



M.T.Nasretdinova

**BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI
KLINIK ANATOMIYASI. BURUN VA BURUN YON
BO'SHLIQLARI O'TKIR VA SURUNKALI
KASALLIKLARI PATOGENEZI, KLINIKASI,
TASHXISLASH VA DAVOLASH**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Nasretdinova M.T.

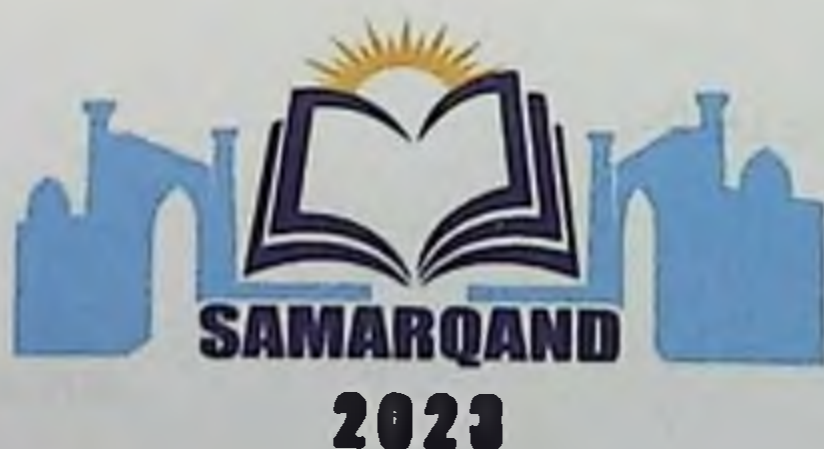
**BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI KLINIK ANATOMIYASI.
BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI O'TKIR VA SURUNKALI
KASALLIKLARI PATOGENEZI, KLINIKASI, TASHXISLASH VA
DAVOLASH**



Ta'lim sohasi: sog'liqni saqlash - 5A510104

***5A510104 - otorinolaringologiya mutaxasisligi magistratura
rezidentlari uchun***

O'quv qo'llanma



**SamDTU
axborot-resurs markazi**

UDK 616.21(075.8)

BBK 56.8ya73

N 27

Nasretdinova, M.T.

Burun va burun yon bo'shliqlari klinik anatomiyasi. Burun va burun yon bo'shliqlari o'tkir va surunkali kasalliklari patogenezi, klinikasi, tashxislash va davolash [Matn]: o'quv qo'llanma / M.T. Nasretdinova. - Toshkent: Samarqand, 2023.-96 b.

Tuzuvchilar

M.T. Nasretdinova

-SamDTI otorinolaringologiya kafedrası mudiri t.f.d.

Taqrizchilar

U.I. Nurov

-BuxDTI otorinolaringologiya va oftalmologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dots.

G.O'. Samiyeva

-SamDTI patologik fiziologiya kafedrası mudiri t.f.d. dots.

O'quv qo'llanma otorinolaringologiya sohasidagi burun yon bo'shliqlarining kasalliklari etiologiyasi va patogenizi, klinik ko'rinishlari va zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash, davolashning jarrohlik taktikalarini yoritib beradi. O'quv qo'llanma talabalarning nazariy va klinik ko'nikmalarni o'rganishlari uchun kerakli bo'lgan zarur ma'lumotlarga ega. Nashrda burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklarini davolashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga katta e'tibor qaratilgan. O'quv qo'llanma tibbiy oliy o'quv yurtlari magistratura rezidentlari uchun tavsiya etiladi.

O'quv qo'llanma Samarqand tibbiyot institute Ilmiy kengashi yig'illishida muhokama qilindi, tasdiqlandi va nashrga tavsiya etildi

« 23 » fevral 2022 yil

Bayonnoma №7

ISBN 978-9943-9218-0-1

©Nasretdinova M.T. 2023 yil
©Samarqand 2023 yil

MUNDARIJA

Burun va paranasal bo'shliqlar klinik anatomiyasi	4
Burun bo'shlig'ining klinik anatomiyasi	7
Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlanilishi	17
Burun bo'shlig'ining innervatsiyasi	19
Paranasal sinuslarning klinik anatomiyasi.....	19
Allergik rinit.....	28
BURUN ATROFI BO'SHLIQLARINING YALLIG'LANISHLI KASALLANISHI.....	36
RINOGENIK ORBITAL VA INTRAKRANIYAL ASORATLAR.....	76
Endonazal endoskopik jarrohlikning zamonaviy usullari.....	87
Adabiyotlar.....	94

Burun va paranasal bo'shliqlar klinik anatomiyasi

Yuqori nafas yo'llariga burun, paranasal sinuslar, tomoq va halqum kiradi. Burun (nusus) nafas olish apparatlarining boshlang'ich qismidir, unda hidlash analizatorining periferik qismi joylashgan. Klinik anatomiyada tashqi va ichki burunni yoki burun bo'shlig'ini ajratish odatiy holdir.

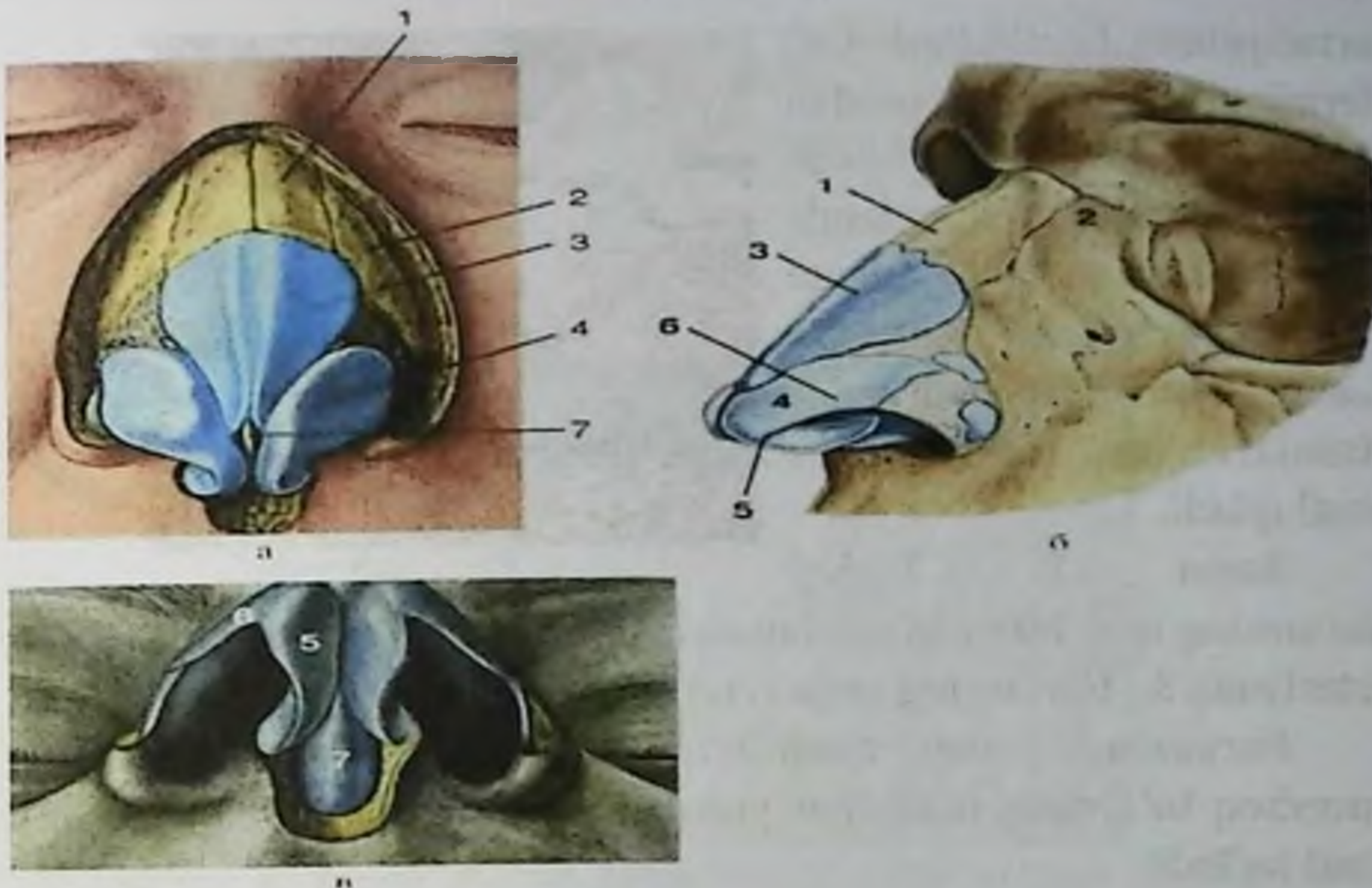
Tashqi burunning klinik anatomiyasi

Tashqi burun (nusus externus) teri bilan qoplangan suyak-tog'ayga skelet bilan ifodalanadi va pastga qaragan uchburchak piramida shakliga ega (3-1-rasm, a-c). Frontal suyak bilan chegaradosh tashqi burunning yuqori qismi burunning ildizi (radix nasi) deb nomlanadi, pastdan burun orqasiga (dorsum nasi) o'tadi va burun cho'qqisi (apex nasi) bilan tugaydi. Burunning tepada harakatlanadigan lateral sirtlari burun qanotlarini (alae nasi) tashkil qiladi va ularning erkin qirrasi burunning kirish qismini yoki burunning teshiklarini (teshiklari) hosil qiladi, ular bir-biridan harakatlanuvchi qism - burun to'sig'i (septum mobile nasi) bilan ajralib turadi.

Skeletning suyak qismi burun ko'prigini tashkil etuvchi juft yassi burun suyaklaridan (ossa Nazalia) iborat. Ikki tomondan burun suyaklariga lateral ravishda tashqi jag'ning tog'ayga tushadigan qismi bilan birga yuqori jag'ning (processus frontalis maxillae) oldingi jarayonlari yonma-yon bo'lib, burunning yon bag'irlari va tizmasini hosil qiladi.

Old qismda bu suyaklar oldingi burun umurtqasi bilan birgalikda yuz skeletining nok shaklidagi teshik (teshik; *apertura piriformis*) hosil qiladi.

Tashqi burunning tog'ayga tushishi u burunning suyaklariga mahkam payvandlangan bo'lib, unga juftlashgan yuqori lateral tog'ayga - uchburchak tog'ayga (*cartilago nasi lateralis*) va juftlangan pastki lateral tog'ayga katta qanotli tog'ayga; (*cartilago alaris major*) kiradi. Katta qanotli tog'ayga medial va lateral oyoqlarni hosil qiladi (*crus mediale et laterale*). Burun qanotlarining lateral va katta tog'aylari orasida, odatda, har xil o'lchamdagi qanotlarning doimiy bo'lmagan kichik tog'aylari - sesamoid shakldagi tog'aylar (*cartilagine alares minores*).



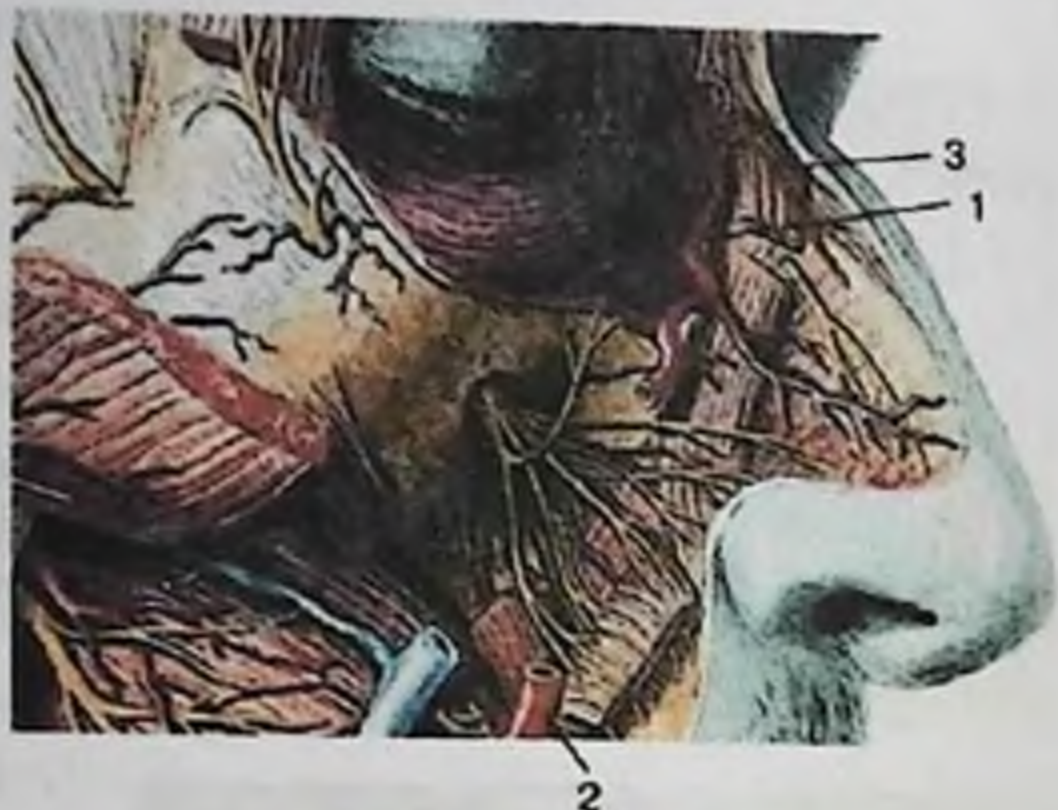
Rasm. 1. Tashqi burun: a - frontal proektsiya; b - lateral proektsiya; c - burun bo'shlig'ining vestibyuli: 1 - burun suyaklari; 2 - yuqori jag'ning frontal jarayonlari; 3 - burunning lateral tog'ayi; 4 - burun qanotining katta tog'ayga tushishi; 5 - medial oyoq; 6 - lateral oyoq; 7 - burun to'sig'i tog'ayi

Tashqi burun terisida ko'plab yog 'bezlari, ayniqsa pastki uchdan bir qismi mavjud. Burun bo'shlig'iga kirish teshigi (burun teshiklari) chetidan egilib, burun teri dahlizii (*vestibulum nasi*) devorlarini 4-5 mm oralig'ida tutib turadi. Bu erda u ko'p miqdordagi sochlar bilan ta'minlanadi, bu pustular yallig'lanishlar, furunkullar va sycosis ehtimoli bilan bog'liq.

Odamlarda tashqi burun mushaklari ibtidoiy va amaliy ahamiyatga ega emas. Ular burun bo'shlig'iga kirishni kengaytirish va toraytirishda rol o'ynaydi.

Yuzning barcha yumshoq to'qimalari singari, tashqi burun ko'p miqdorda qon bilan ta'minlanadi (2-rasm), asosan tashqi karotis arteriyasi tizimidan - old yuz arteriyasidan burchakli arteriya (*a. Angularis*). (*Faciales anterior*), shuningdek ichki karotis arteriyasidan - burbning orqa arteriyasi (*a. Dorsalis nasi*), ko'z kosasil

arteriyaning (*a. Ophthalmica*) terminal tarmog'i tomonidan hosil qilingan. Tashqi burun ildizi sohasida bog'lanib, burchakli arteriya va burun dorsum arteriyasi ichki va tashqi karotis arteriyalar tizimlari o'rtasida anastomoz hosil qiladi.



Rasm 2. Tashqi

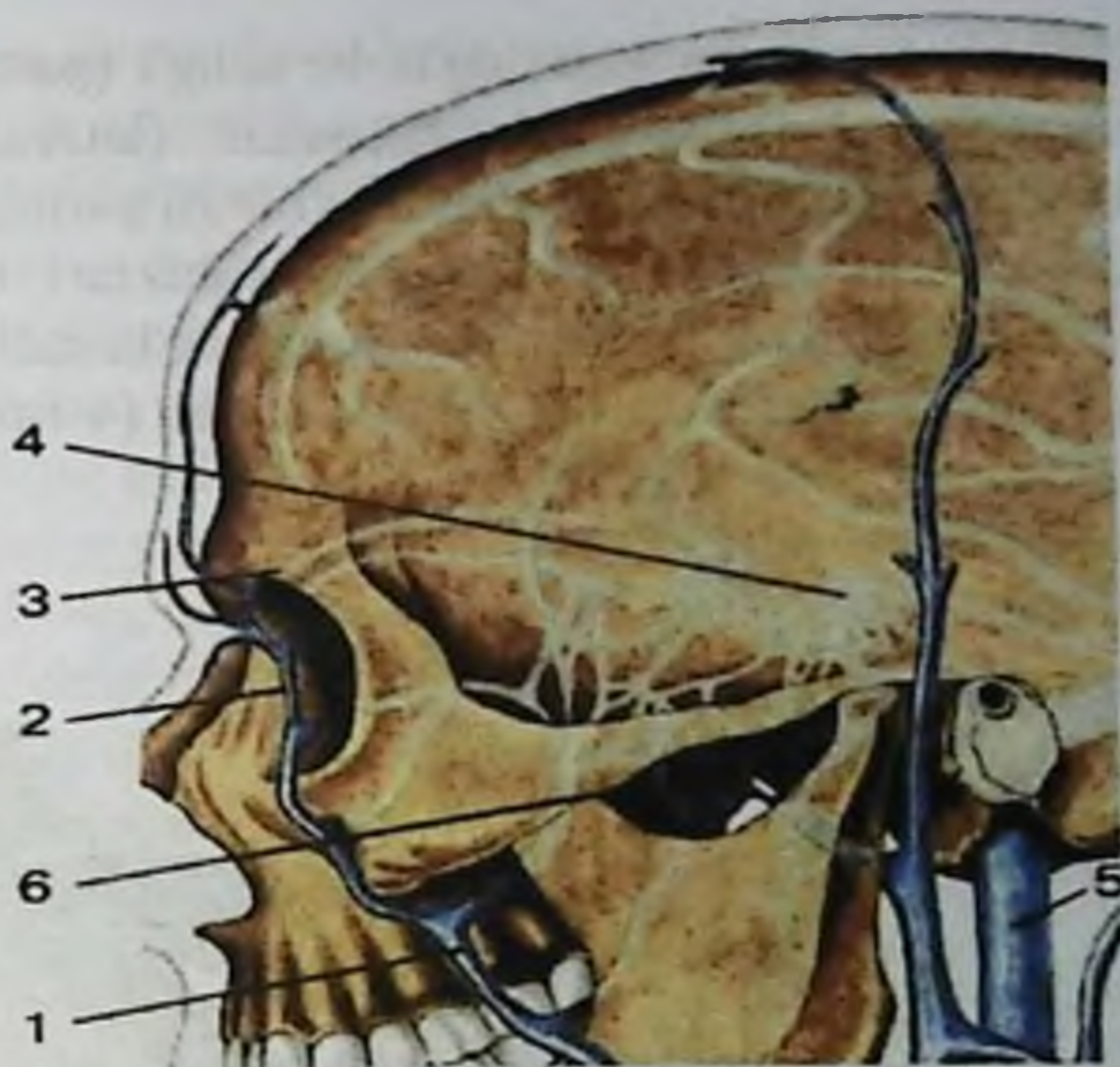
burunning qon bilan ta'minlanishi: 1 - burchak arteriyasi; 2 - yuz arteriyasi; 3 - burunning orqa arteriyasi

Burunning tashqi tomirlari (3-3-rasm). Tashqi burunning yumshoq to'qimalaridan qon yuz tomiriga (*v. Facialis*) quyiladi, u hosil bo'ladi:

- burchak venasidan (*v. angularis*);
- tashqi burun tomirlari (*vv. nasales externae*);
- yuqori va pastki lablar tomirlari (*vv. labiales superior et inferior*);
- yuzning chuqur venasi (*v. facialis profunda*).

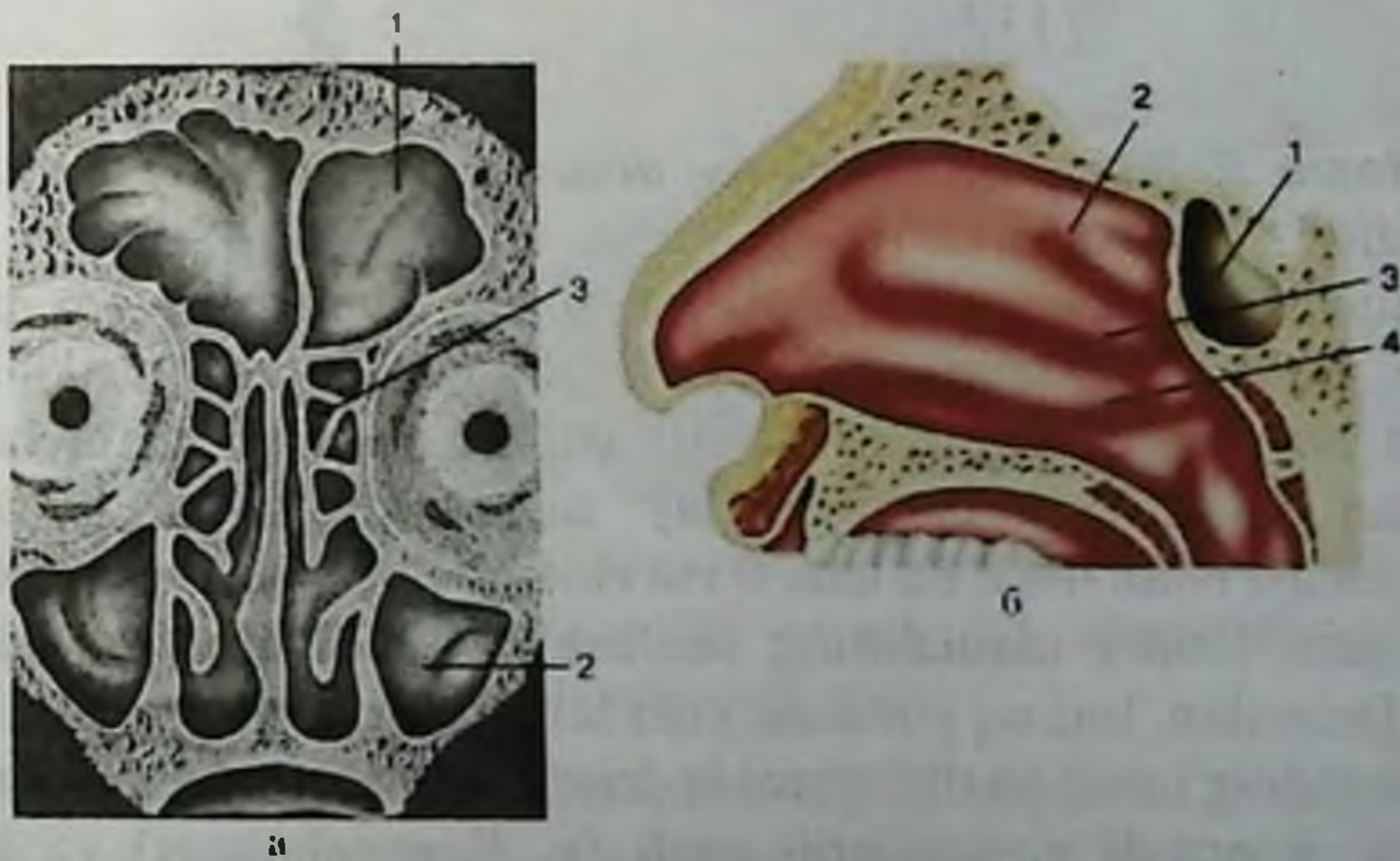
Keyin yuz venasi ichki bo'yin tomiriga oqadi (*v. Jugularis interna*). Klinik nuqtai nazardan, burchakli venani kavernozi sinusga (*sinus cavernosus*) quyiladigan yuqori oftalmik ven bilan (*v. Ophthalmica superior*) bog'lash muhimdir. Natijada infeksiya tashqi burunning yallig'lanish o'choqlaridan kavernozi sinusga tarqalishi va og'ir ko'z kosasil va intrakranial asoratlarning rivojlanishi mumkin.

- Tashqi burundan limfatik drenaj submandibular va parotid limfa tugunlarida paydo bo'ladi.
- Tashqi burunning harakatlantiruvchi innervatsiyasi yuz nervi (*n. Faciales*), sezgir - trigeminal asabning birinchi va ikkinchi tarmoqlari (*n. Trigemini*) tomonidan amalga oshiriladi: supra- va infrako'z kosasil nervlar (*nn. Suprako'z kosasilis et infrako'z kosasilis*).



Rasm 3. Tashqi burun tomirlari: 1 - yuz venasi; 2 - burchakli tomir; 3 - yuqori tomir venasi; 4 - kavernozi sinus; 5 - ichki bo'yin tomirlari; 6 - qanotsimon pleksus

Burun bo'shlig'ining klinik anatomiyasi



Rasm 4. Paranasal sinuslar: a - frontal proektsiya: 1 - frontal sinus; 2 - Maksillar sinus; 3 - etmoidalli labirint hujayralari; b - yon ko'rinish: 1 - g'alvirsimon sinus; 2 - yuqori burun chig'anog'i; 3 - o'rta burun chig'anog'i; 4 - pastki burun chig'anog'i;

Burun bo'shlig'i (cavum nasi) og'iz bo'shlig'i (pastda), oldingi kranial fossa (yuqorida) va ko'z kosasilar (lateral) o'rtasida joylashgan. U burunning bo'lagi bilan ikkita bir xil yarimga bo'linadi, old tomonida tashqi muhit bilan burun teshiklari orqali, orqa tomonda - hoanalar orqali nazofarenk bilan bog'lanadi. Burunning har bir yarmi to'rtta paranasal sinus bilan o'ralgan (4-rasm):

- maksillarar (Maksillar);
- trellised;
- frontal;
- xanjar shaklida.



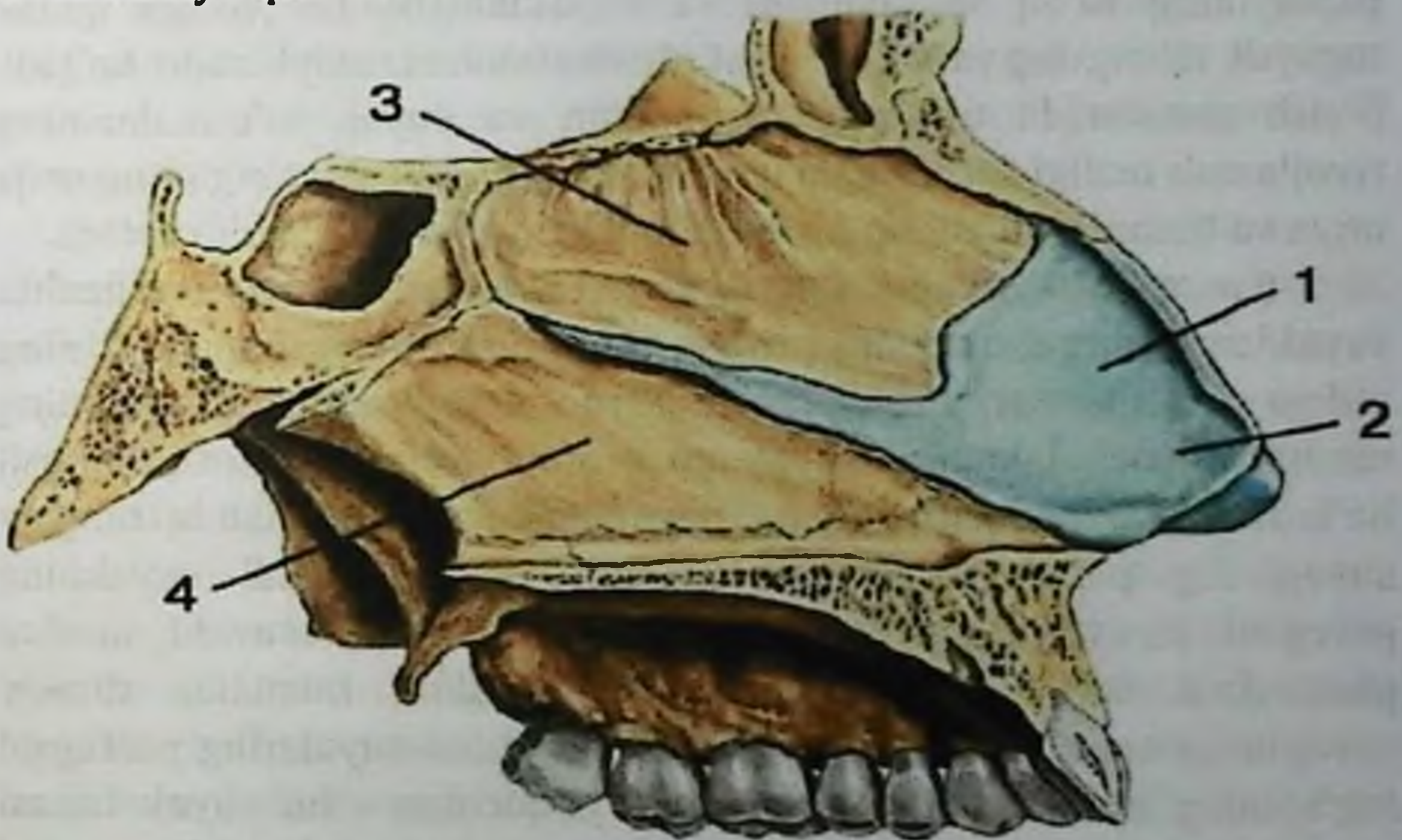
Rasm 5. Burun bo'shlig'ining devorlari: 1 - yuqori; 2 - lateral; 3 - medial; 4 - pastki.

Burun bo'shlig'i to'rtta devor bilan chegaralangan: pastki, yuqori, medial va lateral (5-rasm). Old tomondan, pastki devor (burun bo'shlig'ining pastki qismi) yuqori jag'ning ikkita tanglay o'simtasi bilan, orqada - tanglay suyagining ikkita gorizontall plastinkalari bilan hosil bo'ladi. O'rta chiziqda bu suyaklar chok bilan bog'langan. Ushbu ulanishning buzilishi turli xil nuqsonlarga olib keladi (masalan, tomoq yorilishi yoki labning yorilishi). Old qismda, burun bo'shlig'ining pastki qismida, kesma kanali (canalis incisivus) cho'zilib, u orqali nasopalatin asab (n. Nasopalatinus) va burun tanglay arteriya (a. Nasopalatina) og'iz bo'shlig'iga o'tadi. Buni sezilarli darajada qon ketishining oldini olish uchun burun septumini submukozal rezektsiya qilish va ushbu sohadagi boshqa operatsiyalar paytida hisobga olish kerak. Yangi tug'ilgan

chaqaloqlarda burun bo'shlig'ining pastki qismi yuqori jag 'tanasiida joylashgan tish mikroblari bilan aloqa qiladi.

Burun bo'shlig'ining yuqori devorining oldingi qismi yoki tomi (tonoz) burun suyaklari, uning o'rta qismlari - etmoidal suyakning etmoidal (teshilgan, elak) plastinkasi (lamina cribrosa ossis ethmoidalis) tomonidan, orqa qism - sfenoidal sinusning old devori tomonidan hosil bo'ladi.

Etmoidal suyakning teshilgan plastinkasi ko'plab teshiklar bilan teshilgan (25-30), ular orqali hidlash iplari, oldingi etmoidal arteriya va burun bo'shlig'ini oldingi kranial fossa bilan bog'laydigan tomir burun bo'shlig'iga o'tadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda lamina cribrosa tolali to'qimalardan iborat bo'lib, u 3 yoshga kelib ossifikatsiya qilinadi.



Rasm 6. Burun bo'shlig'ining medial devori: 1 - burun to'sig'i; 2 - burun to'sig'iining harakatlanuvchi qismi; 3 - etmoidal suyakning perpendikulyar plastinkasi; 4- ochuvchi

Medial devorda yoki burun to'sig'ida (septum nasi), oldingi tog'ayga va orqa suyak qismlarini ajratib turadi (6-rasm). Kikirdak bo'limi burun to'sig'i - to'rtburchakli tog'ay (cartilago septi nasi) tomonidan hosil qilingan, uning yuqori qirrasi burun orqasi old qismini tashkil qiladi va anteroinferior qismi harakatlanadigan

qismning burun to'sig'ining (pars mobilis septi nasi) shakllanishida ishtirok etadi. Suyak qismining orqa-yuqori qismi va o'rta qismi etmoidal suyakning perpendikulyar plastinkasi (lamina perpendicularis) tomonidan hosil bo'ladi va uning orqa-pastki qismi burun to'sig'ining mustaqil suyagi – dimog'dir (*dimog' suyagi*).

Yangi tug'ilgan chaqaloqning etmoidal suyagining perpendikulyar plastinkasi membranali shakllanish bilan ifodalanadi. Perpendikulyar plastinka va dimog' o'rtasida, shuningdek burun to'sig'i va dimog' o'rtasida tog'ay bo'lagi- o'sish zonasi.

