va bu sohada jarroxlik aralashuvlar paytida tarqalishi mumkin. Rinogen yiringli meningit - paranasal sinuslarning yuqori guruhida (peshona, g'alvirsimon, asosiy) surunkali yiringli yallig'lanishning qo'zish davrida, kalla suyagi bo'shlig'iga o'tib, yiringli yallig'lanishidan kelib chiqadi. Rinogen intrakranial asoratlarga quyidagilar kiradi:

- gidrosefaliya araxnoiditseroz meningit yiringli meningit va meningoensefalit

- xo'ppozlar (ekstradural, subdural va bosh miya xo'ppozlari),
- kavernoza va sigmasimon sinuslarning flebiti va trombozi.

Ular ko'pincha surunkali yiringli va yiringli-polipoz sinusitning qo'zg'alishi bilan, ba'zida o'tkir sinusitdan so'ng rivojlanadi; bu asoratlar frontal sinuslar kistalarining yiringlashi bilan yuzaga keladi. Ba'zi bemorlarda uning ushbu asoratlar klinik ko'rinishi sinusit belgilari sifatida kechimi mumkin. Intrakranial asoratlarda uchraydigan simptomlar: diffuz bosh og'rig'i, qusish, peshonaning shishishi (osteomielit), ongning buzilishi, ko'rishning buzilishi, bosh

miya nervlari parezlari, varaja va konvulsiyalar, intermitterlovchi harorat, miya gipertenziasining umumiy belgilari, leykotsitoz 22 - 109/l va undan yuqori (kattalarda).

Sepsisdagi titroq, Kernig simptomi va meningitda bo'yin nushaklarining rigidligi kabi etakchi simptomlar bo'lmasa-da, intrakranial asorat mavjudligini istisno qilib bo'lmaydi. Shu munosabat bilan zarur diagnostika tadbirlari majmuasi o'tkazish katta ahamiyatga ega. Bu, birinchi navbatda, serebrospinal suyuqliq tahlili. Rentgen diagnostikasi muhim rol o'ynaydi, ammo yiringli sinusit mavjudligiga qaramasdan, ayniqsa frontal yoki asosiy sinuslar haqida gap ketganda, rentgen tekshiruvining salbiy natijalarini hisobga olish kerak. Ushbu sinuslarni tekshirishda faqat yonbosh proektsiya etarli emas. Hozirgi vaqtda miya xo'ppozini diagnostika qilishda exoensefalografiya, kompyuter tomografiyasi katta ahamiyatga ega. Aniqlangan miya xo'ppozining o'lchami va shaklini bilish uchun mayodil yordamida abstsessografiya qo'llanilishi kerak. Rinogen gidrosefaliya va araxnoidit bilan og'rigan bemorlar odatda shoshilinch yordamga muhtoj emaslar. Rinogen seroz meningit engil meningeal sindrom bilan kechadi. Kasallikning boshlanishi tana haroratining sezilarli darajada oshishi bilan o'tadi. Rinogen yiringli meningit asosan frontit va etmoidit natijasida kelib chiqadigan asorat bo'lib, likvor bosimi oshishi va sitozi bilan namoyon bo'ladi. Likvor bosimi kuchayadi, bir necha o'nlab hujayralar ichida pleotsitoz kuzatiladi. Rinogen meningit to'satdan paydo bo'lishi bilan es-hushning buzilishi va likvor suyuqligida juda yuqori sitozi bilan tavsiflanadi. Likvor suyuqligi bakterial tekshirilganda, bu paranasal sinuslardan ajratilgan mikrofloraga mos kelmasligi mumkin. Yaqqol meningeal sindromda tana harorati 39-40 ° C gacha ko'tariladi. Shu bilan birga, o'tkir sinusitni intensiv antibiotiklar bilan davolash subfebril harorat bilan meningitning atipik turida, likvor suyuqligida kichik sitozi va qonda 8-10-109/l gacha leykotsitozga olib kelishi mumkin. Shu bilan birga, kasallikning "chaqmoqsimon" turi og'ir holatning rivojlanishi va ong yo'qolishidan dastlabki soatlarda kuzatilishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, meningitning "chaqmoqsimon" turida likvor suyuqligidagi o'zgarishlar hali rivojlanishga ulgurmaydi, shuning uchun uning normal yoki deyarli normal tarkibi meningitning «chaqmoqsimon»

