

A.A.XAYITOV



**BURUN VA BURUN YONDOSH
BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI**

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

XAYITOV A.A



BURUN VA BURUN YONDOSH
BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI

O'quv qo'llanma

Ta'lim sohasi : sog'liqni saqlash – 5A51010



UDK 616.212.4(075.8)
BBK 56.8ya73
X-31

Xayitov A.A

Burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari [Matn]: o'quv qo'llanma /
A.A. Xayitov . – Samarqand : Samarqand, 2023. – 124 b.

Tuzuvchilar

A.A. Xayitov SamDTU 2-son otorinolariningologiya kafedrası kata
o'qituvchisi PhD

Taqrizchilar

U.I. Nurov BuxDTI otorinolariningologiya va oftalmologiya
kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent

G.O'.Samiyeva SamDTI patologik fiziologiya kafedrası mudiri
t.f.d. dotsent

Annotatsiya O'quv qo'llanma otorinolariningologiya 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'nikmalarini 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, davolash ishi va kash ta'limi fakultetlari talabalari uchun tavsiya etiladi.

ISBN 978-9910-771-10-1

© A.A. Xayitov 2023 y
© Samarqand 2023 y

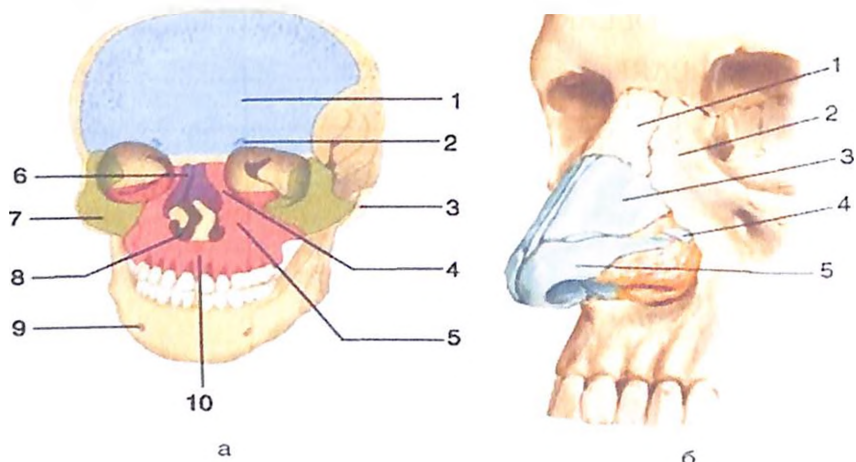
MUNDARIJA

1 BOB BURUN VA BURUN YON BO`SHLIQLARI KLINIK ANATOMIYASI	4
1.1 Tashqi burun klinik anatomiyasi	4
1.2. Burun bo`shlig`ining klinik anatomiyasi.....	7
1.3. Burun yondosh bo`shliqlarining klinik anatomiyasi.....	15
2 BOB BURUN VA BURUN YONDOSH BO`SHLIQLARI KLINIK FIZIOLOGIYASI	22
3 BOB. BURUN VA BURUN YONDOSH BO`SHLIQLARINI TEKSHIRISH USULLARI	26
4 BOB BURUN KASALLIKLARI. TASHQI BURUN KASALLIKLARI. BURUN RIVOJLANISHIDAGI ANOMALIYALAR.....	34
MUSTAQIL ISH SAVOLLARI.....	103
Burun va burun yon bo`shliqlarining zamonaviy tekshiruv usullari ...	103
NAZORAT SAVOLLARI VA TOPSHIRIQLARI.....	115
TEST SAVOLLARI	116
ADABIYOTLAR	123

1 BOB BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI KLINIK ANATOMIYASI

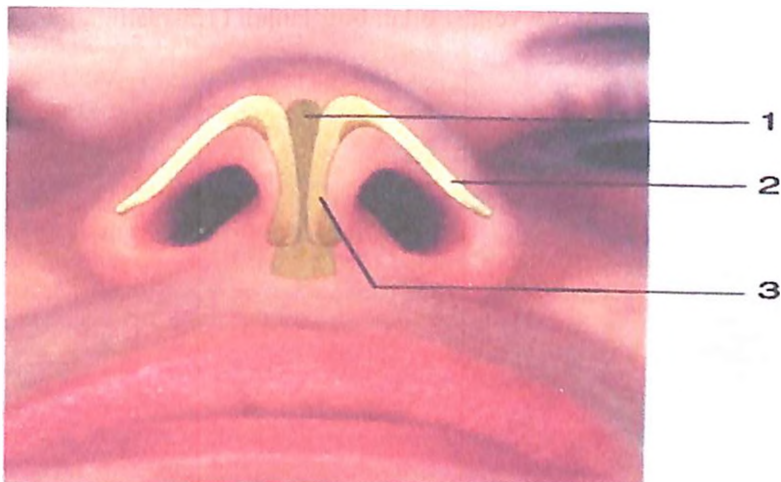
1.1 Tashqi burun klinik anatomiyasi

Yuqori nafas yo'llariga burun, burun yondosh bo'shliqlari, halqum va hiqildoq kiradi. Burun (*nasus*) – nafas olish tizimining boshlang'ich qismi bo'lib xizmat qiladi va tashqi burun hamda burun bo'shlig'idan iborat. Tashqi burun (*nasus externus*) uchburchak piramida shakliga ega, uning asosi pastga qarab yo'nalgan. Peshona bo'shligi bilan chegaradosh tashqi burunning yuqorigi tor qismi - burun ildizi (*radix nasi*) deb nomlanadi, undan pastga qarab burun uchiga o'tadigan tanasi (*dorsum nasi*) joylashgan. Tashqi burunning lateral sirtlari tashqi burun qanotlarini (*alae nasi*) hosil qiladi. Burun qanotlarining pastki erkin qirradi, burun to'sig'ining harakatlanuvchi qismi bilan birgalikda gorizontall tekislikda joylashgan bo'lib, burun yoki burun teshiklariga kirish qismini hosil qiladi. Tashqi burunning skeleti (1.1-rasm) o'rta chiziq bo'ylab bir-biriga bog'langan va uning yuqori qismida tashqi burunning orqasini hosil qiluvchi bir juft burun suyaklaridan (*ossa nasalia*) iborat.



Rasm: 1.1.(a) Yuz skeleti suyaklari : 1, 2 – peshona suyagi; 3, 7 – yanoq suyagi; 4 - Yuqori jag'ning peshona o'sig'i; 5, 10 - yuqori jag; 6 - burun suyaklari; 8 – noksimon teshik; 9 - pastki jag'. 1.1(b) Tashqi burun skeleti: 1 - burun suyagi; 2 - yuqori jag'ning peshona o'sig'i; 3 - lateral tog'ay; 4 - kichik qanotli tog'ay; 5 - katta qanotli tog'ay.

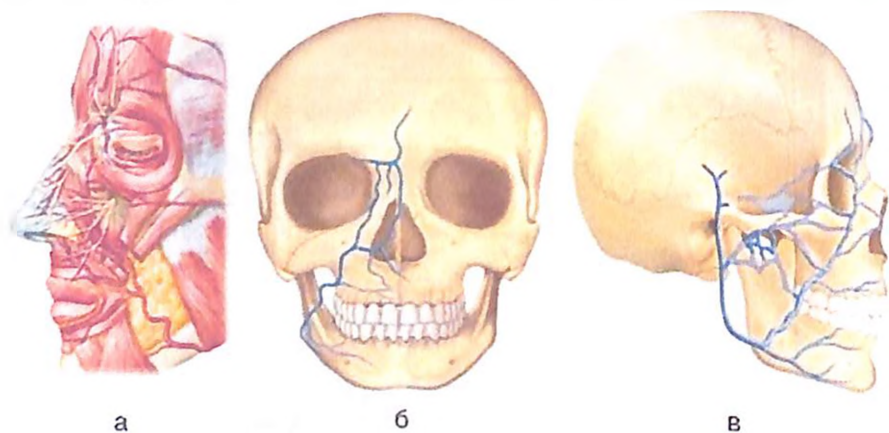
Burun suyaklarining yuqori qirralari peshona suyagini burun o'sig'i bilan bog'langan. Yon tomondan burun suyaklari yuqori jag'larning peshona o'siqlari bilan bog'lanadi (*processus frontalis maxillae*) va ular bilan birgalikda burunning yon qanotlarini hosil qiladi. Tashqi burunning tog'ay qismi (1.1-rasmga qarang: 1.1;1.2) juft lateral tog'ay (uchburchak) –(*cartilago nasi lateralis*), shuningdek katta va kichik qanotsimon tog'aylardan (*cartilago alaris major et minor*) iborat. Burunning ildiz va yon qanotlari sohasi terisi yupqa, harakatchanligi yaxshi.



Rasm.1.2. Tashqi burun tog'ay qismining anatomiyasi: 1 – to'rtburchaksimon tog'ay; 2 - katta qanotsimon tog'ay; 3 - qanotsimon tog'ayning medial oyog'i.

Burun qanotlarini qoplaydigan teri va teri osti qavati pastki to'qimalarga juda mustahkam yopishgan. Qanotlarning terisida va burun uchida yog' bezlari juda ko'p. ularning surunkali yallig'lanishi, shuningdek, chiqaruvchi kanallarning tiqilib qolishi husnbuzarlikka olib kelishi mumkin. Tashqi burunning bu qismida ko'plab ter bezlari ham mavjud. Burun dahlizi (*vestibulum nasi*) terisida ko'p miqdorda sochlar mavjud bo'lib, ular yiringli yallig'lanish - furunkul va sikoz rivojlanishiga sharoit tug'diradi. Odamlarda tashqi burun mushaklari rudimentar bo'lib, katta amaliy ahamiyatga ega. Ular burun bo'shlig'iga kirishni kengaytirish va toraytirishda muhim o'rin tutadi. Tashqi burunning qon bilan ta'minlanishi asosan, venoz qonning oqimi o'ziga xos xususiyatlarga ega. Tashqi burun terisi yuz arteriyasidan (*a. facialis*), uning so'nggi tarmog'i sanaluvchi burchak arteriyasi (ko'zning

burchagida) tarmog'idan qon oladi va tashqi jag' arteriyasining shoxlari va burun orqasi arteriyasi bilan anastomoz hosil qiladi (1.3-rasm). Burun uchida arteriyalar juda ko'p qon tomirlar to'rini hosil qilib, yaxshi arterial ta'minotni ta'minlaydi, bu esa sohadagi yaralarning tez tiklanishini, shuningdek zararlanganda to'qimalardan sezilarli darajada qon ketishi bilan izohlanadi. Tashqi burun sohasidagi venoz oqim (uchi, qanotlari, shuningdek yuqori lab sohasi) yuz venasi (*v. facialis*) tomonidan amalga oshiriladi, u burchak venasi (*v. angularis*) orqali o'rta kalla chuqurchada joylashgan kavernoza sinusga (*sinus cavernosus*) quyiladigan, yuqori ko'z venasi bilan bog'lanadi (1.3-rasmga qarang).



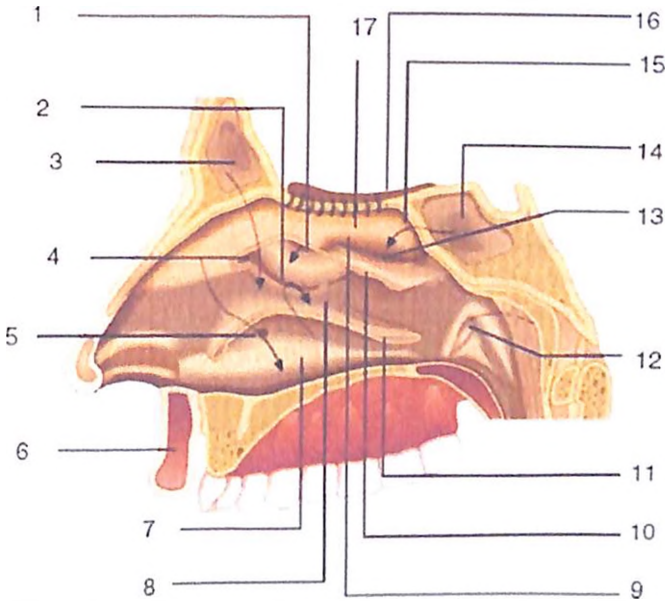
Rasm: 1.3. Tashqi burunning qon bilan ta'minlanishi va innervatsiyasi: a - yuz arteriyasi va uch shoxli nerv; b, v - yuz venalari

Ushbu holat tashqi burun va yuqori lab sohasidagi furunkulni venoz oqim bo'ylab kalla bo'shlig'iga tarqalib, g'orsimon sinus sepsisi va tromboziga olib kelishi mumkin bo'lganligi sababli, venoz oqim bo'ylab tarqalish o'ta xavfli hisoblanadi. Limfatik drenaj ushbu soha arteriyalari va venalariga hamroh bo'lgan limfa tomirlari tomonidan amalga oshiriladi; ular og'iz tirqishi darajasida teri osti to'qimalariga chuqurroq kirib, jag'osti limfa tugunlariga oqib chiqadi. Bir qator limfa tomirlari bo'yinning chuqur va yuzaki tugunlariga quyiladi. Ushbu sohalarda limfadenit paydo bo'lganda buni hisobga olish kerak.

Harakatlantiruvchi innervatsiyasi yuz nervi (*n. facialis*) tomonidan, sezgi innervatsiyasi esa uch shoxli nervning birinchi va ikkinchi tarmoqlari (*n. trigeminus*) tomonidan amalga oshiriladi.

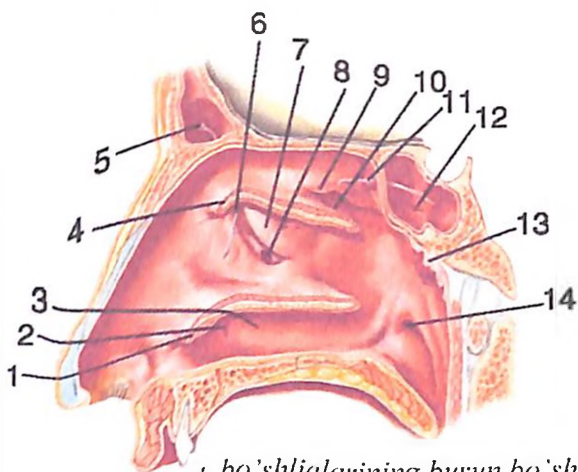
1.2. Burun bo'shlig'ining klinik anatomiyasi

Burun bo'shlig'i (*cavum nasi*) to'siq orqali burunning o'ng va chap yarmi deb ataladigan ikkita bir hil qismga bo'linadi. Burun bo'shlig'i oldinda burun teshiklari orqali tashqi muhit bilan, orqa tomondan esa xoanalar orqali tomoqning yuqori qismi – burun-halqum bilan aloqa qiladi. Burun bo'shlig'ining har bir yarmida to'rtta devor bor: medial, lateral, yuqori va pastki. Burun bo'shlig'i dahlizdan boshlanib, boshqa qismlaridan farqli o'laroq ushbu soha teri bilan qoplangan. Burun dahlizi sezilarli miqdordagi sochlarga ega bo'lib, ular burun orqali nafas olayotganda ma'lum darajada katta chang zarralarini ushlab turadigan filtr vazifasini bajaradi. Burunning lateral devorida (1.4-rasm) uchta bo'rtiq aniq ko'rinib turadi, ular bir-birining ustida joylashgan.



Rasm. 1.4. Burun bo'shlig'ining yon devori: 1 - o'rta chig'anoq; 2 - yuqori jag' bo'shlig'i teshigi; 3 - peshona bo'shlig'i; 4 - peshona bo'shlig'i teshigi; 5 - ko'z-yosh burun kanal; 6 - yuqorigi lab; 7 - pastki burun yo'li; 8 - o'rta burun yo'li; 9 - yuqorigi burun chig'anog'i; 10 - o'rta burun chig'anog'i; 11 - pastki burun chig'anog'i; 12 - eshituv nayining teshigi; 13 yuqorigi burun yo'li; 14 - ponasimon bo'shliq; 15 - ponasimon bo'shliq teshigi; 16 - g'alvirsimon plastinka; 17 - hidlov zonasi.

Bular burunning 3 ta chig'anoqlari (*conchae nasales*): pastki, o'rta va yuqori (*conchae nasalis inferior, media et superior*). Eng katta pastki burun chig'anog'ining asosini mustaqil suyak hosil qiladi, o'rta va yuqori chig'anoqlar esa g'alvirsimon suyak plastinkalari sanaladi (1.5-rasm).

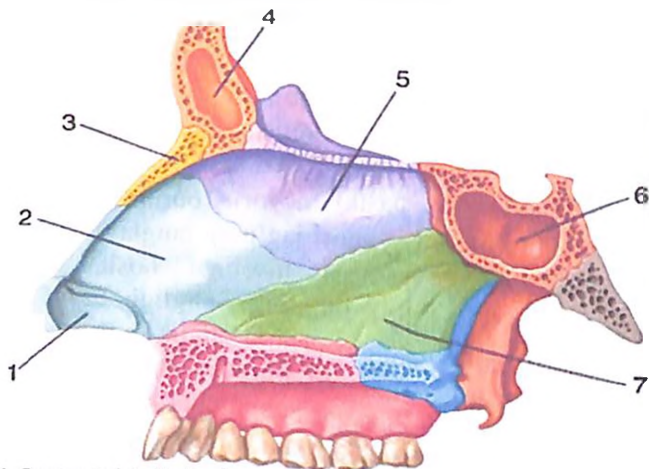


Rasm. 1.5. Burun yondosh bo'shliqlarining burun bo'shlig'i bilan aloqasi: 1 - pastki burun chig'anog'i; 2 - ko'z yosh-burun kanalning ochilishi; 3 - pastki burun yo'li; 4 - o'rta burun chig'anog'i; 5 - peshona bo'shlig'i; 6 - peshona bo'shlig'ining tirqishi; 7 - g'alvirsimon pufak; 8 - yuqori jag' bo'shlig'ining tirqishi; 9 - yuqori burun chig'anog'i; 10 - yuqori burun yo'li; 11 - asos suyagi tirqishi; 12 - asos chig'anog'i; 13 - halqum limfoid bezi; 14 - eshitish naychasining suyagi bo'shlig'i; 13 - halqum tirqishi

Har bir burun chig'anog'i ostida tirqishga o'xshash bo'shliq - burun yo'li mavjud. Shunga ko'ra, pastki, o'rta va yuqori burun yo'llari mavjud (*meatus nasi inferior, medius et superior*). Chig'anoqlarning erkin yuzasi va burun to'siqlari orasidagi bo'shliq umumiy burun yo'lini hosil qiladi. Chig'anoqlarning shilliq osti qatlamida suyak to'qimalariga qo'shimcha ravishda, varikoz kengaygan venoz chigallar (kavernoz to'qimalarning bir turi) to'plami mavjud bo'lib, ularda kichik diametrli arteriolalar katta diametrdagi venulalarga oqadi. Bu chig'anoqlar hajmini oshirishga va ma'lum bir qo'zg'atuvchilar ta'sirida umumiy burun yo'li bo'shlig'ining torayishiga imkon yaratadi, bu esa nafas havosining qon bilan to'ldirilgan shilliq qavat bilan uzoqroq aloqa

qilishiga yordam beradi. Chig'anoqning oldingi uchi ostidagi pastki burun yo'lida, ko'z yosh-burun kanali burun bo'shlig'iga ochiladi va bu orqali ko'z yosh oqadi.

Burun bo'shlig'ining medial devori burun to'sig'i (*septum nasi*) bilan ifodalaniib, u ikkita suyak elementidan - g'alvirsimon suyak perpendikulyar plastinkasi va dimog' suyagidan iborat. Shuningdek tog'ay plastinkasi (to'rtburchak tog'ay) va burun dahlizida joylashgan terining duplikatsiyasidan iborat qism – burun to'sig'ining harakatlanuvchi qismi hisoblanadi (1.6-rasm).



Rasm: 1.6. Burun to'sig'i: 1 - katta qanotsimon tog'ayning medial oyoqchasi; 2 - to'rtburchak tog'ay; 3 - burun suyagi; 4 - peshona bo'shlig'i; 5 - g'alvirsimon suyakning perpendikulyar plastinkasi; 6 - ponasimon bo'shliq; 7 - dimog' suyagi.