O'sish zonasining shikastlanishi (masalan, operatsiya paytida) to'siq va tashqi burun deformatsiyasiga olib kelishi mumkin. Burun to'sog'ining to'liq shakllanishi va suyaklanishi 10 yoshga qadar tugaydi, to'siqning yanada o'sishi o'sish zonalarida tufayli sodir bo'ladi. O'sish zonalarida tog'ayga tushadigan va suyak to'qimalarining rivojlanish tezligi turlicha bo'lganligi sababli, burun to'sig'ining orqa miya va tizmalari hosil bo'lib, burun nafasini buzishiga olib keladi.

Burun bo'shlig'ining lateral (lateral, tashqi) devori bir nechta suyaklar va eng murakkab tuzilish tomonidan hosil qilingan. Uning old va o'rta qismlari yuqori jag'ning frontal jarayoni, yuqori jag'ning medial devori, lakrimal suyak va etmoid hujayralar orqali hosil bo'ladi. Yanal devorning orqa qismlarini shakllantirishda tanglay suyagining perpendikulyar plastinkasi va sfenoidal suyakning ptergoid jarayonining xoana qirralarini tashkil etuvchi medial plastinkasi ishtirok etadi. O'rtacha ravishda hoanalar dimog' suyagining orqa tomoni bilan, lateral - sfenoid suyakning pterigoid tog'ayining medial plastinkasi bilan, yuqoridan - bu suyak tanasi bilan, pastdan - gorizontall plastinkaning orqa tomoni tanglay suyagi bilan chegaralanadi.

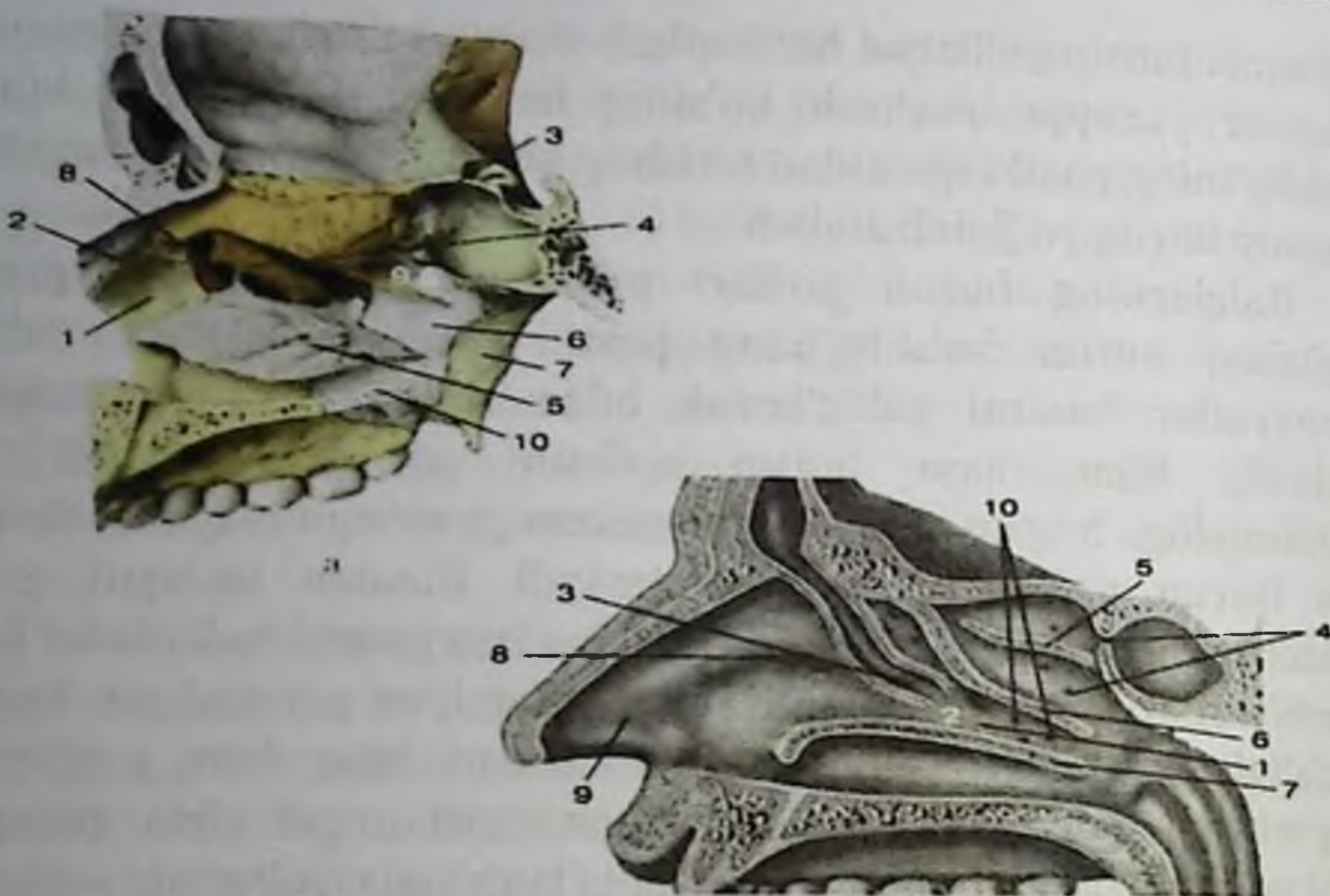
Yon devorda gorizontall plastinkalar shaklida uchta burun chig'anoqlari (*conchae nasales*) mavjud: pastki, o'rta va yuqori (*conchae nasalis inferior, media et superior*). Pastki burun chig'anog'i, eng kattasi, mustaqil suyak bilan ifodalanadi; o'rta va yuqori chig'anoqlar etmoidal suyak tomonidan hosil bo'ladi. Burun bo'shlig'ining lateral devoriga cho'zinchoq yassilangan shakllanish shaklida birikkan barcha burun to'siqlari ularning ostida pastki, o'rta

va yuqori burun yo'llarini hosil qiladi. Burun to'sig'i va chig'anoqlar o'rtasida yoriqqa o'xshash bo'shliq ham hosil bo'lib, u burun bo'shlig'ining pastki qismidan tortib to shoxgacha cho'zilib ketadi, u umumiy burun yo'li deb ataladi.

Bolalarning burun yo'llari nisbatan torroq bo'lib, pastki chig'anoq burun bo'shlig'ining pastki qismiga tushadi. Ushbu xususiyatlar kataral yallig'lanish bilan shilliq qavatning ozgina shishishi bilan ham burun nafasini qiyinlashtiradigan tez boshlanishiga bog'liq. Oxirgi holat emizishga to'sqinlik qiladi, chunki bola burun nafasi bilan ema olmaydi. Bundan tashqari, yosh bolalarda qisqa va keng eshitish naychasi gorizontol holatda bo'ladi. Bunday sharoitda burun nafas olish imkoniyati yaratadigan burun bo'shlig'idagi kichik yallig'lanish hodisalari bilan ham yuqtirgan balg'amni nazofarenksdan eshitish naychasi orqali o'rta quloqqa tashlash va o'rta quloqning o'tkir yallig'lanishini rivojlanishi sezilarli darajada to'sqinlik qiladi.

Pastki burun yo'li (meatus nasi inferior) pastki chig'anoq va Maksillar sinus devori o'rtasida joylashgan. Uning kamari sohasida, qobiqning oldingi uchidan bir santimetr atrofida, nazolakrimal kanalning chiqishi (ductus nasolacrimalis) mavjud. Ushbu teshik tug'ilgandan keyin hosil bo'ladi, uning ochilishini kechiktirish ko'z yoshlarini to'kishini buzadi, bu kanalning kist kengayishiga va burun yo'llarining torayishiga olib keladi. Pastki qismdagi pastki burun yo'lining lateral devori qalin (shimgichli tuzilish), ammo pastki burun chig'anog'i biriktiriladigan joyga yaqinroq bo'lib, u sezilarli darajada ingichka bo'ladi va shuning uchun maxillar sinusning teshilishi eng oson bajariladi. Bu joy oldingi uchi chig'anoqlaridan taxminan 1,5 sm orqaga chekinib joylashgan.

O'rta burun yo'li (meatus nasi medius) pastki va o'rta chig'anoqlar orasida joylashgan. Ushbu sohadagi lateral devor murakkab bo'lib, u nafaqat suyak to'qimasi, balki shilliq qavatning dublyaji bilan ham ifodalanadi, bu fontanella (fontanelle). O'rta burun yo'lining lateral devorida, burun chig'anog'i ostida, yarim oysimon yoki yoriq (hiatus semilunaris) joylashgan bo'lib, uning orqa qismi kichik chuqurcha shaklidagi kengayish hosil qiladi (infundibulum ethmoidale; 7-rasm)).



Rasm-7. *Burun bo'shlig'ining lateral devorining tuzilishi: a - yumshoq to'qimalarni olib tashlaganidan keyin burun bo'shlig'ining lateral devorining suyak skeletlari:*

1 - yuqori jag'ning frontal jarayoni; 2 - burun suyagi; 3 - yuqori burun chig'anog'i; 4 - o'rta chig'anoq; 5 - pastki burun chig'anog'i; 6 - tanglay suyagining perpendikulyar plastinkasi; 7 - sfenoidal suyakning qanotsimon o'simtasining ichki plastinkasi; 8 - lakrimal suyak; 9 - sfenoidal -tanglay teshigi; 10 - tanglay suyagining gorizontall plastinkasi; b- burun chig'anoqlari olib tashlangandan so'ng burun bo'shlig'ining lateral devori: 1 - yarim semilunar yoriq; 2 - g'alvirsimon teshikcha; 3 - peshona bo'shlig'i kanalining chiqish teshigi; 4 - ponasimon bo'shliq va g'alvirsimon labirintning orqa hujayralarining chiqish teshiklari; 5 - yuqori burun chig'anoqlari; 6 - o'rta burun chig'anog'i; 7 - pastki burun chig'anog'i; 8 - burun burmasi; 9 - burunning oldingi qopqog'i; 10 - maksillar sinusning chiqaruvchi teshiklari.

Etmoidal labirintning oldingi hujayralari frontal sinusning chiqaruvchi kanalini ochadi va maxillar sinusning orqasida va pastida tabiiy anastomoz mavjud. Tarmoqli labirintning old va o'rta hujayralari yarimoysimon yoriqqa ochiladi. Voronkadagi maxillar

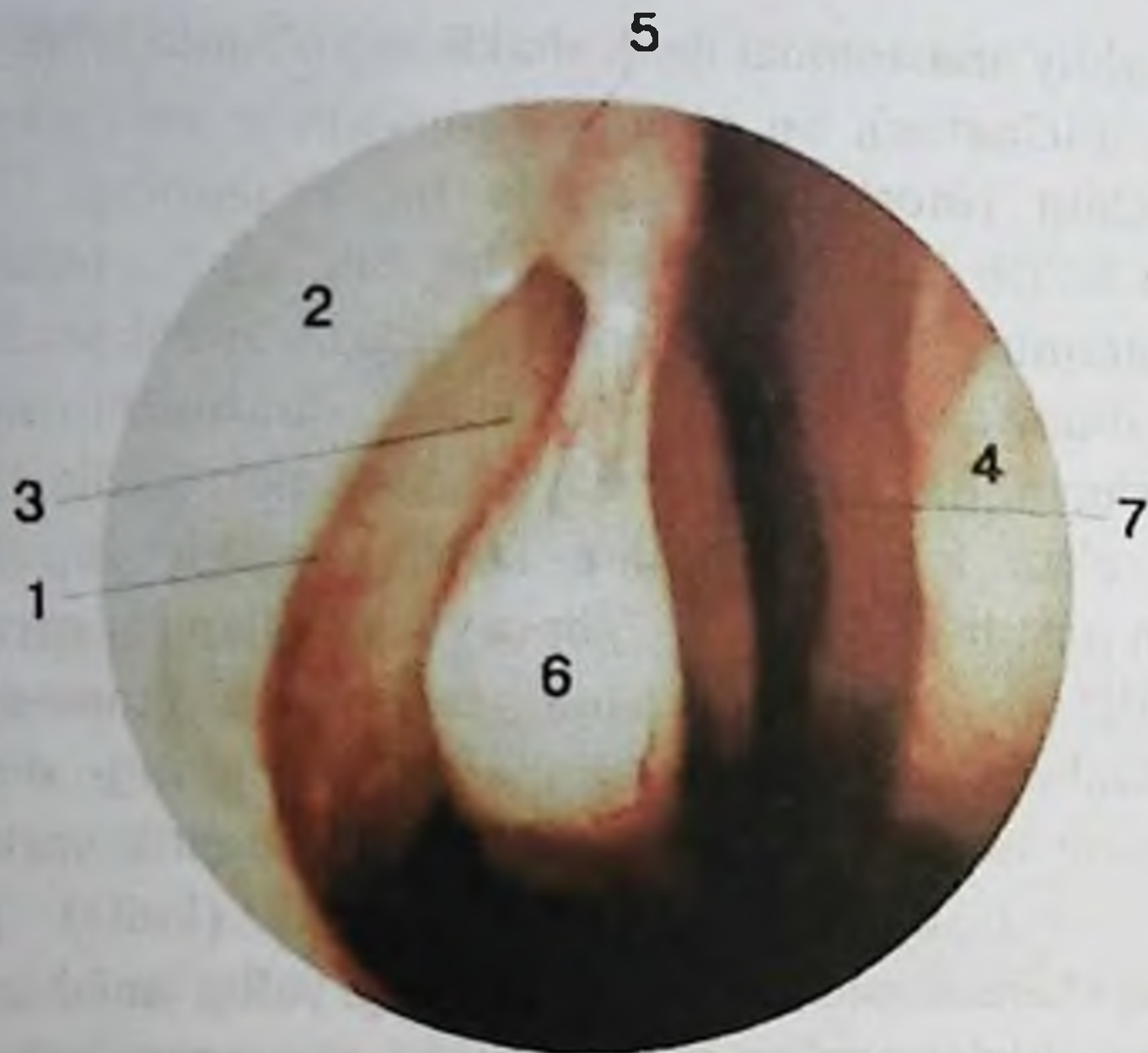
sinusning tabiiy anastomozi ilgak shaklidagi o'simta bilan qoplanadi (processus uncinatus), bu oldin yarimoysimon yoriqni cheklaydi, shuning uchun rinoskopiya paytida bo'shliqlarning chiqaruvchi teshiklarini ko'rib bo'lmaydi. Burun bo'shlig'ining lateral devorida o'rta chig'anoqning oldingi uchi mintaqasida balandlik sezilarli bo'lib, burunning dumg'azasiga parallel ravishda - burun burmasi (agger nasi) joylashgan. Ba'zida uning havo bo'shliqlari sezilarli darajada oshadi va o'rta burun yo'lining kirish qismini yopadi. Burun burmasidan pastda ilgaksimon o'simta yuzasi bilan chegaralangan.

Etmoidal labirintining havo hujayralaridan biri tomonidan hosil qilingan pufakchaning (concha bullosa ethmoidale)- o'rta burun chig'anog'ining oldingi uchi tuzilishining pnevmatik varianti keng tarqalgan. O'rta chig'anoqning pufakchasi (bulla) paranasal sinuslarning shamollashi va ularning keyingi yallig'lanishiga yordam beradi. O'rta chig'anoqning oldingi qismi mintaqasidagi anatomik tuzilmalar tizimi "ostiomeatal kompleks" atamasi bilan belgilanadi.

Bunga quyidagilar kiradi:

- ilgaksimon o'simta;
- oldingi etmoidal katakchalar;
- burmachalar;
- maksillar sinusning ochilishi;
- o'rta burun chig'anog'ining lateral yuzasi. Ilgaksimon o'simta (o'roqsimon suyagi plastinkasi) hosil bo'ladi

Burmaning medial devori (infundibulum). Ilgak shaklidagi o'simtaning oldida, o'rta chig'anoqning yuqori uchini biriktirish darajasida burun g'altagining hujayralari (agger nasi) joylashgan. Ikkinchisi bitta bo'shliq bilan ifodalanishi mumkin, lekin ko'pincha bu g'alvirsimon bo'rma ichiga ochiladigan alohida hujayralar tizimidir. Ilgaksimon shaklidagi o'simta ortida, o'rta chig'anoqning oldingi uchi ostida, etmoidal sinuslarning oldingi guruhining katta hujayrasi - katta etmoidal pufakcha (bulla ethmoidalis) mavjud. Va burun bo'shlig'ining qarama-qarshi qismi ham ostiomeatal kompleksning bir qismidir (8-rasm). Yuqori burun yo'li (*meatus nasi superior*) o'rta chig'anoqdan burun kamonigacha cho'zilgan.

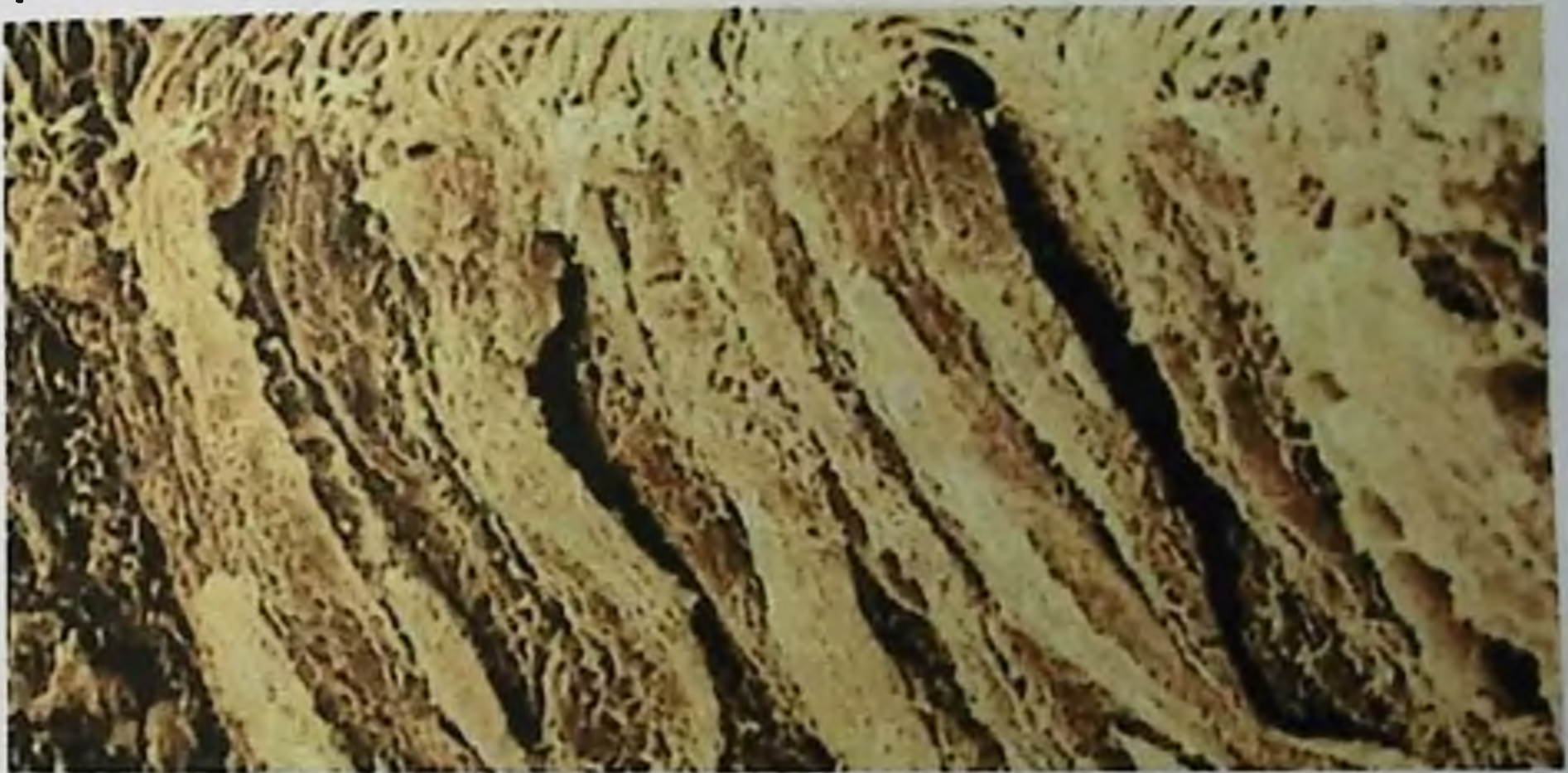


Rasm 8. Ostiomeatal kompleks (endoskopiya paytida rasm): 1 - ilgaksimon o'simta; 2 - burun valikining hujayralari; 3 - katta g'alvirsimon pufak; 4 - burun to'sig'i; 5 - burunning o'rta chig'anoq asosi; 6 - o'rta burun chig'anog'ining old qismi; 7 - umumiy burun yo'li

Yuqori burun yo'lidagi yuqori burun chig'anog'ining orqa uchi darajasida orqa sfenoidal-etmoidal chuqurcha (*ostium sphenoidale*) mavjud bo'lib va bu erga etmoidal labirint orqa katakchalari va sfenoidal sinus (shu nomdagi teshik; *ostium sphenoidale*) ochiladi. Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslar shilliq qavat bilan qoplangan, burun bo'shlig'ining dahlizi bundan mustasnodir, u sochlar va yog 'bezlarini o'z ichiga olgan teri bilan qoplangan. Shilliq qavatning tuzilish xususiyatlariga va funktsional maqsadiga qarab, burun bo'shlig'ida ikkita bo'lim ajratiladi: respirator (nafas olish) va hid bilish.

Burunning nafas olish sohasi (regio respiratoria) burun bo'shlig'ining pastki qismidan o'rta chig'anoqning pastki qirrasiga qadar bo'shliqni egallaydi. Ushbu sohada shilliq qavat ko'p qatorli ustunli kirpikli epiteliy bilan qoplangan (3-9-rasm). Siliyar hujayralarining apikal yuzasida uzunligi taxminan 3-5 mm bo'lgan 200 ga yaqin ingichka kiprikchalar mavjud, ular deyarli uzluksiz gilam hosil qiladi. Kirpiklar orqa tomondan, nazofarenks tomon, va

oldingi qismida dahliz tomon yo'naltirilgan harakatni amalga oshiradilar. Kirpiklarning tebranish chastotasi sekundiga 6-8 ga teng. Bundan tashqari, shilliq qavatida shilimshiqni ajratib turadigan ko'plab qadahsimon hujayralari va seroz yoki seroz-shilliq sekretsialarni ishlab chiqaradigan naychali-alveolyar tarvaqaylab bezlar mavjud bo'lib, ular chiqaruvchi kanallar orqali burun bo'shlig'ining shilliq pardasi yuzasiga chiqadi. Kirpiklar naycha-alveolyar bezlar sekretsiasiga normal shillqlik kislotaligi (pH) 7.35-7.45 oralig'ida. Botiriladi. Burun shillig'ining pH qiymatini ishqoriy yoki kislotali tomonga siljishi kirikchalar siljishini to'liq to'xtaguncha va hujayra yuzasidan g'oyib bo'lguncha sekinlashtiradi. PH normallashtirishidan keyin kirpikchalar funktsiyasi va burun shilliq qavatining mukosilyar klirensi tiklanishi mumkin.



Rasm 9. Kirpikli epiteliy (mikrograf, x2600)

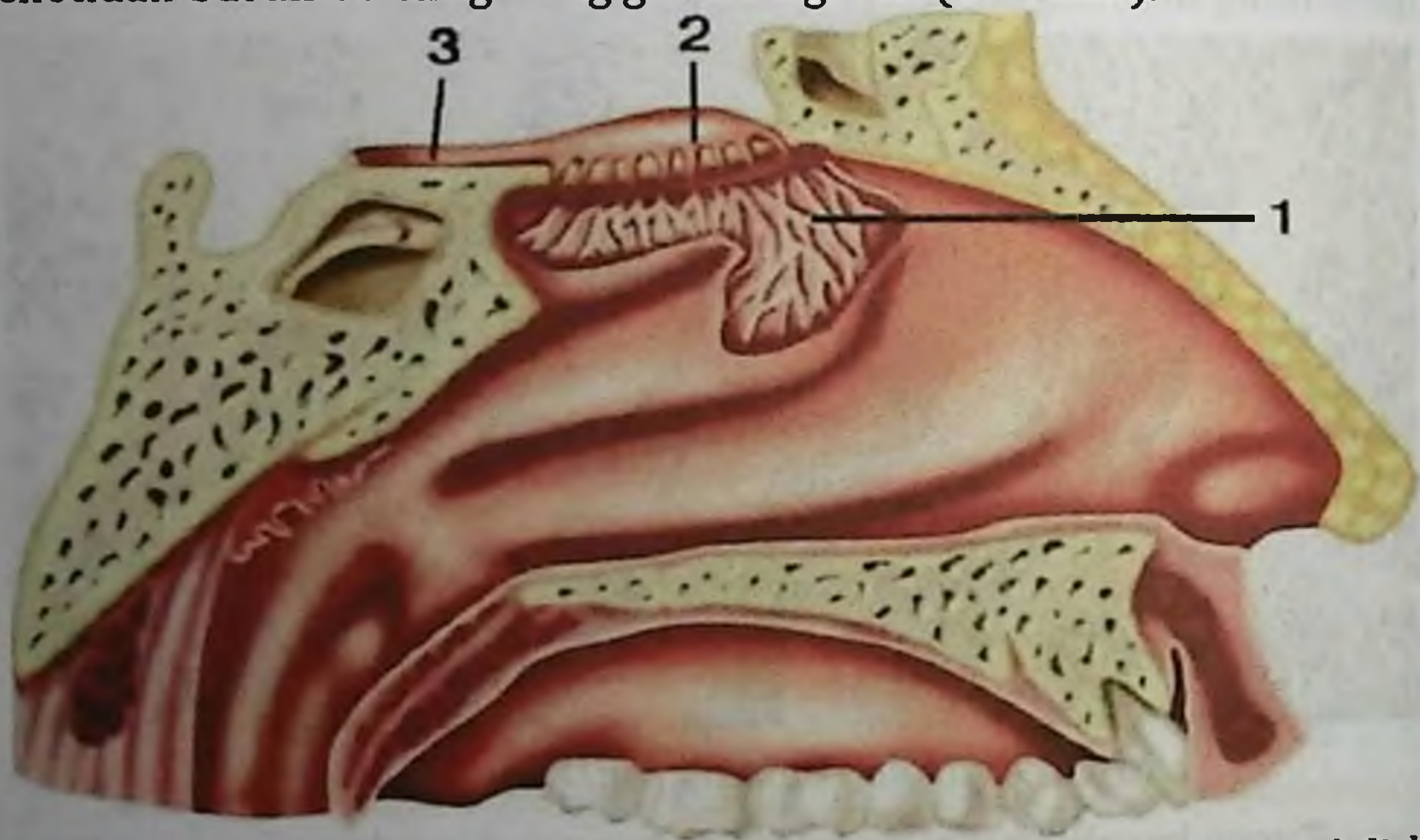
Burun kasalliklarini davolashda har qanday odamning buruniga uzoq muddatli quyishni yodda tutish kerak. Butun uzunlik bo'ylab shilliq qavat perikondrium va periosteum bilan qattiq payvandlanadi, shuning uchun operatsiya davomida u ular bilan birga ajratiladi.

Pastki burun chig'anog'ining medial yuzasida va burun o'rta chig'anog'ining oldingi qismlarida venoz tomir kengaytmalaridan iborat kavernoza (g'orsimon) to'qima tufayli burun bo'shlig'ining shilliq qavati qalinlashadi, uning devorlari silliq mushaklar bilan boyitilgan. Kavernoza to'qimalarni o'z ichiga olgan shilliq qavat ma'lum bir ta'sirda (masalan, sovuq havo yoki mushaklarning stressi)

birdan shishib yoki qisqarishi, burun yo'llarini toraytirishi yoki kengaytirishi va nafas olish faoliyatini boshqarishi mumkin. Odatda, burunning ikkala yarmi odatda kun davomida notekis nafas oladi - gohi boshqa yarmiga dam berayotgandek, gohi burunning bir qismi yoki boshqa yarmi yaxshiroq nafas oladi.

Bolalarda kavernoza to'qima 6 yoshgacha to'liq rivojlanadi. Yoshligida, burun to'sig'ining shilliq qavatida, uning old chetidan 2,5-3 sm masofada, hidlash organi - gomer-burun organi (Jakobson), bu erda kistlar hosil bo'ladi va yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi mumkin.

Hid bilish hidli hudud (regio olfactoria) burun bo'shlig'ining yuqori qismlarida joylashgan - burun o'rta chig'anog'ining pastki chetidan burun bo'shlig'ining gumbazigacha (10-rasm).



Rasm 10. Burun bo'shlig'ining hid bilish hududi: 1 - hid bilish iplari; 2 - Etmoidal suyakning etmoid plastinkasi; 3 - Hid bilishhid bilish yo'l trakti naychali-alveolyar bezlar (hid yoki Bowman).

O'rta chig'anoqning medial yuzasi va burun to'sig'ining qarama-qarshi qismi orasidagi bo'shliq hidlash oralig'i deb ataladi. Ushbu sohadagi shilliq qavatning Hid bilish epiteliyasi uch xil hujayradan iborat: hid bilish bipolyar neyronlari, bazal va qo'llab-quvvatlovchi hujayralar. Ba'zi joylarda kirpikli epiteliyning tozalash funksiyasini bajaradigan hujayralari mavjud.

Retseptorlari olfaktor neyrosensor hujayralari juda prizmatik; ularning yumaloq yadrosi bazal qutb tomon siljigan. Hid bilish neyronning apikal qismida (dendritlar) epiteliyadan olfaktor shilliq qavatiga chiqadigan 10-20 uzun, harakatsiz hidlovchi kirpiklar bor, ular plazma membranasining retseptorlari yuzasini ko'paytiradi va o'ziga xos xemoreseptiv oqsillarni, shuningdek G- ni o'z ichiga oladi. ikkilamchi xabarchilarni faollashtiradigan oqsillar. Hid bilish moddalar dastlab Bowman bezlari chiqaradigan hid bilish shilimshiqqa singib ketadi va o'ziga xos bo'lmagan tashuvchi oqsillar orqali retseptorlarga etkaziladi. Hid bilish moddalarni retseptorlarga etkazishda buzilishlar shilliq qavatining shishishi va burun bo'shlig'ining yallig'lanishli yoki allergik shikastlanishlarida hid bilish balg'am sekretyasining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi. Xometseptiv oqsillarga hid bilish molekulalarning birikishi retseptor hujayralarining ta'sir potentsialining paydo bo'lishiga olib keladigan biokimyoviy reaktsiyalar kaskadini keltirib chiqaradi. Hid bilish neyronlarning aksonlari taxminan 20-25 ingichka iplarni (*filae olfactoriae*) hosil qiladi, ular etmoidal suyakning etmoidal plastinkasi orqali hid bilish piyozchasiga (*bulbus olfactorius*), so'ngra hid tizimiga (*tr. Olfactorius*) kiradi. Odamning hidlash analizatori ikki yuzdan ortiq tabiiy va sun'iy hidlarni ajratib olishga qodir.

Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlanilishi

Burun bo'shlig'idagi eng katta arteriyasi- tashqi karotis arteriya bo'lib, tizimdan maxillar arteriyaning sfenoidal-tanglay (*a. Sphenotanglaya*) shohidir (11-rasm). Sfenoidal-tanglay teshigidan o'tib (*foramen sphenotanglaye!*) pastki chig'anoqning orqa uchi yaqinida u burun bo'shlig'ining orqa qismlarini, paranasal sinuslarni va burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlaydi. Undan burun bo'shlig'iga o'tadi:

- orqa burun lateral arteriyalari (*aa.nasales posteriores laterales*);

- arteriya to'siqlari (*a.nasalis septi*)

Burun bo'shlig'ining anteroposterior qismlari va etmoidal labirint mintaqasi qon bilan ichki karotis arteriya tizimidan markaziy

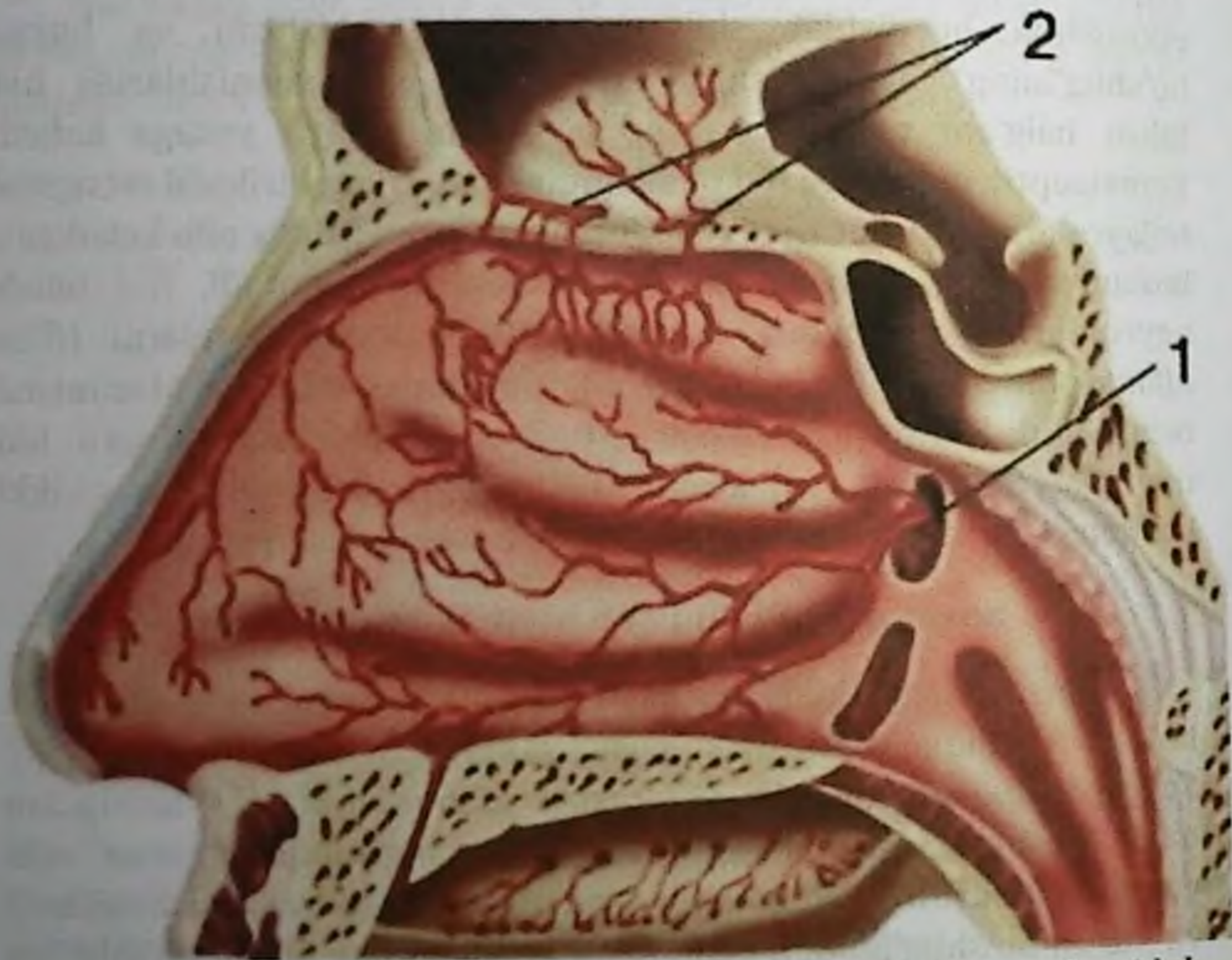
SamDTU

axborot-resurs markazi

arteriya (*a. Ophthalmica*) bilan ta'minlanadi. Undan etmoidal plastinkasi orqali burun bo'shlig'iga o'tadi:

- oldingi etmoidal arteriya (*a. ethmoidalis anterior*);
- orqa etmoidal arteriya (*a. ethmoidalis posterior*).

Burun to'sig'ini qon bilan ta'minlashning o'ziga xos xususiyati shilliq qavatining oldingi uchdan bir qismida zich tomirlar tarmog'ini shakllantirishdir. Kisselbachli joyi deb ataladigan bu sohada shilliq qavat juda yupqalashgan va ko'pincha burundan qon ketish manbai hisoblanadi. Shu sababli Kisselbach joyi burunning qonash joyi deb ataladi.



Rasm11. Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlash: 1 - sfenoidal-tanglay arteriyasi; 2 - etmoidal arteriyalar

Venoz tomirlar. Burun bo'shlig'idan venoz chiqib ketishning o'ziga xos belgisi bu qanotsimon tugun (*plexus pterigoideus*) tomirlari va undan keyin oldingi kranial chuqurchada joylashgan kavernoza bo'shliq (*sinus cavernosus*) tomirlari bilan bog'lanishidir. Natijada,

infektsiya ko'rsatilgan yo'llar bo'ylab tarqalishi va rinogen va ko'z kosasil intrakranial asoratlarning paydo bo'lishi mumkin.

Lenfatik drenaj burunning old qismlaridan submandibulyar limfa tugunlariga, o'rta va orqa qismlaridan faringeal va chuqur bo'yin bachadon bo'yni limfa tugunlariga olib boriladi. Burun bo'shlig'ida operatsiyadan keyin angina paydo bo'lishi bodomsimon bezning turg'unligiga olib keladigan yallig'lanish jarayoniga chuqur bo'yin limfa tugunlarining qo'shilishi bilan izohlanishi mumkin. Bundan tashqari, burun bo'shlig'ining limfatik tomirlari subdural va subaraknoid bo'shliqlar bilan aloqa qiladi, bu esa burun bo'shlig'idagi jarrohlik aralashuvlar paytida meningit rivojlanish xavfini aniqlaydi.

Burun bo'shlig'ining innervatsiyasi

Burun bo'shlig'ida hid, sezgir va vegetativ innervatsiya mavjud. Hid bilish innervatsiyasi, hid nervi (*n. Olfactorius*) tomonidan amalga oshiriladi. Hid bilish hid mintaqasining sezgir hujayralaridan (birinchi neyron) chiqqan hid bilish iplari etmoidal plastinka orqali kranial bo'shliqqa kirib boradi va u erda hidlovchi lampochkani (*bulbus olfactorius*) hosil qiladi.

Bu erda ikkinchi neyron boshlanadi, aksonlari hidlash traktining bir qismi bo'lib, paragippokampal burma (*gyrus parahippocampalis*) orqali o'tib, gipokampus po'stlog'ida (*hipokampus*) - hidning kortikal markazida tugaydi.

Burun bo'shlig'idagi sezgir innervatsiyasi trigeminal asabning birinchi va ikkinchi tarmoqlari tomonidan amalga oshiriladi (mos ravishda optik asab - *n. Ophthalmicus* va maxillalar asab - *n. Maxillaris*). Burunning simpatik va parasempatik (avtonom) innervatsiyasi va paranasal sinuslar qanotsimon kanalining nervi bilan ifodalanadi, ichki karotis arteriyasida tugundan (yuqori servikal simpatik tugun) va yuz asabining genikulyar tugunidan boshlanadi.

Paranasal sinuslarning klinik anatomiyasi

Paranasal sinuslarga (*sinus paranasalis*) burun bo'shlig'ini o'rab turgan va teshiklari orqali u bilan aloqa qiladigan havo bo'shliqlari kiradi. To'rt juft sinus mavjud:

- maksillarar;
- frontal;
- etmoid sinuslar;
- ponasimon shaklida.

Klinik amaliyotda quyidagilar mavjud:

- oldingi paranasal sinuslar: - Maksillar; - frontal;
- oldingi va o'rta etmoidal sinuslar;
- orqa paranasal sinuslar: - ponasimon shaklida;
- etmoidal suyakning orqa sinuslari.

Bunday bo'linmaning qulayligi oldingi sinuslar patologiyasining orqa sinuslardan biroz farqlanishiga bog'liq. Xususan, oldingi sinuslar burun bo'shlig'i bilan o'rta burun yo'li orqali, orqa tomondan esa yuqori burun yo'llari orqali aloqa qilishadi, bu esa diagnostika nuqtai nazaridan muhimdir. Orqa sinuslarning kasalliklari (ayniqsa xanjar shaklida) oldingi qismlarga qaraganda ancha kam uchraydi.

Juft Maksillar sinuslar (sinus maxillaris) eng katta jag'tanasida joylashgan: ularning har birining hajmi o'rtacha 10,5-17,7 sm³. Sinuslarning ichki yuzasi qalinligi taxminan 0,1 mm bo'lgan shilliq qavat bilan o'ralgan bo'lib, uning yuqori qatlami ko'p qatorli silindrsimon kirpikli epiteliy bilan ifodalanadi. Kirpikli epiteliyning kirpiklari shilimshiqni aylana bo'ylab yuqoriga qarab, burun bo'shlig'ining o'rta burun yo'li bilan anastomoz joylashgan sinusning medial burchagiga yo'naltiradi. Maksillar sinusda old, orqa, yuqori, pastki va medial devorlar ajratiladi.

Klinik nuqtai nazardan, pastki va o'rta burun yo'llarining ko'pchiligiga to'g'ri keladigan sinusning medial (burun) devori eng muhimidir. Medial devor suyak plastinkasidan hosil bo'ladi, u asta-sekin ingichka bo'lib, o'rta burun yo'li mintaqasida shilliq qavatining takrorlanishiga aylanishi mumkin. O'rta burun yo'lining old qismida, yarimoysimon yorig'ida, shilliq qavatning ko'payishi chuqurcha (*infundibulum*) hosil qiladi, uning pastki qismi ochilishi (*ostium maxillare*) sinusni burun bo'shlig'i bilan bog'laydi.

Maksillar sinusning anastomozi (*ostium maxillare*) medial devorning yuqori qismida joylashgan va shuning uchun bu sinusdan chiqib ketish qiyin kechadi. Ba'zan, yarimoysimon yoriqning orqa qismlarida endoskop bilan ko'rib chiqilganda, maxillar sinusning qo'shimcha chiqishi (*foramen accesorius*) topiladi, bu orqali

o'zgargan polipoz sinusning shilliq pardasi nazofarenksiga tushib, choan polipini hosil qiladi.

Old yoki yuzaga oid devor ko'z kosasining pastki chetidan yuqori jag'ning alveolyar jarayoniga cho'ziladi. Maksillar sinusning eng zich devori yonoqning yumshoq to'qimalari bilan qoplangan va paypaslashda sezilarli. Yuza devorning old yuzasida yassi suyak chuqurchasi, yoki it chuqurcha (*fossa canina*) deb ataladi, bu old devorning eng ingichka qismidir. It chuqurchasining chuqurligi biroz o'zgarib turadi, ammo o'rtacha 4-7 mm. ni tashkil qiladi. Belgilangan it chuqurchasi bilan maksillar sinusning old va yuqori devorlari uning medial devoriga yaqin joylashgan. Bushliq punktsiyasida buni hisobga olish kerak, chunki bunday hollarda teshilgan igna yonoq yoki ko'z kosasining yumshoq to'qimalariga kirib borishi xavfi mavjud bo'lib, bu ba'zida yiringli asoratlarni keltirib chiqaradi. infraorbital teshik chuqurchasining yuqori chetida joylashgan,

Yuqori yoki orbital devor, ayniqsa, degissensiyalar tez-tez uchraydigan orqa mintaqada juda ingichka hisoblanadi. Infraorbital asab kanali uning qalinligidan o'tadi. Ba'zida asab va qon tomirlari maxillar sinusning yuqori devorini qoplagan shilliq qavatiga bevosita qo'shni bo'lib, operatsiya paytida shilliq qavatiga tegininishda e'tiborga olish kerak. Sinusning orqa yuqori (*medial*) bo'limlari to'g'ridan-to'g'ri etmoidal labirint va sfenoidal sinusning orqa hujayralari guruhi bilan chegaradosh, shuning uchun ularga jarrohlik yondoshish maksillar sinus orqali ham qulaydir. Ko'z kosasi bilan qattiq miya pardasining kavernozi bilan bog'langan venoz tuguni, jarayonning ushbu sohalarga o'tishiga va ko'z kosasining g'orsimon (kavernozi) sinusining trombozi va flegmonasi kabi dahshatli asoratlarning rivojlanishiga yordam beradi.

Sinusning qalin orqa devori pterygopalatin chuqurchasi bilan yaqin bo'lib, bu erda yuqori jag'ga oid asab, pterygopalatin tuguni, yuqori jag'ga oid arteriya va pterygopalatin venoz tugun joylashgan.

Sinusning pastki devori yoki qavati yuqori jag'ning alveolyar jarayoni bilan hosil bo'ladi. Qoida tariqasida, maksillar sinusning o'rtacha kattaligi bilan uning pastki qismi taxminan burun bo'shlig'ining pastki qismida, lekin ko'pincha biroz pastroq bo'ladi. Maksillar sinus hajmining ko'payishi bilan tishlarning ildizlari bushliqda qolishi mumkin, bu rentgenografik yoki maxillar sinusda

operatsiya paytida aniqlanadi. Ushbu anatomik xususiyat odontogen sinusit rivojlanish xavfini oshiradi (3-12-rasm). Ba'zan maxillar sinusning devorlarida sinusni dumboqlarga va (juda kamdan-kam hollarda) alohida bo'shliqlarga ajratadigan suyak tizmalari va ko'priklar mavjud. Ko'pincha turli o'lchamdagi sinuslar uchraydi.

Etmoidal sinuslar (sinus ethmoidalis) bir-biridan yupqa suyak plastinkalari bilan ajratilgan aloqa qiluvchi hujayralardan iborat. Etmoidal hujayralarining soni, hajmi va joylashishi sezilarli darajada farq qiladi, ammo ularning har ikki tomonidagi o'rtacha soni 8-10 ga teng.

Joylashuviga qarab, etmoidal labirintning old, o'rta va orqa hujayralari ajratiladi. Old va o'rta hujayralar o'rtada, orqa hujayralar esa yuqori burun yo'llarida ochiladi. Optik asab etmoidal sinuslarga yaqinlashadi. Etmoidal labirintning anatomik-topografik xususiyatlari patologik jarayonning ko'z kosasiga va kraniyal bo'shliqqa, shuningdek optik asabga o'tishiga yordam beradi.



Rasm 12. Maksillar sinus va tishlarning ildizlarining anatomik aloqasi etmoidal labirint frontal (yuqori), sfenoidal (orqa) va maksillar (lateral) sinuslar bilan chegaralangan bitta etmoidal suyak bilan

ifodalanadi. Yon tomondan, etmoidal labirintining hujayralari "qog'ozli" orbital plastinkaga ulashgan. Etmoidal hujayralar ko'z kosasiga tarqalganda (bu odatiy holdir), ular oldingi kranial chuqurcha bilan chegaralanadi. Bunday holda, etmoidal plastinka (*lamina cribrosa*) etmoidal labirint hujayralarining tonozida yotadi, shuning uchun hujayralarni ochishda etmoid plastinkasi orqali kranial bo'shliqqa kirib ketmaslik uchun yon tomonga qat'iy rioya qilish kerak. Pastki chig'anoqdan yuqorida etmoidal labirintning medial devori burun bo'shlig'ining lateral devori hisoblanadi.

Juft frontal sinuslar (*sinus frontalis*) peshona suyagi qobig'ida joylashgan. Ularning konfiguratsiyasi va o'lchamlari turlicha, har bir sinusning o'rtacha hajmi 4,7 sm³ ni tashkil qiladi, uning uchburchak shakli bosh suyagining sagittal qismida sezilib turadi. Sinus to'rt devor bilan chegaralangan. Pastki (ko'z kosasil) devorning katta qismi ko'z kosasining yuqori devori bilan ifodalanadi, qisqa vaqt ichida u trellised labirint va burun bo'shlig'i hujayralari bilan chegaralanadi. Old (anterior) devor eng qalin (5-8 mm gacha). Old kranial chuqurchaga ulashgan orqa (miya) devori ingichka, ammo juda kuchli va ixcham suyakdan iborat. Pastki qismdagi medial devor (*frontal sinuslar septum*) odatda o'rta chiziqda joylashgan bo'lib, yuqoridan u yon tomonlarga burilib ketishi mumkin. Yuqori qismdagi old va orqa devorlar keskin burchak ostida birlashadi. Sinusning pastki devorida, to'siq oldida, frontal sinus kanalining ochilishi mavjud, bu orqali sinus burun bo'shlig'i bilan aloqa qiladi. Kanalning uzunligi taxminan 10-15 mm va kengligi 1-4 mm. O'rta burun yo'lidagi yarimoysimon yorig'ining old qismida tugaydi. Ba'zida sinuslar lateral ravishda tarqalib, ko'rfazlar va to'siqlar hosil qiladi, ba'zida ular katta (10 sm³ dan ortiq), ba'zi hollarda ular mavjud emas, bu klinik diagnostikada yodda tutilishi muhimdir.

Juft sfenoid sinuslar (*sinus sphenoidalis*) sfenoidal suyak tanasida joylashgan. Sinuslarning kattaligi juda o'zgaruvchan, ularning hajmi o'rtacha 3-4 sm³. Har bir sinus to'rtta devor bilan chegaralangan. Sinus to'siq sinuslarni ikkita alohida bo'shliqlarga ajratadi, ularning har biri o'z chiqishi bilan umumiy burun yo'lini (sfenoetmoidal xaltachalar) olib boradi. Sinus fistulasining bunday joylashishi undan

nazofarenksga oqib chiqishiga yordam beradi. Sinusning pastki devori qisman nazofarenkning tonoz, qisman burun bo'shlig'ining tomidir. Ushbu devor odatda shimgichli to'qimalardan iborat va qalinligi katta. Yuqori devor sella turcica ning pastki yuzasi bilan ifodalanadi, gipofiz bezi va miyaning frontal bo'lagining hidlash konvulsiyalari bilan bir qismi unga qo'shni. Orqa devor eng qalin bo'lib, oksipital suyakning bazilar qismiga o'tadi.

Qon ta'minoti. Paranasal sinuslar, xuddi burun bo'shlig'i singari, maksillar (tashqi karotidning shoxchasi) va okulyar (ichki karotidning filiali) arteriyalaridan qon bilan ta'minlanadi. Maksillar arteriya asosan maksillar sinusga oziqlanishni ta'minlaydi. Frontal sinusga maksillar va oftalmik arteriyalar, sfenoidal sinus - pterygopalatin arteriyasi va meningeal arteriyalarning shoxlaridan qon beriladi. Etmoidal labirint hujayralari qon bilan lakrimal va etmoidal arteriyalar bilan ta'minlanadi.

Sinuslarning venoz tizimi, ayniqsa tabiiy anastomozlar sohasida rivojlangan, keng halqali tarmoq bilan ajralib turadi. Vena qoni burun bo'shlig'ining tomirlari orqali oqadi, ammo sinuslar tomirlari shoxlari ko'z kosasining va bosh suyagi bo'shlig'ining tomirlari bilan anastomoz qiladi.

Lenfatik drenaj paranasal sinuslardan asosan burun bo'shlig'ining limfa tizimi orqali amalga oshiriladi va submandibular va servikal limfa tugunlariga yo'naltiriladi.

Paranasal sinuslar trigeminal asabning birinchi va ikkinchi tarmoqlari bilan, shuningdek pterygopalatin tugunidan innervatsiya qilinadi. Birinchi shoxdan - orbital asab - (*n. Ophthalmicus*) burun va paranasal sinuslarning yuqori qavatlarini innervatsiya qiluvchi oldingi va orqa etmoidal nervlardan (*n. Ethmoidales anterior et posterior*) kelib chiqadi. Ikkinchi filialdan - maxillar nerv (*n. Maxillaris*) - burun bo'shlig'ining o'rta va pastki qavatlarini va paranasal sinuslarni innervatsiya qiladigan infraorbital asabni (*n. Infraorbitalis*) ajratadi.

Keng burun yo'llarini oldingi rinoskopiyasi xarakterlidir, burun chig'anoqlarining atrofiyasi tufayli ko'pincha nazofarenksning orqa devori ko'rinadi. Umumiy burun yo'lida qo'yiqlik sariq-yashil oqindi

bor, u joylarda ma'lum qismlari va g'ildiraklar shaklida olib tashlanishi mumkin bo'lgan qobiqlarning paydo bo'lishi bilan quriydi.

Davolash. Murakkab - umumiy va mahalliy konservativ terapiya qo'llaniladi. Qobiqlarni olib tashlash uchun kuniga 1-2 marta yod qo'shib natriy xlorid izotonik eritmasi bilan burun bo'shlig'ini chayqash yoki yuvish (200 ml eritma uchun yodning 10% li spirtli eritmasidan 6-8 tomchi) zarur. Burun tomchilari shaklida E + retinol (aevit aut) vitaminli yog'li eritmasini, lokal tirnash xususiyati beruvchi terapiyani tayinlang - burun shilliq qavatini kuniga bir marta glitserol bilan 2-3 hafta davomida Lyugol eritmasi bilan moylash zarur. Yod preparatlari shilliq qavat bezlari faoliyatini kuchaytiradi, ularning sekretorlik faolligini oshiradi.

Dengiz tuzining 2-3 foizli eritmasi, dengiz suvi (fiziomer, akuamaris), delfin moslamasidan foydalangan holda maxsus sho'r suv eritmasi bilan burun bo'shlig'ini chayqash va burun bilan yuvish foydalidir. Klinik sinovlar faol moddalar sifatida dengiz tuzi bo'lgan turli xil malhamlardan foydalanish samaradorligini ko'rsatdi. Geliy-neon lazeri qon bilan ta'minlanishni rag'batlantiradi va burun shilliq qavatining trofikasini yaxshilaydi (endonazal ravishda 5-10 daqiqa davomida 7-10 protsedura). Umumiy ta'sir qilish vositalaridan biogenik stimulyatorlar (aloe daraxti barglari ekstrakti, FiBS, peloidin, humisol) teri ostiga yoki mushak ichiga, vitaminlar, yod va temir preparatlari [temir [III] gidroksidi poliizomaltozat (ferrum lek)] bilan buyuriladi.

Ozena

Ozena (ozaena) burundagi atrofik jarayonning og'ir shakli bo'lib, shilliq qavatiga ham, burun bo'shlig'ining suyak devorlariga kabi va burun chig'anoqlarida ham kuchli o'ziga xos, yoqimsiz hid bilan tez quriydigan ajralma hosil bo'ladi. Ozena kamdan-kam uchraydi, biroz ko'proq yosh ayollarda uchraydi.

Etiologiya

Ushbu kasallikning ma'lum ijtimoiy, anatomik, yallig'lanishli, fokal, yuqumli, neyroistrofik va endokrin nazariyalari mavjud. Eng keng tarqalgan yuqumli va neyrodistrofik nazariyalar.

Yuqumli nazariyaga ko'ra, asosiy rolni ozenali bemorlarning (korynebacterium, proteus) burun shilliq qavatini bakteriologik tekshirish paytida topilgan turli xil mikrofloralar o'ynaydi, lekin ko'pincha (bemorlarning 80 foizida) Klebsiella ozaenae ekilgan, bu ushbu patologiyada etakchi rolni tayinladi.

Nevrodistrofik nazariyaga muvofiq, ozenaning paydo bo'lishida vegetativ va endokrin tizimlarning buzilishi yoki simpatik innervatsiya muhim ahamiyatga ega, bu esa burun bo'shlig'idagi distrofik jarayonlarga olib keladi. Bu haqiqat itlarga o'tkazilgan eksperimentda tasdiqlangan - shikastlanish tomonidagi pterygopalatin tugunining yo'q qilinishi burun shilliq qavatining atrofiyasiga olib keladi. Trofik kasalliklar keying natijalarga yani, osteomalatsiyaga, suyak rezorbsiyasi va epiteliya metaplaziyasiga olib keladi. To'qima oqsillarini yo'q qilish indol, skatol va vodorod sulfid hosil bo'lishi bilan birga keladi, bu esa burundan homila hidini aniqlaydi.

Patomorfologiya

Ozena paytida atrofik jarayon nafaqat shilliq qavatni, balki intranazal suyak tuzilishini ham tutib, ularning asta-sekin so'rilishini keltirib chiqaradi. Bu burun bo'shlig'i zararlanishi sezilarli darajada kengayishiga olib keladi, bu esa nafas olayotgan havo oqimining quritish ta'sirini va qobiqlarning hosil bo'lishini yanada kuchaytiradi. Ozenaning alomatlari shunchalik tipikki, bu kasallikni aniqlash qiyin emas. Bemorlar qattiq quruqlikdan va burundagi ko'p miqdordagi qobiqlarning paydo bo'lishidan, burundan yoqimsiz, xiralashgan hiddan shikoyat qiladilar, bemorlar odatda o'zlarini sezmaydilar, burun nafas olish qiyinligi va hid etishmasligi. Burundan chiqqan xom hid shunchalik ravshanki, boshqalar bemordan qochishadi, bu uning ruhiyatiga ta'sir qiladi, shaxslararo munosabatlar - ijtimoiy izolyatsiya paydo bo'ladi. Kasallikning boshida hidning buzilishi (giposmiya) odatda hidlanish sohasini qoplagan qobiqdan kelib chiqadi, keyin anosmiya hid retseptorlari atrofiyasi tufayli yuzaga keladi.

Oldingi rinoskopiya bilan jigarrang yoki sariq-yashil rangli qobiqlar burunning ikkala yarmida ham ko'rinadi, butun burun

bo'shlig'ini to'ldiradi, nazofarenksiga va uning ostidagi nafas yo'llariga tarqaladi. Qobiqlarni olib tashlaganingizdan so'ng, burun bo'shlig'i shunchalik kenglashadiki, rinoskopiya paytida nazofarenksning orqa devori, og'iz va hatto eshitish naychalarining rollari kuzatiladi.

Diagnostika

Tashxis bemorning o'ziga xos shikoyatlariga, burun shilliq qavatining qattiq atrofiyasiga, mo'l-Ozena qobiqlarning mavjudligiga, homila hidiga va hidning yo'qolishiga qarab belgilanadi. Kasallik ko'pincha gipoxromik anemiya fonida rivojlanadi, shuning uchun qon zardobidagi temir miqdorini aniqlash kerak. Paranasal sinuslarning rentgenogrammasi yoki tomografiyasi birgalikda sinusitni istisno qilish uchun amalga oshiriladi. Tuberkulyoz va sifilizdan farqli o'laroq, ozenada bu kasalliklarga xos bo'lgan yaralar va shilliq qavatning infiltrativ shakllanishi mavjud emas.

Davolash

Davolash asosan simptomatikdir. Davolashning mahalliy va umumiy, konservativ va jarrohlik usullari qo'llaniladi. Mahalliy konservativ terapiya burun bo'shlig'ini dezodoratsiya qilishga, burundagi quruqlik va qobiqlarni yo'q qilishga qaratilgan. Buning uchun burun bo'shlig'i kuniga bir necha marta izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yod yoki 10 ml salitsil kislotasi aralashmasi qo'shilgan 20 g. natriy xlorid, 20 g natriy gidrokarbonat, bir stakan suvga 1/2 choy qoshiq (burun bo'shlig'ini chayqash uchun) yordamida chayqaladi yoki yuviladi. Bakteritsid va dezodoratsion ta'sirga ega bo'lgan Solodkoy xlorofill karotin pastasi bilan foydali shamlar. Dastlabki hojatxonadan keyin shamlar kuniga ikki marta 3-4 hafta davomida 2 soat davomida burunning ikkala yarmiga AOK qilinadi. Shunga o'xshash kurs yiliga 3-4 marta takrorlanadi. Burun bo'shlig'ini har kuni 2-5% Lyugol eritmasi bilan glitserin (yoki Lyugol eritmasi) bilan moylashni tavsiya etish mumkin, bu bemorlar o'zlari amalga oshirishi mumkin.

Muayyan darajada va patogenetik xususiyatga ega bo'lgan umumiy davolash usullaridan parenteral yuborish uchun temir preparatlari [temir [III] gidroksidi poliizomaltozat (ferrum lek), temir sulfat (tardiferon)], Klebsiella ozena bo'lgan antibiotiklar

uchun sezgir (streptomitsin, kanamitsin, levomitsetin, sefazolin), immunoterapiya (azoksimer bromid, natriy deoksiribonukleat) va vitaminli terapiya ishlatiladi.

Ozenani davolashda jarrohlik usullari ham qo'llaniladi. Jarrohlik aralashuvining barcha mavjud variantlari burun bo'shlig'ining sun'iy ravishda torayishiga qaratilgan (3-25-rasm), ular uchun avtotransplantantlar (suyak, qovurg'a tog'ayi), allotransplantantlar yoki sintetik materiallar (poliuretan, polifazik) yon devorlar yoki burun to'sig'iga submukoz to'qimalariga kiritiladi.



Rasm 13. Burun to'sig'ining submukozasiga o'z tog'ayini qayta tiklash: a - noto'g'ri; b - to'g'ri

Amaliyotdan oldin 12-14 kun davomida shilliq qavatni qobliqdan tozalash va uning trofikasini yaxshilashga qaratilgan dori terapiyasining tayyorgarlik kursi talab qilinadi.

Allergik rinit

Allergik rinit (AR) dunyoda keng tarqalgan kasallik bo'lib, u turli mamlakatlarda aholining 10-25 foiziga ta'sir qiladi va AR tarqalishi yil sayin ortib bormoqda. Belgilarning davomiyligini hisobga olgan holda, ba'zida bo'ladigan va doimiy AR ga ajralib turadi, bu taxminan oldindan qabul qilingan mavsumiy va yil davomida (doimiy) shakllarga bo'linishga to'g'ri keladi. Yaqinda ARning professional shakli ham mavjud.

Intermitlovchi AR (mavsumiy shakl) ko'pincha gullaydigan o'simliklarning (masalan, ambroziya, artemisia, kiparis, yong'oq,

qayin, don) yoki terak po'stlog'idan changlanishiga bog'liq; shuning uchun ARning mavsumiy shakli ko'pincha pichan riniti yoki pichan isitmasi deb ataladi. Mavsumiy AR har yili gullash davrida bir vaqtning o'zida bemorlarda takrorlanadi. Kasallikning anamnezini batafsil bilib, maxsus allergologik tadqiqotlar olib borilganidan so'ng, odatda qaysi o'simlik kasallik keltirib chiqarayotganini aniqlash mumkin. Burun shilliq qavatining vazomotor mexanizmlari buzilgan holda rinitning uzoq muddatli va takroriy kuchayishi kasallikning davriy shaklini doimiy holatga o'tishiga yordam beradi.

Doimiy AR (yil bo'yi davom etadigan shakl) sababchi alergen bilan doimiy aloqada bo'lishidan kelib chiqadi: uy va qog'oz changi, uning tarkibidagi oqadilar, epidermal allergenlar mavjud bo'lgan hayvonlarning sochlari, akvarium baliqlari uchun oziq-ovqat, quyi qo'ziqorin allergiyalari, oziq-ovqat va dorilar. Uy changining eng muhim allergenik tarkibiy qismi bo'lgan *Dermatophagoides* turidagi uy allergiyalari va oqadilar yil davomida AR shaklidagi asosiy sababchi alergenlari qatoriga kiritilishi kerak. Uy hayvonlari sochiga allergiya, shuningdek, uy sharoitida eng kuchli allergiya hisoblanadi.

Klinik rasm

ARning har ikkala shaklining asosiy belgilari bu belgilarning triadasi:

- paroksizmal aksirish;
- ko'p miqdordagi nazal hidroroeya;
- burundan nafas olish qiyinligi, burundagi qichishish va qitiqlanish.

Semptomlarning bu yoki boshqa darajadagi triadasi deyarli har doim ifodalanadi va mavsumiy shakli bilan o'simliklarning gullash davrida yuzaga keladigan alevlenmelarning aniq mavsumiyliigi mavjud. Ushbu davrda kuzatilgan hapşirma parokdismlari burun va nazofarenksilarda qichishish bilan birga keladi. Burun shilliq qavatining shishishi va shishishi deyarli to'liq burun tiqilishi va burun nafasini qiyinlashishiga olib keladi. Rinoreya ko'p miqdorda, suvli yoki shilimshiqdir.

Rinologik alomatlar bilan bir qatorda bemorlarda ko'pincha qichima, kon'yunktiva giperemiyasi, lakrimatsiya, bosh og'rig'i, charchoq, hidning pasayishi va uyquning buzilishi kuzatiladi. Vazomotor rinitning doimiy (yil davomida) shakli bilan ushbu shikoyatlar boshidanoq doimiydir.

Ko'pincha AR bronxopulmoner patologiya bilan birlashtiriladi (astmatik bronxit yoki bronxial astma), bu ko'pincha astmatik uchlikning namoyonidir, shu jumladan:

- asetilsalitsil kislotali, fenoksimetilpenitsillin, metamizole natriy (analgin) dorilariga toqat qilmaslik;
- burun mukozasida polipoziya o'zgarishi;
- bronxial astma xurujlari.

Rinoskopik ko'rinish

Dastlabki davrda shilliq qavat giperemik, shishgan, burunda sezilarli miqdordagi shaffof suyuqlik mavjud. Vaqt o'tishi bilan shilliq qavat xira siyanotik bo'lib, kulrang (oq) dog'lar paydo bo'ladi. Burun chig'anoqlarilarni prob bilan tekshirishda ularning sinov zichligi aniqlanadi. Anemizatsiya ko'pincha burun chig'anoqlarilarning sezilarli qisqarishiga olib kelmaydi.