shaklini istisno qilmaydi. Ba'zida rinogen yiringsiz ensefalit (meningitsiz) ham yuzaga kelib, varaja, gemiparez va shaxsiyatning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikni subaraxnoidal qon ketishidan, epidemik serebrospinal meningitdan, poliomielit yoki epidemik ensefalit kabi virusli kasalliklardan ajratish kerak. Biroq, "sof" meningitni uning xo'ppozlar bilan birga kelishidan va miya xo'ppozining qorinchalar tizimiga kirib borishi natijasi bo'lgan "terminal" meningitdan ajratish qiyin. Frontitdan keyin kelib chiqqan meningit yuqori bo'ylama sinusning septik tromboflebiti bilan o'xshash bo'lishi mumkin. Ekstradural xo'ppozlarni tashxislash qiyin. Shuni yodda tutish kerakki, frontal sinusning tashqi o'zgarmagan devori orqasida ekstradural (shuningdek subdural) xo'ppoz bo'lishi mumkin. Ekstradural xo'ppozlarning aniq klinik simptomatikasi yo'q. Subfebril tana harorati, bosh og'rig'i, likvor suyuqligi bosimining oshishi, umumiy holatning buzilishi, agar ular tegishli paranasal sinuslarni jarrohlik yo'li bilan ochish va drenajlashdan keyin yo'qolmasa, diagnostik ahamiyatga ega. likvor suyuqligi o'zgarmaydi. Ekstradural xo'ppozlarni kam uchraydigan epidural gematomadan farqlash kerak. Rentgen tekshiruvi aniq bir ma'lumot bera olmaydi.

Dura mater ostida, odatda frontal sinusning miya devori soxasida subdural xo'ppoz hosil bo'ladi. Shu bilan birga, miya pu'stlog'i peshona bo'lagining yuzaki joylari yallig'lanish jarayonida ishtirok etishi va yumshashi mumkin. Chegaralanishning etarli emasligi tufayli ancha keng anatomik zonalarni egallagan empiema hosil bo'ladi. Bu empiyemalar miyani siqib, chetga surib qo'yishi mumkin. Klinik simptomlar – meningeal belgilar va hajmli jarayonning belgilari, uyquchanlik, parezlar, varaja, afaziya qayd etilishi mumkin. Likvor suyuqligi steril, ba'zida sitozi aniqlanadi, uning bosimi ortadi; qonda leykotsitoz chapga siljishi va EChT ortishi kuzatiladi. Elektroensefalografiya, exoensefalografiya va ayniqsa, oldingi miya arteriyasi tomon siljishni aniqlaydigan karotid angiografiya tashxisni aniqlashga yordam beradi. Subdural xo'ppozni birinchi navbatda subaraxnoid qon ketishidan farqlash kerak.

Miyaning rinogen xo'ppozlari ko'pincha zararlangan sinuslar tomonidan old pastki va medial egat soxasida lokalizatsiya qilinadi. Shu bilan birga, gematogen tarzda yuzaga keladigan xo'ppozlar vaqti-