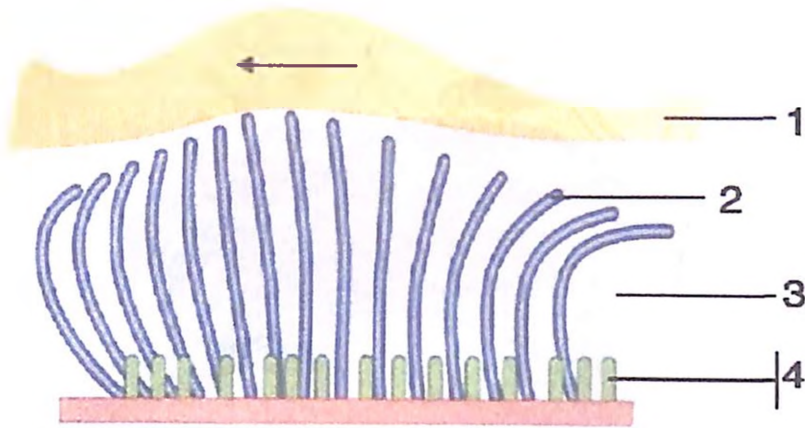
Dimog' suyagi – bu notekis to'rtburchak shaklidagi mustaqil suyak. Oldinda dimog' suyagi yuqori jag' suyagining tanglay o'siqlari bilan tutashadi. Uning orqa tomoni o'ng va chap xoana o'rtasidagi to'siqni hosil qiladi. To'rtburchaksimon tog'ayni yuqori qirasi burunning pastki orqa qismini hosil qiladi. Burun to'sig'i eguluvchan bo'lib, operatsiya paytida buni hisobga olish kerak - tog'ayni juda yuqori rezeksiya qilish burun orqasining tortilishiga olib kelishi mumkin. Kichik yoshlarda, qoida bo'yicha, 5 yoshgacha burun to'sig'ida qiyshiqlik mavjud bo'lmaydi va kelajakda burun to'sig'ining suyak va tog'ay qismlari notekis o'sishi tufayli, uning har xil darajadagi o'zgarishi kuzatiladi. Kattalar, ko'pincha erkaklarda burun to'sig'ining egriligi 95% hollarda kuzatiladi.

Burun bo'shlig'ining yuqori devori old qismlarda burun suyaklari, o'rta qismda g'alvirsimon suyakning g'alvirsimon plastinkasi (lamina cribrosa) hisobiga hosil bo'ladi. Bu burun bo'shlig'i tomining eng tor qismi bo'lib, atigi bir necha millimetrdan iborat. Ushbu devor juda nozik sanaladi va burun bo'shlig'idagi ehtiyotsizlik bilan bajarilgan jarrohlik aralashuvlarida bu ingichka plastinka shikastlanishi va oqibatda burundan likvor suyuqligining ajralishi rivojlanishi mumkin. Qo'shimcha infeksiya qo'shilishi tufayli miya pardalarining yallig'lanishi (meningit) rivojlanishi mumkin. Yuqori devor ko'p miqdordagi mayda teshiklarga (taxminan 25-30) ega bo'lib, ular orqali burun bo'shlig'iga oldingi g'alvirsimon va hidlov nerv tolalari, shuningdek g'alvirsimon arteriya va uning yo'ldosh venasi ham o'tadi - bu esa ko'p hollarda burundan qon ketishining manbasi sifatida xizmat qiladi.

Burun bo'shlig'ining pastki devori, burun bo'shlig'ini og'iz bo'shlig'idan ajratib turadi. U yuqori jag'ning tanglay o'sig'i va tanglay suyagining gorizontallik plastinkasi hisobiga hosil bo'ladi. Katta yoshdagilarda burun bo'shlig'i tubining kengligi 12-15 mm, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda - 7 mm.ni tashkil etadi. Burun bo'shlig'i orqa tomondan xoana orqali halqumning burun qismi bilan aloqa qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda xoanalar uchburchak yoki yumaloq shaklga ega bo'lib, o'lchamlari 6x6 mm bo'ladi va 10 yoshga kelib ular ikki baravar kattaradi.

Erta yoshdagi bolalarda burun yo'llari burun chig'anoqlari hisobiga torayishi mumkin. Pastki burun chig'anog'i burun bo'shlig'ining tubiga taqalib turadi. Shuning uchun, yosh bolalarda burun bo'shlig'i shilliq qavatining engilgina yallig'lanishi ham burun orqali nafas olishni to'liq yo'qolishiga, emish aktining buzilishiga olib keladi.

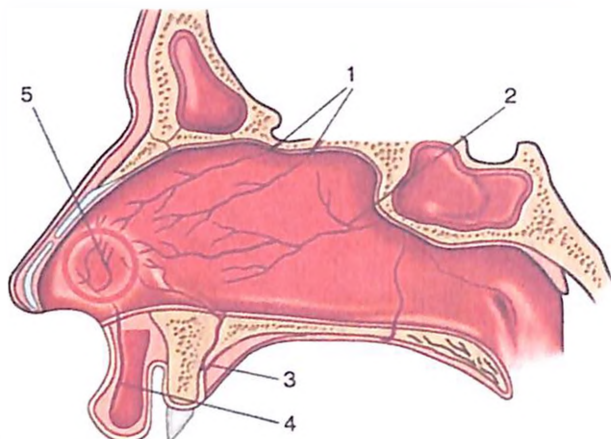
Burun bo'shlig'ining shilliq pardasi shartli ravishda ikkita - hid bilish va nafas olish zonalariga bo'linadi. Nafas olish zonasining shilliq qavati, butun uzunlik bo'ylab suyak va tog'ay hosilalar bilan mustahkam bog'langan. Uning qalinligi taxminan 1 mm bo'lib, shilliq osti qavati bo'lmaydi. Burun bo'shlig'ining shilliq qavatida hilpillovchi epiteliy hujayralari, shuningdek ko'p miqdordagi qadahsimon va bazal hujayralar mavjud. Har bir hujayraning yuzasida 250 dan 300 tagacha kiprikchalar mavjud, ular daqiqasiga 16 dan 25 martagacha tebranadi. Ushbu kiprikchalar burun bo'shlig'ining orqa qismlariga, xoanalarga qarab tebranadi (1.7-rasm).



Rasm. 1.7. Mukotsiliar transport (sxema): 1, 3 - shilliq; 2 - kiprikchalar (siliyalar); 4 - mikrovorsinkalar

Yallig'lanish jarayonlarida hilpillovchi epiteliy hujayralari qadahsimon hujayralarga metaplaziyalanishi va burun shillig'ini ishlab chiqarishi mumkin. Bazal hujayralar burun shilliq qavati regeneratsiyasini ta'minlaydi. Bu me'yor bo'yicha, burun bo'shlig'ining to'g'ri ishlashi uchun uning shilliq qavati kun davomida 500 ml ga yaqin suyuqlik chiqaradi. Yallig'lanish jarayonlarida burun shilliq qavatining ajratish qobiliyati bir necha marta ortadi. Burun chig'anog'i shilliq qavati qoplamasi ostida mayda va yirik qon tomirlari chigallaridan iborat kavernoza to'qimani eslatuvchi - kengaygan tomirlar to'ri joylashgan. Ushbu tomirlarning devorlari silliq mushaklarga ega bo'lib, ular uch shoxli nerv tolalari tomonidan innervatsiya qilinadi. Uch shoxli nerv retseptorlari ta'sirlanganda, asosan pastki chig'anoqlarda joylashgan kavernoza to'qima to'lishishi yoki bo'shashishi sodir bo'ladi. Normada, burunning har ikkala yarmi ham kun davomida notekis nafas oladi - ba'zida burunning u yoki bu yarmi, xuddi boshqasiga dam bergandek, yaxshiroq nafas oladi.

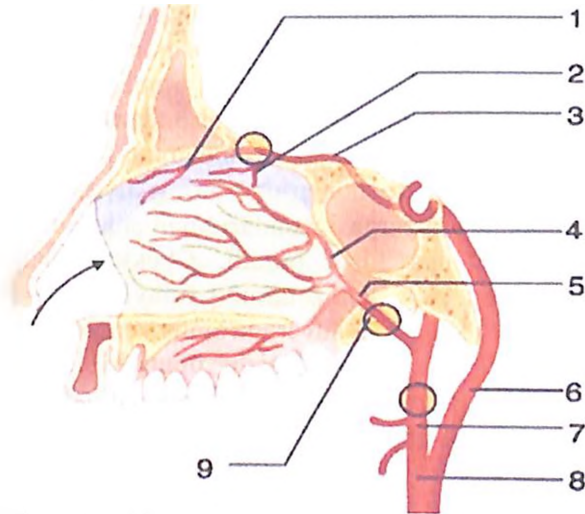
Burun to'sig'ining old qismida, arteriya va ayniqsa venoz tomirlarning to'planishi ko'p bo'lgan, taxminan 1 sm² maydonga ega bo'lgan maxsus zonani ajratish mumkin. Ushbu soha burun to'sig'ining qonovchi joyi - "Kisselbax zonasi" (*locus Kiesselbahi*) deb ataladi va aynan shu joydan burundan qon ketishi kuzatiladi (1.8-rasm).



Rasm. 1.8. Burun to'sig'ining qonovchi sohasi: 1 - oldingi va orqa g'alvirsimon arteriyalar; 2 - ponasimon-tanglay arteriyasi; 3 - tanglay arteriya; 4 - lablar arteriyasi; 5 - Kisselbax sohasi

Hid bilish sohasi o'rta chig'anoqning yuqori qismlarini, butun yuqori chig'anoqni va uning qarshisida joylashgan burun to'sig'ining yuqori qismini egallaydi. Hidlov hujayralarning aksonlari 15-20 ta ingichka asab tolalari shaklida g'alvirsimon plastinkaning teshiklaridan kalla bo'shliqqa o'tib, hidlov piyozchasiga kiradi. Ikkinchi neyronning dendritlari hidlov uchburchagi nerv hujayralariga yaqinlashadi va po'stloq osti markazlarga yetib boradi. Bundan tashqari, ushbu hosilalardan uchinchi neyronning tolalari boshlanib, bosh miya po'stlog'ining piramidal neyronlariga -ya'ni hidlov analizatorining markaziy qismiga yetib boradi.

Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlashi, tashqi uyqu arteriyasining terminal shoxlaridan biri bo'lgan, yuqori jag' arteriyasi orqali amalga oshiriladi. Undan ponasimon-tanglay arteriyasi (*a. sphenopalatina*) chiqib, taxminan o'rta chig'anoqning orqa uchi darajasida joylashgan xuddi shu nomdagi teshik orqali burun bo'shlig'iga kiradi. Bu arteriya burun yon devori va burun to'sig'iga shoxlar beradi, kema kanali orqali katta tanglay arteriyasi va yuqori labning arteriyasi bilan anastomoz hosil qiladi. Bundan tashqari, ichki uyqu arteriyasining shoxi sanaluvchi ko'z arteriyasidan chiqadigan oldingi va orqa g'alvirsimon arteriyalar ham (*a.ethmoidalis anterior et posterior*), burun bo'shlig'iga kirib boradi (1.9-rasm).



Rasm: 1.9. *Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlash: 1 - oldingi g'alvirsimon arteriya; 2 - orqa g'alvirsimon arteriya; 3 - meningeal arteriya; 4 - ponasimon-tanglay arteriyasi; 5 - yuqori jag' arteriya; 6 - ichki uyqu arteriya; 7 - tashqi uyqu arteriyasi; 8 - umumiy uyqu arteriya; 9 - yuqori jag' arteriyani embolizatsiya qilish joyi*

Shunday qilib, burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlanishi ichki va tashqi uyqu arteriyalari tizimi orqali amalga oshadi va shuning uchun ham, tashqi uyqu arteriyasini bog'lash, har doim ham shiddat bilan kechuvchi burun qonashlarini to'xtatishiga olib kelmaydi. Burun bo'shlig'ining venoz tomirlari arteriyalarga nisbatan yuzaki joylashgan bo'lib, burun chig'anoqlari va burun to'sig'i shilliq qavatida bir nechta chigallarni hosil qiladi, ulardan biri bo'lgan Kisselbax joyi to'g'risida yuqorida ta'rif berib o'tildi. Shuningdek, burun to'sig'ining orqa qismlarida kattaroq diametrlil venoz tomirlar to'plami mavjud. Burun bo'shlig'idan venoz qonning oqimi bir necha yo'nalishda oqadi. Burun bo'shlig'ining orqa qismlaridan venoz qon qanotsimon chigalga (*plexuspterygoideus*) kiradi, bu esa o'z navbatida o'rta kalla chuqurchasida joylashgan g'orsimon sinus (*sinus cavernosus*) bilan aloqaga ega. Bu yuqumli jarayonning burun bo'shlig'idan va halqumning burun qismidan kranial bo'shliqqa tarqalishiga olib kelishi mumkin. Burun bo'shlig'ining old qismlaridan venoz qon - yuqori labning tomirlariga, burchak tomirlarga oqadi, ular ham yuqori ko'z venasi orqali kavernoza sinusga kirib boradi. Shuning uchun burunning

kirish qismidagi tuklar bo'lgan soha - furunkulida, infeksiyani kranial bo'shliqqa tarqalish ehtimoli mavjud. G'alvirsimon labirint oldingi va orqa venalarini ko'z kosasi venalari bilan aloqasi juda muhimdir. bu yallig'lanish jarayonining g'alvirsimon labirintdan ko'z kosasi tarkibiga o'tishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, g'alvirsimon labirintning oldingi venalari shoxlaridan biri, g'alvirsimon plastinkadan o'tib, miyaning yumshoq pardasi venalari bilan anastomoz qilib, oldingi kalla chuqurchasi ichiga kirib boradi. Chekka sohalarda ko'plab anastomozlar bo'lgan zich venoz tarmoq tufayli, jag'-yuz sohasining tromboflebitida, ko'z kosasi va kavernozi sinus venalarining trombozi va sepsisi kabi og'ir asoratlar rivojlanishi mumkin. Limfatik tomirlar, limfani burun bo'shlig'ining orqa qismlariga yo'naltirib, halqumning burun qismiga o'tib, eshitish naylari halqum teshiklarini yuqoridan va pastdan chetlab o'tib, bo'yinning umurtqa oldi va xususiy fassiyalari o'rtasida joylashgan - halqum limfa tugunlariga kirib boradi. Burun bo'shlig'idan limfa tomirlarining bir qismi chuqur bo'yin tugunlariga yo'naladi. Limfa tugunlarining ko'p sonli ekanligi burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shliqlari, shuningdek o'rta quloqdagi yallig'lanish jarayonlari paytida, bolalarda halqum xo'ppozlarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Burun bo'shlig'i va g'alvirsimon labirintning yomon sifatli o'smalarida metastazlar ham limfa oqimi xususiyatlari bilan bog'liq o'ziga xos lokalizatsiyaga ega, ya'ni ichki bo'yinturuq venasi bo'ylab limfa tugunlarining kattalashuvi bilan izohlanadi.

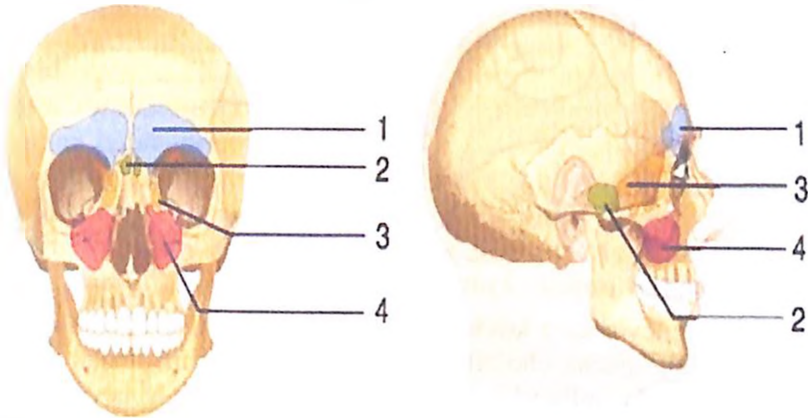
Burun bo'shlig'i innervatsiyasi:

- a) hidlov;
- b) sezgi;
- c) vegetativ.

Hidlov innervatsiyasi hidlov nervi (*n. olphactorius*) tomonidan amalga oshiriladi. Hidlov nervining uchlari elaksimon plastinka orqali burun bo'shlig'iga kirib boradi va yuqori burun yo'lining shilliq qavatini innervatsiya qiladi. Sezgi innervatsiyasini - uch shoxli nervning (*n. trigeminis*) birinchi va ikkinchi tarmoqlarini sezgi tolalari ta'minlaydi. Burun bo'shlig'ining vegetativ innervatsiyasi qanotsimon kanal nervi bilan ifodalanadi (Vidiev nervi; *n. canalis pterygoidei*). Burun bo'shlig'ining vegetativ nerv tizimi kavernozi to'qimalar tonusini va qon bilan to'lishishini tartibga soluvchi nozik mexanizmlarni shakllantiradi, shuningdek shilliq qavat bezlarining sekretsia darajasini tartibga soladi.

1.3. Burun yondosh bo'shliqlarining klinik anatomiyasi

Burun yondosh bo'shliqlari (*sinus paranasalis*)- bu burun bo'shlig'i yaqinida joylashgan va u bilan teshiklar orqali bog'langan havo bo'shliqlaridir. Bularga yuqori jag', peshona va ponasimon bo'shliq hamda g'alvirsimon bo'shliqlar kiradi (1.10-rasm).



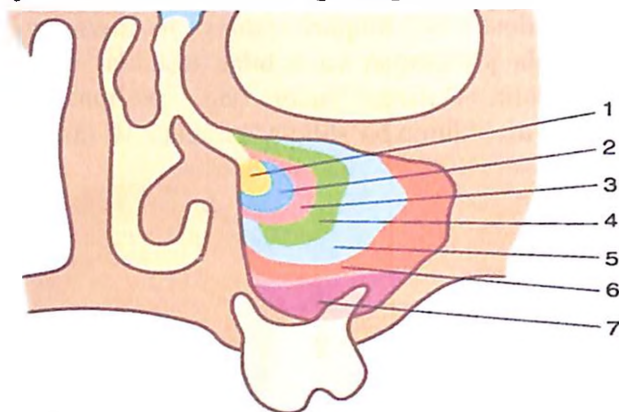
Rasm. 1.10. Burun yondosh bo'shliqlari proektsiyasi: 1 – peshona bo'shliqlari; 2 – ponasimon bo'shliq; 3 – g'alvirsimon bo'shliqlar; 4 – yuqori jag' bo'shliqlari

Burun yondosh bo'shliqlarni rivojlanishi homila rivojlanish davrining 9-10 xaftaligidan boshlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda barcha burun yondosh bo'shliqlari mavjud bo'ladi, peshona va ponasimon bo'shliqlar bundan mustasno, ular 6-8 yoshgacha hosil bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shliqlari

Yuqori jag' bo'shlig'i (sinus maxillaris) eng katta hajmli bo'lib, yuqori jag' suyagi tanasida joylashgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sinus yoriq shakliga ega bo'ladi va sinusning oldingi devori, orbita pastki devori va alveolyar o'siq o'rtasida chegaralangan bo'shliqni egallaydi (1.11-rasm). Uning bo'ylama o'lchami 7-14 mm, balandligi 5-10 mm bo'lib, bola hayotining birinchi yili oxiriga kelib, bo'shliq yumaloq shaklga ega bo'ladi va yuzning bosh suyagi yuz qismining o'sishi bilan asta-sekin o'sib boradi, hamda 6-7 yoshga kelib kattalarga xos bo'lgan ko'p qirrali shaklga ega bo'ladi. Tishlar almashganidan so'ng, bo'shliq hajmi yuqori jag'- yuz sohasining o'sishiga mos ravishda

orta boradi va 15-20 yoshgacha shakllanadi. Kattalardagi yuqori jag' bo'shlig'i hajmi taxminan 15-20 sm³ ga teng.