Ko'pincha vazomotor rinit vaqt o'tishi bilan burun bo'shlig'ini butunlay xiralashtirishi mumkin bo'lgan etmoid labirintada poliplar hosil bo'lishi bilan birga keladi.

Davolash

AR uchun kompleks terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- bemorni allergenni qabul qilishdan himoya qilishning individual usullari;
- o'ziga xos immunoterapiya (SIT);
- o'ziga xos bo'lmagan giposensitizatsiya qiluvchi terapiya;
- yiringli fokusni yo'q qilishga va doimiy ravishda kattalashgan pastki burun chig'anoqlarilar hajmini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik usullari;
- mahalliy glyukokortikoid terapiyasi;
- refleksoterapiya.

Oziq-ovqat, dori-darmon va epidermal allergenlarni sezgirlash natijasida kelib chiqqan ARda qo'zg'atuvchi omilni yo'q qilish patogenetik terapiyaning muhim usullaridan biridir. Ta'sirchan ahamiyatga ega o'simliklarning gullash davrida polen riniti bilan bemorlarga klimatogeografik hududni o'zgartirishni maslahat berish mumkin. Uy alergenlariga (uyning changiga, hayvonlarning sochlariga) sezgirlik bo'lsa, qo'zg'atuvchi omilni yo'q qilish qiyin bo'lganda, maxsus filtrlardan, havoni tozalash vositalaridan, respiratorlardan va boshqa vositalardan foydalanish tavsiya etiladi. Kvartirada uy hayvonlari, akvariumlar turishini istisno qilish, gilam va yumshoq o'yinchoqlarni olib tashlash, xonalarni yaxshilab nam tozalash va zig'ir kiyimlarini tez-tez yuvish kerak.

SIT kasallikka sabab bo'lgan allergen allergiya idorasi yoki kasalxonasi sharoitida aniq aniqlanganda qo'llaniladi. Davolash usuli tanaga asta-sekin o'sib boradigan dozada (odatda teri ostiga) minimal miqdordagi sababchi ahamiyatga ega alergen kiritishga asoslangan. Allergenni bunday qabul qilish organizmga himoya blokirovka qiluvchi antikorlarni ishlab chiqishga imkon beradi, bu esa AR belgilarining pasayishiga yoki to'liq yo'qolishiga olib keladi. SIT kasallikning remissiya davrida amalga oshiriladi. Barqaror klinik ta'sirga erishish uchun kamida uchta SIT kursi tavsiya etiladi. Polialergiya yoki rivojlangan AR bilan SIT kam samaralidir va agar allergenni aniqlash imkoni bo'lmasa, unda bu usul qo'llanilmaydi.

Nonspesifik giposensitizatsiya usullari orasida allergiya alomatlarini yo'q qilishga qaratilgan AR uchun dori terapiyasi mavjud. Ular orasida anti-mediator (antihistaminiklar) og'iz orqali yuborish uchun muhim o'rin egallaydi:

- antigistaminlar 1-avlod (masalan, dimedrol, xloropiramin), ulardan foydalanish ularning sedativ ta'siri va tanadan chiqib ketishning qisqa davri bilan cheklanadi;
- ikkinchi avlod antihistaminiklari: loratadin (klaritin), astemizol, terfenadin, ebastin (kestin).

Ikkinchi avlod antigistaminlari qichishish, hapşırma va rinore kabi simptomlarni engillashtiradi va shu sababli ARni davolashda

birinchi tanlov hisoblanadi. Biroq, ular burun tikanikliğini yo'q qilish uchun samarasiz.

Kasallikning engil shakllarida mahalliy (mahalliy) ta'sirga ega antigistaminlar tavsiya etiladi: azelastin (allergodil) va levokabastin (reaktin). Burun tomchilari yoki burun spreyi shaklida ushbu dorilar og'iz orqali qabul qilingan antigistaminlar bilan solishtirganda ta'sirga ega, ammo ular faqat in'ektsiya joyida ishlaydi.

III avlod antihistaminiklari: setirizin (zirtek), feksofenadin (telfast). Ular ikkinchi avlod antihistaminiklarining faol metabolitlari. Ularning asosiy xususiyati yurakka salbiy ta'sir ko'rsatmaslikdir (QT oralig'iga ta'sir o'tkaza olmaslik va yurak ishini buzishi).

Topikal glyukokortikoid preparatlari ARning o'rtacha va og'ir shakllari bo'lgan bemorlar uchun yuqori samarali davo hisoblanadi. Mahalliy glyukokortikoidlar aniq yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lib, hujayra membranasiga kirib, mast hujayralari tomonidan gistaminning sintezini inhibe qiladi va qon tomir devorlarining o'tkazuvchanligini pasaytiradi. Zamonaviy intranazal glyukokortikoid preparatlari tizimli emas va birinchi darajali dorilar sifatida ishlatilishi mumkin. Ular orasida flutikazon (flick-sonase), beklometazon (aldezin, bekotid), mometazon (nazonex), budesonid (pulmikort) mavjud. Burun spreyi shaklida ishlab chiqarilgan ushbu dorilar kuniga 1-2 marta burunning har bir yarmida 1-2 dozadan buyuriladi. Klinik ta'sirga erishilganda doza kamaytiriladi. Bunday glyukokortikoid preparatlari nisbatan sekin boshlanishi bilan ajralib turadi (12-18 soat), maksimal ta'sir bir necha kun yoki haftadan so'ng rivojlanadi, shuning uchun ularni uzoq muddat foydalanish (4-6 oy ichida) zarur.

Tizimli glyukokortikoidlar (masalan, prednizolon va metilprednizolon) qisqa muddatlarda og'ir holatlarda ARni davolash uchun ishlatiladi.

Amalda, burun tomchilari shaklida vazokonstriktor dorilar simptomatik vosita sifatida ishlatiladi. Ammo, bu mablag'lar vaqtinchalik ta'sirga ega va uzoq muddatli (2 haftadan ko'p) foydalanish bilan kasallikning holatini yomonlashtiradi.

ARda jarrohlik aralashuv ko'rsatkichlari:

- burun nafas olishiga to'sqinlik qiladigan intranazal anatomiyaning buzilishi (egriliklar, tizmalar, burun to'sig'ining tizmalari);
- burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarda polipous-yiringli jarayonlar;
- burun chig'anoqlarilarning giperplaziyasi.

Intranazal tuzilmalarga jarrohlik aralashuvlar remissiya bosqichida va pichan isitmasi mavsumidan tashqarida amalga oshirilishi kerak. Operatsiyadan 6-10 kun oldin, o'ziga xos bo'lmagan hiposensitizatsiyalash terapiyasi buyuriladi. Operatsiyadan keyingi davrda uzoq muddatli intranazal glyukokortikoid terapiyasi tavsiya etiladi.

Bolalarda ARni davolash tubdan farq qilmaydi, ammo preparatlarning dozalari yoshga moslashtirilishi kerak. 1-avlod antigistaminlarini, yuqori bioavailability glyukokortikoid preparatlarini, shuningdek tizimli glyukokortikoidlarni buyurish tavsiya etilmaydi.

Vazomotor rinit

Vazomotor rinit - bu burun shilliq qavatining qon tomirlari, asosan burun chig'anog'i tonusini tartibga solishga asoslangan kasallik. Odatda bu shakllanishlar nafas olayotgan havo hajmini tartibga soladi, shilliq qavatining qon bilan to'ldirilishi tufayli kamayadi yoki ko'payadi va harorat, havo namligi, turli tashqi va ichki omillar ta'siriga qarab o'zgaradi.

Patogenezi

Vazomotor rinitning patogenezi reflektor stimuliga reaksiyaning neyro-refleks mexanizmlarining buzilishi bilan bog'liq (sovuq havo, o'tkir hid). Vegetativ asab tizimining markaziy va periferik qismlarining qo'zg'aluvchanligi o'zgarishi tufayli burun shilliq qavati oddiy fiziologik ogohlantirishlarga ham etarli darajada ta'sir qilmaydi. Burun shilliq qavatining nevrovegetativ va qon tomir tizimlarining giperreaktivligi rivojlanadi, bu uning turli xil o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan stimullarning ta'siriga sog'lom odamlarda

uchramaydigan bunday og'irlikdagi shish-sekretsia reaktsiyasi bilan javob berish qobiliyati bilan namoyon bo'ladi. Yuqtirish, gormonal o'zgarishlar, havo haroratining o'zgarishi, burun to'sig'ining deformatsiyasi, shuningdek stress va jismoniy faollik kasallikning namoyon bo'lishiga yordam beradi. Vazomotor rinit ba'zi dorilar, masalan, yallig'lanishga qarshi dorilar (asetilsalitsil kislotasi, ibuprofen), b-blokerlar, tinchlantiruvchi va antidepressantlar ta'sirida rivojlanishi mumkin. Vazokonstriktor tomchilaridan uzoq muddatli foydalanish ham vazomotor rinit bilan to'la.

Klinik ko'rinishi

Vazomotor rinitning belgilari ARning namoyon bo'lishiga o'xshaydi, ammo allergiya bilan bog'liq emas, qichishish, hapşırma va lakrimatsiya kamroq uchraydi. Kasallik nazal nafas olish qiyinlashuvi, burun bo'shlig'idan shilimshiq ajralish, shilliq qavatining orqa tomonidan oqishi va burunning ildizida bosim hissi, ko'pincha bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Vazomotor rinitning o'ziga xos belgisi burunning yarmidan birida o'zgaruvchan tiqilishi yoki u yotgan tarafdagi odamning gorizontal holatida tiqilishi paydo bo'lishi.

Oldingi rinoskopiya bilan burun chig'anoqlarilarning shilliq qavati shishgan, xira siyanotik, ba'zida dog'li (kulrang va oq dog'lar)

Voyacheka). Kasallikning uzoq davom etishi bilan burun chig'anoqlarilarning gipertrofiyasi hosil bo'ladi.

Diagnostika

Vazomotor rinit diagnostikasi uning namoyon bo'lishiga asoslanadi. Uning tabiatini aniqlash muhim - allergik yoki allergik bo'lmagan. Buning uchun allergologik tekshiruvlar, smearlar va burun bo'shlig'idan yuvinishni sitologik tekshirish, shuningdek qon testlari o'tkaziladi.

Davolash

Engil holatlarda, xavfli omillar va vazomotor rinitning sabablaridan qochish kifoya. Vazokonstriktorli burun tomchilaridan uzoq vaqt foydalanishni istisno qilish muhimdir. Konservativ terapiya sifatida glyukokortikoidli spreylar uzoq vaqt davomida

qo'llaniladi. Ushbu dorilar shilliq qavatining shishishi va surunkali yallig'lanishini samarali ravishda engillashtiradi.

5% kaltsiy xlorid eritmasi bilan elektroforez yoki fonoelektroforezni tayinlang, terapevtik lazer ta'sirida. Bundan tashqari, odatda shilliq qavat ostiga prokain, traumeel C *, sklerozlovchi dorilar va glyukokortikoidlar (deksametazon, gidrokortizon suspenziyasi) eritmaları kiritilganda intrakranial in'ektsiyalarning keng turlari qo'llaniladi.

Vazomotor rinitni jarrohlik davolash usullari:

- submukozal vazotomiya;
- ultratovushli parchalanish;
- intrakranial radioelektrokoagulyatsiya;
- lazerli fotodekstruktsiya.

Yuqoridagi barcha operatsiyalarning ma'nosi burun konkusining submukozal qon tomirlarini yo'q qilish va ikkinchisining kattalashishini oldini olishga kamayadi.

Vazomotor rinitning xilma-xilligi homilador ayollarning riniti deb hisoblanadi, bu homilador ayollarning 25-35 foizida namoyon bo'ladi, odatda homiladorlikning birinchi trimestrining oxirida, keyin uning belgilari asta-sekin kamayadi va tug'ruqdan keyin ular yo'qoladi. Asosiy shikoyatlar - burunning nafas olishida qiyinchilik va rinoreya, ayniqsa kechasi gorizontol holatda. Chayqash terapiyasi ba'zan samarali bo'ladi.

Kasbiy rinit odatda ish paytida har qanday chang bilan aloqa qiladigan odamlarda rivojlanadi:

- unni maydalash va pishirish sanoati xodimlaridan (un uchun);
- chorvadorlar (hayvonlarning sochlari uchun);
- quruvchilar (devor qog'ozi uchun elim, bo'yoq, tsement uchun);
- tibbiyot xodimlari (lateks, antibiotiklar uchun);
- og'ochni qayta ishlash sanoati ishchilari uchun).

Semptomlar (burun shilliq qavati) yil davomida o'xshash va odatda hafta oxiri va dam olish kunlari kamayadi. Kasbiy rinit har

doim ham allergik emas; yallig'lanishning sababi kasbiy chang tarkibiy qismlari tomonidan burun shilliq qavatining oddiy tirnash xususiyati bo'lishi mumkin.

Nazorat savollari va topshiriqlari

- O'tkir rinitning asosiy qo'zg'atuvchi omillarini ayting.
- Surunkali rinitning turli shakllari qanday tasniflanadi?
- Surunkali rinit va gipertrofik rinitning kataral shakli qanday farqlanadi?
- Surunkali gipertrofik rinit uchun nega konkotomiya kam bajarilishi kerak?
- Atrofik rinit bilan burun yo'llarining lümeni keskin kengaygan bemorda burun nafas olish qiyinligini qayd etishini qanday tushuntirish mumkin?
- Ozenaning asosiy klinik belgilarini ko'rsatish.
- AP shakllarini sanab o'tish.
- AR qanday namoyon bo'ladi?
- Allergik va vazomotor rinitning o'xshashligi va farqlari nimada?
- Vazomotor rinit uchun jarrohlik davolash qachon ko'rsatiladi?

BURUN ATROFI BO'SHLIQLARINING YALLIG'LANISHLI KASALLANISHI

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklari statsionar KBB patologiyasining 25-30 foizini tashkil qiladi. Markaziy Evropa aholisining taxminan 5% surunkali sinusit bilan og'rigan. Ko'pincha maksillar sinus (sinusit) ta'sir qiladi, keyin etmoid labirint hujayralari (etmoidit), yallig'langan frontal sinus (frontal sinus) va nihoyat, sfenoid sinus (sfenoidit) biroz kamroq kuzatiladi. Bolalarda etmoidit paranasal sinuslarning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biridir.

Bir nechta sinuslarning qo'shma yallig'lanishi polisinusit deb ataladi, bir tomondan barcha sinuslarning mag'lubiyati gemizinusit, ikkala tomonning barcha sinuslari pansinusitdir. Piosinus - sinus

yiringining to'planishi (masalan, etmoid labirint hujayralari va frontal sinusdan maksillerga yiring oqishi). Piocele - yiringli tarkibli sinusning kistik cho'zilishi, mukosel - shilliq tarkib bilan bir xil, pnevmosinus - havo bilan, gematosinus - qon bilan.

Etiologiyasi va patogenezi

Paranasal sinuslarning o'tkir va surunkali yallig'lanish etiologiyasi, mahalliy va umumiy immunitet holati etakchi rol o'ynaydi. Yallig'lanishning rivojlanishi ko'p jihatdan patogen mikrofloraning, yuqori nafas yo'llarining o'tkir nafas olish va virusli kasalliklarida tabiiy fistula orqali ma'lum sinuslarga kirib borishiga bog'liq.

O'tkir yuqumli kasalliklarda (masalan, difteriya, qizil olov, qizamiq) sinuslarga gematogen infektsiya yo'li yuqishi mumkin. Ko'pincha (10% holatlarda) maksillar sinuslarning yallig'lanishining sababi maxillar sinusning pastki devoriga tutashgan tishlarning ildizi kasalliklari (apikal granuloma, birinchi navbatda, 2-premolar va 1-chi mollar). Bunday holda, patogen odatda anaerob bakteriyalardir. Bunday infektsiya bilan ajralish yomon hidli hid bilan ajralib turadi (patomomonik), Kasallik esa surunkali (tishni jarrohlik yo'li bilan tozalashsiz, sinusitni davolash mumkin emas!).

Sinusit etiologiyasida predispozitsiya qiluvchi omillar, xususan, intranasal tuzilishlarning anatomik anormalliklari (egriliklar, tizmalar, burun to'sig'ining tizmalari), shuningdek o'tkir va surunkali rinit, adenoid o'simliklari, poliplar, atrof muhitning noqulay omillari, umumiy va mahalliy reaktivlikning pasayishi va birga keladigan kasalliklar, paranasal sinuslarning shamollashi va drenajini buzadigan sharoitlarni yaratadi. Kattalardagi maksillar sinus ko'pincha ta'sirlanadi. Bunday holda, yuqori qismida joylashgan burun bo'shlig'i bilan anastomoz ham rol o'ynaydi, bu esa bo'shliqning tabiiy drenajini murakkablashtiradi.

Sinusitning qo'zg'atuvchi vositalarini bakteriologik tekshirishda ko'pincha quyidagilar aniqlanadi:

- pnevmokokklar (*Streptococcus pneumoniae*);
- *Gemofilus grippi*;

- *Moraxella catarrhalis*;
- *Staphylococcus aureus*;
- gemolitik streptokokk;
- ichak tayoqchalari.

Ko'pincha anaerob bakteriyalar, ko'pincha aralash infeksiya, zamburug'lar, viruslarni keltirib chiqaradi. Oxirgi roli etishtirish qiyin bo'lgan bakteriyalarga tegishli emas: *Chlamidia pneumoniae* va *Mycoplasma pneumoniae*. Yallig'lanish jarayonining kechishi qo'zg'atuvchining (virulentlik) va organizmning immun tizimining o'zaro ta'sirining o'ziga xos xususiyatlariga bog'liq.

O'tkir va surunkali sinusitning rivojlanishi burun bo'shlig'i shilliq qavatining shilimshiqlovchi apparati sekretor va transport funktsiyalarining buzilishi uchun ahamiyatli emas. Noqulay atrof-muhit sharoitida (gaz bilan ifloslanish, chang, sanoat uchun xavfli) glandular hujayralar inhibe qilinadi va kirpikli epiteliya kirpiklarining yo'naltirilgan harakati (mukotsilyar klirens) buziladi. Bu shilliq qavatning turg'unligiga, burun bo'shlig'i va paranasal sinuslardan begona jismlarning evakuatsiyasi buzilishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida keyingi rivojlanishni keltirib chiqaradi yilda ular infeksiyalar va yallig'lanishlar.

O'tkir sinusit patogenezida patologik va anatomik o'zgarishlar yallig'lanishning kataral yoki yiringli shakli bilan tavsiflanadi. Kataral shaklda shilliq qavatning seroz singdirilishi va uning aniq shishishi paydo bo'ladi. Paranasal sinuslarning shilliq qavati, odatda qalinligi 0,1 mm gacha, kataral yallig'lanish bilan bir necha o'n marta qalinlashadi va sinusning ko'p qismini to'ldirishi mumkin. Kirpikli epiteliyning kirpiklari yo'q bo'lib ketadi, shilliq qavatning lamina propria mimaritikasi buziladi, suvga botadi va psevdokistalar hosil bo'ladi. Uyali infiltratsiya tomirlar atrofida sodir bo'ladi. Yiringli yallig'lanishdan farqli o'laroq, kataral yallig'lanish bilan periosteal qatlam ishtirok etmaydi. Sinusitning yiringli shakli bilan shilliq qavatning barcha qatlamlarining hujayra infiltratsiyasi, asosan leykotsitlar bilan ifodalanadi.

Tasnifi

Paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklarining bir necha tasnifi mavjud. Klinik amaliyot uchun B.S.ning o'zgartirilgan Preobrajenskiy (Pal-chun V.T., 1974)tasnifi eng oqilona hisoblanadi..

- Eksudativ (o'tkir yoki surunkali) shakl (davolash asosan konservativ yoki kam jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi: masalan, probirovka qilish, punktsiya, drenaj, sinuslarning endonazal endoskopik ochilishi, infundibulotomiya):

- kataral;

- seroz;

- yiringli.

- mahsuldor shakl (davolash, odatda giposensitizatsiya qiluvchi vositalar fonida jarrohlik):

- parietal giperplastik;

- polipous.

- Muqobil shakl (jarrohlik davolash):

- atrofik;

- nekrotik;

- xolesteatomik;

- gazli.

- *Aralashgan* shakllari. Aralash shakllarning paydo bo'lishi yuqoridagi barcha sinusit shakllarining kombinatsiyasi bilan bog'liq.

- *Vazomotor va allergik sinusit.*

Diagnostika

Tashxis bemorni har tomonlama tekshirish asosida aniqlanadi. Faqatgina rentgen tekshiruvi ma'lumotlariga e'tibor qaratishning o'zi etarli emas, chunki sinuslarning qorayishi o'tmishda yallig'lanishning natijasi bo'lishi mumkin va yillar davomida saqlanib qoladi. Bundan tashqari, ko'pincha (taxminan 12% hollarda) sinuslarda yallig'lanish bilan rentgen o'zgartirilmaydi. So'rovnoma quyidagi sxema bo'yicha amalga oshiriladi:

- shikoyatlarni, anamnez ma'lumotlarini baholash;

- umumiy klinik va otorinolarologik tadqiqotlar;

- sinuslardan chiqishni bakteriologik tekshirish;

- endoskopik tekshirish (endofotografiya), sinusoskopiya (agar kerak bo'lsa);
- biopsiya va sitologik tekshiruv (ko'rsatmalarga muvofiq);
- Paranasal sinuslarning rentgenologik tekshiruvi, shu jumladan kontrast moddasi bo'lganlar (agar ko'rsatilgan bo'lsa);
- KT, MRI (agar kerak bo'lsa);
- sinuslarning diagnostik punktsiyai (ko'rsatmalarga muvofiq).

Sinusitni tashxislash uchun radiatsiya usullari hozirda eng ommabop va juda ma'lumotlidir. KT va MRT rentgen ma'lumotlarini to'ldirish zarur bo'lganda qo'llaniladi. Bu eng ma'lumotli tadqiqot usullari (tadqiqotning oltin standarti). KT sizga plyonkada o'qqa tutilayotgan ob'ektning konturlarini aks ettirish, uning tuzilishi va zichligini aniqlash uchun yuqori aniqlikda (tilim qalinligi - 1-2 mm) tanlab (qatlam-qavat) imkon beradi. Yumshoq to'qima shakllanishini aniqlashda MRI rezolyutsiyasi KT darajasidan yuqori.

Endoskopik tekshirish va endofotografiya - bu vizual baholash va burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning kompleks relyef holatini hujjatlashtirishning zamonaviy ob'ektiv yuqori ma'lumotli usullari. Turli xil ko'rish burchaklariga ega bo'lgan qattiq va moslashuvchan optik tizimlar (endoskoplar, fibroskoplar va mikroskoplar) ishlatiladi. Usullar burun bo'shlig'i va sinus devorlarida yalang'och ko'zga ko'rinmaydigan o'zgarishlarni aniqlashga, ularni dinamikada kuzatishga imkon beradi va shuning uchun ular turli patologik jarayonlarni erta tashxislashda qo'llaniladi.

Maksillar sinusning o'tkir yallig'lanishi

O'tkir sinusit (sinusitis maxillaris akuta) – achchiq yallig'lanish maksillar sinusning shilliq qavati. uparanasal sinuslarning eng keng tarqalgan kasalligi.

Etiologiyasi va patogenezi

Kasallikning etiologiyasi va patogenezi yuqorida muhokama qilingan; Shuni ta'kidlash kerakki, ko'p hollarda (75%) bakterial mikroflora maksillar sinuslardan tarkibni bakteriologik tekshirish

paytida yallig'lanish bo'lmaganida aniqlanadi. O'tkir sinusitning asosiy qo'zg'atuvchisi *Streptococcus pneumoniae* bo'lib, unga penitsillin seriyasidagi dorilar juda chidamlidir. Ko'pincha gemofilus grippi (*Haemophilus influenzae*), *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, anaerob mikroorganizmlar, viruslar va zamburug'lar sepiladi.

Oxirgi vaqtda nozokomial (kasalxona ichi) sinusit deb ataladigan va ko'pincha nazotraxeal entubatsyadan keyin rivojlanadi. Kasallikning asosiy qo'zg'atuvchilari *Pseudomonas aeruginosa* va boshqa grammusbat bakteriyalardir.

Maksillar sinusda infektsiyani rivojlanishida etakchi rol sinusning drenajlanishi va mukosillal klirensni buzadigan ushbu sinus chiqadigan qismining torayishi yoki to'lliq tiqilib qolishiga tegishli.

Klinik ko'rinish

O'tkir sinusitning mahalliy va umumiy klinik ko'rinishini ajratib ko'rsatish. Mahalliy alomatlariga quyidagilar kiradi:

- shikastlangan sinus tomonida yoki ikkala tomonida burun nafasini buzish;
- shikastlangan sinusning yon tomonidagi og'riq, intensivligi har xil, ma'bad hududiga yoki yuzning, boshning butun yarmiga tarqaladi;
- burundan yiringli yoki mukopurulent oqindi;
- turli xil sezim hidining buzilishi.

Boshni oldinga egganda og'riqni kuchayishi yoki og'irlik hissi bilan tavsiflanadi. Maksillar sinusning old devorini palpatsiya qilish ko'pincha og'riqli bo'ladi. Sinus va periorbital zonaning proektsion qismida yumshoq to'qimalarning shishishi va infiltratsiyasi paydo bo'lishi yiringli sinusit (orbitaning flegmonasi, subperiosteal xo'ppoz) asoratini ko'rsatadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir yiringli sinusit ko'pincha etmoidal sinuslarda yallig'lanish jarayoniga hamroh bo'ladi, bu uning yo'lini murakkablashtiradi.

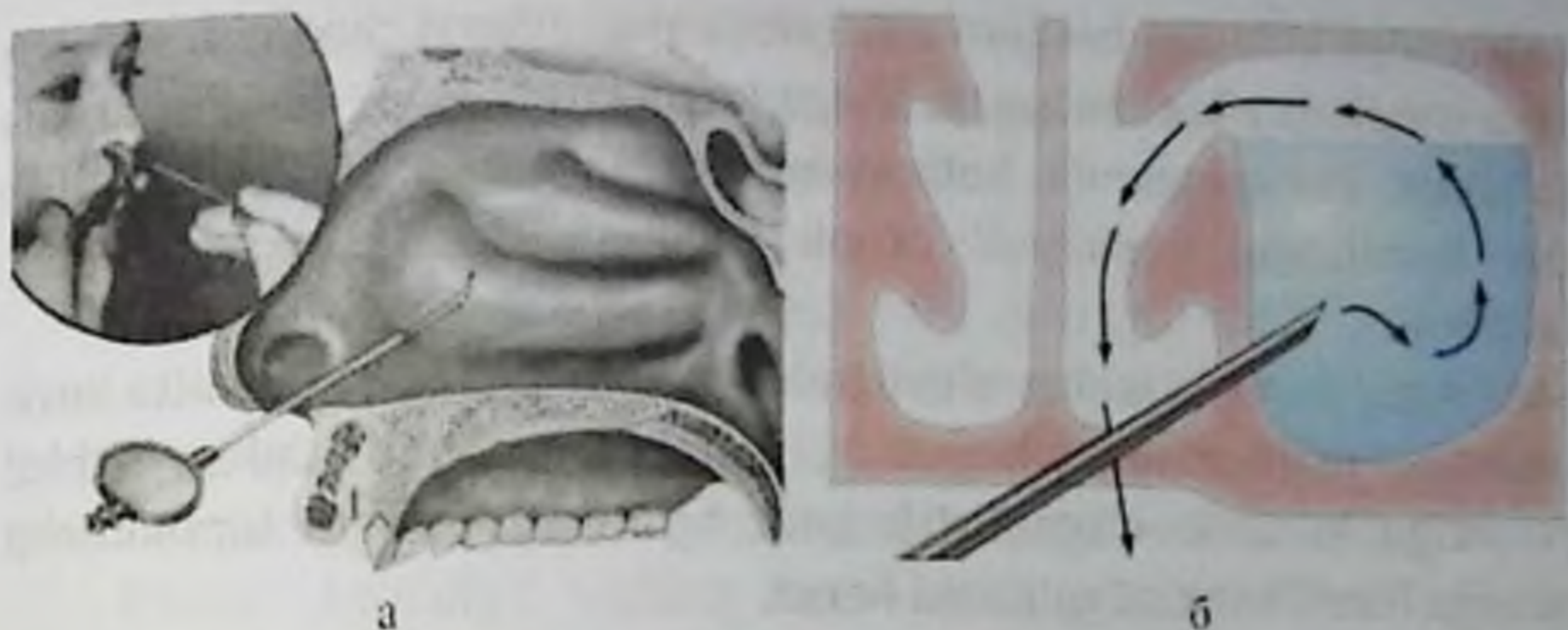
Umumiy simptomlarga isitma subfebrilgacha yoki febrilgacha, zaiflik, ishtahaning buzilishi va bosh og'rig'i kiradi. Qonda yallig'lanish reaktsiyasi aniqlanadi: formulani chapga siljishi, o'rtacha darajadagi leykotsitoz, ESR ortishi. Kasallikning davomiyligi 2 haftaga etadi. Noto'g'ri terapiya bilan jarayon 4 haftadan ko'proq vaqtga kechikishi va surunkali shaklga o'tishi mumkin.

Diagnostika

Oldingi rinoskopiya bilan o'rta burun chig'anoqlari va yiringli oqindi mintaqasida giperemik, shishgan shilliq qavat ko'rinadi. Shilliq qavatning epinefrin bilan anemizatsiyasi va bemorning boshini ta'sirlangan sinusga qarama-qarshi tomonga burish bilan ko'pincha o'rta burun chig'anoqlarining ostidan yiring oqishi kuzatiladi. Osteomeatal mintaqaning xususiyatlarini va intranazal tuzilmalarning yengilligini ko'zdan kechirish, shuningdek yiringli oqindi xarakterini baholash uchun imkon beradigan zamonaviy optik tizimlardan - qattiq va egiluvchan endoskoplardan turli nuqta nazardan foydalanish juda foydali.

Odatda shikoyatlar, anamnez va rinoskopiya bo'yicha tashxis qo'yish har doim ham mumkin emas. Sinusda yiringli yallig'lanishni ishonchli tasdiqlash, o'tkir sinusitni frontal sinusit va etmoiditdan farqlash, shuningdek sinusdagi patologik jarayonning xususiyatlarini aniqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar zarur: Paranasal sinuslarning rentgenografiyasi (bugungi kunda bu sinuslarning o'tkir yallig'lanishi uchun majburiy va juda informatsion diagnostika usuli) yoki KT (3-22-rasmga qarang). Klinik va rentgenologik ma'lumotlar mavjud bo'lganda, sinus tarkibini aspiratsiya qilish uchun diagnostika punktsiyai amalga oshiriladi, kamdan-kam hollarda uning kontrasti va rentgenografiyasi amalga oshiriladi.

Maksillar sinusning teshilishi diagnostik va terapevtik maqsadlarda amalga oshiriladi. Hozirgi vaqtda bu yiringli tarkibni evakuatsiya qilish va maksillar sinusning yallig'lanishi uchun antiseptik eritma berishning eng samarali usuli hisoblanadi (3-26-rasm). Biroq, ko'plab xorijiy mamlakatlarda bu usul mashhur emas.



Jadval. 3-26. Maksillar sinusning teshilishi: a - ignaning pastki burun chig'anoqlari ostida joylashgan joyi; b - punktsiya paytida suyuqlik oqimining sxemasi

Teshikdan oldin o'rta burun yo'llarining shilliq qavatining anemizatsiyasi uning maxillar sinusining tabiiy anastomozi sohasidagi qisqarishini keltirib chiqarish va shu sababli ochilish orqali suyuqlikni evakuatsiya qilishni osonlashtirish uchun amalga oshiriladi. Pastki burun yo'llarining shilliq pardasi anesteziyalar bilan moylanadi (masalan, 10% lidokain eritmasi, 2% tetrakain eritmasi, 5% kokain eritmasi, 10% difenhidramin eritmasi). Optimal teshilish joyi pastki burun chig'anoqlarining oldingi uchidan taxminan 1,5-2,0 sm masofada pastki burun yo'lining forniksining yuqori qismida joylashgan.

Burun burun bo'shlig'ining lateral suyak devorining qalinligi minimal bo'lganligi sababli punktsiya qilish osonroq. Kulikovskiy ignasini pastki burun chig'anoqlarining ostiga o'rnatgandan so'ng, igna burunning lateral devoriga taxminan 45 ° burchak ostida joylashtiriladi va uning o'tkir uchini xuddi shu tomonning ko'zning tashqi burchagiga yo'naltiradi. Igna butun o'ng qo'l bilan ushlanadi, shunda uning boshi kaftga, ko'rsatkich barmog'i esa ignaga o'rnatiladi va uni boshqaradi. Teshik o'rtacha kuch bilan, ignaning engil aylanma harakatlari bilan, taxminan 10-15 mm chuqurlikda amalga oshiriladi. Igna uchi sinusda ekanligiga ishonch hosil qilingandan so'ng, tarkibidagi shprits bilan aspiratsiya qilinadi, so'ngra sinus antiseptik eritma bilan yuviladi (masalan, nitrofuril,

oktenisept, evkalipt barglari ekstrakti - xlorofillipt). Suyuqlik sinusga igna orqali quyiladi uning tarkibiga kirib, tabiiy sinus fistulasi orqali to'kiladi. Yuvayotganda, bemorning boshi oldinga va pastga egilib, suv burunning vestibuly orqali taqdim etilgan laganda ichiga to'kiladi.