vaqti bilan miyaning boshqa qismlarida uchrashi mumkin. Ko'pgina hollarda infektsiyaning manbai frontal sinus bo'ladi. Kapsulali va ko'p kamerali xo'ppozlar uchraydi. Ba'zida xo'ppozlarning o'choqli simptomatikasi yashirin kechish bilan meningeal va gipertenzion sindromlari kabi kechadi. Kapsulali xo'ppozlarda umumiy o'zgarishlar kamroq bo'lishi mumkin, bemorlarning ahvoli uzoq vaqt davomida qoniqarli bo'lib qoladi, tana harorati normal, faqat uning qisqa muddatli ko'tarilishi vaqti-vaqti bilan qayd etiladi. Bosh og'rig'i kamayadi; ko'ngil aynishi, qusish, ko'z tubida o'zgarish bo'lishi xam, bo'lmasligi xam mumkin. Orqa miya punksiyasida gipertenziya va odatda steril likvor suyuqligida oqsil miqdori ko'payganligi aniqlanadi. Xo'ppozning frontal lokalizatsiyasi uchun sensor va ruhiy o'zgarishlar juda keng tarqalgan va juda xarakterlidir, ammo ular dastlabki belgilarga kirmaydi. Katta xo'ppozlar bilan uzoq dislokatsiya belgilari paydo bo'ladi, masalan, kranial nervlarning parezi, hemiplegiya, mushaklarning burishishi, Jekson epilepsiyasi xurujlari va boshqalar. Biroq, ular xo'ppozning mavjudligini isbotlamasdan, faqat shubha uyg'otadi. Shu munosabat bilan diagnostika maqsadida zamonaviy texnikalardan keng foydalanish zarur. Miyaning ko'p va metastatik gematogen xo'ppozlarini tashxislash qiyin bo'lganida, ayniqsa qimmatli ma'lumotlarni kompyuter tomografiyasi yordamida olish mumkin. Miya sinuslarining trombozi ko'pincha yuzning yumshoq to'qimalarining yallig'lanishi (furunkullar va karbunkullar), kamroq tez-tez sinusitning natijasidir. Orbitaning flegmonasi va orbital venalarning trombozi katta xavf tug'diradi. Kavernozi sinus trombozi sfenoiditning kutilmagan asoratlari bo'lishi mumkin. Kasallikning og'irligi meningit, ensefalit, septik pnevmoniya qo'shilishi bilan ortadi. Kavernozi sinus trombozining belgilari umumiy septik (sovuq, ongning buzilishi, taxikardiya, bradikardiya, septik metastazlar), konjestif (peshona va ko'z qovoqlarida shish, ekzoftalmos, kimozi, ba'zida qonketishi, fundusda tiqilib qolish) va boshqalarga bo'linadi. mahalliy yallig'lanish jarayoni (ko'z mushaklarining oftalmoplegiyagacha parezi va falajlanishi, peshona va bo'yin og'rig'i, trigeminal nevrалgiya, meningeal belgilar). Biroq, bu belgilar yo'q bo'lishi mumkin. Kavernozi sinus trombozining namoyon bo'lishi odatda tez