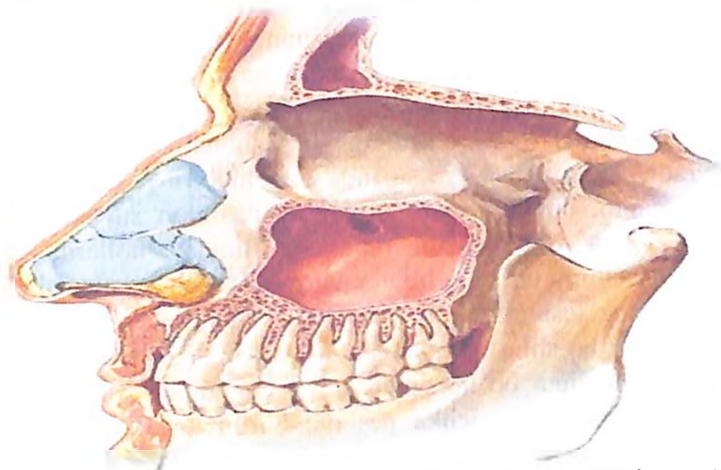
Rasm. 1.11. Yoshga bog'liq holda yuqori jag' bo'shlig'ining hajmi: 1 - 3 oy; 2 - 6 oy; 3 - 1 yosh; 4 - 3 yosh; 5 - 5 yosh; 6 - 8 yosh; 7 - 12 yosh

Oldingi devor ko'z kosasi pastki chetidan to yuqori jag' suyagining alveolyar o'sig'igacha cho'ziladi. Orbitaning chetidan, undan taxminan 0,5-1 sm pastda infraorbital kanal ochilib, u orqali neyrovaskulyar to'plam chiqadi: yuqori jag' nervi (uch shoxli nervning ikkinchi shoxi), shuningdek tegishli arteriya va vena. Infraorbital teshikning pastki qismida old devorning yaqqol bosilishi mavjud bo'lib – qoziq yoki it chuqurchasi (*fossa canina*) deb atalib – II premolyar darajasida yuqori jag' bo'shlig'ini ochish uchun tavsiya etiladigan joy sanaladi. Old devorning suyagi ancha zich, g'ovakli tuzilishga ega. Operatsiya davomida suyakdan doimiy qon ketishi kuzatilib mumkin. Yuqori devor bo'shliqning tomi bo'lib, uni orbitadan ajratib turadi. U orqali yuqori jag' bo'shlig'iga kanal, ba'zan esa yarim kanal ochiladi, bu erda yuqori jag' nervi va qon tomirlari joylashadi. Shuning uchun bo'shliqdagi patologik jarayonlar ushbu neyrovaskulyar to'plamga ta'sir qilishi mumkin. Infraorbital kanalning pastki devori sinus bo'shlig'iga aniq bir tizma shaklida chiqadi va ba'zi hollarda bo'shliqning shilliq qavati faqat nervni qoplaydi. Yallig'lanish va neoplastik jarayonlar paytida, bo'shliqning osonlikcha karies jarayoni rivojlanadigan va juda nozik bo'lgan yuqori devori orqali, o'simta yoki yallig'lanish jarayoni orbitaning tarkibiga tarqalishi mumkin. Sinus yuqori devorining medial qirrasida old sohalarda ko'z yosh suyagi bilan bog'langan va nazolakrimal kanalning yuqori teshigi hosil bo'lishida ishtirok etadi.

Uning ortida, orbitani g'alvirsimon labirint hujayralaridan ajratib turadigan qog'ozsimon plastinka joylashadi. Bo'shliqning medial devori burun bo'shlig'ining tashqi devori sanaladi. Uning oldingi qismida nazolakrimal kanal o'tib, pastki burun yo'liga ochiladi. Bo'shliqning chiqish teshigi (*ostium maxillare*) deyarli uning tomi ostida joylashgan va o'rta burun yo'liga ochiladi. Shuning uchun tananing vertikal holatida undan chiqish jarayoni qiyin kechadi. Sinusning orqa devori qiyshaygan holda turadi va yuqori jag'ning qanotsimon-tanglay chuqurchasiga olib boruvchi do'mbog'iga to'g'ri keladi. Uning yuqori qismida yuqori alveolyar nervlarning shoxlari joylashgan. Orqa yuqori qismida bu devor ponasimon bo'shliq va g'alvirsimon labirint orqa katakchalari guruhiga yaqin joylashgan. Uch shoxli nervning ikkinchi shoxi, jag' arteriyasi, orbita bilan aloqador venoz chigal, miya qattiq pardasi g'orsimon sinusining asosiy ustunini o'z ichiga olgan - qanotsimon-tanglay chuqurchasiga yaqinligi, patologik jarayonlarni yuqori jag' bo'shlig'idan ushbu sohaga o'tishiga sharoit yaratishi mumkin.

Sinusning pastki devori yuqori jag'ning alveolyar o'sig'i hisobiga hosil bo'ladi. Odatda, yuqori jag' bo'shlig'ining tubi II premolyar alveolaridan, II molyar alveolariga qadar bo'shliqni egallaydi. Odatda, u I premolyar va III molyar o'rtasida joylashadi.

Sinus tubining past holatida, qoida tariqasida, tish ildizlari va ularning teshiklari, bo'shliq oxiriga to'g'ri keladi (1.12-rasm).



Rasm. 1.12. Yuqori jag' bo'shlig'ining alveolyar o'siq va orbitalarga nisbatan joylashuvi.

I va II molyarlarning ildiz teshiklari ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'ining shilliq qavatidan juda yupqa suyak plastinkasi (0,5 mm) bilan ajralib turadi; ba'zi hollarda tish ildizlarini tepalari bo'shliq oxirida erkin holatda turadi va faqat shilliq qavat bilan qoplanadi. Bunday hollarda bo'shliqning odontogen infeksiyasini yuqtirish ehtimoli juda yuqori va bu tishlarning olib tashlanishiga va doimiy teshilish paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin, bu orqali oziq-ovqat massalari og'iz bo'shlig'idan yuqori jag' bo'shlig'iga kirishi mumkin. Qoida tariqasida, chap va o'ng bo'shliqlar simmetrikdir, ammo turli xil anomaliyalar ham uchraydi. Bularga, xususan, bo'shliqni to'siqlar orqali bir nechta kameralarga bo'linishi kiradi. Bu gaymorit bilan bemorlarni davolashda muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Yuqori jag' bo'shlig'ining shilliq qavati burun bo'shlig'i shilliq qavatining davomi hisoblanadi, ammo u juda nozik bo'lib, mukoperiost sifatida xizmat qiladi va asosiy suyakka juda mahkam yopishgan bo'ladi. Shilliq qavat qon va limfa tomirlari tarmog'i bilan yaxshi ta'minlangan bo'lib, oz miqdordagi bezlarni o'z ichiga olib, yuqori singdirish qobiliyatiga ega.

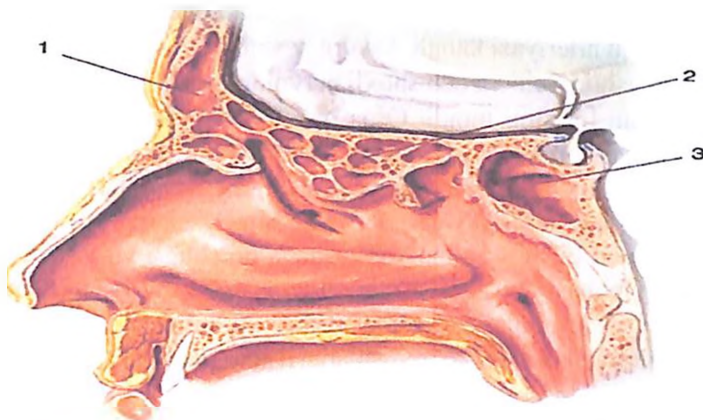
Peshona bo'shliqlari

Peshona bo'shliqlari (*sinus frontalis*) peshona suyagida joylashgan. Bosh suyagining sagittal kesimida uning uchburchak shaklga egaligini qayd etish mumkin. Bo'shliqlar kamdan-kam simmetrik bo'lib, biri ikkinchisidan kattaroq yoki umuman yo'q bo'lishi mumkin. Peshona bo'shliqlarining birining yoki ikkalasining rivojlanmaganligi 5-10% hollarda uchraydi. Peshona bo'shlig'ining old devori eng qalin hisoblanib, peshona suyagidan iborat. Peshona bo'shlig'ini oldingi kalla chuqurchasidan ajratib turadigan orqa devori ingichka, ammo juda kuchli, zich suyakdan iborat. Pastki devor peshona bo'shlig'i va orbitani ajratib turadi. Bundan tashqari, u juda ingichka va peshona bo'shlig'i kattaligiga qarab, butun orbita bo'ylab, ponasimon suyakning kichik qanotlariga qadar etib borishi mumkin. Bunday hollarda peshona bo'shlig'i ponasimon bo'shliq bilan chambarchas chegaralanishi, hamda ko'ruv nervining teshigi orqali o'rta kalla chuqurchasiga etib borishi mumkin. Ikkala bo'shliq rivojlangan hollarda, ular o'rtasida ingichka suyak to'siq mavjud bo'lib, ular o'rta chiziqqa nisbatan turli xil joylashuvni egallaydi. Ingichka peshona-burun kanali orqali bo'shliq burun bo'shlig'i bilan aloqa qiladi. Ushbu kanal o'rta burun yo'lining old qismiga ochiladi. Peshona va yuqori jag' bo'shliqlarining shilliq

qavati o'xshash bo'lib, kiprikli epiteliy bilan qoplangan, bu peshona-burun kanali orqali sekret evakuatsiyasini osonlashtiradi.

G'alvirsimon bo'shliqlar

G'alvirsimon bo'shliq (*sinus ethmoidalis*) murakkab tuzilishga ega, sagittal tekislikda joylashgan, ko'p miqdordagi havo o'tkazuvchi katakchalardan iborat (1.13-rasm). Katakchalar soni bir xil emas va har tomondan 8 tadan 10 tagacha bo'lishi mumkin. G'alvirsimon suyakning asosiy plastinkasi g'alvirsimon bo'shliqlarni ikki guruhga - old va orqaga ajratadi. Hujayralarning har biri o'rta (old hujayralar) yoki yuqori burun yo'liga (orqa hujayralar) ochiluvchi o'z chiqish teshigiga ega.



Rasm. 1.13. Bo'shliqlarning joylashuvi: 1 - peshona; 2 - g'alvirsimon; 3 - ponasimon

G'alvirsimon bo'shliq katakchalarining shilliq qavati boshqa burun yondosh bo'shliqlari shilliq qavatiga o'xshaydi. G'alvirsimon labirintning anatomo-topografik xususiyatlari patologik jarayonlarning orbitaga, kranial bo'shliqqa va ko'ruv nerviga o'tishiga imkon beradi. G'alvirsimon labirintning havo yo'li tizimi tuzilishini to'liqroq bilish uchun, g'alvirsimon suyak to'g'risida ma'lumotlarga ega bo'lish kerak:

- perpendikulyar plastinkadan oldingi kalla chuqurchasiga "xo'roz toji" shaklida cho'zilgan va burun to'sig'ining suyak qismini tashkil etgan;

- hidlov nervi tolalari o'tishi uchun kichik teshiklariga ega bo'lgan teshilgan plastinka (*lamina cribrosa*);

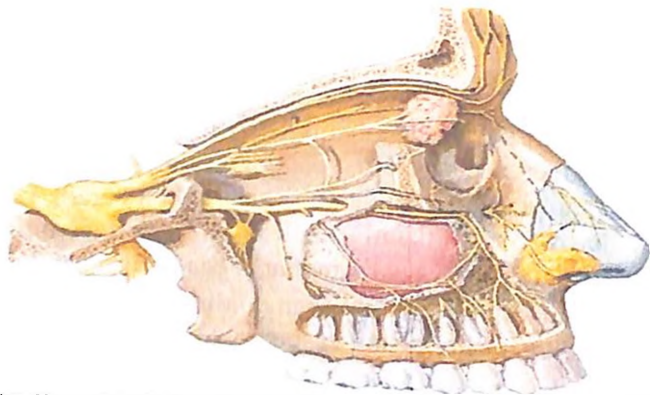
- labirint kataklarini orbitadan ajratib turadigan qog'ozsimon plastinka (*lamina papyracea*);

- yuqori va o'rta burun chig'anoqlari

Ponasimon bo'shliq

Ponasimon bo'shliqlar (*sinus sphenoidalis*) juft bo'lib, ponasimon suyak tanasida, burun bo'shlig'idan orqada joylashgan (1.13-rasmga qarang). Sinuslar suyak to'sig'i yordamida ikki qismga bo'linadi. Old devorda joylashgan ponasimon bo'shliqning chiqish teshigi yuqori burun yo'liga ochiladi. Bo'shliq tirqishining bunday joylashishi u orqali burun-halqumga oqib chiqishiga yordam beradi. Ponasimon bo'shliqning yuqori devori oldingi kalla chuqurchasi, turk egarchasi, gipofiz bezi va ko'ruv nervlari kesishmasi bilan chegaralangan.

Ichki uyqu arteriyasi kanali, kavernozi sinus, ko'zni harakatlantiruvchi, g'altak, uzoqlashtiruvchi va uch shoxli nervning birinchi shoxi o'ta ingichka yon devor bilan tutashib turadi. Orqa devor odatda eng qalin bo'lib, orqa kalla chuqurchasi bilan chegaralanadi. Burun yondosh bo'shliqlarning qon bilan ta'minlanishi tashqi va ichki uyqu arteriya shoxlari orqali amalga oshadi. Yuqori jag' arteriyasi (tashqi uyqu arteriyasining tarmog'i) asosan yuqori jag'ni qon bilan ta'minlaydi. Peshona bo'shlig'i yuqori jag' va ko'z arteriyalari, ponasimon, ponasimon-tanglay arteriyasi, meningeal arteriyalarning tarmoqlaridan qon bilan ta'minlanadi. G'alvirsimon bo'shliqlar g'alvirsimon va ko'z yosh arteriyalaridan qon bilan ta'minlanadi (1.14-rasm).



Rasm. 1.14. Yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati va tishlarni uch shoxli nerv bilan innervatsiyalanishi. Burun yondosh bo'shliqlari innervatsiyasi uch shoxli nervning birinchi va ikkinchi shoxlari bilan amalga oshiriladi.

Burun yondosh bo'shliqlarining venoz tizimi orbita, burun, yuz va miya qattiq pardasining sinuslari bilan ko'plab anastomozlarni hosil qiladi.

Burun yondosh bo'shliqlarining limfa tomirlari infeksiya va metastazlarning tarqalishida muhim rol o'ynaydi, chunki ular burun bo'shlig'ining limfa tomirlari, halqum va bo'yinni chuqur limfa tugunlari bilan chambarchas aloqaga ega. Bundan tashqari, yuqori jag' bo'shlig'ining shilliq qavatiga yallig'lanish jarayoni tishlardan chiquvchi limfa tomirlari orqali o'tishi mumkin, chunki tish yoyi tubining limfa tomirlari bo'shliq shilliq qavati bilan anastomoz hosil qiladi.

2 BOB BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI KLINIK FIZIOLOGIYASI

Burun quyidagi fiziologik funksiyalarni bajaradi: nafas olish, hid bilish, himoya va rezonator (nutq).

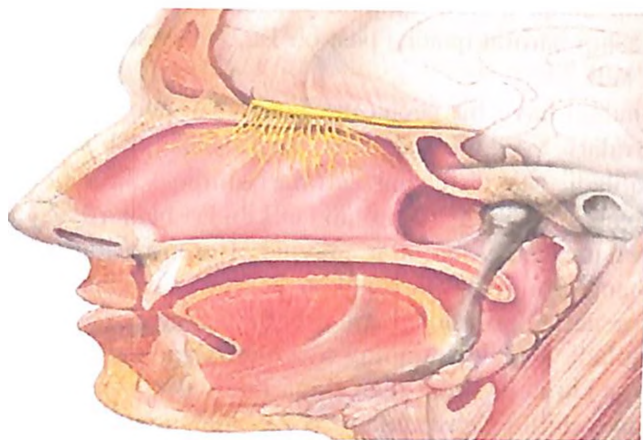
Nafas olish funksiyasi

Burunning asosiy vazifasi nafas olishdir. Odatda, barcha nafas olayotgan va chiqarilgan havo burun orqali o'tadi. Manfiy bosim tufayli nafas olish paytida ko'krak qafasi, burunning ikkala yarmiga havo kiradi. Asosiy havo oqimi o'rta burun chig'anoq'i orqali umumiy burun yo'li bo'ylab pastdan yuqoriga qarab yoysimon shaklida yo'naltiriladi, so'ngra orqaga va pastga qarab xoana tomon buriladi. Nafas olayotganda havoning bir qismi burun yondosh bo'shliqlardan chiqadi, bu esa nafas olayotgan havoni isitishga va namlashga yordam beradi. Nafas chiqarayotganda havoning asosiy qismi pastki chig'anoq bo'ylab o'tadi, havoning bir qismi burun yondosh bo'shliqlariga kiradi. Burun shilliq qavatidagi havo oqimining bosimi nafas olish refleksini rag'batlantiradi. Agar nafas og'iz orqali sodir bo'lsa, nafas olish kamroq chuqurlashadi, bu tanaga kiradigan kislorod miqdorini kamaytiradi. Shu bilan birga, ko'krak qafasidagi manfiy bosim ham pasayadi, bu esa o'z navbatida o'pkaning nafas olish ekskursiyasining pasayishiga va keyinchalik organizmning gipoksiyasiga olib keladi va bu ayniqsa, bolalarda asab, qon-tomir, gemopoetik tizim va boshqa qator tizimlarda patologik jarayonlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, burun yondosh bo'shliqlari va o'rta quloq bo'shliqlarining ventilyasiyasi susayadi. Bolalarda burun orqali nafasning uzoq vaqt buzilishi, yuz skeletining, ayniqsa yuz-jag' tizimining noto'g'ri rivojlanishiga, surunkali nafas yo'llari kasalliklarining paydo bo'lishiga, shuningdek masofadagi organlar funktsiyasining buzilishiga olib keladi.

Hid bilish funksiyasi

Hid bilish analizatori kimyoviy sezgi organlariga tegishli bo'lib, hidli moddalarning molekullari (odorivektorlar) uning adekvat qo'zg'atuvchi bo'lib hisoblanadi. Xushbo'y moddalar burun orqali nafas olayotganda havo bilan hidlov sohasiga etib boradi. Hidlov sohasi (*regio olfactoria*) o'rta chig'anoqning pastki qirrasida va burun to'sig'i o'rtasida joylashgan va kengligi 3-4 mm bo'lgan hidlov bo'shliqdan boshlanadi (2.1-rasm).

Hidni sezish uchun, havo hidlov sohasiga etib borishi kerak. Bunga burun orqali qisqa, majburiy nafas olish orqali erishiladi, bu esa hidlov sohasiga yo'naltirilgan ko'p miqdordagi vortekslarning paydo bo'lishiga olib keladi (bunday nafas odam nimanidir hidlaganda olinadi). Odorivektorlar hidlov hujayralarining tuklarini qoplovchi suyuqlik bilan aloqa qilib, unda eriydi. Boshlanish reaksiyasi - qo'zg'alishni keltirib chiqaradi, u neyronlar bo'ylab hidlov analizatorining kortikal yadrosiga tarqaladi.



Rasm. 2.1. Hidlov sohasi

Hid bilish analizatorining barcha qismlari - periferik, oraliq va markaziy ta'siridan kelib chiqadi. Xushbo'y hidlarni tahlil qilish atrofdan boshlanadi va yuqori tahlil va sintez, hidlov analizatorining kortikal qismida sodir bo'ladi. Hid bilishning turli xil - kimyoviy, fizik va fizik-kimyoviy nazariyalari mavjud.