Agar devorni teshib o'tirishning iloji bo'lmasa, unda katta kuch ishlatib, majburlamaslik kerak, ignaning o'rnini uning uchini yuqoriga ko'tarib o'zgartirish yoki egiluvchan nuqta topilguncha orqaga biroz harakat qilinishi kerak.

Agar patologik jarayon natijasida anastomoz paydo bo'lsa va sinusni yuvish imkoni bo'lmasa, ikkinchi igna sinusga (shuningdek, pastki burun yo'li orqali) kiritiladi va ikkita igna orqali yuviladi. Yuvilgan suyuqlikdagi patologik tarkib kasallikning mohiyatini ishonchli tanib olishga imkon beradi.

Maksillar sinus punktsiyaining mahalliy va umumiy asoratlari nisbatan kam. Qoida tariqasida, ular manipulyatsiya texnikasini buzish bilan bog'liq. Kichkina qon ketish burun bo'shlig'iga tampon bilan to'xtatiladi. Pastki orbital yoki old sinus devori orqali teshilish suyuqlikni yonoq orbitasiga yoki yumshoq to'qimalariga quyib yuborishi va xo'ppoz hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin. Miya yoki yurakdagi havo emboliyasi juda kam uchraydigan, ammo og'ir komplikasiyadir. Bu faqat punktsiyandan keyin havo sinusga quyilgan taqdirda paydo bo'ladi. Adabiyotda bunday murakkablikning alohida holatlari tasvirlangan, shuning uchun tegishli qoidalarga rioya qilish kerak. Xususan, sinusni yuvishdan oldin shpritsdan ignaga rezina naychani yuvuvchi suyuqlik bilan to'ldirish kerak va yuvgandan keyin sinusni yuvish kerak emas. Teshikdan keyin igna uchining to'g'ri holatini tekshirish uchun sinus devorlari kichkina bo'lib, engil chayqalish harakatlari; agar igna ikki devordan o'tgan bo'lsa, unda bunday harakatlarni amalga oshirish mumkin emas.

Kamdan-kam hollarda punktsiyaning to'g'ri bajarilishiga sinusning medial yoki old devorining ichkariga chiqib ketishi kabi anatomik xususiyatlar to'sqinlik qiladi. Bunday holda, medial va pastki orbital yoki old devorlar orasidagi masofa 2 martadan ko'proq

(3-4 mm gacha) kamayadi, shuning uchun sinus teshilishidan oldin rentgen tekshiruvi zarur, bu sinusning ba'zi anatomik xususiyatlarini aniqlash va hisobga olishga imkon beradi.

Davolash

Sinus ichidagi yiringli qismini yo'q qilishga qaratilgan o'tkir sinusitni davolashga mahalliy vositalar va umumiy yallig'lanishga qarshi terapiya (tana haroratining ko'tarilishi va organizmning intoksikatsiyasi bilan) hamda fizioterapiya protseduralari kiradi.

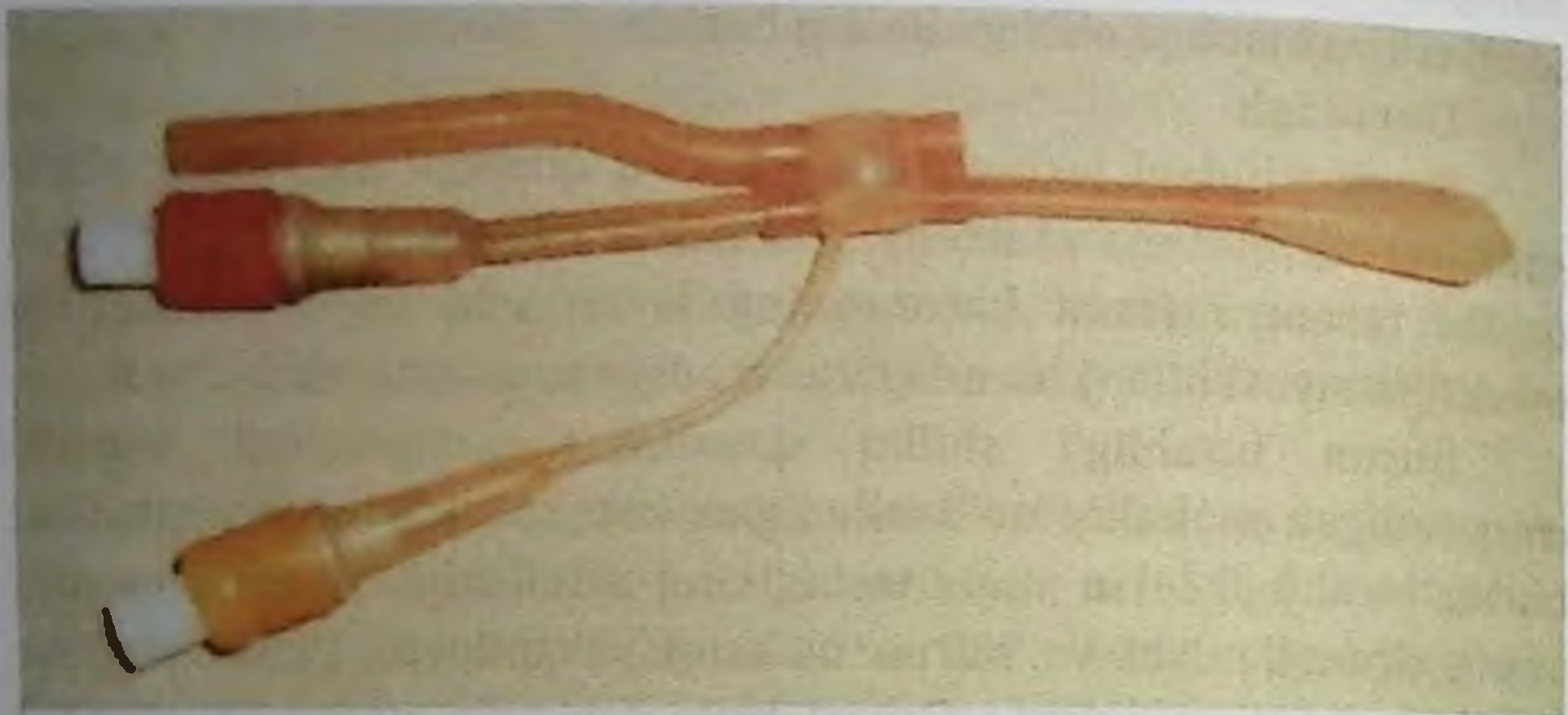
Burun bo'shlig'i shilliq qavatining qisqarishini keltirib chiqaradigan mahalliy qo'llaniladigan vazokonstriktor preparatlari burun bo'shlig'i bilan sinus teshigining ochilishiga yordam beradi, uning drenajlanishi va burun nafasini yaxshilaydi. Ushbu dorilar tarkibiga 0,1% epinefrin eritmasi, ksilometazolin, nafazolin, pinosol va tetrizolin kiradi. Burunning har bir yarmiga 5 tomchidan kuniga 3 marta 7-8 kun davomida quyiladi. Vazokonstriktor tomchilari estrodiol (mukolitik va sekretolitik) ta'sirga ega dorilar bilan birlashtirilishi mumkin: asetilsistein + tuaminoheptan (rinofluimusil), sinupret va mahalliy yallig'lanishga qarshi dorilar, masalan, fusafungin.

Proetz bo'yicha so'rg'ich protseduralari bilan burun bo'shlig'i va paranasal sinuslardan yiringli jarayonni samarali evakuatsiya qilish. Kurs 5-8 mashg'ulotni o'z ichiga oladi.

Maksillar sinusni teshish, so'ngra antiseptik eritmalar bilan yuvish va antibiotiklarni kiritish har kuni 7-8 kun davomida amalga oshiriladi. Birinchi punktsiyada sintetik naycha (kateter) qalin igna yoki keyingi yuvish uchun maxsus troakar orqali kiritilishi va sinusda qoldirilishi mumkin, tashqi tomondan yopishqoq lenta bilan mahkamlanadi. Agar yiringli oqindi 7-8 marta yuvinishdan keyin davom etsa, surunkali kasallikning oldini olish uchun sinusni sanitariya qilishning jarrohlik usullari masalasini hal qilish kerak.

So'nggi yillarda paranasal sinuslardan yiringli tarkibni olib tashlashning funktsional bo'lmagan usuli keng tarqaldi - ularni antiseptiklar bilan yuvish va G.I. tomonidan tavsiya etilgan YMiK

sinus kateteridan foydalanib sinuslarga dorivor moddalarni kiritish. Markov va V.S. Kozlov (3-27-rasm).



Jadval. 3-27. Sinus kateteri "YMiK"

Burun bo'shlig'ida salbiy bosim hosil qiluvchi ushbu uskuna bir tomondan barcha paranasal sinuslardan patologik sekretsialarni olib tashlashga, shuningdek diagnostika va terapevtik maqsadlarda ularga dorilarni kiritishga imkon beradi.

Tananing intoksikatsiyasi bilan kechadigan yiringli sinusit bilan, ehtimol, patogenlarga qarshi faol spektrli antibiotiklar bilan empirik tizimli terapiya ko'rsatiladi [masalan, amoksitsillin, amoksitsillin + klavulan kislotasi (augmentin), sefazolin, azitromitsin, moksifloksatsin], levofloksatsin. Mikrofloraning xarakterini va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun sinusdan chiqishni bakteriologik tekshirish tavsiya etiladi.

O'tkir sinusitni keltirib chiqaradigan ko'pchilik bakteriyalar b-laktamazalarni hosil qiladi va shuning uchun penitsillin preparatlariga chidamli. Shunga qaramay, ko'pchilik shtammlarning sefalosporinlar va ftorxinolonlarga sezgirligi saqlanib qoladi. Agar antibiotiklarni davolash 48-72 soat ichida samarasiz bo'lsa, antibiotikni almashtirish yoki ularning kombinatsiyasini qo'llash maqsadga muvofiqdir. Antibiotiklarni davolash odatda 10-12 kun davom etadi. Shu bilan birga, antigistaminlar buyuriladi (masalan,

xloropiramin, prometazin, loratidin, setirizin), analjeziklar va paratsetamol guruhining preparatlari.

Sinusitni davolashda mukolitik dorilar muhim ahamiyatga ega, bu esa yopishqoq va qalin sirni suyuqlashtirishga imkon beradi. Eng ko'p ishlatiladigan mukolitiklar sinupret, mirtol (gelomirtol forte) va asetilsistein (fluimucyl *). Sinuforte * xuddi shunday ta'sirga ega. Preparat lokal ravishda qo'llaniladi, u paranasal sinus va burun shilliq qavatining sekretsiyasini rag'batlantiradi. Ko'p miqdorda seroz shilliq qavatdagi sekretsia bir necha daqiqadan so'ng boshlanadi va taxminan 2 soat davom etishi mumkin, bu paranasal sinuslarning tabiiy intensiv drenajlanishiga olib keladi.

Maksillar sinuslar sohasidagi fizioterapevtik protseduralar sinus fistulasining to'liq bloki bo'lmaganida, tana harorati ko'tarilganda va organizmning zaharlanishida ko'rsatiladi. Lazer terapiyasi, UHF (sinus zonasida 8-12 protsedura), NUJ, elektroforez va impuls oqimlari samarali.

Maksillar sinusning surunkali yallig'lanishi

Surunkali sinusit (sinuitis maxillarisronica) - bu maxillar sinus shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi, odatda o'tkir jarayonning davomi. Sinus ichidagi o'tkir yallig'lanish, 4 haftadan ko'proq davom etishi, surunkali davr boshlanishi bilan uzoq davom etishi kerak.

Etiologiyasi va patogenezi

Etiologiyasi va patogenezi 2.5-bo'lim boshida keltirilgan, ular ko'p jihatdan o'tkir sinusit bilan o'xshashdir. Surunkali sinusit, sinus drenajining buzilishi va keyinchalik bakterial mikrofloralar bilan kolonizatsiya qilinishi bilan maxillar sinusning tabiiy anastomozining doimiy torayishi va obstruksiyasiga asoslangan. Sinus shilliq qavatidagi morfologik o'zgarishlar infektsiyaning surunkali markazini hosil qiladi. Sinusdan aspiratlarning bakteriologik tekshiruvda ko'pincha o'tkir sinusitga xos bo'lgan patogenlar assotsiatsiyasi ajratiladi. Surunkali sinusitni shakllantirishda *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, anaerob va zamburug'li mikrofloralar muhim rol o'ynaydi. Bu holatda eng keng tarqalgan

patogenlar orasida Aspergillus, Fikomitetlar va Kladosporium kabi mikroorganizmlar mavjud.

Surunkali sinusitning rivojlanishida gipotermiya, tez-tez shamollash va immunitetni zaiflashtiradigan kasb omillari kabi salbiy atrof-muhit omillarining kombinatsiyasi juda muhimdir. Burun bo'shlig'ining bunday individual anatomik xususiyatlari, masalan, burun to'sig'ining egriligi va tikanlari, burun chig'anoqlarilarning gipertrofiyasi va polipoz etmoidit, burunning nafas olishining buzilishi va osteomeatal kompleksning bloklanishini keltirib chiqaradi, shuningdek surunkali sinusit paydo bo'lishiga yordam beradi.

Bolalar, shuningdek, kattalarda, o'tkir kasallik natijasida maksillar sinusning surunkali yallig'lanishi rivojlanadi. Bunday holda adenoidlar va adenoidit sinusit patogenezida og'irlashtiruvchi rol o'ynaydi. Bolalikdagi kasallik maksillar sinus va burun bo'shlig'ining shilliq qavatida aniqroq reaktiv jarayonlar bilan tavsiflanadi. Surunkali sinusitning paydo bo'lishida tish kasalliklari, shuningdek tishlarga jarrohlik aralashuvlar va sinusning teshilishi va perforatsiyasi bilan birga yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi muhim rol o'ynaydi. Ushbu etiologiyaning sinusitiga odontogen deyiladi. Odontogen sinusitning kelib chiqishida maksillar sinus tubidan ingichka suyak to'qimasi va shilliq qavatining qatlami bilan ajratilgan choqqisiga 2-chi kichik tish ildizlari, 1-chi va 2-chi katta tishlar ildizlari cho'qqisiga maxillar sinus tubining anatomik yaqinligiga etakchi ahamiyat beriladi. Ushbu tishlarning tepalari sohasidagi yallig'lanish jarayonlari maxillar sinusga erkin tarqalib, uni yuqtirishlari mumkin.

Sinusning shilliq bezlari shishishi va tiqilib qolishi bilan haqiqiy (ushlab turuvchi) kistalar va psevdokistlar hosil bo'ladi. Haqiqiy kist ichki ustunli epiteliyga ega, psevdokistalarda esa ichki epiteliya qoplamasi yo'q. Yallig'lanish jarayoni bartaraf etilgandan so'ng, bu kistalar ko'pincha yo'qoladi. Katta o'lchamlarga ega bo'lgan haqiqiy kistalar sinus devorlarini bosib, trofik kasalliklarni keltirib chiqaradi, so'ngra suyak defektining shakllanishi bilan suyakning rezorbsiyasini

keltirib chiqaradi. Bunday kistalarning asosiy alomati - har xil intensivlikdagi bosh og'rig'i.

Klinik ko'rinishi

Klinik ko'rinish sinus yallig'lanish shakliga bog'liq. Surunkali sinusitning eng odatiy belgilari:

- zararlangan tomondan yoki ikkala tomondan uzoq muddatli shilliq yoki shilliqli-yiring burun chiqishi;
- nazal nafas olish qiyinligi;
- cheklangan yoki tarqoq tabiatning davriy bosh og'rig'i;
- sinus proektsiyasi sohasidagi og'irlik va og'riq hissi.

Ikki tomonlama jarayonlarda (ayniqsa, polipoz) hid bilish (giposmiya rivojlanadi) to'liq yo'qolgunga qadar (anosmiya) pasayadi. Nafas olish qiyinlashuvi og'izning qurishini, ish faoliyatini pasayishini, quloqlarda muntazam tiqilishini va ehtimol eshitish qobiliyatini yo'qotishini ham keltirib chiqaradi.

Remissiya davrida, bemorning umumiy ahvoli va farovonligi juda qoniqarli, patologik hodisalarga ma'lum bir o'rganish paydo bo'ladi va bu davrda bemorlar kamdan kam yordam so'rashadi. Surunkali jarayonning kuchayishi paytida tana harorati ko'tarilishi mumkin, sog'lig'i yomonlashadi, bosh og'rig'i kuchayadi va burundan yiringli ajralish ko'payadi. Ta'sir qilingan tomonda yuzning yumshoq to'qimalarining og'riqli shishishi ko'rinishi kasallikning murakkab kechishini ko'rsatadi.

Surunkali sinusit, qoida tariqasida, etmoidal labirint hujayralarining yallig'lanishi bilan birlashib, tegishli klinik ko'rinishlarni keltirib chiqaradi.

Oldingi rinoskopiya bilan odatda quyidagilar kuzatiladi:

- o'rta burun chig'anog'ining ostidan shilliqli-yiringli ajralmalarni oqishi, ko'pincha boshni teskari tomonga o'girganda kuchayadi (o'tkir sinusitda bo'lgani kabi);
- burun bo'shlig'ining tubida va devorlarida yiringli oqindi;
- shilliq qavatining giperemiyasi;
- osteomeatal kompleksning turli qismlarida anatomik o'zgarishlar.

Endoskop yordamida tekshirishda ko'proq ma'lumotga ega bo'lish mumkin, bu esa kattalashtirish jarayonida sinus fistula sohasidagi moyil bo'lgan omillarni va yallig'lanish belgilarini batafsil bayon qilishga imkon beradi.

Diagnostika

Tashxis endoskopik tekshiruvni o'z ichiga olgan keng qamrovli umumiy klinik va mahalliy tekshiruv natijalari asosida belgilanadi. Paranasal sinuslarning rentgenografiyasi majburiydir, KT yordamida esa ko'proq ma'lumotga ega bo'lish mumkin. Ba'zida sinusning kontrastli rentgenografiyasi bilan diagnostik punktsiya amalga oshiriladi. Jarayonning takrorlanadigan xususiyatini hisobga olgan holda, punktsiya paytida olingan sinus tarkibidagi moddalar bakteriologik tekshiruvga va mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligini aniqlashga yuboriladi.

Davolash

Surunkali sinusitning barcha turlarida jarrohlik davolash ko'rsatiladi. Surunkali sinusitning kataral, seroz, ekssudativ (allergik), yiringli va vazomotor shakllari uchun ko'pincha mikrojarrohlik aralashuvi afzalroqdir (2.8-bo'limga qarang).

Maxillar sinus kistalarida terapevtik taktikalar klinik ko'rinishga bog'liqdir. Hech qanday alomat ko'rsatmaydigan mayda kistalar va psevdokistlar tekshiruv paytida ko'pincha tasodifan topiladi. Maxsus davolanishga hojat qolmaydi, bemorlar dinamik dispanser kuzatuidan o'tkaziladi. Sinus devorlarini bosib, bosh og'rig'i, nazal refleksli nafas olish yoki boshqa alomatlar bilan kechadigan katta kistalar uchun jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, maxillar sinusning surunkali yallig'lanish jarayonlarini kompleks davolashda davolash joylashuvchi yoki sababchi omillarni bartaraf etishga qaratilgan. Odontogen sinusitda avval tishlarni sanitarizatsiya qilish kerak, shundan so'ng konservativ davo samaradorligi amalga oshadi. Bolalikda adenoid yoki adenoiditda davolash taktikasi o'xshashdir - nazofarenksni sanitarizatsiya qilish kerak, so'ngra

sinusitni davolashni davom ettirish kerak. Burun to'sig'ining egriligi yoki gipertrofik jarayonlar bo'lsa, intranasal tuzilmalarni oldindan yoki birgalikda bir vaqtning o'zida jarrohlik yo'li bilan tuzatish kerak.

Sinusitning proliferativ, alternativ va aralash shakllarida jarrohlik davolash ko'rsatiladi. Maxillar sinusdagi operatsiyalar, qoida tariqasida, sinusning barcha qismlariga eng to'liq kirishni ta'minlaydigan, ta'sirlangan yumshoq to'qimalarni va suyak tuzilmalarini butunlay olib tashlashga imkon beradigan ekstranasal usul yordamida amalga oshiriladi, shuning uchun operatsiyani radikal deb nomlashadi. Klinik amaliyotda maxillar etmoiditning surunkali shakllarida Koldvell-Lyuk usuli yordamida maxillar sinusda eng keng tarqalgan radikal operatsiya hisoblanadi (3-28-rasm, a-c).

Og'iz bo'shlig'i kirish joyida, o'tish burmasidan yo'qori, ustki labidan 0,5 sm ostida gorizonta kesma hosil bo'ladi. Yumshoq to'qimalar, periosteum bilan birgalikda, tish chuqurchasi to'liq ochilguncha yuqoriga raspator bilan siljiydi. Maxillar sinusning old devorining eng ingichka joyida kichik teshik ochilib, u Gayekning suyak forsepslari yordamida kattalashtiriladigan hajmgacha kengaytiriladi.

Teshilgan odontogen sinusitda, Kolduell-Lyukning radikal operatsiyasi bilan birga, teshilishning plastik tarzda yopilishi (mushtoq) ochilish mahalliy to'qimalarni og'iz dahlizidan yoki tanglaydan harakatlantirish yo'li bilan amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyin bemor 6-7 kun kasalxonada yotadi, shu vaqt ichida sinus antiseptik eritmalar bilan qarshi teshik orqali 2-3 marta yuviladi. Analgetiklar, antigistaminlar va simptomatik dorilar buyuriladi. Bundan tashqari, antibiotik terapiyasi bir necha kun davomida tavsiya etiladi.

Frontal sinusning o'tkir yallig'lanishi

O'tkir frontal sinusit (frontitis acuta) - bu frontal sinus shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi.



a



b



v



d



1

Rasm. 3-28. Kolduell-Lyuk bo'yicha maxillar sinusda radikal operatsiya: a - lab ostidagi kesma; b - Maxillar sinusning old devorining trepanatsiyasi; v - burun bo'shlig'ida hosil bo'lgan anastomoz orqali maxillar sinusga kiritilgan qoshiq; d - mikrogaymorotomiya; V.S. Kozlovix ga ko'ra mikrogaymorotomiyada elektron troakar sinusni qayta ko'rib chiqish va patologik o'zgargan to'qimalarni olib tashlash. Patologik o'zgargan shilliq qavat, yiringli va nekrotik massalar, poliplar egri raspatoriya va suyak qoshig'i bilan qirib tashlanadi. Maxillar sinusning surunkali yallig'lanishida, qoida tariqasida, bu

jarayonga etmoidal labirint hujayralari ham qo'shiladi, shuning uchun ular ochilib, maxillar sinusning yuqori medial burchagi mintaqasidagi patologik o'zgargan to'qimalarni olib tashlaydi. Amaliyot sinus tomonidan kamida 2,5x2,0 sm o'lchamdagi pastki burun yo'lidagi burun bo'shlig'ida (qarshi ochilish) anastomoz qo'yish bilan tugaydi, hech qanday eshik bo'lmasligi uchun burun tagining darajasi qarshi ochilishning pastki chetida o'tkir qoshiq bilan tekislanadi. Maxillar sinusda radikal operatsiya V.S. Kozov yordamida ham amalga oshirilishi mumkin. (3-28-rasm, d, e).

Etiologiyasi va patogenezi

O'tkir frontal sinusitning etiologiyasi va patogenezi boshqa sinuslarning yallig'lanish kasalliklariga o'xshaydi. Xususiyat shundaki, faqat frontal sinuslar o'rta burun yo'li bilan ochilish orqali emas, balki 1,5-2,5 sm uzunlikdagi tor frontal-burun kanali orqali bog'lanadi, bu esa sinusdan chiqib ketish va yallig'lanish paydo bo'lishiga yordam beradi. Frontal sinusda yallig'lanishning rivojlanishi jarayonni sinusdan kranial bo'shliqqa va orbitaga tarqalishi xavfi bilan bog'liq bo'lib, bu og'ir intrakranial va orbital asoratlarni keltirib chiqaradi.

Klinik ko'rinish

O'tkir frontal sinusitning asosiy belgilari:

- zararlangan tomonidagi peshona sohasidagi mahalliy og'riq;
- frontal mintaqada yoki to'kilgan xarakterdagi bosh og'rig'i;
- burun bitishi;
- burun bo'shlig'idan yiringli ajralmalar.

Sinus proektsiyasi sohasida tez-tez terining shishishi va giperemiyasi paydo bo'lib, ular ko'z kosasining ichki burchagiga va yuqori ko'z qovog'iga cho'zilishi mumkin. Umumiy ko'rinishlar orasida zaiflik, bezovtalik, isitma (38-39 ° C), ba'zida titroq, shuningdek qonning yallig'lanish reaksiyasi (leykotsitoz, formulaning chapga siljishi, ESRning oshishi) kiradi.

Diagnostika

Oldingi rinoskopiya bilan o'rta burun yo'llari mintaqasida yiringli oqindi va burun shilliq qavatining giperemiyasi topiladi.

Perkussiya va palpatsiya paytida ko'pincha old sinusning old devorida og'riq paydo bo'ladi, boshni oldinga egganda peshonadagi og'riq kuchayadi va boshida og'irlik hissi paydo bo'ladi.

Frontal va lateral proektsiyalarda rentgen tekshiruvi, shuningdek paranasal sinuslarning KT tekshiruvi sinuslarning hajmi va chuqurligini baholash, ulardagi patologik jarayonni aniqlashga imkon beradigan eng ma'lumotli tadqiqot usullari hisoblanadi. Qiyin holatlarda diagnostika maqsadida frontal sinusning trepanopunktsiyasi amalga oshiriladi.

Davolash

Odatda, davolash frontal-burun birikmasi orqali sinusli drenajni yaxshilashga va mahalliy va umumiy yallig'lanishga qarshi terapiya bilan yuqtirishga qaratilgan. Mahalliy davolash yuqori adrenalizatsiya deb ataladi - o'rta burun chig'anog'ining ostida burun shilliq qavatini anemiya preparatlari (epinefrin, efedrin, ksilometazolin, nafazolin) bilan moylash. Xuddi shu dorilar kuniga 3-4 marta burun tomchilari shaklida buyuriladi.

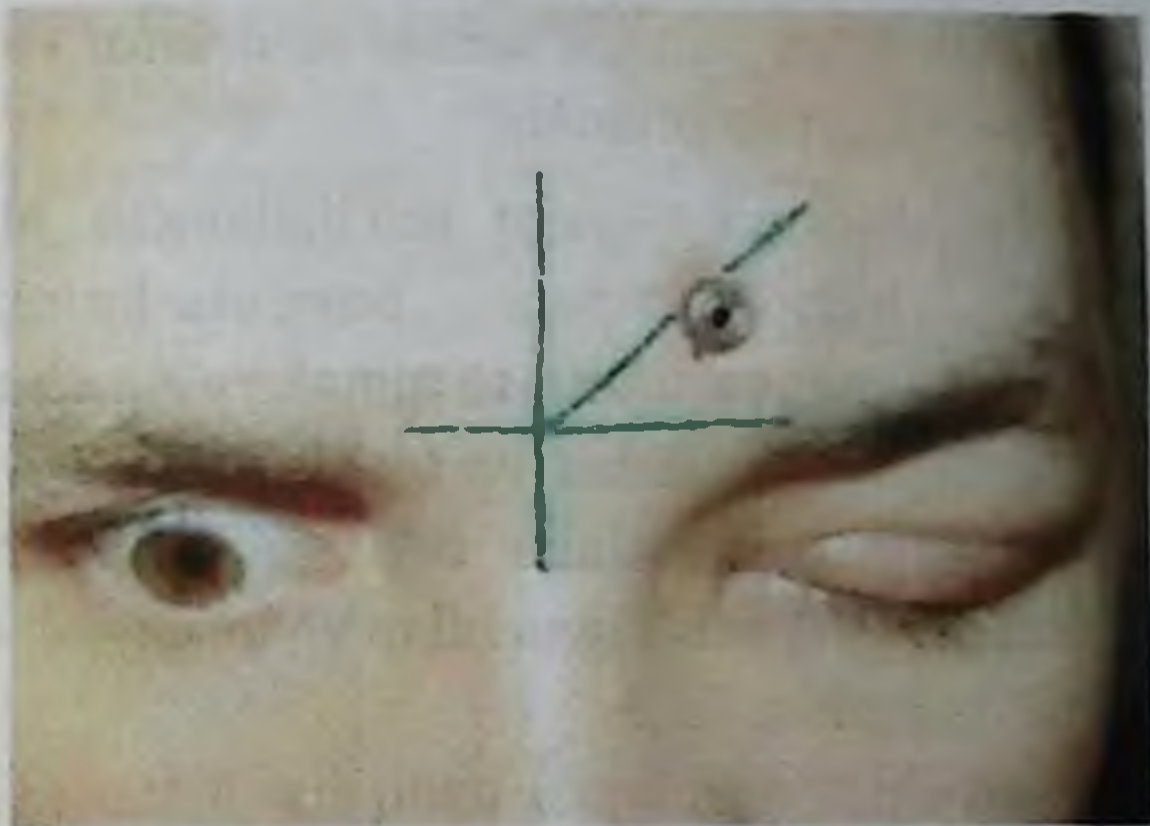
Fizioterapiya muolajasi (organizm intoksikatsiyasi bo'lmaganida) illqlash kompresslari, frontal sinuslar sohasidagi UHF (8-10 protsedura), endonazal FUF (6-8 seans) va lazer shaklidagi mahalliy issiqlik protseduralarini o'z ichiga oladi. terapiya. YaMIK sinus kateteridan foydalanish samaralidir, bu esa sinus tarkibini keyinchalik yallig'lanishga qarshi dorilar bilan yuvish bilan aspiratsiyalashga imkon beradi.

Harorat reaksiyasida keng spektrli antibiotiklar buyuriladi [amoksitsillin + klavulan kislotasi (augmentin men), azltromitsin, levofloksatsin, moksifloksatsin, ce-fotaksim, klaritromitsin], antigistaminlar (xloropiramin, loratadin, desloratadin kabi) va og'riq qoldiruvchi vositalar [masalan, paratsetamol, asetilsalitsil kislotasi + kofein + paratsetamol (askofen + natriy maxigan) buyuriladi. Yiringni bakteriologik tekshirish o'tkaziladi va patogenlarning antibiotiklarga sezgirligi aniqlanadi. Yiringli jarayon bilan rentgenologik tadqiqotlar yoki KT ma'lumotlari bilan tasdiqlangan va etarli darajada samarali bo'lmagan konservativ davo (doimiy bosh og'rig'i, harorat

reaktsiyasi), frontal sinusning trepanopunkttsiyasi ko'rsatiladi, bunda yuvish va ichiga dorilarni kiritish, yiringli tarkibni frontal sinus qismdan evakuatsiya qilishning eng samarali usuli hisoblanadi.



a



b



b

Rasm. 3-29. Frontal sinusning Trepanopunkttsiyasi: a - M.R. Antonyuk trepa-to'plami bilan trepanatsiya momenti; b - frontal sinusni belgilash; c - lateral rentgenogramma, Trepanopunkttsiyadan keyin frontal sinusdagi kanulaning holati; peshonadagi har xil intensivlikdagi bosh og'rig'i, takroriy burun tiqilishi, burun bo'shlig'idan shilliq-yiring oqindi va hid bilishning pasayishi. Og'riq ham tarqoq bo'lishi mumkin, boshni oldinga egib kuchaytirishi

mumkin. Palpatsiya va perkussiyada og'riq ko'pincha frontal sinusning old va pastki devorlarining proektsion qismida aniqlanadi. Surunkali frontal sinusit ko'pincha etmoidal labirint hujayralarining jarayonga qo'shilishi bilan yuzaga keladi va orbital va intrakranial asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Trepanopunktsiyaga mo'ljallangan M.E. Antonyuk qurilmasi (1978) burg'ulashdan, burg'ulashning qo'lda aylanishini ta'minlaydigan va uning to'qimalarning chuqurligiga kirib borishini cheklaydigan asbobdan va teshikka mahkamlash va sinusni yuvish uchun maxsus kanulalar to'plamidan iborat (3-29-rasm). Frontal sinusni maxsus uchli igna bilan va uning pastki (orbital) devori orqali teshish mumkin.