rivojlanadi, qisqa vaqt o'tgach, boshqa tomondan mahalliy belgilar paydo bo'ladi. Miya sinuslarining trombozini subperiosteal va orbital xo'ppozlardan, intrakranial asoratlarsiz orbital flegmonadan, ko'z qovoqlarining xo'ppozlaridan va yiringli dakriosistitdan farqlash kerak. Boshqa asoratlarsiz rinogen sepsis (flebit, sinus trombozi, orbitada yallig'lanish, meningit) kam uchraydi. Paranasal sinuslardagi jarrohlik aralashuvlaridan keyin paydo bo'lishi mumkin. Rinogen sepsis tez rivojlanadi va septik shokkacha bo'lgan bir qator organlar va tizimlarning toksik shikastlanishi va disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Septik shokda bemorlarning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori, titroq, terining qizarishi, taxikardiya, yurak ritmining buzilishi va gipotenziya qayd etiladi. Keyinchalik ongni yo'qotish sodir bo'ladi, tana harorati normal va pastroq raqamlarga tushadi, teri oqarib ketadi, sianoz paydo bo'ladi, gipotenziya kuchayadi, zaif, tezlashgan puls qayd etiladi. Gemogrammada leykotsitoz leykopeniyaga o'zgaradi. Davolash. Rinogenik intrakranial asoratlarni davolashda asosiy narsa paranasal sinuslarda (va orbitada) yallig'lanish o'chog'ini jarrohlik yo'li bilan, radikal operatsiyalar orqali bartataf qilish, burun bo'shlig'i bilan keng aloqa o'rnatish. Drenaj peshona bo'shlig'iga o'rnatiladi. Agar intrakranial (yoki orbital) asoratning sababi qaytalanuvchi frontit bo'lsa, u holda frontal sinus radikal operatsiyasi amalga oshirilishi kerak. Frontal sinuslarning pioselesi yoki mukoselesi mavjud bo'lganda, bo'shliq orqa (serebral) devori bo'lmasligi amaliy ehtimolini hisobga olish kerak. Kamdan kam hollarda kichik aralashuvlar, bo'shliq punksiyalari yoki hatto konservativ davo bilan cheklanishi mumkin. Barcha holatlarda umumiy qoidalarga muvofiq intensiv yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya va degidrotatsiya qiluvchi davolash, agar ko'rsatilsa, intrakarotid antibiotiklar qo'llashdan foydalanish zarur. Shuni esda tutish kerakki, davolanishga berilmaydigan va kelib chiqishi noma'lum bo'lgan barcha yallig'lanishli intrakranial jarayonlarda sfenoiditni istisno qilish kerak. Rinosinusogen kelib chiqadigan yiringli meningitlarda shoshilinch jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi. Operatsiyadan 1,5-2 soat oldin barcha tekshiruvlar o'tkazilishi kerak. Ammo sinusitlarda limfotsitar xususiyatga ega bo'lgan ba'zida uchraydigan sitozi, asosan, 1 mkl

uchun 100 hujayradan oshmaydi, shuning uchun agar antibiotiklar yuqori dozalarda buyurilsa va bemorning ahvoli yomonlashmasa, operatsiyani kechiktirish mumkin (likvor suyuqligining holatini har kuni kuzatib borish sharti bilan). Operatsiya vaqtida sinuslarning serebral devorlari tekshiriladi. Nekrozga uchragan to'qimalar va kariesli suyaklar sog'lom to'qimagacha olib tashlanadi.

TEST SAVOLLARI

1. Rinogen orbital asoratlarda rivojlanishida infeksiyaning asosiy yo'nalishi:
 - a) kontakt
 - b) otogen
 - c) travmatik
 - d) limfogen
2. Rinogen orbital asoratga taalluqli emas:
 - a) ko'z to'qimalari venalarining trombozi
 - b) sinus trombozi
 - v) ko'z to'qimalarining diffuz yiringsiz yallig'lanishi
 - d) retrobulbar xo'ppoz
3. Rinogen orbital asoratga taalluqli emas:
 - a) ko'z qovoqlari to'qimalarining reaktiv shishishi
 - b) retrobulbar xo'ppoz
 - v) ko'z bo'shlig'ining flegmonasi
 - d) subdural xo'ppoz
4. Qaysi nerv parezi ko'z olmasining harakatchanligining buzilishiga olib keladi:
 - a) yuz
 - b) yo'naltiruvchi
 - c) adashgan
 - d) ko'z olmasini harakatlantiruvchi
5. Orbitaning subperiostal xo'ppozi bilan retrobulbar to'qimalarga yiring tushishi bilan quyidagilar yuzaga keladi:
 - a) bosh miya xo'ppozi
 - b) ko'z to'qimalari flegmonasi
 - v) miyacha xo'ppozi