Hidlov funksiyasi odam va hayvonlar hayotida katta ahamiyatga ega. Hayvonlarda hid bilish odamlarga qaraganda ancha o'tkirroq, ammo ular uchun unchalik ahamiyatga ega emas. Masalan, itning hid bilish qobiliyati odamnikiga qaraganda 10 000 marta kuchli. Hid bilishning buzilishi, hidlov analizatorining markaziy qismlari yoki o'tkazuvchi yo'llarining retseptorlari patologiyasi bilan bog'liq bo'lsa, birlamchi deyiladi va hidlov maydoniga havo oqimi kelishini buzilishi tufayli kelib chiqsa, ikkilamchi bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni, shilliq qavatdagi polipoz o'zgarishlar, atrofik jarayonlar paytida hid sezish keskin pasayadi (giposmiya) va ba'zida butunlay yo'qoladi (anosmiya).

Himoya funksiyasi

Burundan o'tayotganda nafas olayotgan havo isitiladi, tozalanadi va namlanadi. Havoni isitish havo oqimi o'tishining sekinlashuvi, burun bo'shlig'i shilliq qavatining katta yuzasi va eng ko'p darajada qon bilan ta'minlanishi natijasida amalga oshiriladi. Sovuq havo reflektor ravishda kengayish va kavernozi tomir bo'shliqlarini qon bilan to'lishiga olib keladi, burun chig'anoqlari hajmi sezilarli darajada oshadi va shunga ko'ra burun yo'llarining kengligi ham pasayadi. Bunday sharoitda burun bo'shlig'idagi havo ingichka oqim bilan o'tib, shilliq qavatning katta yuzasi bilan aloqa qiladi, natijada yanada qizg'in isish jarayoni sodir bo'ladi. Tashqi harorat qancha past bo'lsa, isitish samaradorligi shuncha yaxshi bo'ladi.

Burundagi havo bir necha mexanizm yordamida tozalanadi. Katta chang zarralari mexanik ravishda qalin sochlar bilan burun oldida ushlanib qoladi. Mayda chang zarralari shilliq sekret bilan qoplangan shilliq qavatga o'tiradi. Balg'am tarkibida bakteritsid ta'sirga ega lizotsim va immunoglobulinlar mavjud. Burun yo'llarining torligi va egriligi changlarni o'tirishiga imkon beradi. Taxminan 40-60% chang zarralari va nafas havosidagi mikroorganizmlar burun shilliq qavatida ushlanib qoladi va shilimshiqning o'zi tomonidan zararsizlantiriladi yoki u bilan birga burun bo'shlig'idan chiqariladi.

Burun shilliq qavatining o'z-o'zini tozalash mexanizmi - mukotsiliar transport deb ataladi va hilpillovchi epiteliy tomonidan amalga oshiriladi. Hilpillovchi epiteliyning yuzasi tebranadigan ko'plab kipriklar bilan qoplangan. Kipriklarning tebranish chastotasi 10-15 harakat/min tashkil qilib, hilpillovchi epiteliy kipriklarining motor harakati, burun sekretini va uning ustiga o'rnatib qolgan chang va mikroorganizm zarralarni burun-halqumga qarab harakatlanishini ta'minlaydi. Nafas olayotgan havo oqimi bilan burun bo'shlig'iga kiradigan begona zarralar, bakteriyalar, kimyoviy moddalar balg'amga yopishadi, fermentlar tomonidan yo'q qilinadi va yutib yuboriladi. Burunning oldingi qismlaridan burun-halqumga shilliq o'tishi uchun umumiy vaqt 10-20 minutni tashkil etadi. Kipriklar harakatiga turli omillar ta'sir qiladi: yallig'lanish, harorat, pH o'zgarishi, kimyoviy moddalar ta'siri (masalan, dorilar) va boshqalar.

Nafas olayotgan havoning namlanishi shilliq va qadah hujayralardan ajraladigan sekretning bug'lanishi, epiteliy yuzasidan reflektor tarzda ajraluvchi limfa suyuqligi, shuningdek ko'z yosh

suyuqligi tomonidan amalga oshiriladi. Kun davomida burun shilliq qavati 500 ml ga yaqin suyuqlik chiqaradi.

Aksirish refleksi va shilimshiqni ajratish ham himoya mexanizmlari hisoblanadi. Burun bo'shlig'iga tushgan begona jismlar, chang zarralari aksirish refleksini keltirib chiqaradi: havo to'satdan ma'lum bir kuch bilan burundan chiqarib yuboriladi va shu bilan qo'zg'atuvchi xususiyatga ega moddalarni bo'shliqdan olib tashlaydi.

Rezonator funktsiya

Burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlari rezonator vazifasi tonlarni kuchaytirishda, gapirishda va qo'shiq aytishda ovoz tembrini shakllantirishdan iborat. Burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shliqlar bilan birgalikda, halqum rezonatoridan farqli o'laroq, uning hajmini o'zgartirmaydi va shu bilan ovoz tembrining barqarorligini belgilab beradi. Rezonans yumshoq tanglay holati bilan boshqariladi. Yumshoq tanglayning falaji bilan ochiq manqalik (*rhinolalia aperta*) va burun tiqilishida, poliplar, katta adenoidlar mavjud bo'lganda— yopiq manqalik (*rhinolalia clausa*) rivojlanadi.

3 BOB. BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI TEKSHIRISH USULLARI

Tashqi burun, uning bo'shlig'i yoki burun yondosh bo'shliqlarning holatini o'rganish - shikoyatlarni aniqlash, anamnezga oid ma'lumotlarni yig'ish bilan boshlanadi va shundan keyingina ular barcha qavatlarda hamda bo'limlarda burun bo'shlig'ini tekshirishga imkon beradigan maxsus tekshiruvni boshlaydi. Burun bo'shlig'ini tekshirish burun yondosh bo'shliqlarning holatini bilvosita ko'rsatishi mumkin.

I bosqich – tashqi ko'rik va palpatsiya.

Tashqi burunning shakli va burun orqasining o'rta chiziqdan og'ishi yoki uning tushishiga e'tibor beriladi. Burun suyaklarining sinishiga shubha qilingan hollarda tashqi burunni palpatsiya qilish usuli qo'llaniladi. Buning uchun ko'rsatkich barmog'i burunning orqa qismiga yoki ildiziga, bosh barmoq va o'rta barmoq esa burunning yon qanotlariga qo'yiladi. Ildizdan burun uchiga siljish orqali, tashqi burunning u yoki bu qismini orqaga tortilishi yoki bo'rtib chiqishini, suyak to'qimalarning harakatchanligi aniqlanadi va siniqlar krepatitsiyasi bor yoki yo'qligi qayd etiladi.

Burun bo'shlig'i.

Burun dahlizini tekshirish maxsus asboblarsiz, lekin majburiy ravishda peshona reflektori yordamida amalga oshirilishi mumkin. Burun bo'shlig'ining chuqur qismlarida joylashgan hosilani tekshirish uchun burun oynasi orqali kirib, burun bo'shlig'ining barcha elementlarini etarlicha yoritib turishi uchun pesona reflektoridan tor nur to'plamini yo'naltirish kerak. Peshona reflektori yordamida yoritish texnikasini o'zlashtirish uchun stol chiroqchasini bemorning o'ng tomoniga, uning quloq chig'anog'i darajasida qo'yish kerak. Peshona reflektori shunday joylashtirilishi kerakki, undagi tirqish shifokorning (talabaning) chap ko'ziga qarama-qarshi turishi kerak. Oynani chap ko'z oldida harakatlantirish orqali lampadan nurni ushlab, chap ko'z bilan teshik orqali qarama-qarshi o'tirgan bemorning yuziga nurni yo'naltirib, yuzning markazida "quyon" ko'rinib turgan holatga erishish kerak. Bu paytda o'ng ko'z yopiq bo'lishi kerak, chunki "mo'ljal" faqat chap ko'z orqali keladi. Oynadagi teshikdan "quyoncha" ko'ringanda, o'ng ko'z

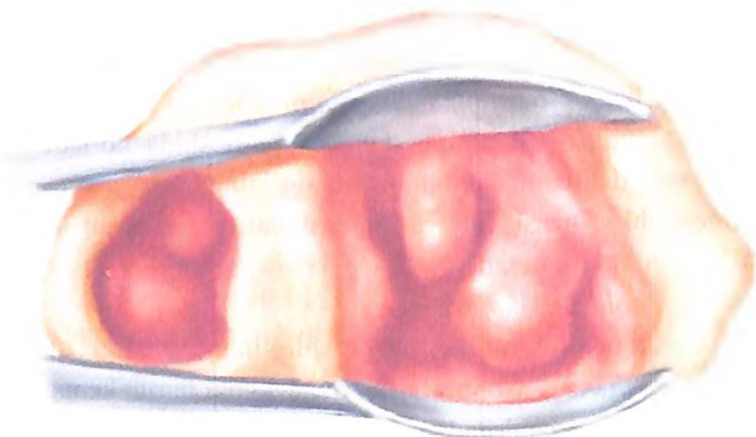
ochiladi va shu bilan yorug'lik va ko'rish o'qlari bir-biriga to'g'ri keladi, va eng muhimi, "binokulyar" ko'rish, ya'ni o'rganish ob'ektini ikki ko'z bilan tekshirish amalga oshadi, bu fazoviy idrok uchun juda muhimdir. Bemorni to'g'ri o'tqazgan holda, uning oldida to'g'ri joylashib, shifokor nurni bemorning burun teshiklari sohasiga yo'naltiradi va bemor burning uch qismini o'ng qo'li bosh barmog'i bilan ko'taradi, qolgan barmoqlar bemorning boshida bo'ladi. Ushbu texnika burun dahlizini - burun to'sig'ining bir qismi, burun qanotlarining ichki yuzasi, bu erda joylashgan tuklari bilan birgalikda yaxshi ko'rishga imkon beradi.

II bosqich - old rinoskopiya

Old rinoskopiya - bu burun bo'shlig'ining oldingi qismlarini tekshirish bo'lib, maxsus asbob - burun oynasi yoki burun kengaytirgich yordamida amalga oshiriladi. Bemor va shifokorning holati o'zgarmaydi. Shifokor burun oynasini chap qo'lga oladi, o'ng qo'lini esa bemor boshining tepasiga qo'yadi. Bu holat vrachga bemorning boshini turli yo'nalishlarda harakatlantirishga imkon beradi. Oynaning chap qo'ldagi tutuilish holati 3.1-rasmda keltirilgani kabi bo'ladi.



Rasm 3.1. Old rinoskopiya. Shifokor va bemorning holati, burun bo'shlig'ining oldingi va orqa bo'limalari ko'rigi



Rasm. 3.2. Old rinoskopiya

Yorug'lik nurini burun teshigi sohasiga yo'naltirib, burun ko'zgusining shoxlari unga yopiq holatda ehtiyotkorlik bilan kiritiladi, ular asta-sekin ochilib, burun qanotini ko'zning lateral burchagi tomon ko'taradi. Bemorning boshi normal holatda bo'lishi kerak. Eng avvalo, pastki chig'anoqning oldingi oxiri, pastki burun yo'li, burun to'sig'ining qonovchi sohasi maydoni va umumiy burun yo'lining pastki qismi tekshiriladi. Agar bemor boshini biroz orqaga burib qo'yilsa, bu holatda o'rta chig'anoq, o'rta burun yo'li, umumiy burun yo'lining yuqori qismlari, burun to'sig'ining kattagina qismini ko'rib chiqish mumkin (3.2-rasm). Bemorga yoqimsiz hissiyotlarni keltirib chiqarmaslik uchun, oynani burun bo'shlig'idan ochiq shaklda olib chiqish kerak.

III bosqich–orqa rinoskopiya

Burun bo'shlig'ining orqa qismlarini tekshirish (orqa rinoskopiya) yanada murakkab usuldir. Bajarish uchun burun- halqum oynachasidan va shpateldan foydalanish kerak (3.3-rasm).



Rasm. 3.3. Orqa rinoskopiya

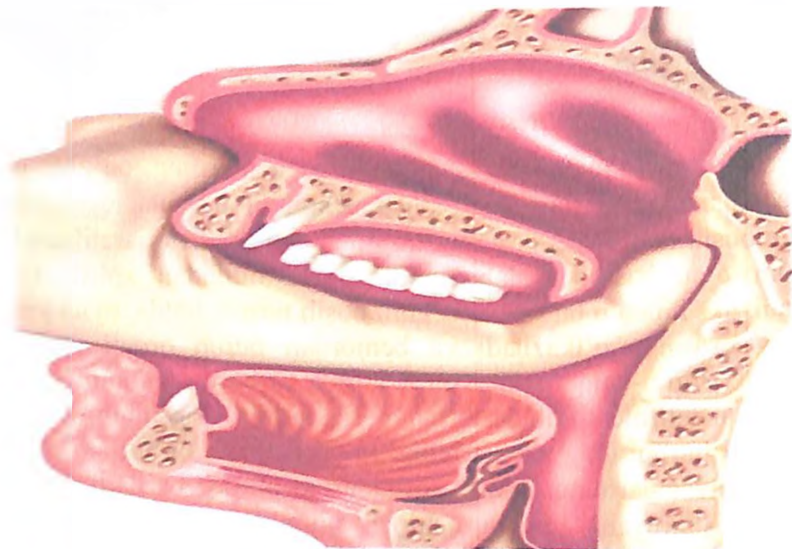
Shifokor chap qo'lga shpatel olib, bemorning og'zini ochgan holda, qusish refleksini oldini olish uchun til ildiziga tegmasdan uni pastga bosib turishi kerak. O'ng qo'lida esa yuqoriga qaratilgan burun-halqum oynachasini ushlab turadi. Oyna oldindan spirtli lampada isitiladi, aks holda u bug'lanadi. Tilni bosib turgan holda, oyna yumshoq tanglay orqasiga o'tkaziladi va bemordan burun orqali nafas olish so'raladi. Burun-halqumning yon devorida va burun-halqum gumbazida joylashgan limfoid follikula to'plamlari, burun to'sig'ining orqa oxiri - dimoqqa, burun chig'anoqlarining orqa uchlariga, burun yo'llariga, eshitish naychalarining chiqish teshiklariga e'tibor beriladi (3.4-rasm). Orqa rinoskopiyanı amalga oshirish mumkin bo'lmagan holatlarda (ko'pincha erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda) burun-halqumni barmoq bilan tekshiruvi o'tkaziladi. Bunda, shifokor yordamchisi bolani ushlab turadi, shifokor tekshirilayotgan odamning o'ng tomonida turadi.



Rasm 3.4. Orqa rinoskopiya tasvir

Keyin, o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan ogiz orqali burun-halqumga kirib, paypaslab tekshiriladi. (3.5-rasm).

Shu bilan birga, adenoidlar mavjudligi va ularni darajasi, o'smaning kattaligi, tarqalishi, zichligi, harakatchanligi va boshqalar aniqlanadi. Yuqorida aytib o'tilganidek, burun bo'shlig'ini tekshirish burun yondosh bo'shliqlarning holati to'g'risida fikr beradi.



Rasm. 3.5. Burun-halqumni barmoq bilan tekshirish

IV bosqich - burun bo'shlig'ini endoskopik tekshirish

Ushbu usul eng informatsion zamonaviy diagnostika usuli hisoblanib, bunda turli xil ko'rish burchaklariga ega bo'lgan qattiq va egiluvchan endoskoplardan foydalaniladi. Turli burchakli ko'rish maydoniga ega bo'lgan (0 dan 90° gacha) endoskoplar, burun bo'shlig'ining eng qiyin bo'lgan qismlarini tekshirishga imkon beradi (3.6-rasm). Ushbu yuqori texnologiyali usulning tadbiiq etilishi burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklari diagnostikasi imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirdi.



Rasm. 3.6. Burun bo'shlig'ini endoskopik tekshiruvi

V bosqich - burunning nafas olish va hid bilish funksiyalarini o'rganish

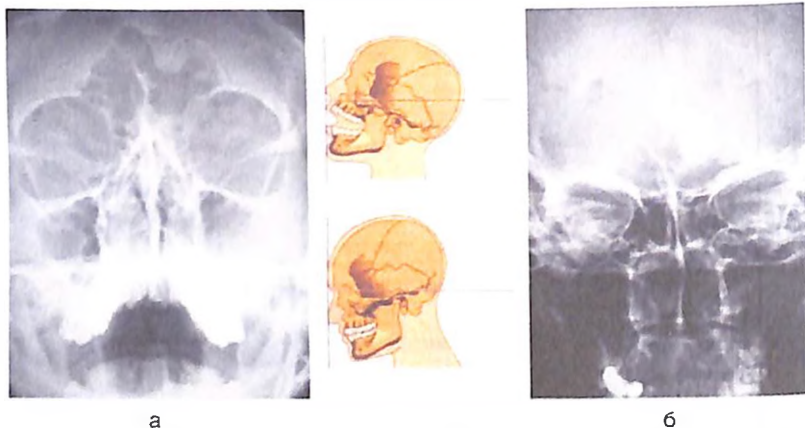
Burun bo'shlig'ining o'tkazuvchanlik darajasini aniqlashning oddiy usuli quyidagicha: paxta tolasi navbatma - navbat bemorning burun teshigiga keltiriladi, bemordan nafas olish va nafas chiqarish so'raladi. Darajasi bo'yicha uning buzilishlari, burundan nafas olish qiyinligi bilan baholanadi. Burunning har ikki tomonidan nafas olish odatiy, qiyinlashgan yoki umuman yo'q bo'lishi mumkin.

Burun nafasini o'rganishning zamonaviy usuli maxsus moslama yordamida amalga oshirilishi mumkin, unga rinomanometriya deyiladi. Hidlov funksiyasini o'rganish uchun. olfaktometrik to'plamdagi hidli moddalardan, burunni har bir yarmi orqali navbatma-navbat nafas olinadi. Ko'pincha konsentratsiyasi ortib boruvchi moddalar – vinil spirti, valeriana damlamasi, sirka kislota eritmasi, ammiak ishlatiladi. Olfaktometrlar hidli moddalarni dozalashi mumkin bo'lgan vositalar bo'lib, ular hidning keskinligi chegarasini aniqlashga imkon beradi.

VI bosqich– rentgenografiya

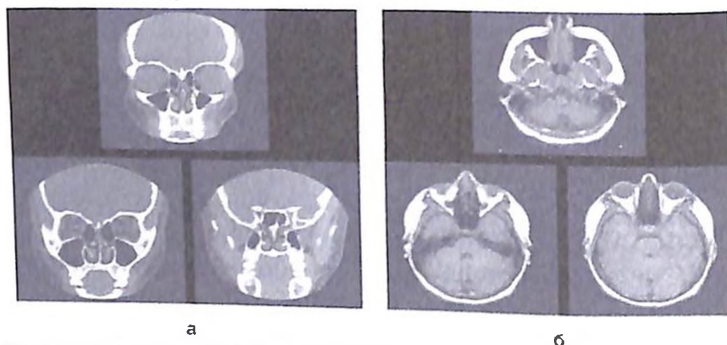
Burun yondosh bo'shliqlari holati to'grisidagi eng ob'ektiv tasavvurga, bir nechta proektsiyalarda bajarilgan rentgenografiya orqali ega bo'lish mumkin. Barcha burun yondosh bo'shliqlarni ko'rsatib beradigan, eng keng tarqalgan va etarlicha ma'lumotli proeksiya, bu – burun - iyak proektsiyasi hisoblanadi, peshona bo'shliqlari esa burun-peshona proektsiyasida yaxshiroq ko'rinadi (3.7-rasm). Bo'shliqlarning holati ularning qorayish intensivligi bilan baholanadi. Agar qorayish

darajasi bo'yicha sinuslar ko'z kosasi o'rniga to'g'ri keladigan bo'lsa, unda ular patologiyasiz sanaladi va ularning pnevmatizatsiyasi buzilmagan bo'ladi. Burun yondosh bo'shliqlaridagi patologik jarayonda ular "qoraygan", ya'ni sinus pnevmatizatsiyasi buzilgan bo'ladi.