Jarrohlik muolajasi uzoq muddatli (3-4 haftadan ortiq) o'tkir frontal sinusit paytida yoki frontal-burun birikmasining doimiy blokadasida o'tkaziladi.

Frontal sinusning surunkali yallig'lanishi

Surunkali frontal sinusit (frontitisronica) - bu frontal sinus shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi.

Frontal sinusning bir oydan ko'proq davom etadigan o'tkir yallig'lanishini surunkali deb hisoblash kerak. Surunkali frontal sinusitning eng keng tarqalgan sabablari davolanmagan o'tkir frontal sinusit va frontal-burun birikmasining doimiy obstruktiviyasi hisoblanadi. Fistula blokini keltirib chiqaradigan joylashishidagi omillar:

- o'rta burun chig'anog'ining gipertrofiyasi;
- burun to'sig'ining egriligi;
- polipozli maxillar etmoidit.

Klinik ko'rinishi

Klinik ko'rinish sinus patologik jarayonning xususiyatiga bog'liq

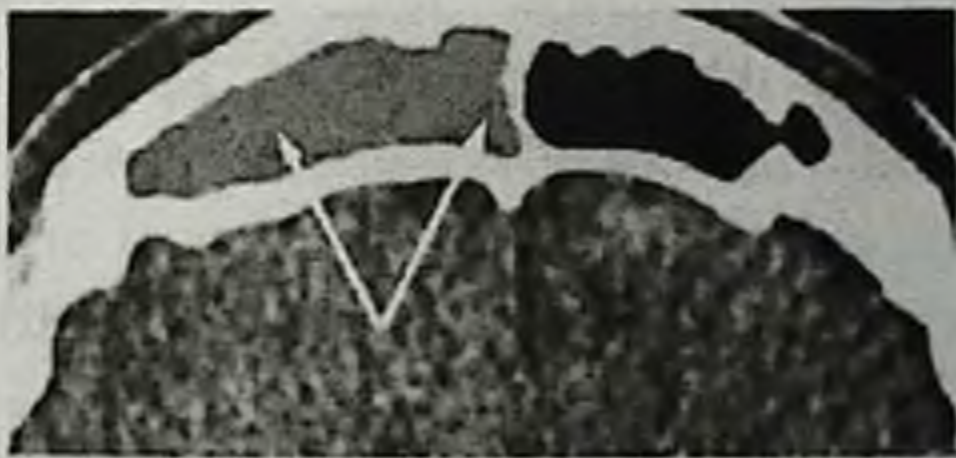
Kasallik davriy yoki doimiylikni keltirib chiqaradi

Old rinoskopiya bilan o'rta burun chig'anog'ining old qismlarining shishishi yoki giperplaziyasi, burun bo'shlig'ining lateral devori bo'ylab shilliq-yiringli yoki yiringli oqindi, shuningdek

o'rta burun yo'lidagi shilliq pardaning o'zgargan polipoziyasi aniqlanadi.

Diagnostika

Diagnostika qiyin emas. Anamnez ma'lumotlarini, bemorlarning odatdagi shikoyatlarini, klinik va instrumental tekshiruvlar natijalarini, endoskopik va rentgenologik tekshiruvlarni (agar kerak bo'lsa, kontrastli moddalarni kiritish bilan), shuningdek paranasal sinuslarning tomografiyasini hisobga olish kerak. (3-30-rasm).



*Rasm. 3-30. Yiringli o'ng tomonlama frontal sinusit:
a - oddiy rentgenografiya;
b - kompyuter tomogrammasi.
O'qlar frontal sinusning gomogen hil qorayishini bildiradi*

Davolash

Surunkali frontal sinusitni davolash asosan jarrohlik usulida amalga oshiriladi. Qaytalanadigan jarayonlar va asorat belgilari shoshilinch tashqi (radikal) operatsiya uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. B.S. Preobrazhenskiy ga ko'ra frontal sinusda drenaj hosil bo'lishida Ritter-Jansen radikal usuli eng keng tarqalgan operatsiya hisoblanadi. Boshqa modifikatsiyalar (Killiana, N.V. Belogolovova) kamdan kam qo'llaniladi.



Rasm. 3-31. Frontal sinusni radikal operatsiya qilish: a - teri kesmasi; b - Preobrazhenskiy bo'yicha drenaj bilan anastomoz hosil bo'lishi

Ritter-Jansen usuli pastki devor orqali sinusga kirib, butun shilliq qavatni va patologik tarkibni olib tashlashni va burun bo'shlig'i bilan anastomozni shakllantirishni o'z ichiga oladi. Sinus orqali rezina naycha anastomozga kiritiladi, u teriga tikiladi (3-31-rasm, b). Tashqi yara qatlam shaklida tikiladi. Kanaldagi drenaj 3-4 hafta davomida qoldiriladi, sinus vaqti-vaqti bilan drenaj trubkasi orqali yuviladi, bu orqali sinus bo'shlig'iga ingichka kateter kiritilib, yaxshilab yuviladi.

O'tkir etmoidit

O'tkir etmoidit (*ethmoiditis acuta*) - bu etmoidal labirint hujayralarining shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi. Ushbu keng tarqalgan kasallik sinus yallig'lanishidan keyin chastotasi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi. Bunga o'tkir rinit, o'tkir nafas yo'llari kasalligi yoki gripp sabab bo'ladi. O'tkir etmoidit etmoidal labirint hujayralarining ekskretator fistulalarining anatomik va topografik joylashuvi, o'rta burun yo'lining torligi va burun to'sig'ining egriligi kabi omillar bilan belgilanadi.

Klinik rasm

Har qanday yallig'lanish jarayoni singari, umumiy va mahalliy namoyishlar o'tkir etmoiditga xosdir. Umumiy alomatlarga isitma (37-38 °C), zaiflik va kuchsizlik kiradi. Bemor ko'pincha turli xil intensivlikdagi bosh og'rig'idan xavotirda, bu odatda burun va ko'z kosasining ildizi sohasida joylashadi.

Mahalliy alomatlar: burun tiqilishi va burun nafasni qiyinlashishi, burun bo'shlig'idan shilliq-yiring ajralish, har xil zo'ravonlik hidining pasayishi. Bolalikda va zaiflashgan bemorlarda, shuningdek, juda virusli infeksiyaga duch kelganida, etmoidal hujayralarning suyak devorlarining bir qismi, ko'z kosasining ichki burchagi va yuqori va pastki qismlarining qo'shni uchastkalarining shishishi va giperemiyasi, kasallik tomonidagi ko'z qovoqlari vayron bo'lishi mumkin. Bu erda empiema (yopiq yiring yig'ilgan joy) paydo bo'lishi mumkin, so'ngra jarayon ko'z kosasining to'qimalariga tarqalishi va orbital asoratning rivojlanishi.



Rasm. 3-32. O'rta burun chig'anog'ining ostidan yiringli oqindi (endofotografiya)

Diagnostika

Tashxis xarakterli shikoyatlar va anamnez ma'lumotlariga asoslanadi. Oldingi rinoskopiya bilan o'rta burun chig'anog'ining mintaqasining shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi bilan o'rta burun chig'anog'iningning ostidan yoki xushbo'y hidli bo'shliqdan (orqa etmoidal hujayralarning yallig'lanishi bilan) shilliqli-yiring oqindi qayd etiladi. Yaxshi tekshirish uchun ushbu sohadagi shilliq qavatning oldindan anemizatsiyasi amalga oshiriladi. Endoskopik tekshirish etmoidal hujayralarning tabiiy teshiklarining chiqish maydonini sinchkovlik bilan tekshirishga va oldingi hujayralardan (oldingi etmoidit) yoki orqa hujayralardan va hidlash yorig'idan (orqa etmoidit; 3-32-rasm) yiringli chiqindilarni farqlash imkonini beradi.

Radiografiyalarda va ayniqsa KTda, katak hujayralarining qorayishi ko'rinadi, bu tashxis qo'yish uchun eng muhimidir.

Davolash

Asoratlari bo'lmagan holda o'tkir etmoidit konservativ usulda davolanadi. Mahalliy davolanish birinchi navbatda burun shilliq qavatining shishishini kamaytirishga va natijada ta'sirlangan paranasal sinuslardan chiqishni yaxshilashga qaratilgan. Shu maqsadda vazokonstriktor preparatlari burunga tomiziladi. Epinefrin eritmasiga namlangan turunda 1-2 daqiqa davomida o'rta burun yo'llari sohasidagi dasturlar yaxshiroqdir. Endonazal spreylar shaklida birlashtirilgan preparatlar samarali bo'ladi [masalan, atsetilsistein + tuaminogeptan (rinofluimusil ♣), framitsetin (izofra b), deksametazon + neomitsin + polimiksin B + fenilefrin (fenilefrin lazer bilan polideks)], fizioterapiya, terapevtik usullar (V). YMIK sinus kateteridan foydalanish samarali bo'lib, bu paranasal sinuslarning ta'sirlangan qismini aspiratsiya qilish va ularga dori-darmonlarni kiritish imkonini beradi.

Umumiy davolash aniq harorat reaksiyasi va organizmning intoksikatsiya belgilari bilan ko'rsatiladi. Keng spektrli antibiotiklarni tayinlang [masalan, amoksitsillin + klavulan kislota (augmentin ♣), azitromitsin, klaritromitsin, siprofloksatsin],

giposensibilizatsiya qiluvchi dorilar (dimedrol, desloratadin, loratadin), mukolitiklar va simptomatik davolash.

Orbital yoki intrakranial asoratlarni rivojlanishida jarrohlik aralashuv amalga oshiriladi - etmoidal labirint hujayralarining endonazal ochilishi, ko'z qopqog'i abscessi yoki tashqi yoki endonazal endoskopik kirish bilan orbital to'qimalarning ochilishi.

Etmoidal labirint hujayralarining surunkali yallig'lanishi

Surunkali etmoidit (ethmoiditis chronica) - bu etmoidal labirint hujayralarining shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi. Qoida tariqasida, u aniqlanmagan yoki davolanmagan o'tkir etmoiditning davomi sifatida rivojlanadi. Etmoidal labirint hujayralari boshqa sinuslarga nisbatan markaziy pozitsiyani egallaydi, shuning uchun surunkali etmoidit ko'pincha qo'shma jarayon yoki boshqa sinuslarning yallig'lanishi bilan ikkinchi darajali asorat bilan ifodalanadi. Bundan tashqari, organizmning qarshiligini kamaytiradigan tez-tez uchraydigan o'tkir yuqumli kasalliklar, adenoid vegetatsiyalari va burun to'sig'ining egriligi surunkali etmoiditga yordam beradi.



a



b

Rasm. 3-33. *Burun chig'anog'i ostidan chiqadigan va umumiy burun yo'lini obturatsiya qiladigan poliplar: a - endoskopiya paytida ko'rinish; b - polip pastadirini olib tashlash*

Ko'pgina hollarda surunkali etmoiditning kataral-serozli, yiringli yoki giperplastik shakllari mavjud bo'lib, ular shilliq qavatning sezilarli darajada qalinlashishi va giperplaziyasi, o'rta burun yo'llarida shilliq qavatning polipoz metaplaziyasi bilan ajralib

turadi, ayniqsa endoskopik tekshiruv paytida aniq ko'rinadi. Poliplar shilliq qavatning shishgan yallig'lanish shakllanishidir. Poliplarning paydo bo'lishining sabablari burun bo'shlig'i shilliq qavatining uzoq muddatli tirnash xususiyati, patologik oqindi va mahalliy allergik reaksiyalar deb hisoblanadi. Poliplar ko'pincha ko'payadi, har xil o'lchamlarda, ba'zida ular butun burun bo'shlig'ini xiralashtiradi va hatto burun bo'shlig'ining vestibulyli orqali chiqib ketadi (3-33-rasm). Ba'zi hollarda, poliplar burun devorlarini uzoq vaqt bosib turadi va hatto ularning tashqi deformatsiyasini keltirib chiqaradi.

Klinik rasm

Umumiy alomatlar engil va jarayonning faolligiga bog'liq. Surunkali etmoidit ko'pincha yashirin kechadi. Qaytalanish davrida bemor shilliq yoki yiringli moddaning burundan tushishi, bosh og'rig'i (ko'pincha burun ildizi sohasida), og'irlik hissi burun hududida da ham mavjud bo'ladi, boshini egishda og'irlashadi. Hid sezish odatda har xil darajada buziladi. Surunkali etmoiditning murakkab yo'li bilan infeksiya orbitaga o'tishi mumkin, keyin ko'z qovoqlarining shishishi va ko'zning ichki burchagining silliqliqi, ko'z qovog'i oldinga siljiydi. Palpatsiya paytida og'riq burunning ildizida va ko'zning ichki burchagida paydo bo'ladi (periostit). Infeksiya ko'z qopqog'ining to'qimalariga va venoz kanallar orqali o'tishi mumkin (flebit). Ko'z kosasining flegmonasi bir necha soat davomida bu ko'zning ko'r bo'lishiga olib keladi.

Diagnostika

Rinoskopiya da burun shilliq qavatining shishishi, o'rta burun chig'anog'ining ostidan yoki yuqori burun yo'lidan shilliqli-yiring yoki yiringli oqindi aniqlanadi. Endoskop yordamida yiring manbasini ajratish mumkin: o'rta burun chig'anog'ining ostida - oldingi etmoidit, yuqori burun yo'lida yoki nazofarenksning orqa devorida - orqa etmoidit. Etmoiditning uzoq davom etishi o'rta burun chig'anog'ining shunday giperplaziyasi bilan birga kechadiki, u burun to'sig'iga tegib, osteomeatal kompleksni to'sib qo'yadi. Panjara labirintasi hujayralarining chiqish teshiklari atrofida har xil o'lchamdagi bir yoki bir nechta polipoz

shakllanishlar bilan tavsiflanadi. Paranasal sinuslarning rentgenogrammalarida yoki KTda etmoidal labirint hujayralarining tegishli tomonida qorayish aniqlanadi.

Davolash

Surunkali etmoiditning kuchayishi bilan konservativ davo o'tkaziladi, keng ta'sir doirasi antibiotiklari buyuriladi. Shilliq qavatning shishishini kamaytirish va tarkibidagi yallig'langan sinuslardan chiqishni yaxshilash uchun turli vazokonstriktor dorilar tomchilar yoki aerezollar shaklida qo'llaniladi [masalan, nafazolin (naftizin ♣, sanorin), ksilometazolin (galazolin, xymelin)]. Antibiotik, vazokonstriktor va analgetik o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan preparatlar, masalan, aerosol, deksametazon + neomitsin + polimiksin B + fenilefrin (fenilefrin bilan polideks) shaklida atsetilsistein + tuamino-heptan (rinofluimucil) (framitsetin) va fusafungin (bioparoks). Fizioterapevtik protseduralar qo'llaniladi: sinus sohasidagi UHF (poliplar bo'lmagan taqdirda), 2% kaltsiy xlorid eritmasi va 1% difenhidramin eritmasining endonazal elektroforezi, gidrokortizonning fonoforezi. YMIK sinus kateteridan foydalanish samarali hisoblanadi. Etmoidal labirint hujayralarining yallig'lanishi, qoida tariqasida, maxillar sinusning yallig'lanishi bilan birlashtiriladi. Jarrohlik muolajalari samarali xisoblanadi.

Sfenoidal sinusning o'tkir va surunkali yallig'lanishi

Sfenoidit (sfenoidit) - sfenoidal sinus shilliq qavatining o'tkir yoki surunkali yallig'lanishi. Kasallik odatda orqa etmoidal hujayralarning shikastlanishi bilan, kamroq esa frontal sinusit yoki sinusit bilan birlashtiriladi.

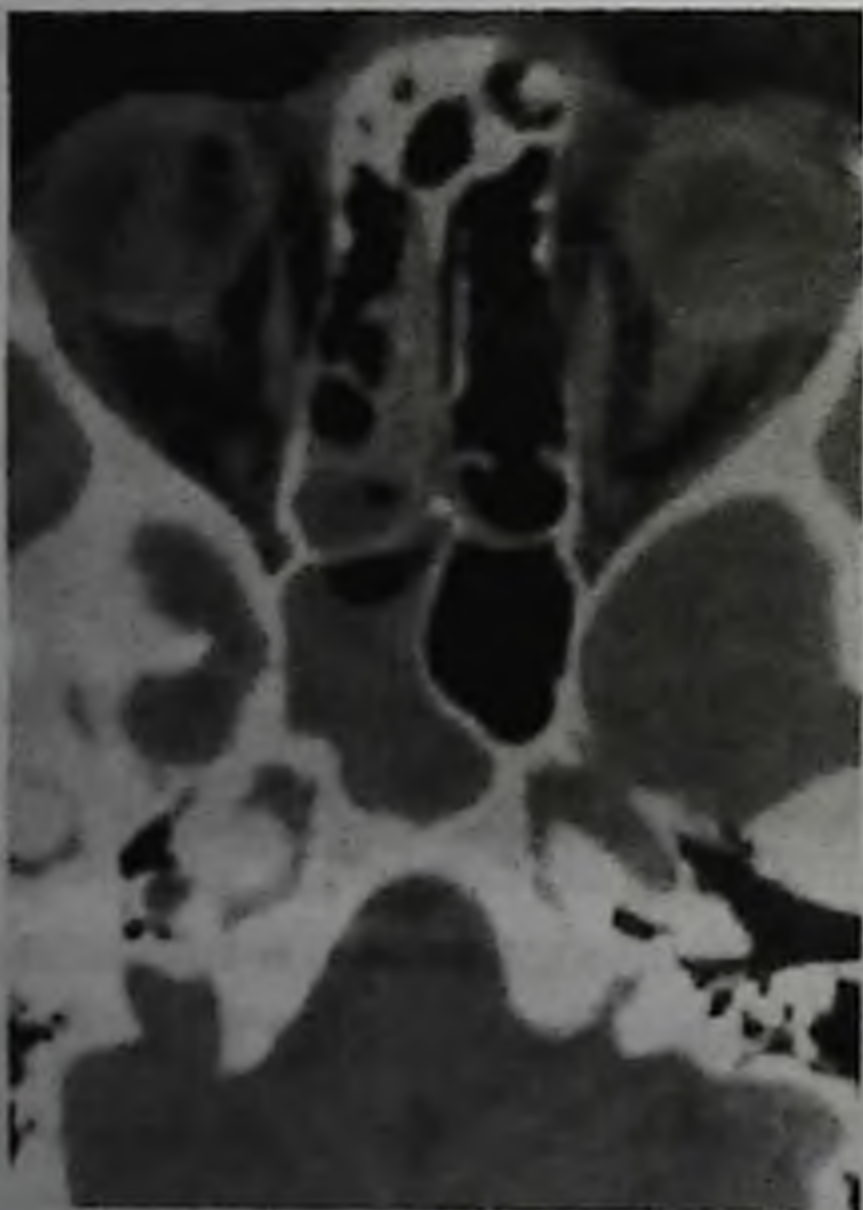
Klinik ko'rinishi

Sfenoidal sinus yallig'lanishining klinik ko'rinishi ko'pincha etmoidal labirint va boshqa sinus hujayralarida yallig'lanish tufayli o'chib ketadi. Ammo, eng xilma-xil klinik alomatlarga qaramay, xarakterli "sfenoidal" belgilar ham mavjud: oksiputda yoki boshning chuqurligida turli og'irlik va davomiylikdagi bosh og'rig'i (og'riqli darajagacha). Ba'zida og'riq ko'z kosasida yoki parietotemporal mintaqada paydo bo'ladi.

Kasallikning o'tkir yiringli va surunkali shakli uchun tomoqning orqa devori bo'ylab nazofarenksdan yiringni oqishi xarakterli bo'lib, uni faringoskopiya yoki orqa rinoskopiya bilan ko'rish mumkin. Doimiy yoqimsiz hidning shikoyati, burun tiqilishi va burun nafasini qiyinlashishi mumkin.

Surunkali jarayonda shikoyatlar nazofarenksdan olib tashlash qiyin bo'lgan yopishqoq oqindi va qobiq hosil bo'lishiga xosdir. Faringoskopiya bilan burun bo'shlig'ining yuqori va orqa qismlarida oqindi va qobiqlarning to'planishi, shilliq qavatning atrofiyasi aniqlanadi.

Surunkali (kamdan-kam hollarda - o'tkir) sfenoiditda yallig'lanish jarayoni optik asab kesishgan joyga tarqalishi mumkin, chunki sfenoidal sinusning yuqori devori nisbatan ingichka (0,5-3,0 mm) hisoblanadi. Optochiazmal araxnoidit rivojlanadi, bu ko'rishning tobora yomonlashishi bilan tavsiflanadi. Sfenoidal sinusning yon devorlari bilan chegaradosh boshqa kraniyal nervlarning shikastlanishi (hidlash va o'g'irlash), kavernoza sinus trombozi va bu jarayonga miya membranalarini jalb qilish ham o'tkir, ham surunkali sfenoiditning asoratlari hisoblanadi.



Rasm. 3-34. *Paranasal sinuslarning kompyuter tomografiyasi, aksenel proektsiyasi. Sfenoidal sinus va chapdagi etmoidal labirint hujayralarining bir hil qorayishi, shuning uchun adabiyotda bu sinus "unutilgan" sinus, "soqov" sinus deb nomlanadi va klinik amaliyotda sfenoidit aniqlanishiga qaraganda tez-tez uchraydi. Boshqa tomondan, sfenoidal sinusning optik, trigeminal va vagus nervlari, kavernoza sinus va boshqa diensefalik tuzilmalarga yaqin joylashganligi sfenoiditning turli xil asab kasalliklari va og'ir*

asoratlarni rivojlanishidagi ahamiyatini belgilaydi. Tashxis xarakterli shikoyatlar, fizik tekshiruv ma'lumotlari, endoskopik va rentgen tekshiruvlariga asoslangan. Sfenoidal sinusning yallig'lanishi diagnostikasida eng aniqrog'i KT yoki MRT ma'lumotlari hisoblanadi (3-34-rasm).

Tananing murakkab bo'lmagan yo'nalishdagi umumiy reaksiyasi unchalik aniq emas, bemorning ahvoli nisbatan qoniqarli, tana harorati subfebril yoki normal, umumiy holsizlik, charchoq va asabiylik qayd etiladi.

Diagnostika

Sfenoidit tashxisi eng qiyini hisoblanadi. Sfenoidal sinusning bosh suyagi tubining chuqur qismlarida joylashishi bilan bog'liq qiyinchiliklar.

Diagnostik va terapevtik maqsadlarda sfenoidal sinusni tekshirish yoki punktsiya endoskopik usullar yordamida uning old devori orqali amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu xavfli manipulyatsiyalar shifokorga burun bo'shlig'ida yaxshi yo'nalishni va yuqori ishlash texnikasini talab qiladi.

Davolash

O'tkir sfenoiditni davolash ko'pincha konservativ hisoblanadi. Mahalliy terapiya qo'llaniladi va tana harorati ko'tarilishi va organizmning intoksikatsiyasi bilan umumiy terapiya qo'llaniladi.

Mahalliy davolanish shishlarni bartaraf etishga, drenajni tiklashga va sfenoidal sinusdan yallig'lanish tarkibining chiqishini yaxshilashga qaratilgan. Vazokonstriktorli dori-darmonlardan foydalaniladi, epinefrin bilan turundalar bilan hidlash bo'lagi sohasini anemizatsiyalash amalga oshiriladi. Sinusni antibiotiklar va antiseptiklar bilan yuvishga imkon beradigan harakat usuli, ayniqsa bolalik davrida samarali hisoblanadi.

YMiK sinus kateteridan foydalanish ta'sirlangan sinusni yuvishda va unga dori yuborishda eng katta samaradorlikni ta'minlaydi. Uzoq muddatli kurs bilan (2 haftadan ortiq) sfenoidal sinusni tekshirish va yuvish ko'rsatiladi.

Tana haroratining ko'tarilishi tananing intoksikatsiyasini ko'rsatadi, shuning uchun mahalliy dorilar bilan birga keng spektrli antibiotiklar, antigistaminlar va analgetiklar buyuriladi. Asorat belgilarining paydo bo'lishi (orbital, intrakranial) sfenoidal sinusga shoshilinch jarrohlik aralashuvi uchun asosdir.

Surunkali sfenoiditda jarrohlik taktikasi qo'llaniladi. Sfenoidal sinusni ochishning turli usullari mavjud. Ilgari, asosan transmaxillar yondashuv - maxillar sinus orqali ishlatilgan. So'nggi yillarda endoskoplar va mikrojarrohlik asboblari yordamida endonazal operatsiyalar keng tan olingan. Shu bilan birga, umumiy burun yo'li orqali optikaning nazorati ostida tabiiy anastomoz kengayadi yoki sfenoidal sinusning butun old devori olib tashlanadi va sinusdagi barcha patologik jarayon yo'q qilinadi.

Nazorat savollari va topshiriqlari

- Gemisinusit nima?
- B.S. Preobrajenskiy va V.T. Palchun.tasnifiga muvofiq sinusitning klinik shakllarini ayting.
- Qanday paranasal sinuslarda yallig'lanish kattalar va bolalarda ko'proq rivojlanadi?
- O'tkir sinusit qanday aniqlanadi?
- Maxillar sinusning punktsiyasi qachon ko'rsatiladi va qanday asoratlari bo'lishi mumkin?
- O'tkir sinusit uchun empirik tizimli antibiotik terapiyasi nimaga asoslangan?
- Odontogen sinusitning sababi nima bo'lishi mumkin?
- Polipoz rinozinozitini davolashning asosiy printsiplari qanday?
- Maxillar sinus kistalarini davolash taktikasini nima aniqlaydi?
- Sfenoidal sinus kasalligi qanday aniqlanadi?

Burun va burun atrofi bo'shliqlarining shikastlanishi va begona tanachalari

Burun va paranasal sinuslarning shikastlanishi nafaqat KBB a'zolari, balki butun tanada ham eng ko'p uchraydigan

shikastlanishlar qatoriga kiradi. Bu burunning joylashishi va uning yuz skeletining yuzasidan chiqib turishi bilan bog'liq. Harbiy va maishiy xarakterdagi (xususan, sanoat, sport, transport) shikastlanishlar, shuningdek tutqanoq paytida yuzaga kelgan jarohatlar (masalan, epilepsiya) ajralib turadi.

Burunning ochiq jarohatlari harakatning kuchiga va jarohat olgan tananing xususiyatlariga, uning yo'nalishi va kirish chuqurligiga qarab ajratiladi.

Terining shikastlanishi bilan va yopiq - terining shikastlanishisiz. Yopiq shikastlanishlar ko'pincha ko'karishlar, yumshoq to'qimalarning shikastlanishi yoki ishqalanish bilan ifodalanadi. Burun suyaklarining siljishi yoki siljishisiz paranasal sinuslar devorlari, ko'z kosasi, zigomatik suyagi va etmoidal labirint hujayralarini o'z ichiga olgan singan qismlari bilan ajralib turadi. Yuzdagi shikastlanishlar bilan ko'zning kameralariga qon quyilishi (glfema), ko'z olmasining siljishi (enofthalmos) va okulomotor mushaklarning siqilishi (diplopiya), ko'rishning to'liq yo'qolishiga (amovroz) qadar pasayishi kuzatiladi.

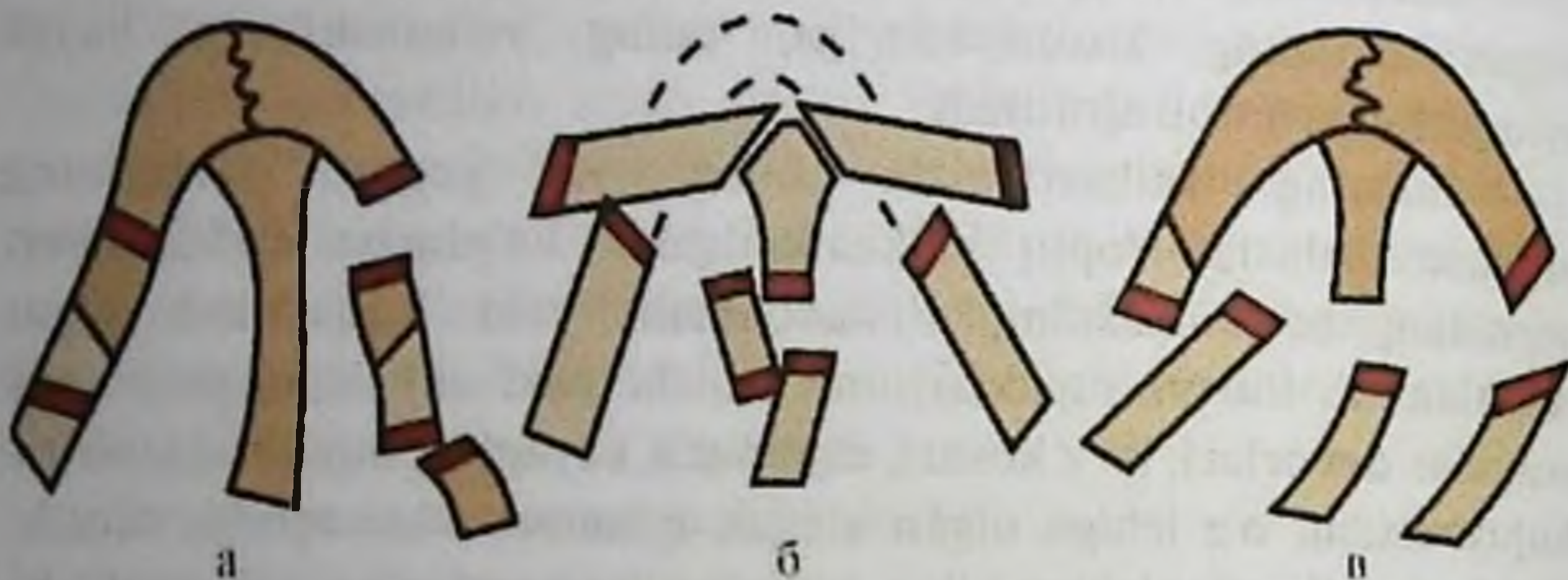
Burun bo'shlig'iga kirib boradigan yoki kirmaydigan mumkin bo'lgan ochiq yoriqlar, bu jarohatni zond bilan sezish orqali aniqlanadi. Penetratsiyali yaralarning eng keng tarqalgan sababi - burunning uchli narsalar bilan shikastlanishi. Bunday holda, shilliq qavatning shikastlanishi keyingi burun qonashlari, burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning infeksiyasi, burun to'sig'ining gematomalari, keyinchalik yiring shakllanishi bilan sodir bo'ladi. Penetratsion ob'ekt burun bo'shlig'ining yuqori devoriga yo'naltirilganda, etmoidal plastinka tez-tez shikastlanadi, bu esa burun suyuqligini keltirib chiqaradi.

Burunning suyaklari bilan yuqori jag'ning frontal o'simtalari yoki burun suyaklarining sinishi orasidagi tikuvni ajratish bilan tashqi burunning lateral siljishi eng keng tarqalgan (3-35-rasm, a-c).

Tashqi burunning eng keng tarqalgan deformatsiyalari:

- rinoskolioz - burunning lateral siljishi;

- rinokifoz - dumg'aza shakllanishi bilan burunning deformatsiyasi;
- rinolordozi - burun orqasining orqaga tortilishi (egar burun);
- platiriniya - tekislangan burun;
- brakiriniya - haddan tashqari keng burun.



Rasm. 3-35. Burun suyaklari sinishining turli shakllari

Frontal sinuslarning proektsion sohasidagi shikastlanishlar uning old devorining sinishiga olib keladi, bu kosmetik nuqsonni keltirib chiqaradi, bu sohada orqaga tortiladi va ko'pincha frontal-burun birikmasining o'tkazuvchanligi buzilishi bilan birga keladi. Frontal sinusning orqa devori kamdan-kam hollarda zararlanadi. Etmoidal suyak shikastlanishlari odatda shilliq qavatining yorilishi va peshona va bo'yniga tarqalishi mumkin bo'lgan shish va krepitus shaklida yuzida teri osti emfizemasining paydo bo'lishi bilan birga ko'zatiladi. Old etmoidal arteriyaning shikastlanishi ba'zan ko'z kosasining to'qimalarida xavfli qon ketishiga olib keladi.

Maxillar sinusning old devoridagi yoriqlar bu sohada retraktsiya va deformatsiya bilan namoyon bo'ladi va ko'pincha orbital devor, ko'z olmasi, zigmatik suyak va etmoidal labirintning shikastlanishi bilan birlashtiriladi.

Aslida sfenoidal suyak sinishi bu bosh suyagi tagining sinishi. Bunday travma kamdan-kam uchraydi va o'lik qon ketish bilan optik asab va ichki karotis arteriya devorining shikastlanishi yoki

neyroxirurgiya aralashuvini talab qiladigan post-travmatik anevrizma shakllanishi bilan birga kechishi mumkin.