- d) sinus tromboz
6. Eng ko'p uchraydigan rinogen intrakranial asorat:
- a) sinus trombozi
 - b) miya xo'ppozi
 - v) subdural xo'ppoz
 - d) meningit
7. Seroz meningit uchun xos emas:
- a) o'tkir boshlanish
 - b) subaraknoid bo'shliqda bosimning pasayishi
 - c) varaja
 - d) orqa miya suyuqligi ozgina o'zgaradi
8. Yiringli meningit belgilariga quyidagilar kirmaydi:
- a) bosh og'rig'i
 - b) hushdan ketish
 - c) anosmiya
 - d) isitma
9. Meningitga tegishli bo'lmagan simptom:
- a) Ortner
 - b) Kernig
 - c) Brudzinskiy
 - d) bo'yin mushaklari rigidligi
10. Meningit tashxisi uchun asosiy tekshirishlar:
- a) qon tahlili
 - b) siydik tahlili
 - v) to'sh suyagi punksiyasi
 - d) orqa miya punksiyasi
- Amaliy ko'nikmalar:
1. Bemorning shikoyatlari va anamnezini yiq'ish
 2. Bemorni tekshirish
 3. Old va orqa rinoskopiya
 4. Endoskopiya
 5. Gaymor bo'shliq'i punksiyasi
 6. Trepanopunksiya
 7. Orqa miya punksiya
 8. Nevrologik tekshiruv o'tkazish
 9. Bemorning R-tekshirish natijasini baholash

10. Radikal jarrohlik aralashuvi

Vaziyatli masalalar

Masala 1

36 yoshli bemorda chap burun qanotidagi chipqonni siqib chiqarganidan bir kun o'tib qattiq titroq, kuchli terlash, bosh og'rig'i, haroratning keskin o'zgarishi (kun davomida 3 darajagacha) paydo bo'ldi. Chipqon joylashgan burun qanotining atrofida shish va yumshoq to'qimalarning infiltratsiyasi paydo bo'lib, chap tomonda yonoq va lablar maydoniga tarqaldi.

Bu holatda qanday asoratga shubha qilish mumkin?

Shifokorning taktikasi qanday bo'lishi kerak?

Masala 2

44 yoshli bemor ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan kechadigan kuchli bosh og'rig'idan shikoyat qiladi; burunning chap yarmidan yiringli ajralma, burun orqali nafas olish qiyin, hid bilish kamaygan. 10 yildan beri kasal. Kasallikning oxirgi qo'zgalishi ikki hafta oldin O'RVI dan keyin boshlangan. Bemorning ahvoli so'nggi kunlarda yomonlashgan. O'rtacha oq'irlikdagi holat. Puls 58 zarba/daq 1 min.da, harorat 38,6 C. Psixikasida o'zgarish kuzatiladi: eyforiya, ko'p gapiradi, tartibsiz. Nevrologik tekshiruv ushlar refleksi aniqlaydi.

Burun bo'shlig'ining shilliq qavati infiltratsiyalangan. Palpatsiyada chap tomonda og'riq.

Paranasal sinuslarning rentgenogrammasida chap frontal sinusning bir hil qorayishi, uning ichki devorining butunligi buzilishiga shubha bor.

Sizning tashxisingiz qanday? Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday qo'shimcha tadqiqotlar kerak?

Masala 3

24 yoshli bemor asosan frontal mintaqada joylashgan bosh og'rig'i, ko'rishning progressiv yo'qolishi, ko'proq chap tomonda, burun nafasi buzilganligi, burundan shilliq yiringli oqindidan shikoyat qiladi. Taxminan 10 yil oldin u chap tomonda o'tkir sinusit bilan og'rikan, bu uch marta takrorlangan. SARSdan keyingi oxirgi kuchayishi. Ko'rishning pasayishi 2-3 hafta oldin sezilgan. Chapda burun orqali nafas olish qiyin. Chapdagi burun yo'llarida shilimshiq, yiringli qobiqlar mavjud, burun konkalarining shilliq qavati shishgan,

siyanotikdir. Paranasal sinuslarning rentgenogrammasida chap maksiller sinus va chapdagi ethmoid labirint hujayralarining pnevmatizatsiyasi kamayadi. Chap maksiller sinusning teshilishi natijasida shilliq yiringli pihti paydo bo'ldi. Bemorda chapda ko'rish keskinligi 0,2 ga, o'ngda - 0,5 ga, ko'rish maydonlarining konsentrik torayishi, chapda temporal ko'rish maydonlarining yo'qolishi mavjud. Sizning tashxisingiz qanday? Ko'proq tadqiqot kerakmi? Davolash taktikasi

Masala 4

14 yoshli bemorda O'RVIdan keyin o'tkir yiringli o'ng tomonlama hemisinuit rivojlandi. O'tkazilayotgan terapiyaga qaramasdan, ahvoli o'g'irlashdi - bosh og'rig'i kuchaydi, harorat 39,4 C ga ko'tarildi, xolsizlik va bezovtalik paydo bo'ldi.