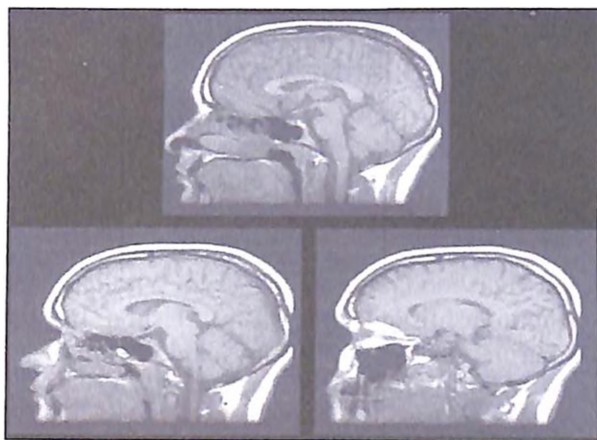


Rasm. 3.7. Burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasi: a –burun-iyak proeksiya; b –burun-pehona proeksiyasi

So'nggi yigirma yil ichida tadqiqotning ancha rivojlangan usullari - yuqori aniqlikka ega bo'lgan kompyuter tomografiyasi (KT) va magnit-rezonans tomografiya (MRT) paydo bo'ldi. Oradan biroz vaqt o'tgach, ushbu usullar an'anaviy rentgenografiyani o'rnini to'liq egalladi (3.8-rasm, 3.9-rasm).



Rasm. 3.8. Burun yondosh bo'shliqlari kompyuter tomogrammasi: a – koronar proeksiya; b - aksial proeksiya



Rasm. 3.9. Burun –yondosh bo'shliqlari magnit-rezonans tomogrammasi

4 BOB BURUN KASALLIKLARI. TASHQI BURUN KASALLIKLARI. BURUN RIVOJLANISHIDAGI ANOMALIYALAR

Burun rivojlanishidagi anomaliyalar, odatda, qo'shni sohalarni, xususan, tish-jag' tizimini rivojlanish anomaliyalari bilan birgalikda uchraydi. Shunday qilib, tug'ma deformatsiyaning juda keng tarqalgan shakli - qattiq va yumshoq tanglay yorig'i - ko'p hollarda yuqori labning yorig'i bilan umumlashtiriladi (4.1-rasm). Ushbu tug'ma anomaliya odatda tashqi burun va burun bo'shlig'idagi anomaliyalarga hamroh bo'ladi. Tashqi burun deformatsiyasi lab va tanglay yoriqligiga bog'liq. Bu ko'proq bir tomonlama yoriq bilan belgilanadi. Bunday hollarda teshik yon qanoti yorig'i kengroq, tashqi burun assimetrik bo'ladi. Burun bo'shlig'idagi shunga o'xshash o'zgarishlar burun to'sig'ining, asosan uning oldingi qismlaridagi yaqqol og'ishida kuzatiladi.



Rasm. 4.1. Yuqori lab, qattiq va yumshoq tanglayning tug'ma yoriqligii

Ushbu turdagi anomaliyalar bilan bo'lgan bemorlarda, erta bolalik davridagi jarrohlik aralashuvi- xeylouranoplastika talab etiladi, bunda nafaqat burun bo'shlig'i va og'iz o'rtasidagi aloqani, balki yuqori labdagi nuqsonni ham bartaraf etish, burun teshigini to'g'ri shakllantirish nazarda tutiladi, shu bilan birga burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shliqlari, o'rta quloq tomonidan kelib chiqishi mumkin bo'lgan bir qator asoratlarni oldi ham olinadi. Bolaning yoshi qancha katta bo'lsa, plastik operatsiyadan so'ng kosmetik va funksional natijaga erishish shuncha qiyin bo'ladi.

Burunni sovuq urishi

Sovuq ta'sirida burun terisining reaksiyasi uchta darajaga bo'linishi mumkin: I - eritema, II - pufakchalar va qoraqo'tirlar hosil bo'lishi, III - gangrena. I - darajali sovuq urishida burun uchi va qanotlari sohasidagi tomirlarning turg'un spazmi natijasida, terining birdan oqarishi kuzatiladi. Sezgi buziladi va odam noqulaylikni his qilmaydi. Keyinchalik yaqqol qizarish va burun uchining shishganligi, qichishish va og'riq paydo bo'ladi.

II daraja - teri ko'k-qizil rangga ega bo'ladi, uning fonida dastlab pufakchalar paydo bo'ladi, ular yorilib, ularning o'rnida qo'tir paydo bo'ladi. Qo'tir olib tashlangandan so'ng, zararlangan sohani epidermizatsiyasi sodir bo'ladi.

III daraja - eng og'iri bo'lib, kam uchraydi. To'qimalarning mumiyolanishi sodir bo'ladi, ular teginilganda tushib ketish ehtimoli mavjud.

Davolash. Yordam ko'rsatishning asosiy tamoyili - bu to'qimalarni bosqichma-bosqich qayta isitish sanaladi. Birinchidan, burun yumshoq mato bilan silanadi, issiq kompresslar qo'yiladi. Ishqalanish epidermisga zarar etkazmasligidan yoki infektsiya yuqtirishdan ehtiyot bo'lish kerak. Pufakchalarni ochib, olib tashlagandan so'ng, epidermisatsiyani rag'batlantirish va infektsiyani oldini olish uchun malhamli bog'lamlar kerak bo'ladi.

Rinofima

Burun uchi va qanotlari sohasida gipertrofiyalangan biriktiruvchi to'qima, qon tomirlari va yog' bezlaridan tashkil topgan o'simtaga o'xshash o'smalar hosil bo'ladi. Rinofima nafaqat odamning yuz qiyofasini buzadi, balki uning tugunlari sezilarli darajada o'sishi tufayli, burun orqali nafas olishni qiyinlashtirishi mumkin. Rinofima odatda kekxa erkaklarda uchraydi. Davolash uchun plastik jarrohlik zarur (4.2-rasm).



Rasm.4.2. Rinofima

Burun furunkuli – soch follikularining yiringli zararlanishi. U stafilokokkli flora ta'sirida paydo bo'ladi. Furunkul burun bo'shlig'iga kirish qismida paydo bo'lishiga qaramasdan, uning umumiy ko'rinishi tashqi burunda yaxshi ifodalanadi. Dastlab burun qanotining tashqi yuzasi qizaradi. Keyin esa, burun dahlizida konussimon shakldagi qizg'ish-qizil rangdagi balandlik va unga yaqin sohadagi to'qimalar shishganligini ko'rishimiz mumkin (4.3-rasm).



Rasm. 4.3. Burun furunkuli

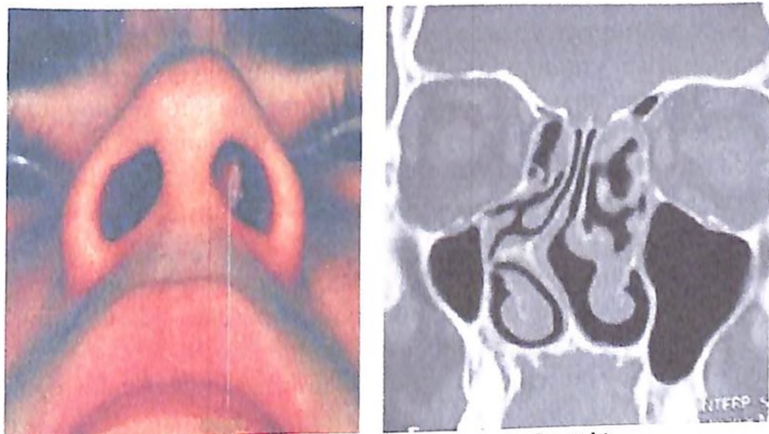
3-4 kundan keyin furunkul yoriladi, uning bo'shlig'idan quyuv yiring chiqadi, burun qanotidagi chuqurcha saqlanib qoladi, chunki soch follikulasi atrofidagi to'qimalar nekrozga uchraydi. Furunkulning pishib

etilishi, burun qanoti va uchidagi to'qimalarda kuchli taranglik bilan kechadi, bu esa o'tkir og'riq bilan ifodalanadi.

Davolash. Kasallik bosqichi (infiltrativ yoki xo'ppoz) va og'irlik darajasiga ko'ra belgilab olinadi. Bu konservativ yoki jarrohlik bo'lishi mumkin. Konservativ davo infiltratsiya bosqichida, yaqqol xo'ppoz shakllanish alomatleri bo'lmaganida o'tkaziladi va keng spektrli antibiotiklar (penitsillinlar, sefalosporinlar, makrolidlar, ftorxinolonlar va boshqalar) qo'llash, antigistamin davo, og'riq qoldiruvchi vositalar, vitaminlar, antipiretiklardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Infiltratsiyaning dastlabki bosqichida malhamli qoplamalar mahalliy ravishda qo'llaniladi. Og'ir holatlarda karbunkul yoki intrakranial asoratlari rivojlanish xavfida, antibiotiklar dozasi oshiriladi va antikoagulyant terapiya qo'shiladi. Jarrohlik davolash furunkulning xo'ppoz shakllanishi bosqichida amalga oshiriladi. Furunkul yiringli-nekrotik to'qimalarni olib tashlash bilan ochiladi va bo'shliq drenajlanadi.

Burun bo'shlig'ining kasalliklari - burun to'sig'i qiyshayishi.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, burun bo'shlig'i to'siq orqali, odatda ikkita teng bo'lmagan qismga - burun yarimlariga bo'linadi. Kasallik sababi, aksariyat hollarda, ayniqsa erkaklarda, to'siq bir tomonga yoki boshqa tomonga burilib, umurtqa pog'onalari va tizmalari shaklida chiqib ketishi mumkin, bu umumiy burun yo'lini sezilarli darajada to'raytiradi va burun orqali nafas olishni qiyinlashtiradi (4.4-rasm).



Rasm. 4.4. Burun to'sig'ining qiyshayishi

Hamma holatlarda ham burun to'sig'ining egriligi nafasni sezilarli darajada yomonlashishiga olib kelmaydi. Faqatgina bemor burunning bir yoki ikkala yarmidan nafas olish qiyinligini sezgandagina, egrilikka jarrohlik aralashuvini talab qiladigan kasallik sifatida qarash mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda burun to'sig'i juda kamdan-kam burilgan bo'lishi mumkin. Shuning uchun uning og'ishi yuz skeletining shakllanishi paytida yoki ko'plab ekzogen omillar ta'sirida rivojlanadi (travma, gipertrofiyalangan chig'anoq bilan bosilish, o'sma va boshqalar). Burun to'sig'ining egriligi turli darajada namoyon bo'lishi mumkin - u butunlay rad etilishi va chig'anoqlar bilan aloqa qiluvchi S shaklida bo'lishi mumkin, qiyshayish faqat tog'ay qismidagina bo'lishi yoki suyakga ham tarqalgan bo'lishi mumkin. Burun to'sig'i egriligining belgilari - bir tomonlama nafas olish qiyinligi, doimiy rinit, hid bilish buzilishi va ba'zan burundan shovqinli nafas bo'lishi mumkin. Diagnostika - oldingi rinoskopiya bilan amalga oshiriladi, bunda to'siqning qiyshayishi, burun yarmining torayishi va ikkinchisining kengayishi aniq ko'rinib turadi. Burun to'sig'ining egriligi tanglay yorig'ining doimiy qo'shma belgisi bo'lishi mumkin. Burun to'sig'ining deformatsiyasining uchta asosiy turi mavjud - egrilik, tepalik va tikanak.

Davolash. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar:

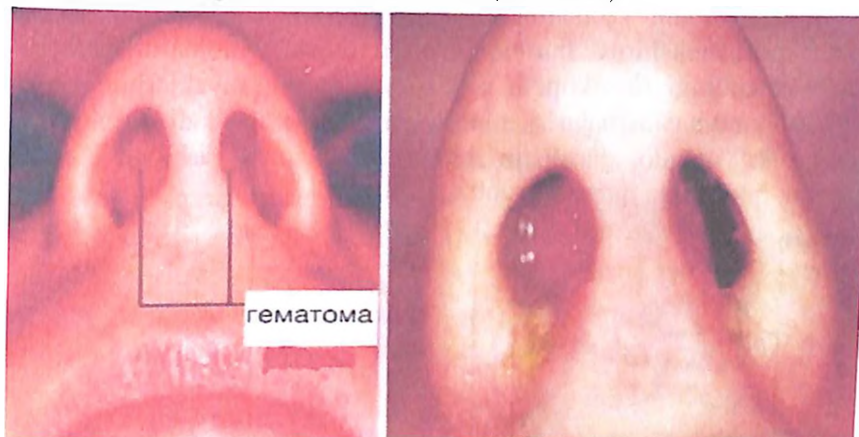
- burunning yarmidan nafas olish qiyinligi yoki imkonsizligi;
- burun bo'shlig'ida manipulyatsiya o'tkazish mumkin emasligi - poliplarni olib tashlash, quloq kateterizatsiyasi, yuqori jag' bo'shlig'ining endonazal ochilishi.

Burun to'sig'ining egriligini bartaraf etish operatsiyasiga burun to'sig'ining shilliq osti rezektsiyasi (septoplastika) deyiladi. U mahalliy og'riqsizlantirish yordamida bajariladi. Shilliq qavatni va tog'ay usti pardasini kesgandan so'ng, ular ikkala tomondan to'siqning tog'ayga tutashdigan qismining butun yuzasi bo'ylab tozalanadi. Qarama-qarshi tomonda, to'rtburchakli tog'ay bo'lingandan so'ng, shilliq qavat va tog'ay usti pardasining ilgari qilingan kesmasi orqali ajratish amalga oshiriladi. Tog'ayning yoki perpendikulyar plastinkaning qiyshaygan qismi olib tashlanadi va harakatlanuvchi tog'ayga aylanadigan to'siq o'rta chiziq bo'ylab o'rnatiladi, tog'ay usti pardasi ikkala varag'ining yarali yuzalari tamponlar bilan bir-biriga bosiladi. Operatsiyadan keyingi davrda burun to'sig'ining teshilishi shakllanishiga yo'l qo'ymaslik uchun, olib tashlangan tog'ay parchalarini asl joyiga

reimplantatsiya qilish tavsiya etiladi. Muvaffaqiyatli operatsiyadan so'ng nafas olish tiklanadi.

Burun to'sig'ining gematomasi va abssessi

Ular tashqi burun jarohati natijasida paydo bo'ladi, ba'zida burun suyaklarining shikastlanishi bilan birga keladi. Ta'sirotdan so'ng, qon odatda to'siqning har ikkala tomonida ham, tog'ay usti pardasi va shilliq qavatni bir-biridan ajratadi. Gematomaning alomatlari - burundan nafas olish qiyinligi, ovoz manqalashuvi. Quyilgan qon yiringlashi va to'siq xo'ppozini hosil qilishi mumkin. Bunday hollarda, ko'rsatilgan alomatlardan tashqari, bosh og'rig'i paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi va varaja kuzatilishi mumkin (4.5-rasm).

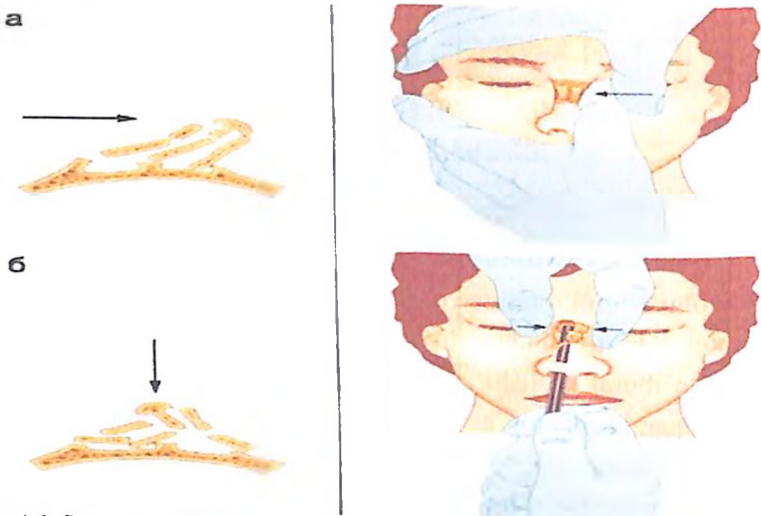


Rasm. 4.5. Burun to'sig'i gematomasi va abssessi

Davolash erta punktsiyalash, gematoma bo'shlig'ini yaxshiroq ochish, uni ikki tomondan drenajlash, yallig'lanishga qarshi terapiya tayinlashdan iborat bo'lishi zarur. Shilliq qavat va tog'ay usti pardasini ajratilgan qismlarini tog'ayga bosish uchun, burunning har ikkala yarmini mahkam tamponlash kerak. Xo'ppoz hosil bo'lganda, avvalambor, uning bo'shlig'ini keng ochib, bemorni (agar xo'ppoz hosil bo'lgandan keyin ko'p vaqt o'tgan bo'lsa), to'rtburchak tog'ayning erishi tufayli burun orqa qismi cho'kib ketishi mumkinligi haqida ogohlantirish kerak. Xo'ppoz bo'shlig'ini bo'shatish, uning tarkibini so'rib olish, antibakterial preparatlarni qo'llashni nazorat qilish kerak. Bemor kasalxonaga yotqizilishi shart.

Burun suyaklari sinishi

Teri butunligining buzilishi bilan kechadigan – ochiq sinishlar, yoriqlarni siljishi va siljimasdan yuzaga keladigan yopiq sinishlar mavjud. Burun suyaklaridan tashqari, zarba yuqori jag'ning frontal o'siqlariga ham zarar etkazishi mumkin. Ta'sir yo'nalishiga qarab (yon, old) tashqi burun deformatsiyasi har xil bo'ladi (4.6-rasm). Ba'zi hollarda burunning lateral qiyaligi zarba tomoniga to'g'ri keladi, boshqa hollarda esa shu bilan birga, qarama-qarshi nishab ham siljiydi. Old tomondan urilganda, burunning orqa qismi o'rniga o'rnatiladi va burun "tekislanadi". Bemorning umumiy ahvoriga va sinish xarakteriga (ochiq, yopiq) qarab, ambulator sharoitda yoki kerak bo'lganda kasalxonada yordam ko'rsatilishi mumkin. Siniq xususiyatini aniqlash uchun tashqi tekshiruv, burunning orqa va yon tomonlarini palpatsiya qilish va oldingi rinoskopiya o'tkaziladi. Burun suyaklarining lateral rentgenogrammasini bajarish maqsadga muvofiq bo'ladi. Ochiq sinish holatlarida, avvalo, jarohatni birlamchi jarrohlik ishlovini amalga oshirish, qoqsholga qarshi zardob kiritish kerak.