Diagnostika

Tashxis anamnez ma'lumotlari, tashqi tekshiruv, bemorlarning shikoyati, palpatsiya natijalari, tekshirish, endoskopiya, rentgen tekshiruvi va KT asosida o'rnatiladi. Tekshiruv va palpatsiya paytida shikastlanish sohasidagi to'qimalarning og'riqli shishishi aniqlanadi. Yon siljish yoki tushkunlik bilan tashqi burunning tashqi deformatsiyasi, albatta, burun suyaklarining sinishini bildiradi. Bunday hollarda palpatsiya paytida burunning orqa va yonbag'irlarida suyak o'simtalarini aniqlanadi (qadam alomat), patologik suyak harakatchanligi va suyak bo'laklarining krepitatsiyasi bo'llishi mumkin. Teri osti krepitatsiyasi shilliq qavatining yorilishi bilan etmoidal suyakning sinishini bildiradi.

Yuz skeletining shikastlanishi ko'pincha ko'z qovoqlari va ko'z kosasining atrofida qon ketishi bilan kechadi - bu "ko'zoynak" alomatidir. Ammo, bu alomat, shuningdek, bosh suyagi poydevori singanligi yoki kavernoza sinusning shikastlanishi belgisi bo'lishi mumkin. Bunday holda tashxisni aniqlashtirish uchun bel punktsiya zarurdir. Bosh suyagi poydevorining sinishi orqa miya suyuqligida qon borligi (subaraknoid qon ketish) bilan tavsiflanadi. Bosh suyagi poydevori singanligi, bemor hushidan ketganda, hayratda qolganda yoki konvulsiyada paydo bo'lganligi haqidagi gumon shifokorni bemorning boshini tanasiga nisbatan tuzatishga majbur qiladi (maxsus korsetlar mavjud) va uni qattiq zambilda tashiydi. Hatto rentgen tekshiruvini ham darhol amalga oshirish mumkin emas, chunki bunda boshini burishga to'g'ri keladi.

Qattiq miya pardasining yorilishi bilan etmoidal plastinkaning sinishi, boshni oldinga burish paytida sezilib turadigan nazal lokvoreya bilan tasdiqlanadi. Bir vaqtning o'zida nazal qon ketishi CSF oqishini aniqlashni qiyinlashtirishi mumkin. 1-kuni "ikki nuqta" alomati - qon nuqtasi atrofida tashqi yorug'lik halqasi xarakterlidir. Burundan qon ketish to'xtaganidan so'ng, burundagi suyuq likvor bilan burunning oqishi yengil bo'ladi. Laboratoriya ishida nazal

bo'shliqda glyukoza aniqlanishi orqa miya suyuqligi borligini ko'rsatadi.

Instrumental tadqiqot usullari (yuz skeletlari rentgenografiyasi, KT, MRT) yuz skeletlari va paranasal sinuslarning shikastlanishlari tabiati va tarqalishi haqida qimmatli ma'lumotlarni beradi.

Davolash

Davolash taktikasi shikastlanishning tabiati va chuqurligiga, umumiy va nevrologik simptomlarning og'irligiga bog'liq. Yuz skeletining suyak tuzilmalariga zarar bermasdan yumshoq to'qimalar jarohatlanganda va jarohatlanganda birlamchi jarrohlik davolash amalga oshiriladi va qon to'xtaydi. Shu bilan birga, to'qimalarni maksimal darajada saqlashga intilish va faqat hayotga yaroqsiz narsalarni olib tashlash kerak. Yuzga mo'l-ko'l qon ta'minoti tufayli yaralar yaxshi davolanadi. Yuzdagi asosiy tikuv jarohatlardan keyin 24 soat ichida qo'llanilishi mumkin. Agar zarur bo'lsa, oldingi halqa va ba'zida orqa burun tamponadasi bajariladi. Tutqanoqqa qarshi moslama sxema bo'yicha kiritish zarur. Qon ketishini va yumshoq to'qimalarning shishishini kamaytirish uchun shikastlanish joyiga dastlabki 5-6 soat ichida muz surtiladi.

Suyak bo'laklari siljishi va tashqi kosmetik nuqsonlari bo'lgan yoriqlar bo'lsa, davolashning asosiy usuli paranasal sinuslarning burun suyaklari va devorlarining qisqarishi (qisqarishi), so'ngra bo'laklarning ichki va (kamroq) tashqi fiksatsiyasi hisoblanadi. Eng yaxshi usul birinchi kuni repozitsiya deb hisoblanadi, ammo uni jarohatlardan keyin 3 xaftaga qadar o'tkazish mumkin. Agar tarixga va fizik tekshiruvga ko'ra, II-III darajali miya chayqalishi aniqlansa (bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, nevrologik simptomlar) bo'lsa, u holda burun suyaklarining qisqarishi keyingi kunga qoldiriladi (5-6 kun dan keyin).

Burun suyaklarining parchalari bemorning o'tirgan yoki yotgan holatida applikatsiya anesteziyasi (shilliq qavatni 10% lidokain eritmasi, 2% tetrakain eritmasi bilan moylash) yoki singan sohada 1-2 ml 1% prokain eritmasi (2% lidokain eritmasi) yuborish yo'li bilan infiltratsion anesteziya yordamida o'rnatiladi.

Tashqi burunning lateral siljishi bilan qayta tiklash chapga burish paytida o'ng qo'lning bosh barmog'i va shunga mos ravishda chap qo'l - o'ngga burish paytida amalga oshiriladi. Bu raqamli qisqartirish deb ataladigan usul (3-36-rasm, a). Barmoq bosimi sezilarli bo'lishi mumkin. Parchalarni normal holatga o'tkazishda odatda xarakterli siqilish eshitiladi.



a



b

Rasm. 3-36. *Burun suyaklarining joylashishi: a - barmoq; b - barmoq bilan ishlash*

Burun suyaklarining depressiyali sinishlarida Yu.N. Volkova ning burun elevatorlari reduksiya uchun ishlatiladi. Etarli anesteziyadan so'ng, o'ng yoki chap burun ko'targichi mos ravishda ilgari o'lchangan chuqurlikka burun bo'shlig'iga kiritiladi va burun orqasining normal anatomik holati oldinga va yuqoriga qarab tortish yo'li bilan tiklanadi (3-36-rasm, b).

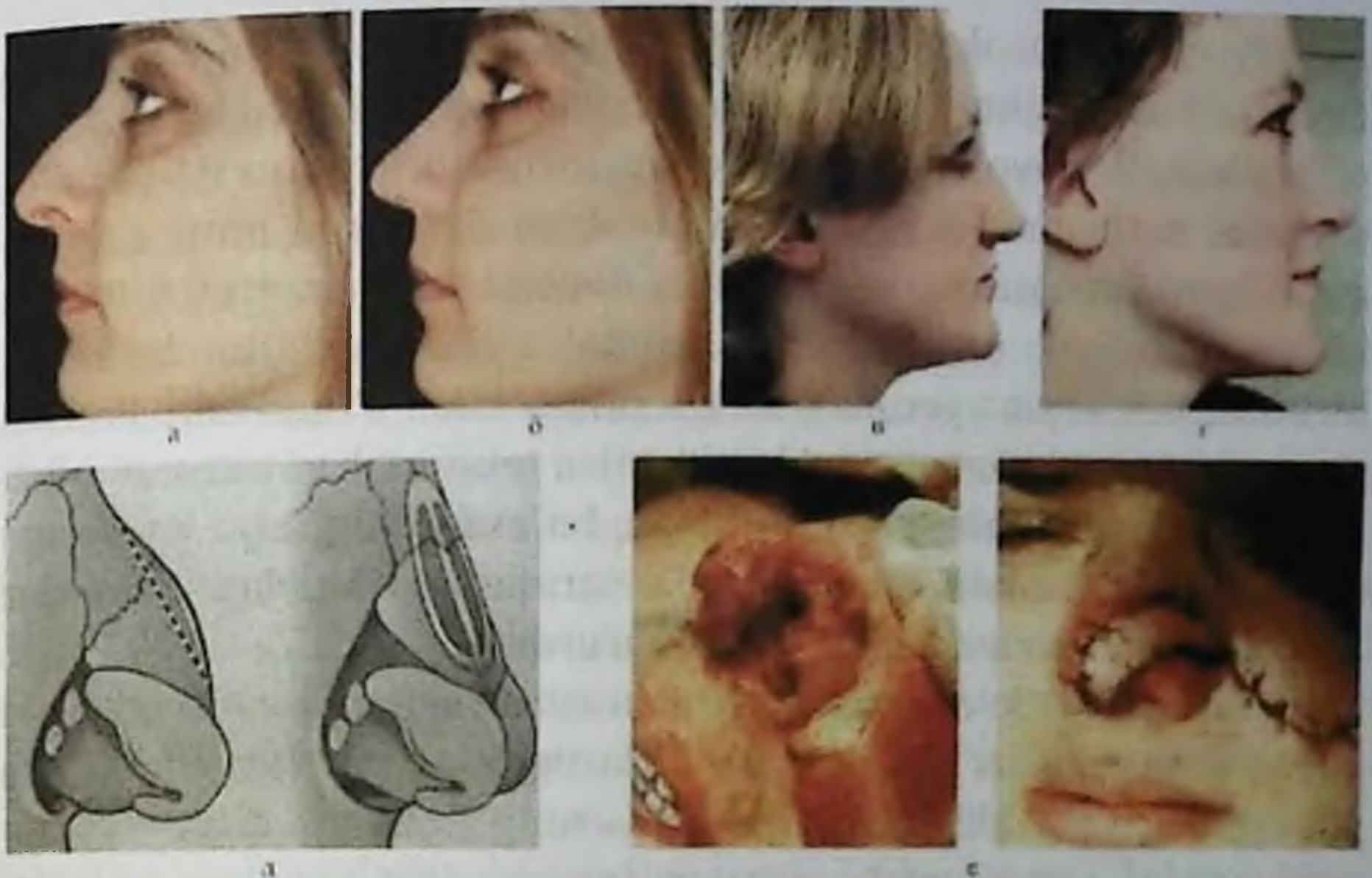
Agar tashxis qo'yilgan bir vaqtda suyak parchalar joylashishi orqasida va yon tomonida barmoqli-instrumental qisqartirish amalga oshiriladi: tegishli elevator bilan, tortish oldinga va bir vaqtning o'zida qo'lning bosh barmog'i bilan, lateral joylashishni

to'g'rilash lozim. Elevatorlar bo'lmaganda, burun suyaklari tekis pinset yoki qisqich bilan o'rnatiladi, uning uchlari doka bilan o'raladi yoki ustiga rezina naycha qo'yiladi.

Burun suyaklari qayta joylashgandan so'ng, ba'zida burunning tamponadasi yordamida suyak bo'laklarini tuzatish kerak bo'ladi, bu ko'rsatkich palpatsiya bilan aniqlangan suyak bo'laklarining harakatchanligi. Burun suyaklarining ko'p singanligi holatida, uni burunga kiritishdan oldin eritilgan kerosin (eritish harorati - 50-54° C) bilan namlangan turunda bilan tamponad bilan ta'minlanishi mumkin bo'lgan kuchli va uzoqroq fiksatsiya talab etiladi. Amaliy anesteziyadan so'ng burun bo'shlig'ining yuqori va o'rta qismlari tamponlanadi, kerosin tezda qattiqlashadi va burunning suyaklarini yaxshilab tuzatadi, shu bilan birga burun nafasini burunning pastki qismlari orqali saqlash mumkin. Parafinli tampon 7 kundan keyin olib tashlanadi, ammo u burunda 12 kungacha turishi mumkin, bu parchalarni to'g'ri davolash uchun muhimdir.

Uning doimiy nuqsonlari va deformatsiyalari bilan birga bo'lgan burun jarohatlari paytida jarrohlik (kosmetik, plastik, estetik) tuzatish zarur bo'lib, bu ko'plab otorinolarologik klinikalarda tobora ko'proq amalga oshirilmoqda. Tashqi burunning deformatsiyasi ko'pincha burun to'sig'ining egriligi bilan birlashadi, bu esa burun nafasiga xalaqit beradi. Bunday vaziyatda intranazal tuzilmalarni bir bosqichli tuzatish va tashqi burunning kosmetik nuqsonini - rinoseptoplastikani bartaraf etish taktikasi tan olinadi.

Amaliyot, qoida tariqasida, tashqi burunning o'tkir shikastlanishidan 5-6 oy o'tgach, intubatsiya anesteziya ostida amalga oshiriladi. Tashqi burundagi plastik jarrohlik paytida kirish ochiq yoki yopiq bo'lishi mumkin; nuqsonlarni bartaraf etish uchun turli xil materiallarni (masalan, avtokartilaj, saqlanib qolgan xaftaga, silikon) implantatsiya qilish keng qo'llaniladi. Tabiiyki, kosmetik jarrohlik jarrohdan juda ehtiyotkorlik va nozik jarrohlik texnikasini va individual ijodiy yondashuvni talab qiladi (3-37-rasm).



Rasm. 3-37. Tashqi burundagi plastik jarrohlik: a-d - operatsiyadan oldin va keyin; e - burunning dumbog'ini olib tashlash sxemasi; f - oyoq burunidagi teri qopqog'i bilan tashqi burun nuqsonining plastiasi fenon + fenspiverinium bromidi (maxigan b), tramadol], sedativ moddalar (xususan, oksazepam, fenobarbital). Yara infeksiyasiga qarshi kurashish va ikkilamchi asoratlarni oldini olish uchun umumiy va mahalliy antibiotik terapiyasi, suvsizlanish moddalari, gemostatik terapiya va simptomatik vositalar qo'llaniladi.

Maxillar sinus devorlarining sinishi (ko'pincha old) suyak bo'laklari taassurotlari, sinusda qon ketishi, orbital devor va zigmatik suyak sinishi bilan birga keladi. Jarrohlik aralashuvi kosmetik nuqsonni bartaraf etishga qaratilgan bo'lib, ko'pincha pastki burun chig'anog'ining ostida burun bo'shlig'i bilan anastomoz qo'yish kerak. Maxillar sinusda ajratilgan qon ketish qisman rezorbsiyalanadi, kiprikli epiteliyning ishi tufayli qonning bir qismi ajralib chiqadi. Ammo, agar jarohatdan 3-4 kun o'tgach, bemorda sinus proektsiyasida yallig'lanish, og'riq, shish va infiltratsiya belgilari paydo bo'lsa, uning tana harorati ko'tarilsa, u holda antiseptiklar bilan yuvish va antibiotiklarni kiritish bilan sinus teshilishi zarur.

Frontal sinus devorlari sinib, sinusda parcha paydo bo'lishi va frontal sinus kanalining disfunktsiyasi bilan birga jarrohlik muolajasi o'tkaziladi. Amaliyot old devorni qayta joylashtirishga va B.S.ga ko'ra drenajni mahkamlash bilan frontal-burun fistulasini hosil qilishga qaratilgan. Preobrazhenskiy 3 hafta davomida (diametri 0,6-0,8 sm bo'lgan kauchuk naycha bilan, frontal sinus va burun bo'shlig'i birlashtirilib, kesma yonidagi teriga silindr bilan o'rnatiladi). Frontal sinusning orqa devorini sinchkovlik bilan tekshirish va nazorat qilish natijasida sinish aniqlanishi mumkin, bu esa qattiq miya pardasiga ta'sir qilishni talab qiladi. Qoida tariqasida, bunday bemorlar neyroxirurg bilan maslahatlashishi zarurdir.

Burundagi likvoreyaga qarshi kurashish uchun konservativ yoki jarrohlik taktikalari qo'llaniladi. Ko'tarilgan yarim o'tirgan holatda yotaq rejimi, ikkilamchi asoratlarning oldini olish uchun antibiotiklar, suvsizlanish vositalari (venaga 40% glyukoza eritmasi yuborish, kaltsiy xlorid va natriy xlorid, furosemid, asetazolamidning gipertonik eritmalari), sedativlar va cheklangan suyuqlik iste'mol qilish bilan dieta buyurilishi lozim. Agar ta'sir bo'lmasa, jarrohlik aralashuv ko'rsatiladi, masalan, yuqori yoki o'rta burun chig'anog'iningning atrofidagi shilliq qavatidan foydalangan holda plastik nuqsoni amalga oshiriladi. Amaliyotlar endoskopik tizimlar va microinstrumentatsiya yordamida endonazal ravishda amalga oshiriladi. Ba'zi hollarda oldingi kranial chuqurcha orqali neyroxirurgik usul qo'llaniladi.

Birgalikda shikastlanganda, odatda, giyohvand bo'lmagan analgetiklar buyuriladi [masalan, metamizole natriy, metamizole natriy + pit-

Burun va paranasal sinuslarning begona jismlari

Burun bo'shliqlariga, begona jismlar bolalarda ko'proq o'ynash paytida, burunlariga turli xil narsalarni kimgizganlarida uchraydi: tugma, tangalar, kichik o'yinchoqlar, dukkakli urug'lar. Oziqlanganda begona jismlar qusish paytida burun bo'shlig'ining orqa qismlariga kirishi mumkin. Ba'zida burundan kichik tamponlar topiladi, burundan qon ketishi to'xtaganidan keyin qoldirilgan holatlarda ko'zatiladi. Kattalarda, ba'zida yuzning yaralanishlari paytida u erga

tushgan turli xil narsalar burun yoki paranasal sinuslarda o'q yoki qobiq parchalari, bo'lishi mumkin. Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarda ta'sirlangan tishlarning rivojlanishining buzilishi natijasida juda kam uchraydi. Burundagi tirik begona jismlarni aniqlashning kazuistik holatlari: qurtlar yoki suluklar tasvirlangan. Maxillar sinusda rentgen yoki KTda ba'zida rentgenokonstrast plomba moddasi, qo'shni tishlarning tepalarini to'ldirganda u erga etib bordi. Burundagi yoki sinusdagi begona jism shilliq qavatini shikastlaydi, surunkali yallig'lanish jarayonini qo'zg'atadi va saqlaydi va granulyatsiyalar rivojlanishiga olib keladi. Burun bo'shlig'ida begona jismning uzoq vaqt qolishi bilan rinolit yoki nazal tosh hosil bo'lishi mumkin. U begona jism atrofida kaltsiy va fosfat tuzlarining cho'kishi natijasida hosil bo'ladi. Sinusda begona jism bilan surunkali sinusit hosil bo'ladi. U begona jism atrofida kaltsiy va fosfat tuzlarining cho'kishi natijasida hosil bo'ladi. Sinusda begona jism bilan surunkali sinusit hosil bo'ladi. U begona jism atrofida kaltsiy va fosfat tuzlarining cho'kishi natijasida hosil bo'ladi. Sinusda begona jism bilan surunkali sinusit hosil bo'ladi.

Burundagi yoki paranasal sinusdagi begona jism burun nafasini bir tomonlama buzilishi bilan namoyon bo'ladi, qon aralashmasi bilan shilliqli-yiring ajralish tez-tez qayd etiladi va surunkali sinusit rivojlanishi mumkin. Burunning begona jismiga tashxis qo'yish uchun burun shilliq qavatining anemizatsiyasi va zondlash bilan rinoskopiya qilinadi. Agar sinusli begona jismga shubha qilingan bo'lsa, rentgenografiya yoki tomografiya qilish kerak. Begona jismlarni tashxislashda muhim yordam - bu burun endoskopiyasi yoki sinusoskopiya, bu jarayonda ko'pincha begona jismni olib tashlash mumkin.

Burundagi begona jism lokal qo'llaniladigan anesteziya ostida attik zond sifatida ishlatilishi mumkin bo'lgan to'mtoq ilmoq yordamida olib tashlanadi. Agar begona jism kichik va silliq bo'lsa, unda uni olib tashlash qiyin emas. Katta rinolitlarda toshni ilgari burun forsepslari bilan maydalash va qismlarga ajratish mumkin. Begona jismni olib tashlashning muvaffaqiyatsiz urinishlari shilliq qavatining travmasi, qon ketishi, begona jismning burun bo'shlig'i va

nazofarensning chuqur qismlariga harakatlanishi, nafas olish yo'llari va qizilo'ngach kirib borishi bilan birga keladi.

RINOGENIK ORBITAL VA INTRAKRANIYAL ASORATLAR

Burun va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklari turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ko'z ichi va intrakranial asoratlarning rivojlanishi bir necha sabablarga bog'liq.

- Anatomik xususiyatlar. Ko'z kosasini uch tomondan paranasal sinuslar devorlari o'rab oladi: pastdan - maxillar, ichkaridan - etmoidal va xanjar shaklida, yuqoridan - frontal. Burun bo'shlig'ining yuqori devori oldingi kranial chuqurchaning pastki qismidir.

- Nevrovaskulyar birikmalar. Burun va yuqori orbital tomirlar orqali burun bo'shlig'ining tomirlari kavernoza sinus va qattiq miya pardasining venoz pleksuslari bilan anastomozlanadi.

- Burun bo'shlig'ining limfatik tarmog'ining miyaning subaraknoid bo'sh joy bilan aloqasi.

Infektsiya ko'z kosasining va bosh suyagining bo'shlig'iga turli yo'llar bilan kiradi: aloqa, gematogen, perinevral va limfogen. Eng keng tarqalgan usul - bu aloqa qilish. Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, intrakranial asoratlarni yuqtirishning tez-tez manbai etmoidal labirint hujayralari, so'ngra frontal, maxillar va nihoyat, sfenoidal sinuslardir. Shuni ta'kidlash kerakki, orbital asoratlarning alomatlari ko'pincha mos keladi, ba'zida bir shakl boshqasiga o'tadi, bu esa differentsial diagnostikada qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

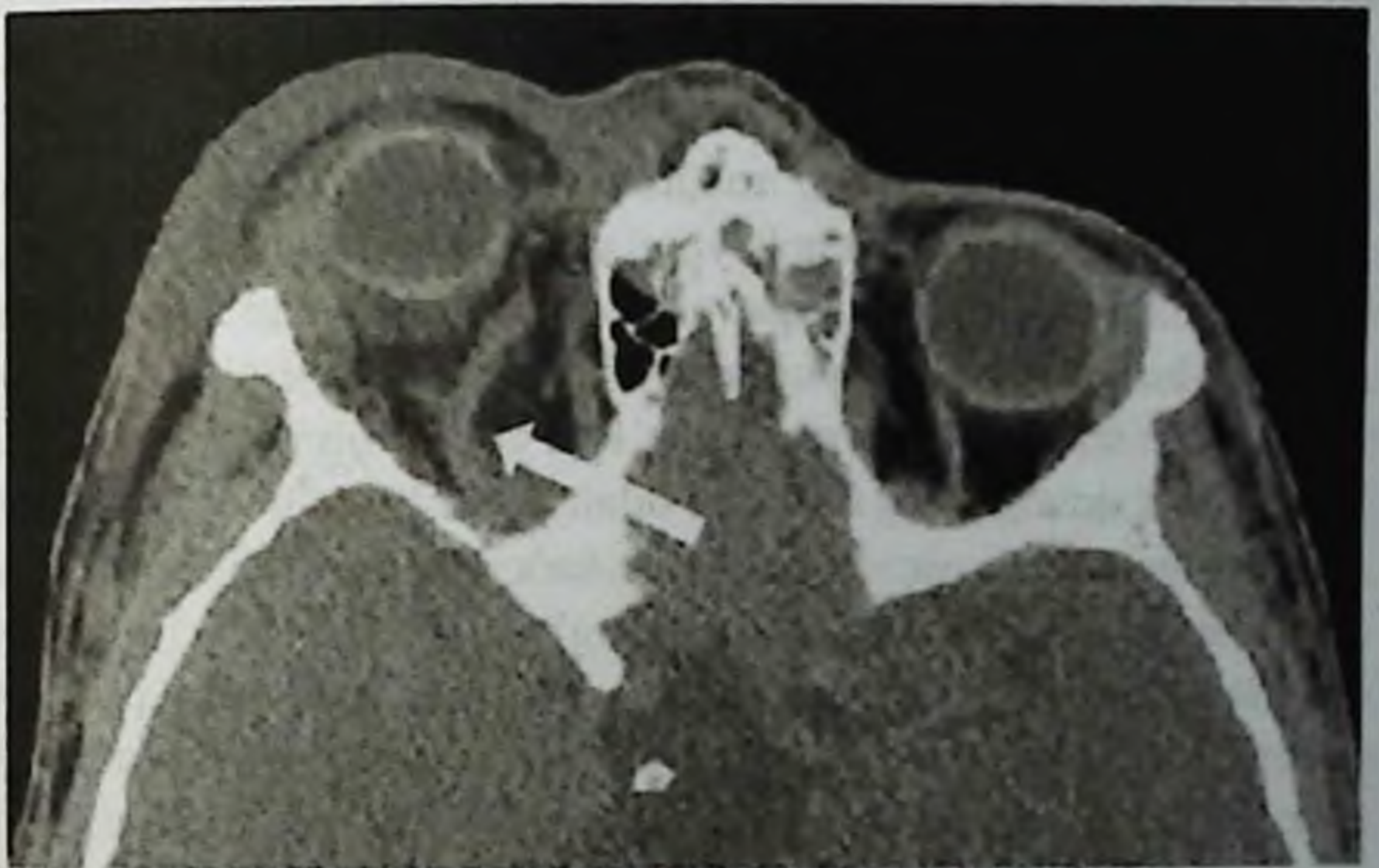
Rinogen orbital va intrakranial asoratlari bo'lgan bemorlar oftalmolog va neyroxirurg ishtirokida kasalxonada shoshilinch ixtisoslashtirilgan jarrohlik yordamiga muhtojdir.

Rinogen orbital asoratlarni quyidagi orbital asoratlardan ajratiladi:

- ko'z qovoqlari va orbital to'qimalarning reaktiv shishishi;
- orbital osteoperiostit (yiringli yoki yiringli bo'lmagan);
- qovoqning abscessi;
- subperiosteal abscess;
- ko'z kosasining flegmonasi;
- retrobulbar abscess;
- orbital to'qimalarning tomir trombozi.



a



b

Rasm. 3-38. Retrobulbar abscess: a - bemorning tashqi ko'rinishi; b - ko'z olmasiga yoki orbitaning chetiga bosilgan kompyuter tomogrammasi. Odatda, yiringli oqindi va burun tiqilishi mavjud. Ko'rish qobiliyatining pasayishi tezda yuz beradi (ko'rlik keyingi soatlarda paydo bo'lishi mumkin), ayniqsa yallig'lanish o'chog'ining chuqur joylashishi bilan. Ba'zida ko'zning mushaklari va asablarining parezlari mavjud.

Klinik rasm

Orbital asoratlarning mahalliy ko'rinishlariga ko'z kosasining va ko'z qovoqlarining to'qimalarining reaktiv shishishi, kon'yunktiva

giperemiyasi, ba'zi hollarda uning shishishi - xemoz kiradi (3-38-rasm). Ko'z olmachasi tashqi tomonga siljiydi (ekzoftalm), uning harakatchanligi cheklangan, ko'z harakatlenganda og'riq paydo bo'ladi. Jiddiy og'riqlar xarakterlidir

Odatda buzilishlar orasida isitma 39-40 °C gacha ko'tariladi, bosh og'rig'i, umumiy zaiflik va ba'zida qusish ko'zatiladi.

Qovoq va ko'z kosasi hujayrachasining reaktiv *shishishi*, ba'zida - ko'z qovog'ini oldinga siljishi (ekzoftalm), uning palpatsiya paytida og'rig'i. Ko'z kosasining yumshoq to'qimalarining reaktiv shishishi ikki omilga bog'liq:

- kollateral drenajni buzilishi va sinuslarda sekretsia to'planishi;
- ko'z kosasidagi to'qimalarning yuqumli yallig'lanish jarayoni, ularning keyingi yiringli birikmasi bilan.

Maxillar sinusning yuqori devori mintaqasidagi subperiosteal abscess ko'z qovog'ini yuqoriga siljishiga, ekzoftalmaga, pastki qovoqning shishishiga va pastki kon'yuktivaning xemoziga olib keladi. Ko'z qovog'ining abscessi bilan ko'z olmasi odatda shishgan, infiltratsiyalangan va harakatsiz ko'z qovog'i bilan yopiladi. Ikkinchisi palpatsiya paytida keskin og'riqlidir.

Retrobulbar abscess - ko'z kosasidagi tolaning orqa qismlarida yiringli joyi, u ko'z kosasining flegmonasiga aylanishi mumkin - bu ko'z kosasi tolasining erishi bilan birga tarqalgan diffuz yiringli jarayon. Kasallikning asosiy alomati - harakatchanlikning keskin buzilishi yoki ko'z olmasining to'liq harakatsizligi (oftalmoplegiya), diplopiya, ko'rishning pasayishi va ko'z tubidagi o'zgarishlar bilan og'riq ekzoftalm xizmat qiladi. Abscessning joylashishiga qarab - ko'z kosasining fastsiya to'sig'ining oldida yoki orqasida - yallig'lanish jarayonining pre va postseptal lokalizatsiyasi ajralib turadi, bu yallig'lanish ko'rinishiga jarrohlik yondashuvni aniqlashda muhimdir.

Ko'z kosasining tolasini tomirlarining trombozida bemorning og'ir umumiy holati, tana haroratining ko'tarilishi (gektik tipdagi isitma) xarakterlidir. Avvalo birinchi ko'zdan, keyin ikkinchi ko'zdan

ko'z qovoqlarining shishishi va infiltratsiyasi aniqlanadi. Ko'z atrofida zich ko'kamtir qon tomir shishlari ko'rinadi.

Kavernoz sinus jarayonida katta xavf mavjud.

Diagnostika

Rinogen orbital asoratlarni diagnostikasi rentgen ma'lumotlari, paranasal sinuslar va ko'z kosasini KT tekshiruvi, tashqi tekshiruv natijalari, rinoskopiya va anamnezga asoslangan. Agar zarur bo'lsa, sinusning diagnostik punktsiyasini bajarish, keskinlik va ko'rish maydonlarini aniqlash lozim. Differentsial diagnostika yuzning eritipellar, gematoma va qovoqning amfizemasi, shuningdek, orbital o'smalarda amalga oshiriladi.

Davolash

Rinosinusogen orbital asoratlarni davolash faqat bir vaqtning o'zida umumiy yallig'lanishga qarshi terapiya bilan jarrohlik usulida amalga oshiriladi. Paranasal sinuslarda yallig'lanishning asosiy yiringli markazini yo'q qilishga qaratilgan jarrohlik davolash favquloddagi vaziyatlarda amalga oshiriladi. Patologik o'zgargan to'qimalarni to'liq olib tashlash va burun bo'shlig'i bilan keng fistula hosil qilish bilan ta'sirlangan sinusda radikal operatsiya o'tkaziladi. Radikal jarrohlik orbital tolaning dekompressiyasi bilan birlashtirilgan. Retrobulbar abscess, orbital flegmona va subperiosteal abscess bo'lsa, fokus tashqi kesmalar bilan ochiladi va ko'z kosasining to'qimalariga kauchuk drenajlar kiritiladi. Bundan tashqari, orbital to'qimalarning endonazal endoskopik usuli bilan dekompressiyasi foydalidir.

Rinogen yiringli meningit

Rinogen meningit (meningit rinogena) - bu burun bo'shlig'i va paranasal sinuslardan bakterial infeksiya tarqalishi natijasida rivojlanadigan miya shilliq qavatining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali otit vositalarida rinitli meningit meningitga qaraganda kamroq uchraydi.

Odatda kasallik paranasal sinuslarning yuqori guruhida (frontal, etmoidal va sfenoidal) o'tkir yiringli yallig'lanish yoki surunkali yiringli yallig'lanishning kuchayishi bilan rivojlanadi. Qoida

tariqasida infektsiya oldingi kranial fossa bilan aloqa qilish orqali kirib boradi va meningitlarning yallig'lanishiga olib keladi. Yiringli meningitning paydo bo'lishi intranazal operatsiyalar paytida elak plastinkasida shikastlanishi yoki bosh suyagi poydevorining sinishi bilan mumkin.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Yiringli meningit o'tkir boshlanish, yuqori tana haroratining yuqori bo'lishi bilan tavsiflanadi. Intrakraniyal bosimning oshishi ko'ngil aynish va qayt qilish bilan birga diffuz bosh og'rig'iga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, yallig'lanish jarayoni miya yoki kranial nervlarga u yoki bu darajada tarqalib, soqchilik, psixomotor qo'zg'alish, ongni yo'qotishi va Babinskiy, Rossolimo, Oppenxaym va Brudzinskiy reflekslari kabi patologik reflekslarning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Menengitning qo'zg'ash xususiyati belgilari meningitning doimiy belgilaridir: bo'yinning qattiqlashishi va Kernig simptomi.