Bemor zaif, terisi nam, yurak urishi 1 daqiqada 98, ritmik. O'ng yuqori ko'z qovog'i to'qimalari shishgan, giperemiya va infiltratsiya, ekzoftalm aniqlanadi. O'ng ko'z olmasining harakatchanligi cheklangan.

Rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq qavati qizargan, infiltratsiyalangan, o'ngdagi o'rta burun yo'lida yiringli oqindi. Xuddi shu tomonda supersiliar mintaqada palpatsiya paytida og'riq. Sinusitning qanday asoratlari haqida o'ylashingiz mumkin? Qanday qo'shimcha tadqiqotlar kerak?

Shifokorning strategiyasi qanday?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Оториноларингология. Руководство Т. И. СПб.: Питер, 2009.
2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. - М.: ЭОТАР Медиа, 2009.
3. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2014.
1. Дерюгина, О.В. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у взрослых и детей / О. В.Дерюгина, Ф. И. Чумаков // М.: МОНИКИ, 2001
2. Коновалов А.Н.и соавт., 2005; А.Голдман, 2003; Э.Лансе, Ж.МсСлай, 2004). Накамару Й.и соавт., 2002; С.Миябе и соавт., 2003.
3. Куранов, Н.И. Орбитальные и внутричерепные осложнения риносинусита / Н.И. Куранов // Вестник оториноларингологии. 2001.
4. Мортиморе, С. Тхе Грооте Счурз хоспитал сlassифисатион оф тхе орбитал комплисиатионс оф синуситис / С. Мортиморе, П. Вормалд // Ж. Ларингол. 1997. Вол. 1211.
5. Палчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2014.
6. Палчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2014.
7. Солдатов И.Б., Гофман В.Р., Оториноларингология: учебник/ Под ред.. - СПб: ЭЛБИ, 2000.
8. Пискунов Г.З.и соавт., 2004; А.Н.Коновалов и соавт., 2005; А.Голдман, 2003; Е.Лансе, Ж.МсСлай, 2004.
12. Воронкин, В.Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, Д.Л. Перехода // Вестник оториноларингологии. 1999.

MUNDARIJA

Kirish	3
Sinusitlarning rinogen asoratlari to'g'risida	4
Burun va uning yondosh bo'shliqlari klinik anatomiyasi	5
Burun va uning yondosh bo'shliqlari fiziologiyasi	12
Paranasal sinusitlar	14
Rinogen orbital asoratlard.....	18
Rinogen intrakranial asoratlard.....	22
Test savollari.....	27
Foydalanilgan adabiyotlar	31

Lutfullayev G'.U., Safarova N.I., Hamrayev F.H.

SINUSITLARNING RINOGEN ASORATLARI

Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining magistratura talabalari, klinik ordinatorlari va vrachtinglovchilar uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

Muharrir: G. Rahimova
Mussahih: Z. Usmanova
Tex.muharrir: D. G'aybullayeva

Nashriyot tasdiqnomasi:
№ 1243-7560-5999-432c-2125-1811-8655

Bosishga ruxsat etildi: 03.05.2023-yil.
Ofset bosma qog'ozi. Qog'oz bichimi 60x84 1/16.
"Times New Roman" garniturasida. Ofset bosma usuli.
Hisob nashriyot t.: 2,1. Shartli b.t.: 2,0.
Adadi: 100 nusxa. Buyurtma № 07/11.

"Samarqand davlat chet tillar instituti" nashriyoti.
Samarqand sh., Bo'stonsaroy ko'chasi, 93-uy.