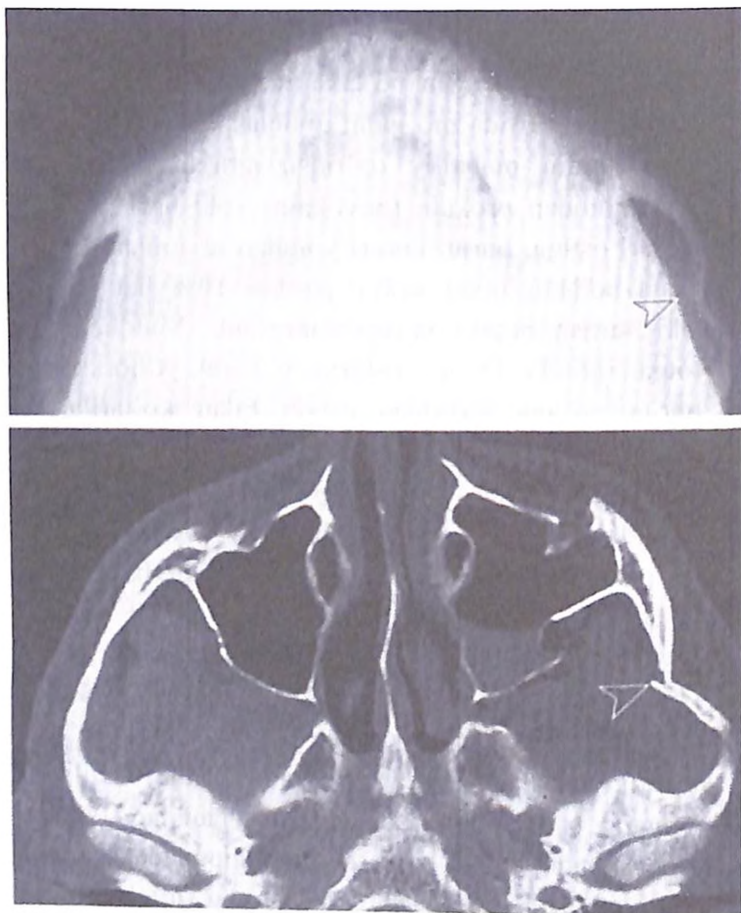


Rasm: 4.6. Burun suyaklarining sinishi: a - barmoq repozitsiyasini talab qiladigan suyak bo'laklarining lateral siljishi; b - instrumental repozitsiyani talab qiladigan ezilgan sinish

Burun suyagi bo'laklarini qayta joylashtirish uchun eng maqbul vaqt, jarohatdan 1 kun keyin yoki undan 5-6 kun o'tishi hisoblanadi. Bu

atrofdagi yumshoq to'qimalarda yaqqol shish rivojlanishiga bog'liq bo'lib, bu qayta joylashtirilgan bo'laklarni to'g'ri joylashganligi yoki kontuziya borligi to'g'risida mo'ljalni qiyinlashtiradi. Parchalarni qayta joylashtirishdan oldin mahalliy og'riqsizlantirish amalga oshiriladi: burun ildizi tomonidan prokain (novokain) yoki artikain (ultrakain)ni 2% eritmasi teri ostiga, burun tomiri yonidan taxminan 2,0 ml dozada qilinadi, burun bo'shlig'ining shilliq pardasi 10% lidokain eritmasini purkash yoki surtish orqali og'riqsizlantiriladi. Siniqlarni to'g'rilash bemorni yotgan holida amalga oshirilishi kerak. Cho'kkan bo'laklar umumiy burun yo'lga kiritilgan asbob bilan ko'tariladi - burun bo'shlig'ining yumshoq to'qimalariga zarar etkazmaslik uchun shoxlariga rezina naycha bo'lagi o'rnatilgan Koxer qisqichidan foydalaniladi. Shuningdek, burun bo'shlig'ining shakliga yaqin shaklga ega bo'lgan maxsus Yu.N.Volkov elevatorlaridan ham foydalaniladi (4.7-rasmga qarang). Burun lateral devorining bo'rtib turgan qismlari bemorning yuzini qoplagan holda, ikkala qo'lning bosh barmoqlari harakatlari bilan joyiga qo'yiladi, bu esa chiqib turgan suyak bo'laklarini qayta joylashtirish uchun zarur bo'lgan muhim kuchni qo'llash uchun sharoit yaratadi. Suyak bo'laklarini immobilizatsiya qilish, asosan, cho'kib ketgan parchalarda shish kamayganidan so'ng, burun bo'shlig'ini doka tamponlari bilan qattiq tamponadasi orqali amalga oshiriladi. Burun suyaklari, burun yondosh bo'shliqlari devorlari va yuqori jag' suyagining singan yoriqlari ko'pincha birlashtiriladi (4.7-rasm).

Hozirgi vaqtda yuz-jag' jarrohligida barcha mualliflar "o'rta yuz sinishi" atamasidan foydalanmoqdalar. Bunga burun suyaklari, ko'z kosasi devorlari, yonoq suyaklari va yuqori jag' kiradi. Yuqori jag', yonoq suyagi va ko'z kosasi yoriqlarining tabiati, ta'siroi yo'nalishi va kuchiga bog'liq. Ba'zi hollarda yuz suyaklarining shikastlanishi singan qismning oldingi va o'rta miya chuqurchasiga tarqalishi bilan birga keladi. Yuqori jag'ning singan yoriqlari yuz suyaklari sinishining 2 dan 5% gacha qismini tashkil etadi (4.8-rasm).

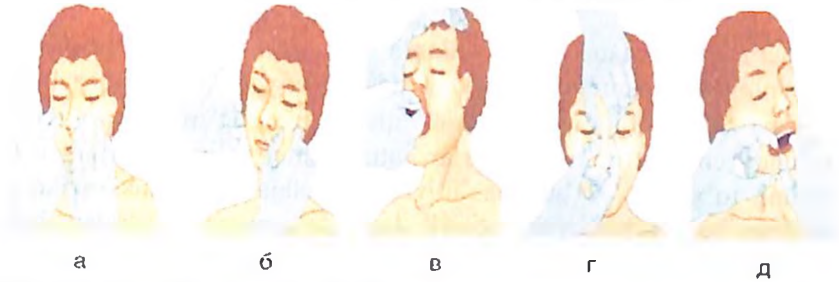


Rasm. 4.7. Yuqori jag' suyagining, yuqori jag' bo'shlig'i va yonoq suyagi sinishi.

Jarohatlarni L.Fort bo'yicha tasnifi eng keng tarqalgani sanaladi. Yuzning o'rta sohasi suyaklari ko'z kosasini shakllantirishda ishtirok etadi va shuning uchun, bu sohaning jarohati ko'z kosasi devorlariga zarar etkazish xususiyatiga ega bo'ladi. Yuqori jag' bo'shliqlari devorlarini, yonoq suyagi va burun suyaklarining sinishlarida, ko'z kosasiga zarar etkaziladi. Yuzning o'rta sohasi suyaklarining sinishi murakkab, xilma-xil bo'lib, davolash usulini tanlashda har bir holatda individual yondashuvni talab qiladi (4.9-rasm).



Rasm. 4.8. a - Lefor I; б - Lefor II; в - Lefor III



Rasm. 4.9. Yuz o'rtasi sohasi siniqlarida palpatsiya: a - orbitalar; б - yonoq suyagi; в - yuqori jag' suyagi; г - burun; д - pastki jag'

Burundan qon ketishi

Burundan qon ketish (*epistaxis*) har qanday tibbiyot ixtisosligidagi shifokor amaliyotida ham uchrashi mumkin. Burundan qon ketish yoki ko'p miqdorda qon ketishi, umumiy va mahalliy sabablarga ko'ra kelib chiqishi mumkin. Qon ketish sabablariga qarab jarohatga aloqador (asosan mahalliy) va simptomatik (umumiy va mahalliy) bo'ladi. Qon ketishni takrorlanishi, o'z-o'zidan yoki ob'ektiv ravishda aniqlanadigan sabablar ta'siri ostida yuzaga keladi. Ko'pincha, ko'p miqdorda qon ketishining sababi ateroskleroz, dekompensator gipertenziya, shuningdek, qon ivish tizimi, tomirlar devorining tug'ma yoki orttirilgan patologiyasi bilan bog'liq boshqa bir qator keng tarqalgan kasalliklar sanaladi. Qon ketish ko'pincha yuqori tana harorat bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasalliklarning yo'ldoshi sanalib, uning fonida qon tomir devorlari o'tkazuvchanligi ortadi va qon ivishining (gripp) buzilishi kuzatiladi. Burundan qon ketishining sababi, Osler-Randlu sindromi kabi irsiy kasalliklar ham bo'lishi mumkin, bunda kichik arterial tomirlar devorida tug'ma degeneratsiya mavjud bo'lib, ba'zi sohalarda

ular faqat endotelii bilan tasvirlanadi. Natijada, aynan shu joylarda kichik tomirlarning kolbasimon kengayishi yuzaga keladi – bu holat "teleangiektaziya" deb ataladi. Ushbu sohalarda qon tomirlar devori juda zaif bo'lganligi sababli, eng kichik jismoniy harakat vaqtida ham, ya'ni haddan tashqari kuchlanish, bosim oshishida, masalan, boshni qiyshaytirganda, burunni qoqqanda, doimiy va ko'p miqdorda burundan qon ketishi kuzatiladi. Ushbu kasalliklarga trombotsitopenik purpura, gemofiliya kabi kasalliklar ham kiritilib, ular ham burundan qon ketishlarga olib keladi. Burundan qon ketish genezida mahalliy sabablar katta ahamiyatga ega. Avvalo, bu burun va burun yon bo'shliqlari shilliq qavatining shikastlanishi, shilliq qavatning atrofik jarayonlari, burun bo'shlig'i va burun-halqumning qon tomir hosilalari sanaladi. Ko'pincha, taxminan 80% hollarda burundan qon ketishi burun to'sig'ining old qismida joylashgan Kisselbax sohasida yuzaga keladi. Burun bo'shlig'ining orqa va yuqori qismlaridan og'irroq qon ketishlar kuzatiladi, chunki bu erda tomirlar katta diametrga ega. Burundan qon ketishini to'xtatish - bu mas'uliyatli muolajadir, chunki u to'g'ri bajarilgan bo'lsa, bemorni sezilarli darajada qon yo'qotishidan, burun bo'shlig'idagi takroriy og'riqli manipulyasiyadan xalos qiladi va sog'lig'ini saqlaydi. Qon ketish darajasiga, joyiga, uni keltirib chiqargan sababiga qarab, qon ketishni to'xtatish va uning oldini olish uchun bir qator tadbirlar amalga oshiriladi.

Agar qon ketish intensiv bo'lmasa, u to'siqning old qismida paydo bo'lgan bo'lsa, uni to'xtatishning oddiy usuli burun qanotlarini to'siq ustiga bosib, ularni shu holatda 15-20 minut ushlab turish hisoblanadi.

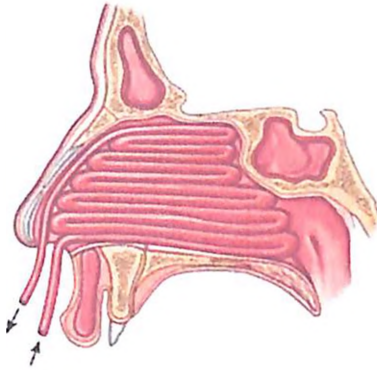
Agar qon ketish intensiv bo'lmasa, qon ketish joyini aniqlashga imkon mavjud bo'lsa, shuningdek Kisselbax sohasidan qon ketganda, epinefrin (adrenalin) yoki efedrin eritmasiga botirilgan paxtali tamponni burun dahliziga kiritish va shuningdek, burun qanotini to'siqqa bosish kerak.

Agar qon ketayotgan tomir rinoskopiya paytida ko'rinadigan bo'lsa, u holda mahalliy og'riqsizlantirish o'tkazilgandan keyin elektro-kauter, kumush nitrat (kristalli lyapis) yoki elektrokoagulyasiya yo'li bilan bu joyni kauterizatsiya qilish kerak.

Oldingi tamponada. Burundan doimiy qon ketganda, uni amalga oshirishning barcha qoidalariga rioya qilgan holda, burunning oldingi tamponadasini o'tkazish kerak.

Kerakli asboblari - burun dilatatori shaklidagi forseps, marlili tampon, peshona reflektori.

Bemor o'tirgan holatda. Otorinolaringolog mutaxassis tamponni chetidan 4-5 sm tashlab, pinset bilan 40-50 sm gacha ushlaydi (4.10-rasm) va ilmoqlarni bir-biriga mahkam bosib, burun bo'shlig'ining pastki qismidan boshlab ilmoqlarga qo'yadi.



Rasm. 4.10. Burundan qon ketishini old tamponada bilan to'xtatish

Tamponning uchi burun-halqumga tushmasligi va uning shilliq qavatini bezovta qilmasligi va qusishni keltirib chiqarmasligi uchun, va aytilganidek, tamponning uchi bemorning burun teshigidan chiqishi uchun birinchi xalqani qo'yish kerak, buning uchun tamponning chetidan 4-5 sm tashlab tortib olish tavsiya etiladi. Shuni esda tutish kerakki, tamponni kuch bilan mahkam o'rnashgandan keyingina, oldingi tamponada orqali qon ketishini to'xtatish mumkin. Bunday hollarda, u kamroq gigroskopik sanaladi va qonni shimmaydi. Tamponning burun bo'shlig'ida qolish muddati 48 soatgacha cho'zilishi mumkin. Tamponni vazelin moyi bilan namlash maqsadga muvofiqdir, shunda uni olib tashlashda, qurigan doka bilan shilliq qavatning shikastlanishi kuzatilmaydi.

Orqa tamponada. Tamponadaning murakkab turi bo'lib, nafaqat avval keltirib o'tilgan sabablari fonida paydo bo'luvchi kuchli burun qonashlarida, balki operatsiyaning o'zi sezilarli qon yo'qotilishi (neoplazmalarni olib tashlash) bilan kechgan hollarda, burun bo'shlig'i, halqumni burun qismida o'tkazilgan qator jarrohlik aralashuvlari yakunida ham qo'llaniladi.

Orqa tamponada bir necha bosqichdan iborat.

- Tegishli tamponni tanlash uchun bemor burun-halqumining hajmi aniqlanadi. Odatda, burun-halqum bo'shlig'ining hajmi, bemorning bosh barmoqlarini tirnoq falangalari bilan taqqoslanadi.

- Tamponni tortadigan iplarning mustahkamligini va tamponni o'zini mustahkamligini tekshirib olish.

- Yupqa rezina kateter qon ketishi davom etgan hollarda, burunni o'sha tomondagi yarmiga pastki burun yo'li bo'ylab, toki u yumshoq tanglay orqasida paydo bo'lgunga qadar o'tkaziladi, bemorning og'zi ochilganda u aniq ko'rinadi.

- Ushbu kateterning uchi pinset bilan ushlanadi va og'iz orqali tashqariga 4-5 sm chiqariladi.

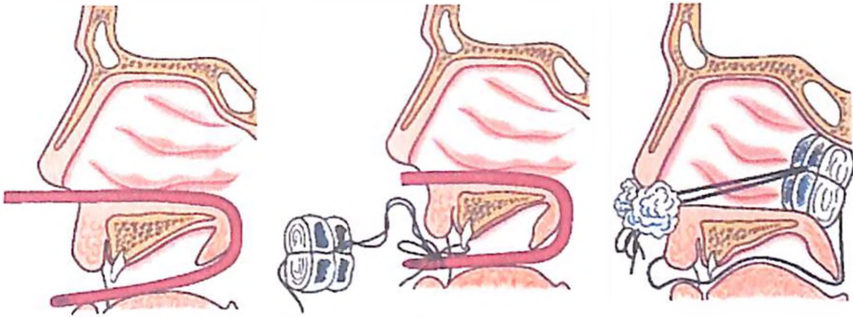
- Tamponni tortadigan ikkita ip rezina kateterning uchiga mahkam bog'langan bo'lib, bu iplarning uzunligi kamida 20 sm bo'lishi kerak.

- Kateter og'iz orqali tortib olinadi va shu bilan birga bog'langan ikkita ip xam tortib olinadi. Agar ular 20 sm dan kamroq bo'lsa, unda ular kirishdan oldin qulay va xavfsiz tarzda tuzatish uchun etarli bo'lmaydi va xuddi shu zichlikdagi marlyali yostiqcha burunning yana bir tomoni ichiga kiritiladi.

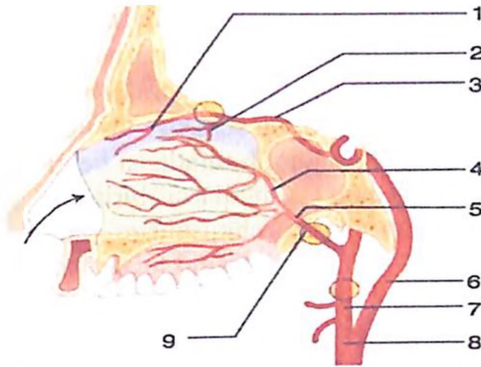
- Ikkala ip uchun ham chap qo'l bilan tampon yuqoriga ko'tarilib, burun-halqum bo'shlig'iga kiritiladi, shu bilan birga o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan uni xo'naga bosgan holda, halqumning burun qismiga mahkam bosiladi (4.11-rasm).

- Tugunni burunga kirish qismi oldiga bog'lashdan oldin, ba'zida oldingi tamponada amalga oshiriladi.

Aksariyat hollarda orqa tamponada burundan kuchli qon ketishini to'xtatadi. O'rta quloq tomonidan og'ir asoratlarni oldini olish uchun, tamponni burun-halqumda 48 soatdan ko'p bo'lmagan vaqt davomida ushlab turish mumkin (qon bilan shimilgan tampondan eshitish naychasi orqali infektsiya kirib borishi, patogen florani ko'payishi uchun zamin yaratadi). Tampon og'iz bo'shlig'idan chiqarilgan va yonoqqa yopishqoq lenta bilan bog'langan uchinchi ipni tortib, burun-halqumdan olib tashlanadi. Burun bo'shlig'iga kirmasdan avval orqa tamponni kesib olish lozim, oldingi tampon burun bo'shlig'idan olib tashlanadi.



Rasm. 4.11. Orqa tamponada



Rasm: 4.12. Burundan qon ketishini to'xtatish uchun tashqi uyqu arteriyasining bog'lanish joyi va adduktor tomirlarining embolizatsiya joylari: 1 - oldingi g'alvirsimon arteriya; 2 - orqa g'alvirsimon arteriya; 3 - oldingi meningeal arteriya; 4 - ponasimon-g'alvirsimon arteriya; 5 - yuqori jag' arteriya; 6 - ichki uyqu arteriya; 7 - tashqi uyqu arteriyasi; 8 - umumiy uyqu arteriya; 9 - yuqori jag' arteriyani embolizatsiya qilish joyi.

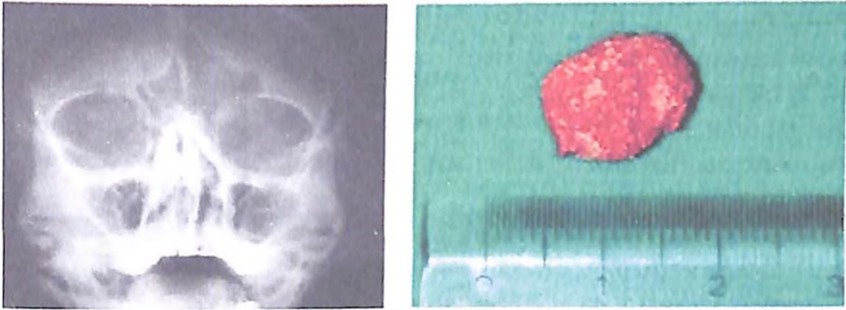
Tashqi uyqu arteriyasini bog'lash. Orqa tamponada burundan qon ketishini to'xtata olmagan hollarda, tashqi uyqu arteriyasini bog'lashga murojaat qilish kerak (4.12-rasm). Tashqi uyqu arteriyasini bog'lash jiddiy jarrohlik amaliyoti bo'lib, uning ko'rsatmalari aniq belgilab olinishi kerak. Amaliyot uchun ushbu sohaning topografiyasini, qon tomirlari va nervlarning, mushaklarning va fastsiyalarning o'zaro joylashuvini bilish kerak. Avvalo shuni ta'kidlash kerakki, umumiy uyqu arteriyasining tashqi va ichki uyqu arteriyalarga bo'linishi, qalqonsimon tog'ayni yuqori qirrasida sodir bo'ladi. Bu m. sternocleidomastoideus birikadigan joydan, ya'ni so'rg'ichsimon o'siq sohasidan boshlanadigan teri kesimini amalga oshirish uchun, muhim

belgilardan biri bo'lib xizmat qiladi. M. sternocleidomastoideus chetini yanada aniqroq tanlash uchun, bemorning orqa tomonga tashlangan boshi qarama-qarshi tomonga keskin buriladi. Mushakning oldingi qirrasi bo'ylab, taxminan 6-7 sm uzunlikdagi kesim amalga oshiriladi. Teri va teri osti yog' qavati kesilgandan so'ng, m.sternocleidomastoideus ning old qirrasi fastsial qobiqqa o'ralgan holda topiladi, bu esa ushbu mushakning orqaga yoki oldinga siljishini oldini oladi. Teri kesmasining butun uzunligi barobarida, mushakning old qirrasi bo'ylab fastsial g'ilof kesib tashlanadi. Shundan so'ng m.sternocleidomastoideus orqaga qarab suriladi, so'ngra mushak qobig'ining ichki varag'i ko'rinadi. U kesma chizig'i bo'ylab ajratiladi, u erda yirik venoz tomir - bo'yin venasi mavjud. Uni chetga surib qo'ygandan so'ng, orqada ikkala uyqu arteriyasi ham ko'rinadi: tashqi uyqu arteriyasi chuqurroq, ichkisi esa yuzakiroq joylashadi. Ma'lumki, faqat tashqi uyqu arteriyasi bo'yin sohasiga tarmoqlar beradi va bu holat uni ichki uyqu arteriyasidan ajratib turadigan belgi bo'lib xizmat qiladi. Arteriyani bog'lash ushbu tarmoqlarni birinchisi bo'lgan - yuqori qalqonsimon arteriya ajralib chiqishidan yuqori qismda amalga oshiriladi. Burundan kuchli qon ketishni to'xtatishning zamonaviy usuli bu qon tomirlarining embolizatsiyasidir (4.11-rasmga qarang). Angiografiya o'tkaziladi va elektron-optik konvertor nazorati ostida qon ketadigan tomir maxsus kateter orqali embolizatsiya qilinadi.