Menengitning diagnostik jihatdan ishonchli va doimiy belgisi bu orqa miya suyuqligining o'zgarishi: hujayralar sonining ko'payishi va undagi oqsil miqdori. Orqa miya suyuqligi ishlab chiqarishning keskin o'sishi tufayli intrakranial bosimning ko'tarilishi tufayli bel teshilishi bilan orqa miya suyuqligi tez-tez tomchilar yoki oqim bilan oqib chiqadi. Oddiy rentgen yoki KT ma'lumotlari asosiy yiringli ko'rinishni aniqlaydi.

Davolash

Kasallikni davolash yiringli fokusni yo'q qilish uchun menengitlar ta'sirida paranasal sinuslarda shoshilinch kengaytirilgan radikal operatsiya xisoblanadi. Shu bilan birga, yallig'lanishga qarshi va dehidratsiyali massiv terapiya, shuningdek bel ponksiyonlar amalga oshiriladi.

Menengit bo'yicha to'liqroq ma'lumot "Otogen meningit" bo'limida keltirilgan.

Ekstradural abstsess

Ekstradural abstsess (cheklangan paxmeningit) - bu dura mater va suyak orasidagi yiring to'plamidir. Qoida tariqasida kasallik

infeksiya tarqalishi natijasida frontal, etmoidal va kamdan-kam hollarda sfenoidal sinuslarga zarar etkazish bilan aloqa qiladi.

Klinik rasm

Klinik ko'rinish kam simptomatik bo'lib, operatsiya paytida abscess ko'proq tasodifan aniqlanadi. Bosh suyagining perkussiyasi, ko'ngil aynishi va qayt qilish xurujlari, ko'z qovog'ini tashqi tomonga siljitish bilan abscess proektsiyasini kuchaytirishi mumkin bo'lgan mahalliy bosh og'rig'i.

Umumiy holat tana haroratining ko'tarilishi, zaiflik, sog'lig'ining yomonligi, paranasal sinuslarga zarar etkazish alomatlari bilan tavsiflanadi. Tashxisni aniqlashtirish uchun bel punktsiyasining paranasal sinuslarining KT ma'lumotlari imkon beradi.

Davolash

Jarrohlik davolash - paranasal sinuslarni tubdan operatsiya qilish, yiringli o'choqni, zararlangan hududdagi miya pardalarining keng ta'sirlanishini va abscessni drenajlashni yo'q qilish orqali amalga oshiriladi.

Rinogen miya abscessi

Miyaning rinogen abscessi - bu paranasal sinuslarda fokal infeksiya bilan ikkinchidan paydo bo'lgan miyada cheklangan yiring to'planishi. Yuqtirishning eng keng tarqalgan manbai bu frontal sinus, kamroq - etmoidal labirint va maxillar sinus. Abscess odatda miyaning old qismida joylashgan bo'lib, deyarli har doim zararlangan sinus tomonida joylashgan (3-39-rasm).

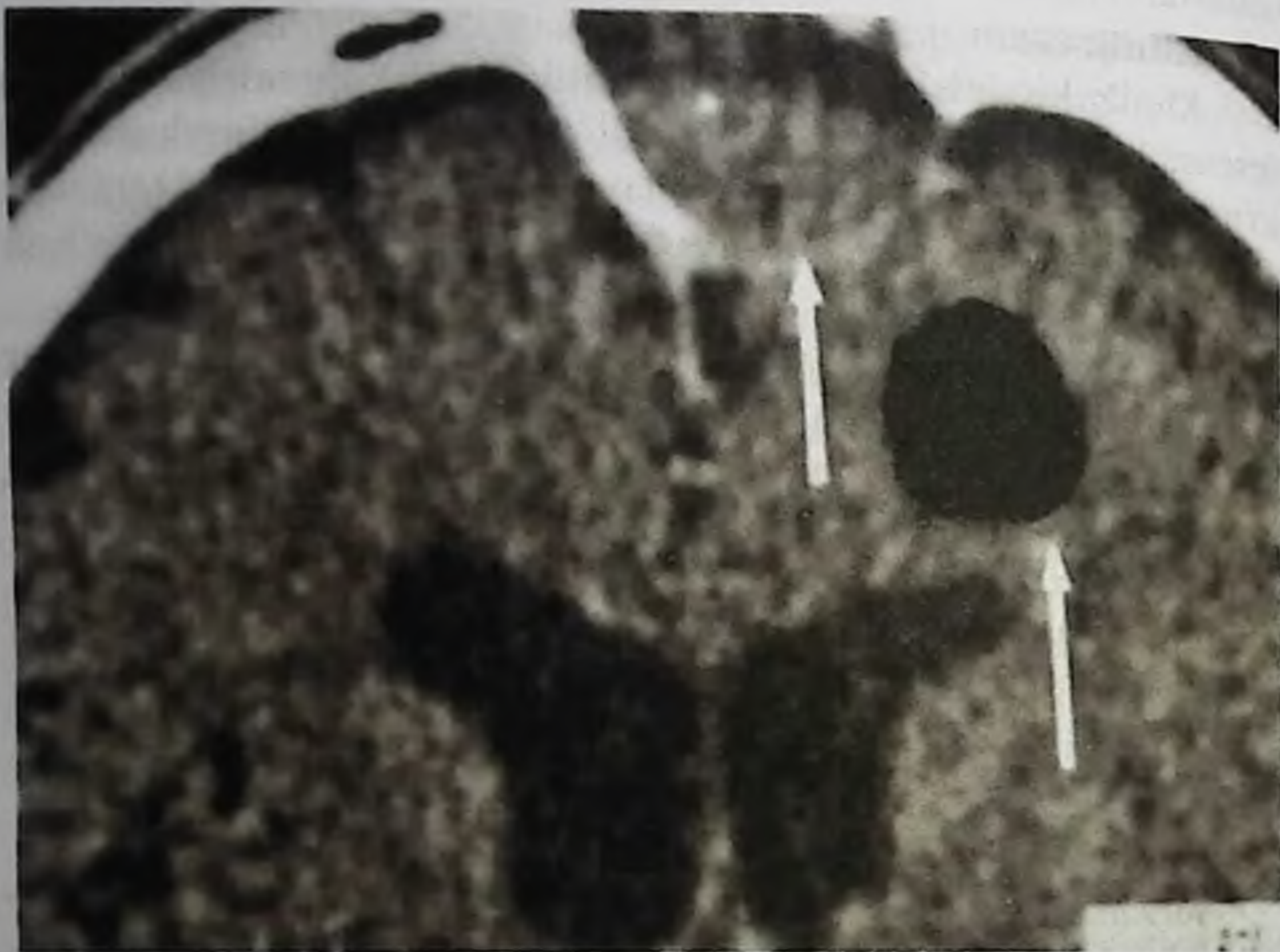
Klinik rasm

Rinogen miya abscessining mahalliy va umumiy belgilari farqlanadi. Mahalliy simptomlarga ko'z qovoqlarining shishishi, kon'yunktivaning shishishi va giperemiyasi, turli darajadagi ekzofalmoz, ko'z qovog'ini tez-tez tegishli tomonga qarab pastga va tashqariga siljishi kiradi. Umumiy simptomlar yuqumli kasallik belgilarini, meningeal, miya va fokal (uyali) belgilarni birlashtiradi.

Abscessning rivojlanishi an'anaviy ravishda to'rt bosqichga bo'linadi:

- boshlang'ich;
- yashirin (yashirin);

- aniq;
- Terminal.



Rasm. 3-39. Bosh miyaning frontal bo'lagining rinogen abscessi (kompyuter tomogrammasi). Frontal sinusning orqa devoridagi nuqson, frontal sinusning old devori mintaqasida subperiosteal abscess

Dastlabki bosqich tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi, bosh og'rig'i, qusish va umumiy zaiflik mavjud. Keyin yashirin (yashirin) davr keladi, qachonki barcha alomatlar yengil bo'lsa, bemorning ahvoli yaxshilanadi, tana harorati pasayadi, holat nisbatan qoniqarli bo'lib qoladi. Agar diqqat markazida bo'lsa, unda bu holat uzoq vaqt normallasadi.

Aniq bosqich infeksiya belgilari (zaiflik, isitma, ishtahani pasayishi) bilan birga miya va meningeal simptomlar tez-tez kuchayadi. Umumiy miya ko'rinishlariga frontal mintaqada lokalizatsiya qilingan bosh og'rig'i, qusish va uyquchanlik kiradi; meningeal simptomlariga, xususan, bo'ynining qattiqligi, Kernig, Brudzinskiy va Bekterev simptomlari kiradi. Frontal bo'lak

zararlanganlarining fokal simptomlari xarakterlidir: ruhiy buzqlik, statik va yurishning buzilishi, patologik reflekslar: tushunish va emish. Ruhiy buzilish aql va xotiraning pasayishida ifodalanadi. Eyforiya, xulq-atvorning nomuvofiqligi, ahmoqlik, ochko'zlik ko'rinadi.

Konvulsiyalar, parezlar va ko'rish buzilishlari, shuningdek, frontal bo'lak abscessining fokal ko'rinishlariga xosdir. Konvulsiyalar Jekson tutqanoqlari xarakterida bo'lib, ular qarama-qarshi tomonning yuz mushaklaridan boshlanib, avval yuqoriga, so'ngra pastki oyoqqa tarqaladi. Ba'zida nutqning buzilishi kuzatiladi. Frontal ataksiya odatiy alomatdir.

Frontal bo'lakdan tashqarida yallig'lanish reaktsiyasining tarqalishi bilan dislokatsiya alomatlari paydo bo'ladi: Abscessga qarama-qarshi tomonda sezgir va harakatlanish buzilishi. Abscessning terminal bosqichi umumiy intoksikatsiya va miya shishi hodisalari natijasida kelib chiqadigan tanadagi funktsiyalarni qo'pol ravishda buzilishi bilan tavsiflanadi.

Diagnostika

Miya abscessi diagnostikasi xarakterli shikoyatlar, umumiy klinik va nevrologik simptomlarni hisobga oladi. Kasallikning birlamchi belgilari paydo bo'lganda, bosh va paranasal sinuslarning KT yoki MRT tekshiruvda ko'rsatiladi, bu sizga bosh suyagidagi volumetrik jarayonning mavjudligi va lokalizatsiyasi to'g'risida aniq ma'lumotlarni olish imkonini beradi. Bel punktsiyasi tavsiya etiladi, unda oqsil hujayralarining ajralishi aniqlanadi, suyuqlik bosim ostida oqib chiqadi. Shu bilan birga, transtentorial yoki vaqtinchalik miyaning aralashuvidan qochish uchun orqa miya suyuqligi to'plamini minimallashtirish kerak.

Davolash

Rinogen miya Abscessini davolash paranasal sinuslarda yiringli jarayonni shoshilinch ravishda bartaraf etishdan iborat.

Agar Abscess manbai frontal sinus bo'lsa, unda jarrohlik debridatsiya miya (orqa) sinus devorining dekompressiya trepanatsiyasi bilan birlashtiriladi. Dura mater ta'siridan so'ng uning rangi, qalinligi, tolali blyashka va granulyatsiyaga e'tibor beriladi.

Dura materning teshilishi 3-4 sm chuqurlikdagi dumaloq uchi bo'lgan maxsus qalin igna bilan amalga oshiriladi. Miya abscessi topilganda yara igna orqali kengayadi va abscess bo'shlig'iga rezina chiziq kiritiladi.

Jarrohlik aralashuvi intensiv terapiya bo'limida massiv yallig'lanishga qarshi, antibakterial, detoksifikatsiya va degidratatsiya terapiyasi bilan birlashtirilishi kerak.

Kavernoz sinus trombozi

Kavernoz (kavernoz) sinus trombozi - uning qon tomir devorining yallig'lanishi bilan kechadigan sinus lümeninin to'liq oklüzyonu qadar tromb hosil bo'lishi. Kasallik nazolabial uchburchak hududidan infektsiyaning tarqalishiga bog'liq bo'lishi mumkin (burun burungi yoki paranasal sinuslarning yiringli yallig'lanishi bilan).

Klinik ko'rinishi

Kavernoz sinus trombozining klinik ko'rinishi umumiy yuqumli, miya, meningeal va mahalliy simptomlardan iborat. Umumiy namoyishlar og'ir umumiy septik holat bilan tavsiflanadi, yuqori isitma bilan birga keladi, sovuqqonlik, kuchli terlash va zaiflik bilan birgalikda kuzatiladi. Miya simptomlari intrakranial bosimning oshishi bilan bog'liq bo'lib, ularga bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qayt qilish kiradi. Meningeal namoyishlar Kernig va Brudzinskiyning salbiy alomatlari bilan oksipital mushaklarning qattiqligi (dissotsiatsiyalangan simptom kompleksi) bilan ifodalanadi.

Mahalliy belgilar orasida ko'z qovoqlarining ikki tomonlama shishishi, ximoza, ekzoftalm va ko'z qovoqlarining tushishi va ko'z mushaklari falaji mavjud. Kengaygan tomirlar ko'z qovoqlarining ingichka terisidan, peshonasidan va burun ildizidan chiqib turadi. Ko'z tubini tekshirganda, turg'unlik, optik asab papillasining shishishi, keskin kengaygan tomirlar, to'r pardada qon ketishlar ko'rinadi.

Diagnostika

Kavernoz sinus trombozi diagnostikasi umumiy klinik ma'lumotlar, bel punktsiya natijalari, paranasal sinuslarning KT va rentgen tekshiruvi asosida amalga oshiriladi.

Davolash

Davolash paranasal sinuslarda yiringli o'choqni shoshilinch sanitariya qilish va antikoagulyantlar bilan birgalikda massiv antibiotik terapiyasidan iborat.

Sepsis: rinogen, bodomsimon, otogen

Sepsis - bu yiringli yallig'lanish o'chog'idan mikroorganizmlarning qoniga vaqti-vaqti bilan yoki doimiy kirib borish natijasida kelib chiqadigan patologik simptom kompleksi.

Rinogen sepsis nisbatan kam uchraydi va burun va paranasal sinuslarda yiringli yallig'lanishning asosiy markazining joylashishi bilan tavsiflanadi. Rinogen sepsis rivojlanishidan oldin odatda kavernoza sinus tromboflebit yoki orbital to'qimalarning venoz trombozi kuzatiladi. Palatin bodomsimon bezlari va paratonsillar bo'shliqdagi yiringli jarayonlar bilan bodomsimon sepsis mumkin. Boshqalarga qaraganda tez-tez uchraydigan otogen sepsis, qoida tariqasida, sigmasimon va toshli sinuslarning tromboflebitlari bilan bog'liq.

Klinik ko'rinishi

Klinik ko'rinishda og'ir umumiy va ko'p sonli organ kasalliklari hukmronlik qiladi, mahalliy yallig'lanish alomatlari aniq ifoda etilgan.

Sepsisning ikki shakli mavjud: septikemik va septik-pyemik, ammo ularni bitta jarayonning bosqichlari deb ham hisoblash mumkin.

Jarayonning davomiyligiga qarab quyidagilar mavjud.

- o'tkir sepsis - 6 haftaga qadar;
- surunkali sepsis - 6 haftadan ortiq.

Sepsisning septikemik shakli yiringli infektsiyaning metastatik o'choqlari hosil bo'lishi bilan birga bo'lmaydi, lekin u ozmi-ko'pmi tez metastazlar paydo bo'ladigan septik-piyemik shaklga aylanishi mumkin.

Bemorga og'ir umumiy holat, yuqori tana harorati (odatda geftikal tipdagi isitma), juda katta titroq, bosh og'rig'i, zaiflik va ishtahaning pasayishi xosdir. Tana haroratining pasayishi kuchli terlash bilan birga keladi. Yurak urishi odatda tana haroratiga qarab o'zgaradi. Psixoemotsional holatdagi yalpi miya kasalliklariga (koma)

mumkin bo'lgan o'zgarishlar yuz beradi. Keyinchalik, ichki organlarning yallig'lanish o'zgarishlari qo'shiladi: buyraklar, endokard, jigar, ichak va taloq.

Mahalliy o'zgarishlar orasida shish, giperemiya va bir yoki ikkala ko'zning qovoqlari va paraorbital mintaqasining infiltratsiyasi zich tomir kordlari hosil bo'lishi kiradi. Ekzoftalm paydo bo'ladi (ko'z olmasi oldinga siljiydi), ko'zning harakatchanligi keskin cheklangan, og'riqli. Ko'rish qobiliyatiga qadar ko'rish qobiliyatining tez rivojlanishi mumkin.

Diagnostika

Sepsisga shubha qilish isitmaning davomiyligi 5 kundan ortiq bo'lganida va tana haroratining g'ayritabiiy ko'tarilishining ko'rinishi febrilgacha, so'ngra subfebrilga tushishida paydo bo'ladi. Laboratoriya qon tekshirishlari leykotsitoz yoki leykopeniya, pichoqning chapga siljishi va trombositopeniya bilan tavsiflanadi. Bakteriologik qon testining ijobiy natijalari - qon madaniyatini aniqlash. Ishonchli natijaga erishish uchun, agar iloji bo'lsa, antibiotiklarni qabul qilishdan oldin tana haroratining ko'tarilishi paytida soatlik oralig'ida 20-30 ml hajmdagi uch marta qon olish kerak.

Davolash

Kuchli terapiya, shu jumladan qo'zg'atuvchi o'choqni, etiotrop va patogenetik ta'sir preparatni shoshilinch jarrohlik yo'li bilan yo'q qilish kerak. Oldin bakteriologik tadqiqotlar natijalarini olish, empirik antibiotik terapiyasi maksimal dozada amalga oshiriladi. Bir vaqtning o'zida bir nechta keng spektrli antibiotiklarni qabul qilish (sefalosporinlar, ftorxinolonlar, metronidazol kabi) samarali bo'ladi. Antibiotiklar tana haroratining normallasishiga qaramay, 2 hafta davomida buyuriladi. Detoksifikatsiya terapiyasi ko'p miqdordagi suyuqlikni diuretiklar bilan birgalikda vena ichiga yuborishni o'z ichiga oladi (majburiy diurez usuli). Shuni yodda tutish kerakki, AOK qilingan suyuqlik miqdori chiqarilgan siydik hajmidan oshmasligi kerak. Glyukokortikoidlar bilan bir vaqtning o'zida qisqa muddatli davolash kursi samarali (5-7 kun, dorilarning immunosuppressiv ta'sirini hisobga olgan holda). Semptomatik davolash o'tkaziladi,

yurak etishmovchiligi to'xtatiladi, vazodilatatorlar va analgetiklar qo'llaniladi.

Endonazal endoskopik jarrohlikning zamonaviy usullari

Hozirgi vaqtda jarrohlik amaliyotida *endoskopik (funktsional)* mikroxiirurgiya usullari keng qo'llanilmoqda. Ushbu yumshoq usullarning kontseptsiyasi burun bo'shlig'i lateral devorining muhim sohalarida cheklangan jarrohlik aralashuvlar orqali burun shilliq qavati va intranazal tuzilishlarni maksimal darajada saqlashga asoslangan. Jarrohlikning maqsadi anatomik tuzilmalarni iloji boricha kamroq o'zgartirib tabiiy shamollatish va drenaj traktini tiklash.



Rasm. 3-40. Otorinolaringologning ish joyi

Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarni tekshirish, diagnostika va ushbu sohadagi jarrohlik aralashuvlar uchun «Karl Storz», «Richard Wolf», «Karl Zeis», firmalari tomonidan ishlab chiqarilgan qattiq endoskopik to'plamlar, moslashuvchan endoskoplardan va uzoq vaqt davomida ishlaydigan mikroskoplar qo'llaniladi. Anatomik jihatdan murakkab bo'lgan burun ichi relyefini tekshirishda qulaylik uchun paranasal sinuslar va nazofarenks, so'nggi va lateral optikali endoskoplardan, diametri 4 va 2,7 mm bo'lgan 0, 30, 70, 90, 120 ° ko'rish maydonlari burchaklari qo'llaniladi. Zamonaviy talablarga muvofiq tibbiyot muassasalari endomikroskopiya, endofoto va video yozib olish imkoniyatiga ega zamonaviy LOR uskunalari, shuningdek elektron axborot tashuvchilar bilan jihozlangan bo'lishi kerak (3-40-rasm).

Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarni diagnostik endoskopiya qilish ko'rsatkichlari va uning usuli

Diagnostika va jarrohlik endoskopiya usullari an'anaviy ravishda ajralib turadi. Diagnostik endoskopiyaning maqsadi shilliq qavatdagi patologik o'zgarishlarning dastlabki alomatlarini aniqlash, mini-invaziv jarrohlik amaliyotini o'tkazish, bu shilliq qavat, burun chig'anog'i va boshqa anatomik tuzilmalarni maksimal darajada saqlashni ta'minlaydi. Diagnostik endoskopiya ko'rsatkichlari juda keng va burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning deyarli barcha spektrlarini o'z ichiga oladi:

- burun nafasini buzilishi;
- doimiy burun oqishi;
- hidni buzilishi;
- takroriy burun qonashlari;
- burun bo'shlig'ining o'smalari;
- polipoziya sinusiti;
- eshitish naychasining disfunktsiyasi;
- kelib chiqishi noma'lum bo'lgan bosh og'rig'i;
- operatsiyadan oldin tekshirish va davom etayotgan terapiyani operatsiyadan keyingi nazorat;
- foto va video hujjatlarga bo'lgan ehtiyoj.

Endoskopiya dan oldin burun tozalanishini o'tkazish kerak, ba'zi hollarda shilliq qavatning anemizatsiyasi va anesteziyasi qo'llaniladi. Eng ko'p ishlatiladigan endoskop - bu 0° ko'rish doirasiga ega bo'lgan qattiq endoskop hisoblanadi.

Burun bo'shlig'ini endoskopik tekshirish uchta asosiy bosqichdan iborat.

- *Burun dahlizi va umumiy burun yo'llarining umumiy panoramali ko'rinishi.* Keyin endoskop burun bo'shlig'ining pastki qismi bo'ylab nazofarenks tomon yo'naltiriladi. Pastki burun chig'anog'ining shilliq qavatining holati baholanadi, ba'zida nazolakrimal kanalning og'zini ko'rish mumkin, ilgari sinus bilan ishlangan, pastki burun yo'lidagi maxillar sinus bilan fistula kuzatiladi. Endoskopni orqaga siljitish paytida pastki burun chig'anog'ining orqa uchlari holati, eshitish naychasining og'zi, nazofarenks forniksi va adenoid vegetatsiyasi borligi baholanadi (3-41-rasm, a-d).

- *Burun dahlizidan endoskopni o'rta burun chig'anog'iga qarab siljitish.* O'rta burun chig'anog'ini va o'rta burun yo'li tekshiriladi. Ba'zan o'rta burun chig'anog'ini medial yo'nalishda sublüksatsiya qilish kerak bo'ladi. Ilgaksimon o'simta, etmoidal suyak pufagi yarimoysimon yorig'i, infundibulum tekshiriladi, o'rta burun chig'anog'i shilliq qavatining giperplaziyasi va osteomeatal kompleksning blokadasini tekshirib baholanadi (3-41-rasm, e). Ba'zan sfenoidal sinusning chiqishini farqlash mumkin. Maksillar sinusning tabiiy anastomozini ko'rinmaydi, chunki u odatda ilgaksimon o'simtaning erkin qirrasini orqasida yashiringan bo'ladi.

- *Yakuniy bosqich - yuqori burun yo'llarining va hid bilish yorig'ining tekshirilishi.* Ba'zan etmoidal labirintning orqa hujayralarining yuqori burun chig'anog'ini va chiqib ketadigan teshiklarini tasavvur qilish mumkin.

Keyinchalik batafsilroq ma'lumot olish uchun endoskoplarni 30° va 70° ko'rish burchaklaridan foydalanish tavsiya etiladi.

Maksillar sinusning diagnostik endoskopiya uchun ko'rsatmalar (sinusoskopiya):

- maxillar sinusning ajratilgan shikastlanishlaridagi tashxisni aniqlashtirish;
- begona jismlarni olib tashlash;
- turli xil tibbiy muolajalar (terapevtik sinusoskopiya).

Odatda, maksillar sinusning endoskopiya uchun old devor orqali yondashuv texnik jihatdan sodda bo'lgani uchun ishlatiladi. Jarayon, uchburchak nervlarining infraorbital shoxining va fossa canina soxasidagi yumshoq to'qimalarni lokal infiltratsion anesteziyasi ostida o'tkaziladi.



a



b



c



d

Jadval. 3-41. *Burun bo'shlig'ini endoskopik tekshirish: a - III darajali adenoid vegetatsiyalari; b - osteomeatal kompleks, o'rta burun chig'anog'ining old qismi giperplaziyasi; c - sfenoidal sinusning ochilishi; d - o'rta burun yo'lini to'sib qo'yuvchi osteomeatal mintaqadagi polip.*

Diametri 4 mm bo'lgan gilzai maxsus troakar yordamida maxillar sinusning old devori 3 va 4 tishlarning ildizlari orasi darajasidagi bir xil aylanish harakatlari bilan osonlikcha "buraladi". Keyin gilza yorit 0-70° gichi ko'rish burchagi bo'lgan endoskoplar ketma-ket kiritiladi, bu sinus devorlarini sinchkovlik bilan

tekshirishga, shilliq qavatning holatini baholashga, biopsiya uchun to'qima namunalari olishga, kistalarni ochishga va olib tashlashga imkon beradi. (3-42-rasm). Tadqiqot oxirida troakar gilzasi bir xil yumshoq aylanish harakatlari bilan olib tashlanadi. Teshilish joyi tikilmaydi. Bemorga 5-6 kun davomida burnini intensiv ravishda puflashdan tiyilish so'raladi.



Jadval. 3-42. Maksillar sinusning endoskopik sinusoskopiya: a - troakar kiritish sxemasi; b - qattiq endoskop bilan sinusni tekshirish

Endoskopik endonazal operatsiyaga ko'rsatmalar va endoskoplarning yordamida burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarda operatsiya usullari

XX asrning 70-yillari boshlarida ishlab chiqilgan endonazal endoskopik jarrohlikning nazariy talablari. Professor Messer-Klinger, paranasal sinuslar kasalliklarining rinogen xususiyatini tan olishga asoslangan.

Burun bo'shlig'idagi ko'plab yallig'lanish kasalliklarining sabablari tabiiy sinus fistulalari sohasida, lateral burun devorining tor tirqishlarida paydo bo'ladigan patologik o'zgarishlardir. Burun bo'shlig'ining lateral devorining tabiiy ravishda tor bo'lgan, ayniqsa osteomeatal kompleks sohasidagi bu joylari paranasal sinuslarning normal fiziologiyasida asosiy rol o'ynaydi.

Sog'lom odamning burun bo'shlig'ining shilliq qavati kuchli himoya mexanizmi - mukosilyar klirens tufayli infektsiyaga chidamli. Shish (hatto kichik), burun to'sig'ining egriligi va burun chig'anog'ining giperplaziyasi kabi buzilishlar shilliq qavatining kirpikli epiteliya bilan qoplangan qarama-qarshi joylari o'rtasida

aloqa qilishiga olib kelishi mumkin. Natijada, kirpiklarning bu sohada harakatlanishi sekinlashadi yoki bloklanadi va mukotsilyar tashish yaroqsiz holga keladi. Natijada, shilliqqurt ko'chirilmaydi, bu esa keyinchalik paranasal sinuslarga tarqalishi bilan infektsiyani yuqtirish uchun sharoit yaratadi, shuning uchun funktsional endoskopik minimal jarrohlik kontseptsiyasi burun bo'shlig'ining patologik deformatsiyalarining fiziologik funktsiyasining maksimal tiklanishiga asoslangan.

Endoskopik endonazal jarrohlik uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar mavjud. Endoskopik funktsional jarrohlikning eng keng tarqalgan ko'rsatkichlari:

- o'tkir va surunkali seroz va ekssudativ sinusit;
- cheklangan polipozli sinusit;
- sinuslarning zamburug'li kasalliklari;
- sinus kistalari;
- burun bo'shlig'i va sinuslarining begona jismlari;
- burun shilliq qavatining pufagi va giperplaziyasi;
- uzoq muddatli lakrimatsiya bilan lacrimal xaltacha va nazolakrimal kanal patologiyasi (dakriosistorinostomiya).

Endonazal endoskopik operatsiya mustaqil va etarli usul sifatida tavsiya etilmaydi:

- intrakranial va orbital rinogen asoratlari bilan;
- burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning xavfli o'smalari;
- paranasal sinuslar devorlarining ostiomieliti;
- sinuslarda oldingi operatsiyalardan so'ng fistula sohasini chandiqli va suyak obliteratsiyasi.

Amaliyotlar usuli

Endoskopik endonazal jarrohlikning bir necha usullari mavjud. Messerklinger bo'yicha eng ko'p qo'llaniladigan operatsiyalar texnikasi: jarrohlik aralashuvi bosqichma-bosqich amalga oshiriladi, paranasal sinuslarni ketma-ket old tomondan orqaga qarab ochiladi. Wiegand texnikasini qo'llagan holda jarrohlik aralashuvi burun bo'shlig'ining chuqur qismlaridan, xususan, sfenoidal sinusdan boshlanadi, so'ngra etmoidal labirintning orqa va o'rta hujayralari ochiladi, infundibulotomiya va nihoyat, oldingi hujayralar etmoidal

labirintasi ochilib, orqadan oldinga yo'nalishda harakat qiladi. Wiegandga ko'ra operatsiyalar yanada radikalroq, xususan, bu etmoidal labirint hujayralarining to'liq ochilishini va sinusitning deyarli barcha shakllarida pastki burun chig'anog'i ostida maxillar sinus bilan anastomoz qo'yilishini o'z ichiga oladi.

Endoskopik operatsiyalarning o'ziga xos xususiyati - bu doimiy ravishda vizual nazorat qilish imkoniyati, shuning uchun bajarilgan harakatlarning yuqori aniqligi va funktsionalligi, minimal qon ketishi va patologik o'zgarmas shilliq qavatning saqlanib qolishi.

Nazorat savollari va topshiriqlari

- Burundan qon ketishining eng ko'p uchraydigan sabablari qaysi?
- Burundan qon ketishining eng ko'p tarqalgan manbai qaerda?
- Burun qoni qon yo'qotish miqdoriga qarab qanday ajratiladi?
- Muhim qon yo'qotishining klinik belgilarini ko'rsating.
- Burundan qon ketishni to'xtatish uchun qanday usullar mavjud?
- Tashqi karotis arteriyani bog'lashda tashqi va ichki uyqu arteriyalarini qanday ajratish mumkin?
- O'tkir rinitning asosiy qo'zg'atuvchi omillarini ayting.
- Surunkali rinitning turli shakllari qanday tasniflanadi?

Surunkali rinitning kataral shakli gipertrofik rinitdan qanday farq qiladi?

Surunkali gipertrofik rinit uchun nega konkotomiya kam bajarilishi kerak?

Atrofik rinit bilan burun yo'llarining zararlanishi keskin kengaygan bemorda burun nafas olish qiyinligini qayd etishini qanday tushuntirish mumkin?

Ozenaning asosiy klinik belgilarini ko'rsating. Shakllarni sanab bering

Allergik va vazomotor rinitning o'xshashligi va farqlari nimada? Vazomotor rinit uchun jarrohlik davolash qachon ko'rsatiladi?

Adabiyotlar

1. Otorinolaringologiya.
Tibbiyotoliyo`quvyurtlaristudentlariushundarslik /A.M. Shamsiev,
N.J. Xushvakova2018 y.
2. Otorinolaringologiyada shoshilinch tez tibbiy yordam.
O'quv qo'llanma / Xushvakova N.J., 2014y.
3. Otorinolaringologiya. Darslik / Xasanov A., Toshkent:
Sano-standart, 2013y.
4. Burun va burun yondosh bushliqlarining kasalliklari.
O'quv qo'llanma Karabaev X.E., Omonov SH.E. Toshkent: Fan va
texnika, 2013 y.
5. Оториноларингология: учебник / Бабияк В.И. СП.
2012 г.
6. Оториноларингология нац. рук-во / под ред.
В.Т. Пальчуна. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7. Xasanov S.A., Voxidov N.V. Quloq, burun, halqum va
hiqildoq kasalliklari Toshkent 2011

Интернет сайтлари

1. www.orl.by.ru
2. [http:// stsrt.binnet.com.ua/-i/ent.books/elancev/](http://stsrt.binnet.com.ua/-i/ent.books/elancev/)
3. <http://lornline.ru>
4. www.wilkins.com
5. www.belmed.info.com

Nasretdinova M.T.

**BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI KLINIK
ANATOMIYASI. BURUN VA BURUN YON
BO'SHLIQLARI O'TKIR VA SURUNKALI
KASALLIKLARI PATOGENEZI, KLINIKASI,
TASHXISLASH VA DAVOLASH**

Guvohnoma raqami 166-662

O'quv qo'llanma

"SAMARQAND" nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Baxtiniso TO'LQINOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

"SARVAR MEXROJ BARAKA" bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 23.02.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 7

Bichimi 60x841/16. "Times New Roman" garniturasida. 5,58 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 47/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