Burun bo'shlig'ining yot jismlari.

Burun bo'shlig'ida burun teshigi orqali kiritilgan yoki qo'shni sohalaridan kirib boradigan turli xil begona narsalar masalan, ektopik tish joylashishi mumkin. Umumiy yoki pastki burun yo'llarida ushlanib qo'lishi bilan, ular surunkali yallig'lanish jarayonini yuzaga keltirishi, bir qator jiddiy umumiy kasalliklarni simulyasiya qilishi mumkin. Masalan, shilliq qavatga yopishib qolgan tirik yot jismlar, sil kasalligi yoki o'sma jarayoni bilan bog'liq deb sanaluvchi, doimiy qon tuflash holatini paydo qilishi mumkin.

Kichikroq yot jismlarni uzoq vaqt turishi (burun shilliq qavatiga mineral tarkibiy qismlarini adsorbsiyasi tufayli) ularni burun toshlariga aylanishiga imkon yaratadi (4.13-rasm). Ular shuningdek, surunkali rinitti yiringli shakllarini ham keltirib chiqaradi.



Rasm. 4.13. Rentgenogramma burun bo'shlig'ida yot jism (rinolit) va olingandan keyin holati.

Yot jismlarning diagnostikasi, burun bo'shlig'ini turli qismlarini to'liq ko'rish uchun tomir toraytiruvchi tomchilar va rentgenografiya yordamida amalga oshirilgan oldingi va orqa rinoskopiya ma'lumotlariga asoslanadi.

Tirik yot jismlar burun bo'shlig'iga konsentrlangan natriy xlorid eritmasini yuborish yo'li bilan olib tashlanadi va jonsiz (mahalliy og'riqsizlantirish) yot jismlar esa, nafas nayaning yuqorigi qismi sanaladigan burun-halqumga surilib ketmasligi uchun, maxsus ilgaklar yordamida olib tashlanadi.

Rinitlar

Rinit - bu patogen yoki ta'sirlovchi xususiyatlarga ega atrof-muhit omillari (mikroorganizmlar, allergenlar, termal, mexanik va boshqa ta'sirlar) natijasida kelib chiqqan yoki organizmdagi ma'lum bir kasalliklar mavjudligida rivojlanadigan, burun shilliq qavatining o'tkir yoki surunkali yallig'lanish kasalligidir. Ushbu omillarning ta'siri natijasida shilliq qavat shishi, gipersekretsiya, biriktiruvchi to'qimaning ortishi yoki epiteliy metaplaziyasi, shuningdek shilliq qavatdagi atrofik o'zgarishlar ko'rinishida namoyon bo'ladigan yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Bu quyidagi alomatlarga olib keladi: burundan nafas olish qiyinlashuvi, ajralmalar, burun bo'shlig'ida qichishish, aksa urish hurujlari, burundagi quruqlik, po'stloq paydo bo'lishi va hid bilish buzilishi.

Rinitning ko'plab tasniflari mavjud, ammo umumiy qabul qilingan tasnif yo'q. Rinitning so'nggi taklif etilgan etiopatogenetik tasnifi quyidagi ko'rinishda keltirilgan.

Rinit tasnifi

I. Infektsion:

-o'tkir:

- virusli;
- bakterial;
- surunkali;
- nospetsifik;
- spetsifik.

II. Allergik:

- intermittlovchi (mavsumiy);
- persistirlanuvchi (yil bo'ylab).

III. Vazomotor:

- medikamentoz;
- gormonal;
- oziq-ovqat;
- sovuq;
- psixogen;
- idiopatik.

IV. Gipertrofik.

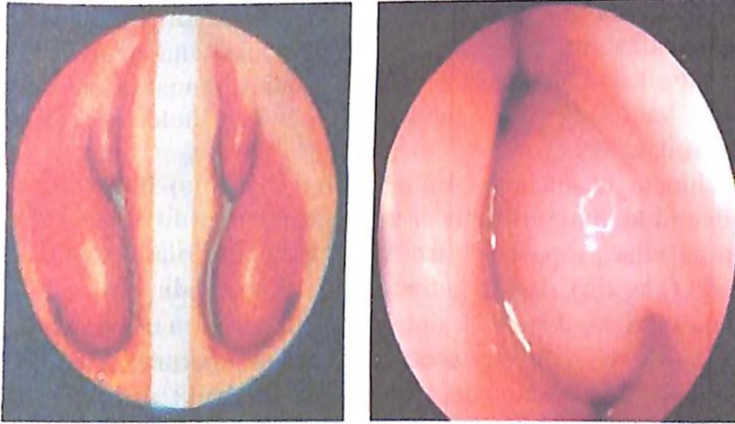
V. Atrofik:

- «bo'sh burun» sindromi;
- ozena.

O'tkir rinit

O'tkir rinit (*rhinitis acuta*) – har bir inson hayoti davomida bir necha marta kasallanadigan eng keng tarqalgan kasallikdir. O'tkir rinit (tumov) burun bo'shlig'ida mustaqil patologik jarayon bo'lishi mumkin, shuningdek shamollash yoki yuqumli tabiatga ega ko'plab kasalliklar bilan hamroh bo'lishi ham mumkin. Ma'lumki, o'tkir rinitning sababi, ko'pincha burun bo'shlig'idan uzoqda joylashgan tananing turli qismlarini sovuqqotishi hisoblanadi. Shu munosabat bilan, tumov tananing ayrim joylarini sovuq ta'siriga javoban, burun shilliq qavatining reaksiyasini keltirib chiqaradigan reflektor mexanizmlari bilan bog'liq deb hisoblanadi. Darhaqiqat, aksariyat hollarda oyoqlarning yoki bel sohasining sovuqqotishidan keyin, to'g'ridan-to'g'ri yoki qisqa vaqt o'tgach o'tkir rinit paydo bo'ladi. Shunday qilib, sovuq omil o'tkir rinitning boshlanishiga turtki bo'lib xizmat qiladi. Kasallik boshlanganda burundan seroz suyuqlik ajralib chiqib boshlaydi, uni o'rganish jarayonida uning oqsilli tarkibiy qismlaridan to'liq xoli bo'lgan transsudat ekanligi tasdiqlanadi. Bu o'tkir rinitning birinchi bosqichi hisoblanadi. Burundan suyuqlikning ko'p miqdorda ajralishi

sababli epiteliy maceratsiyasi, kichik yarali yuzalar paydo bo'ladi, organizmning himoya mexanizmlari (leykotsitlar, makrofaglar) harakatga kelishi tufayli, burun ajralmalari - serozdan yiringli ko'rinishga o'tadi. Shunday qilib, klinik ko'rinish va morfologiya bo'yicha o'tkir rinit uch bosqichga yoki fazaga bo'linadi.



Rasm. 4.14. O'tkir rinit

1-bosqich (ta'sirlashning quruq bosqichi) odatda bir necha soat, kamdan-kam hollarda 1-2 kun davom etadi. Bemor burundagi quruqlik, yonish hissi, issiqlik, nafas olish va chiqarish paytida og'riqqa shikoyat qiladi, shu bilan birga varaja kuzatiladi. Old rinoskopiya bilan burun shilliq qavati giperemiyasi, uning quruqligi va yuzasida ajralmalar yo'qligi kuzatiladi (4.14. rasm).

2 - bosqich (seroz oqindilar) birinchi bosqichdan 1-2 soat o'tgach sodir bo'ladi va burun tiqilishi, bosh og'rig'i, ko'p miqdordagi suvli ajralma, aksirish, umumiy holsizlik va tana haroratining biroz ko'tarilishi bilan tavsiflanadi.

3 - bosqich (shilliq-yiringli ajralmalar bosqichi) bir necha kun, hafta davom etadi. Burun bitishi saqlanib qoladi, ajralmalar quyuq, yiringli bo'lib, bemor o'zini yomon his etadi, bosh og'rig'i kuzatiladi.

Davolash. Davolash odatda ambulator sharoitda amalga oshiriladi. Agar, tana harorati ko'tarilsa va bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lsa bemorga stasionar davo tavsiya etiladi. Rinitning dastlabki bosqichida ter chiqaruvchi va chalg'ituvchi muolajalar tavsiya etiladi, ya'ni tanani

ratsional ravishda bir tekis isishi (yotoqda dam olish), yallig'lanishga qarshi dorilarni tayinlash (atsetilsalitsil kislotasi), chalg'ituvchi vositalar (oyoqning issiq vannalari, kambalasion mushaklar uchun xantal). Mentol saqlovchi yog'li tomchilarni burunga tomizish tavsiya etiladi. Bunday tomchilar shilliq qavatni havo orqali haddan tashqari ta'sirlanishidan himoya qiladi. Bundan tashqari, ular burun orqali nafasni yaxshilanishiga olib keladi. Tomir toraytiruvchilarni tomizish mumkin [nafazolin, naftizin san, sanorin), ksilometazolin (galazolin, tizin ksilo, ksimelin, otrivin) va boshqalar. Faqat ular cheklangan miqdorda va qisqa vaqtga tavsiya etiladi, aks holda ularga o'rganib qolish rivojlanadi.

Uchinchi bosqichda (shilliq yiringli ajralma) burun bo'shlig'iga sulfanilamid kukunlarni puflash va malhamlardan foydalanish mumkin. Bundan tashqari, giposensibilizatsiya qiluvchi dorilarni tayinlash kerak [loratadin (klaritin), dezloratadin (erius), feksofenadin (telfast)].

Tumovni engil kasallik deb hisoblash mumkin emas, chunki uning fonida kelib chiqadigan asoratlar nafaqat burun, burun yondosh bo'shliqlari yoki boshqa qo'shni sohalarga, balki o'rta quloqqa ham tegishli bo'lishi mumkin.

O'tkir rinitning natijasi - tiklanish yoki o'tkir osti bosqichiga o'tishi, so'ngra surunkali kechuvga ega bo'lishi mumkin, bunda jarayon o'tkir kataral yallig'lanishdan sifat jihatidan farq qiladi.

Yuqumli kasalliklarda o'tkir rinit (qizamiq, skarlatina, difteriya)

Ushbu kasalliklarda o'tkir rinit ikkinchi darajali namoyon bo'ladi va bir qator o'ziga xos xususiyatlarga ega, bunda ayniqsa difteriya haqida gap ketganda, jiddiy oqibatlariga olib kelmaslik uchun, kasallik belgilarini ajrata bilish kerak.

Qizamiq. Prodromal davrda qizamiqni rinit bilan boshlanishi odatiy alomatdir, shuning uchun bolada har qanday tumov kasalligida davolovchi shifokorni ogohlantirish kerak. Qizamiqdagi tumov burundan ko'p miqdorda shilimshiq ajralma kelishi bilan ajralib turadi. Burun bo'shlig'ini tekshirganda, shilliq qavatning umumiy giperemiyasi fonida, pastki chig'anoq sohasida yaqqol ajralib turadigan alohida qizil dog'larni aniqlanishi odatiy jihat sanaladi. Ushbu dog'lar qisqa vaqtga va faqat prodromal davrda kuzatiladi, shuning uchun ular tumovning differentsial diagnostikasida muhim rol o'ynaydi. Tumov bilan og'rigan bemorlarni davolashda o'ziga xos xususiyat yo'q, bunda burun bo'shlig'idagi sekretni olib tashlashga e'tibor berish kerak. Bemorga

burunni to'g'ri puflashni o'rgatish kerak, bu burun-halqumdan ajralmani o'rtqa quloqqa urib yubormaslik uchun muhim sanaladi, shuningdek shilliq qavatni qonsizlantirish, yog'li preparatlardan foydalanish, levomentol (1% mentol moyi) tavsiya qilinadi.

Skarlatina. Engil holatlarda, ayniqsa hozirgi paytda - keng ta'sir doirali antibiotiklar davrida, skarlatina o'ziga xos jihatlarga ega emas va u o'tkir rinitni uch bosqichi ham kuzatiladigan keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Bo'yinda, yuzda va keyinchalik butun tanada skarlatinaga xos bo'lgan kichik nuqtali toshma paydo bo'ladi. Davolash yuqumli kasalliklar shifoxonasida amalga oshiriladi. Muayyan davolanish talab qilinmaydi. Ular antibiotiklar bilan davolanadi, mahalliy davo sifatida - burun tomchilarini qo'llash tavsiya qilinadi.

Difteriya. Burun bo'shlig'ida difteritik yalliglanish halqum difteriyasi fonida kelib chiqqan holda asosiy kasallik sifatida, hamda ikkinchi darajali kasallik sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Difteriya erta bolalik davrida uchraydi. U shilliq qavat yuzasida difteriya plynkalarining odatiy shakllanishisiz davom etishi mumkin va kataral simptomlar bilan tavsiflanadi.

Kasallik jarayoni dastlab engil bo'lishi mumkin va natijada paydo bo'lgan rinit ko'pincha oddiy o'tkir rinit sifatida qabul qilinadi. Shu bilan birga, difteriyaga xos odatiy ko'rinishlar ham mavjud: "bir tomonlama" rinit, qonli ko'p miqdordagi oqindilar, burun va labning yuqori qanoti terisini qizarishi, unda yoriqlar paydo bo'lishi. Difteriya tayoqchasi borligini tasdiqlovchi bakteriologik tadqiqot tashxisda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Davolash asosan difteriya antitoksinini kiritish orqali amalga oshiriladi, antibiotiklar, malham preparatlari yoriqlar, eroziya bo'lgan teri joylarida qo'llaniladi.

Surunkali rinit

Burun shilliq qavatining surunkali o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanishi, burun bo'shlig'ining barcha funksiyalariga (nafas olish, hidlash, himoya, rezonansi) ta'sir ko'rsatadigan keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Hozirgi vaqtda qulay klinik tasnif qo'llanilmoqda, unga ko'ra surunkali rinitning bir nechta shakllari ajratib olinadi.

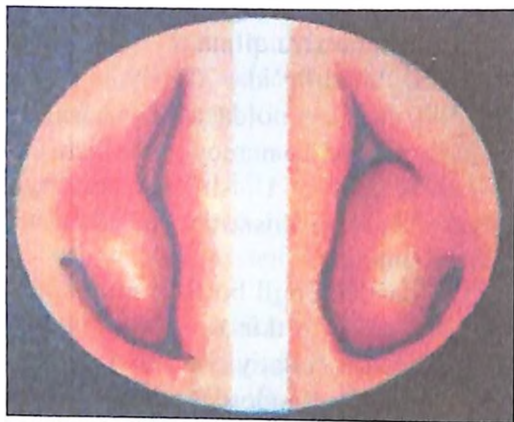
- Kataral rinit.
- Gipertrofik rinit: - chegaralangan; - tarqoq.
- Atrofik rinit:
- Oddiy shakl;
- Ozena (sassiq tumov)

Surunkali rinit shakllarining har biri o'ziga xos xususiyatlarga ega, bu kasalliklarni farqlash imkonini beradi.

Surunkali kataral rinit

Surunkali kataral rinit (*rhinitis catarrhalis chronica*) shilliq qavatning diffuz dimlangan giperemiyasi, chig'anoqlarning bir tekis shishishi bilan tavsiflanadi.

Simptomlari. Burunni ikkala yarmida ham doimiy yoki davriy tiqilish, bu ayniqsa yon tomon bilan va chalqancha yotganda bilinadi. Tiqilish burundan ko'p miqdorda shilimshiq oqish bilan birga keladi. Charchoq, bosh og'rig'i, og'iz qurushi kuzatiladi.



Rasm. 4.15. Surunkali kataral rinit

Anamnez. Kasallik ko'plab sabablarga ko'ra o'tkir kataral rinitdan so'ng paydo bo'ladi (noratsional davolash, adenoidlar mavjudligi). Kasallikning davomiyligi har xil - bir necha oydan uzoq yillarga va hatto o'nlab yillarga qadar cho'zilishi mumkin.

Klinik ko'rinish. Umumiy holat qoniqarli, tana harorati ko'tarilmaydi. Burunning bir yoki ikkala yarmi orqali nafas olish qiyinlashadi. Oldingi rinoskopiya chig'anoqlarning giperemiyalashgan shilliq qavati ko'zga tashlanadi, chig'anoqlar shilliq osti qatlamning shishishi va parez holatida kengaygan qon tomirlari tufayli kattalashadi (4.15-rasm).

Umumiy va pastki burun yo'llarida shilliq mavjud bolib, u ba'zan tortiluvchan ko'rinishga ega bo'ladi;. Surunkali kataral rinitning xarakterli belgilari davriy ravishda u yoki bu burun yarmining bitishidir. Odatda, bemorlar uzoq vaqt davomida terapevtik vosita sifatida tomir

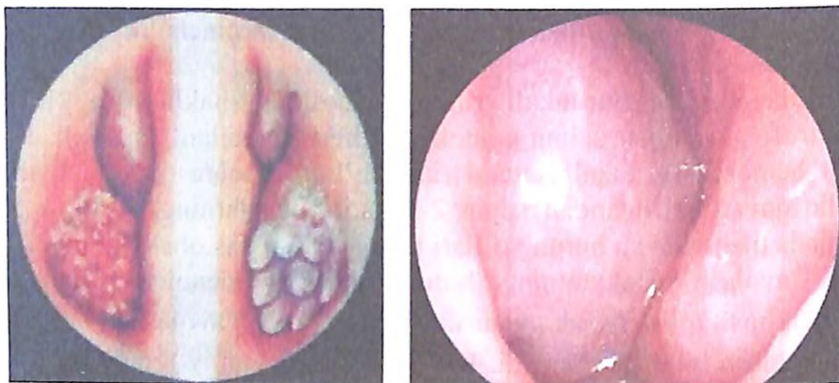
toraytiruvchi tomchilaridan foydalanadilar va vaqtinchalik ta'sirga ega bo'lishadi.

Diagnostika. Surunkali rinitning boshqa shakllaridan (haqiqiy gipertrofiya) ajratish uchun epinefrin (adrenalin) bilan test qo'llaniladi. Agar bemorda surunkali kataral rinit bo'lsa, u holda chig'anoqlarning shilliq qavatni surtilgandan keyin 2-3 daqiqada ularning hajmi sezilarli darajada qisqaradi va burun yo'llari kengayadi, nafas olish tiklanadi.

Davolash. Halqumning burun qismida adenoidlar yo'qligiga ishonch hosil qilish kerak. Agar ular bo'lsa, unda davolash adenoidlarni olib tashlash bilan boshlanadi. Faqat birgina mahalliy terapiya - shilliq qavatni quritishga, sekretyani kamaytirishga va burun chig'anog'i hajmini kamaytirishga yordam beradigan malhamlar qo'llaniladi. Burishtiruvchi vositalar mahalliy davolash uchun ham qo'llaniladi: 3-5% kolloid kumush eritmasi (kollargol), kumush proteinatning 1-3% eritmasi (protargol), shilliq qavatga kumush nitratning 3-5% eritmasini surtish; ultra yuqori chastotalar (UYCH), ultrabinafsha nurlanish (UBN) bilan fizioterapiya tavsiya etiladi.

Asoratlari. Ular o'rta quloqda (o'rta otit), burun yondosh bo'shliqlarda (sinusitlar) paydo bo'ladi. Surunkali kataral rinitda burundan nafas olishning buzilishi, shilliq qavatning qurishi, emal oziqlanishini buzilishi tufayli tish kasalliklari (karies, gingivitlar) paydo bo'lishiga yordam beradi.

Surunkali gipertrofik rinit (*rhinitis chronica hypertrophica*) Chig'anoqlar shilliq qavatining giperplaziyasi bilan xarakterlanadi, ko'pincha chig'anoqlarning suyak usti va suyak to'qimalari jarayonga qo'shiladi. Ko'pincha shilliq qavatning o'sishi va qalinlashishi pastki chig'anoqda, kamroq - o'rta qismida, kavernoza to'qimalarning joylashuv sohalari sodir bo'ladi. Chig'anoqlar hajmining o'zgarishi tufayli burun yo'llarining torayishi, asosan, umumiy holatda sodir bo'ladi (4.16-rasm). Bu nafas olish va chiqarishda qiyinchiliklarga, chig'anoqlarda dimlanish belgilarining rivojlanishiga, ko'p miqdorda shilliq ajralishiga olib keladi.



Rasm. 4.16. Surunkali gipertrofik rinit

Simptomlar surunkali kataral rinitga o'xshaydi. Ajralib turadigan jihati chig'anoqlarning sirtiga epinefrin (adrenalin) eritmasi surtishga nisbatan reaksiyaning bo'lmasligi deb hisoblanadi - chig'anoqlarning hajmida sezilarli qisqarish bo'lmaydi.

Davolash. Engil holatlarda chig'anoqlarning yuzasi burishtiruvchi preparatlar [kollargol, kumush proteinat (protargol)] bilan surtiladi, oxir-oqibat jarrohlik davolashning har xil turlariga murojaat qilinadi - ultratovushli parchalash, shilliq osti vazotomiyasi, chig'anoqlar ma'lum bir qismini maxsus asboblarda kesib olib tashlash - konxotomiya. Ushbu operatsiyalar chig'anoqlarni burun lateral devoriga lateral siljitish - lateropozitsiya bilan birlashtirilishi mumkin. Ushbu chora-tadbirlarning barchasi havoning burun bo'shlig'idan to'siqsiz o'tishini ta'minlash uchun, asosan, pastki chig'anoqlar hajmini kamaytirishga qaratilgan. Hozirgi vaqtda rinosinusoxirurgiyada endoskopik usullarning joriy etilishi munosabati bilan, intranasal operatsiyalar samaradorligi sezilarli darajada oshdi. Endoskoplarda doimiy ravishda vizual nazorat ostida barcha turdagi intranasal operatsiyalarni bajarishga imkon beradi, shu jumladan, burun bo'shlig'ining orqa qismida ko'rish qiyin bo'lgan holatlarda bajariladi.

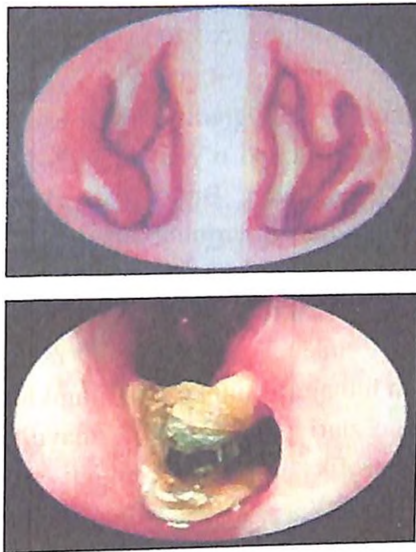
Surunkali atrofik rinit

Surunkali atrofik rinit (*rhinitis atrophica*) - bu burun bo'shlig'i shilliq qavati kasalligining og'ir shakli bo'lib, u halqum, hiqildoq va halqumning burun qismida atrofik ko'rinishlar bilan kechishi mumkin. Kasallikning asosida, ko'pgina sabablar natijasida kelib chiqadigan burun bo'shlig'i shilliq qavatidagi o'zgarishlar yotadi, ushbu sabablarga

quyidagilar kiradi - shilliq qavatning tug'ma o'ziga xosligi, havoning yuqori darajada ifloslanishi (un, tsement ishlab chiqarish jarayonida) yoki havoda shilliq qavatni qurituvchi ta'sirga ega bo'lgan ayrim moddalarning (kimyoviy tabiatli) mavjudligi natijasida yuzaga keladigan kasbiy zararli odatlar.

Simptomlar. Burundagi kuchli quruqlik, qobiqlarning hosil bo'lishi, burundan nafas olish qiyinlashishi, yiringli ajralmalar va hid bilish qobiliyatini buzilishini keltirib o'tish mumkin.

Klinik ko'rinish. Rinoskopiyada xarakterli manzara aniqlanadi - shilliq qavat oqarib, yupqalashgan, burun yo'llari juda keng, qobiqlar yuzasida sariq rangli yopishqoq ajralma to'planib, katta qobiqlarni hosil qiladi (4.17-rasm).



Rasm. 4.17. Surunkali atrofik rinit

Davolash. Asosan simptomatik bo'lib, burun shilliq qavatini namlashga, qobiqlarni olib tashlashga qaratiladi. Qobiqlarni olib tashlash uchun burun bo'shlig'i kuniga 1-2 marta izotonik natriy xlorid eritmasi bilan muntazam ravishda tozalanadi, dengiz suvi (akva maris, fiziomer) va boshqalar tomiziladi. Xuddi shu maqsadda o'simlik moylari bo'lgan dorivor mahsulotlar, yod ishlatiladi (mineralli tomchilar shilliq

qavatning yanada qurishiga olib keladi), ular shilliq qavatni ta'sirlaydi va bezlarning sekretiysini rag'batlantiradi.

Ushbu dori vositasi sifatida avvaldan yod + [kaliy yodid + glitserol] (Lyugol) ishlatiladi.

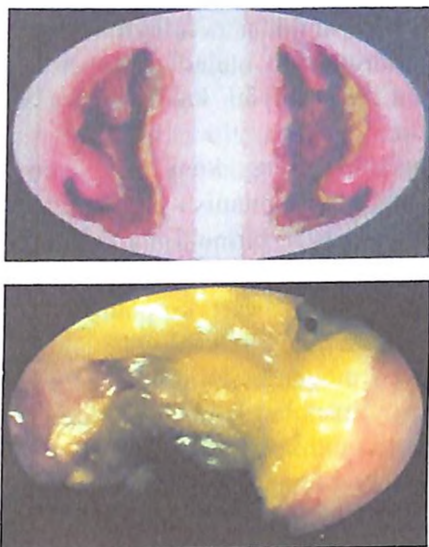
Regenerativ jarayonlarni rag'batlantiruvchi dorilar sifatida A vitamini bo'lgan dorilar ishlatiladi. Umumiy ta'sir etuvchilardan biogenik stimulyatorlar (aloe daraxtining barglari, FIBS), vitaminli terapiya, temir preparatlari buyuriladi.

Ozena

Atrofik rinitning bir turi (badbo'y tumov). Hozirgi vaqtda aholining moddiy farovonligi oshishi tufayli bu juda kam uchraydi. Etiologiyasi. Ushbu kasallikning paydo bo'lishi izohlovchi bir nechta nazariyalar mavjud: ijtimoiy, anatomik, yallig'lanish, yuqumli, neyrodistrofik va endokrin. Yuqumli nazariyaga ko'ra, asosiy rolni burun bo'shlig'ining mikroflorasi o'ynaydi, 80% bemorlarda klebsiella (*Klebsiella ozaenae*) aniqlangan. Bu nafaqat shilliq qavatning, balki burun chig'anog'i suyak elementlarining atrofiyasi bilan tavsiflanadi va shuning uchun, burun yo'llarining kengligi kuzatiladi. U orqali burun-halqum orqa devorini ko'rish mumkin. Butun burun bo'shlig'ini, uning kengligiga qaramay, ulkan, yashil-sariq rangli qobiqlar bilan to'lganligini, chirigan hid ajralishini ko'rish mumkin (4.18 rasm).

Bemorlarning o'zlari bu hidni sezmaydilar, chunki shilliq qavatdagi chuqur atrofik jarayonlar tufayli ular hidni umuman bilishmaydi.

Davolash. Simptomatik - burun bo'shlig'ini izotonik fiziologik eritmalar bilan yuvish (dengiz suvi (akva maris, fiziomer) va boshqalar), qobiqlarni tozalash, antibakterial vositalar [streptomitsin, gentamitsin, xloramfenikol (levomitsetin)], temir preparatlari. Burun bo'shlig'ini sun'iy ravishda toraytirishga qaratilgan davolashning jarrohlik usullari ham mavjud.



Rasm. 4.18. Ozena

Allergik rinit

Allergik rinit bizning davrimizda eng keng tarqalgan allergik kasalliklardan biridir. Allergik rinit - burun qichishishi, aksirish, burundan shilliq ajralishi va burun bitishi bilan ajralib turadigan, burun shilliq qavatining IgE vositachiligidagi eozinofilli yallig'lanish kasalligidir. Bunda bemorlar uzoq vaqt burun bitib qolganda va burun-halqumning orqa tomonidan, bemor tomonidan sezilmaydigan quyuq burun ajralmasi oqishi kuzatilsa – simptomlarni yashirinligi bilan, ba'zan esa simptomlar aniqligi - qizargan, ta'sirlangan ko'zlar, burundagi qichishish, aksirish va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. Natijada, bolalik davrida ko'pincha kasallik aniqlanmasdan qoladi, chunki ota-onalar allergik rinitni o'tkir rinit deb o'ylashadi yoki bolaning doimiy burun bitilishga umuman e'tibor bermaydilar. O'rta va og'ir darajadagi allergik rinitda hayot sifati buzilishi mumkin. Xususan, alomatlar uyquni buzishi, keyinchalik kunduzgi ishlash va faoliyatni ham buzishi mumkin. Bundan tashqari, rinit bilan birga keladigan kasalliklar qo'shilishi hisobiga murakkablashishi mumkin: sinusit, faringit, o'rta quloq otiti. Shu bilan birga bolalik davrida to'liq davolanmagan rinit (40-60%), bola ulg'ayganda bronxial astmaga o'tishi mumkin, bu esa yomon oqibat bo'lib, bemor hayot sifatini yanada og'irlashishiga olib kelishini yodda tutish kerak. Allergik rinit - bu

ko'pincha changli o'simliklar tufayli kelib chiqadigan va rinokon'yunktival sindrom deb ataladigan og'ir burun bitishi, yo'tal, ko'zning yoshlanishi va qichishi kabi klinik ko'rinishda namoyon bo'ladigan kasallikdir.

Ushbu patologiyaning eng keng tarqalgan nomlaridan biri - "pichan bezgagi" bo'lib, bu nomlanish 19-asrlarga to'g'ri keladi. ingliz shifokori D.Vostok 1819 yilda birinchi marta bunday klinik ko'rinishni tasvirlab bergan. Sayyoramiz aholisi orasida allergik kasalliklar soni tobora o'sib bormoqda, ularga ko'plab omillar sabab bo'ladi (alimentardan atrof-muhitga va nasliylikkacha). Allergik rinitning tarqalishi ham o'sib bormoqda va bu erda etakchi omillardan biri atrof-muhitning ifloslanishi hisoblanadi - natijada shahar aholisi ko'plab kasalliklarga chalinishi mumkin, bu ko'plab klinik tadqiqotlarda keltirib o'tilgan. Allergik rinitning o'ziga xos xususiyatlari:

- erta yoshda boshlanishi (7 yoshdan 20 yoshgacha);
- tananing allergik moyilligi.

Ko'pincha, bunday odamlar, hatto bolaligida ham "xabarchi" deb nomlanadi, ya'ni kelajakdagi muammolarning xabarchilari - diatez, oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik. Toshmalar shaklidagi allergik reaksiyalarning tez-tez paydo bo'lishi, oshqozonda bezovtalik, asal, kungaboqar urug'lari, tarvuz, qovun, holva iste'mol qilishda burun oqishi;

- uning rivojlanishida irsiyatning ulkan roli bor;
- aksariyat bemorlarda kasallik alomatlari paydo bo'lishi, o'simliklarning gullash davri boshlanishiga to'g'ri keladi va alomatlar har yili taxminan bir vaqtda paydo bo'ladi;

- o'simlik changlari bilan aloqa to'xtashi bilanoq, bemorning alomatlari darhol kamayadi yoki butunlay yo'qoladi. Ta'sirchan allergenlarni aniqlashning umumiy sxemasida har bir alohida mintaqada o'simliklarning gullash taqvimini bilish muhim ahamiyatga ega emas. Turli o'simliklarning gullash davri boshlanishi va allergik rinit alomatlari paydo bo'lishini taqqoslab, bemorda allergik reaksiyalar bo'lgan chang allergenlari guruhini taxminan aniqlash mumkin. Er yuzida keng tarqalgan bir necha ming o'simliklardan atigi elliktasi allergik xususiyatlarga ega changlarni tutadi.

Bunday holda, o'simlik changidan allergiya namoyon bo'lish qobiliyati quyidagicha aniqlanadi.

- chang tarkibidagi oqsil va oqsil bo'lmagan tabiat moddalari bilan bog'liq allergik xususiyatlar. Biologlar o'simliklarning changida o'simliklarning changlanishi jarayoniga hissa qo'shadigan o'tkazuvchanlik omili borligini aniqlashgan. Bu omil changga odamning burun shilliq qavati epiteliya qatlamiga kirib borishiga ham yordam beradi;

- chang zarralarining kattaligi - diametri 25 mikrongacha bo'lgan chang nafas yo'llariga chuqur kirib, allergik kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkinligi aniqlandi. Diametri 30 mikrondan ortiq bo'lgan chang asosiy himoya to'siqlarida saqlanadi - burun shilliq qavati va yuqori nafas yo'llarining kiprikli epiteliyasi;

- bu o'simlik turining odam yashaydigan zonada tarqalishi. Yashash mintaqasida ma'lum bir o'simlik qanchalik keng tarqalgan bo'lsa, barcha omillarning kombinatsiyasini hisobga olgan holda, unga tez-tez allergiya berish ehtimoli shunchalik katta. Demak, Rossiyaning markaziy qismida va Ukrainada timotiy, Markaziy Osiyoda - shuvoq, Shimoliy Kavkazda - ambrosiya;

- chang massasi va uning uchuvchan xususiyatlari - ko'pincha pichan isitmasi shamol bilan changlanadigan o'simliklarning changidan kelib chiqadi. Bu ushbu turdagi changning sferik shakli va kattaligi bilan bog'liq. Shu bilan birga, hasharotlar tomonidan changlanadigan o'simliklarning changlari allergik rinitni keltirib chiqarishi ehtimoli juda kamligi qayd etiladi;

- havo massalaridagi chang miqdori (konsentratsiyasi) - chang santimetrining har bir santimetr uchun 25 donadan oshadigan chang miqdorining ko'payishi allergiya alomatlari va uning namoyon bo'lishiga olib keladigan odamlarning sonini keskin oshirishi ta'kidlangan.

Yomg'irdan keyin pichan bezgagi alomatlari pasayib, havoda chang konsentratsiyasiga qarab ertalab va tushdan keyin ko'payishi buni tasdiqlaydi. Allergik rinit rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan allergenlarning ro'yxati juda xilma-xildir. Allergenlarni 3 guruhga bo'lish mumkin:

- 1) atrof-muhit allergenlari (o'simliklar changi);
- 2) turar joy allergenlari (uy changlari, hayvonlarning junlari, hasharotlar, mog'or allergenlari);
- 3) professional allergenlar.

Allergik rinitning rivojlanish mexanizmi

Allergik rinitda burun shilliq qavatida yuqori sezuvchanlik reaksiyasi rivojlanadi, bu allergenning E sinfidagi immunoglobulinlar bilan aloqa qilishidan kelib chiqadi, natijada kasallikning klinik ko'rinishini keltirib chiqaradigan gistamin va ko'plab immunologik va biologik faol moddalar ajralib chiqadi.

Klinik ko'rinish. Allergik rinit bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari juda ko'p va xilma-xildir. Kasallikning eng tipik namoyishi rinokon'yuktival sindromdir. Bu ko'z ichki burchagining shikastlanishi, ko'zga begona jismning tushishi bilan boshlanadi, so'ngra ko'zning qizarishi (kon'yunktiva va sklera), yuzaki tomirlarning kengayishi, ko'z qovoqlarining shishishi bilan kechadigan lakrimatsiya va fotofobiya paydo bo'ladi.

Ko'z kon'yuktivasidan ajralayotgan ajralma dastlab shaffof, keyin infeksiya tufayli u qalin va yiringli bo'lishi mumkin. Ko'zlarda o'tkir pichoq sanchishdek va bosish hissidek og'riq shikoyatlari paydo bo'ladi. Ko'pincha, ikkala ko'zga ham ta'sir qiladi, ammo ularning zararlanish darajasi boshqacha bo'lishi mumkin. Kasallik bilan ko'rish o'tkirligi o'zgar olmaydi. Shu bilan birga, burun va halqumni burun qismida kuchli qichishish, suyuq burun sekretsiyasini ajratish bilan og'riqli aksirish hurujlari mavjud. Shu bilan birga, aksirish xurujlari deyarli to'liq burun bitishi bilan birga kechadi.

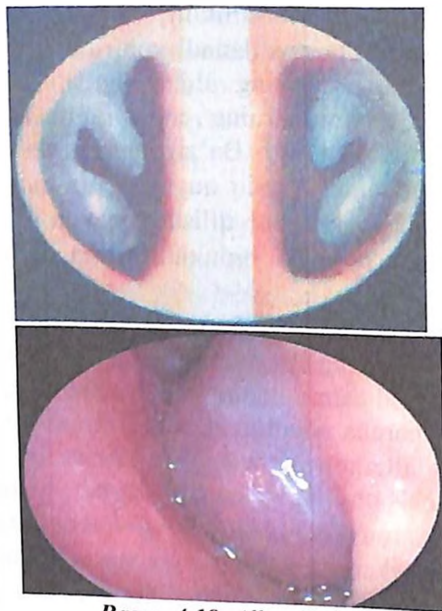
Jarayon asta-sekin halqumni burun qismi shilliq qavatini, eshitish naychalarini qamrab oladi, quloqda og'riq paydo bo'ladi, ovoz xiralashadi, ta'sirlash xususiyatini beruvchi moddalarga - sovuq, o'tkir hidlar, yo'l va uy changlariga sezgirlik ortadi. Ko'plab bemorlar tunda normal nafas ololmaydilar, bu esa uxlashlariga to'sqinlik qiladi. Rinit alomatlari, odatda, kechasi kunduziga qaraganda kuchliroq bo'ladi. Biroq, ayrim bemorlarda, aksincha, yotish bilanoq yaxshilanish kuzatiladi. Yomg'irli, bulutli, shamolsiz kunlarda bemorlar ahvolini yaxshilanishi xarakterlidir. Nafas olish yo'llari shilliq qavatining o'tkir allergik yallig'lanishi, ko'zning kon'yuktivasi, ovqat hazm qilish tizimi, teri, yurak-qon tomir va asab tizimlarining shikastlanishi bilan birlashtirilishi mumkin. Ko'pincha tavsiflangan shikoyatlar umumiy shikoyatlar bilan birlashadi (zaiflik, bosh og'rig'i, charchoq, bosh aylanishi, uyquchanlik, xotirani yo'qotish, umumiy buzuqlik, isitma). Pollinozning eng og'ir klinik ko'rinishlaridan biri bu bronxial astma bo'lib, u yo'tal, xirillashni kuchayishi, ko'krak qafasidagi siqilish (og'irlik) hissi va nafas qisilishi bilan tavsiflanadi, bular odatda

qaytarilib turadi. Mavsumiy chang riniti bo'lgan bemorlarda bronxial astma (astma oldi bosqichi deb ataladigan) rivojlanish ehtimoli borligiga shubha qilishning bir qator belgilari mavjud. Chang rinitining klassik belgilaridan tashqari (burun bitishi, xurujsimon aksirish, burun, tomoq, quloqlarda qichishish bilan birga burun ajralmalari), ular kasallikning qo'shimcha alomatlari va shikoyatlariga ega: xuruji yo'tal, og'irlik hissi va ko'krak qafasidagi siqish (ayniqsa jismoniy zo'riqish paytida), nafas olish paytida vaqti-vaqti bilan ko'krak og'rig'i, tovushli nafas olish. Astma oldi holatining etakchi alomatlardan biri xuruji yopishqoq yo'tal hisoblanadi, bu rinit bilan og'rigan bemorlarga xos emas. Odatda bronxial astma boshlanishidan oldin bir necha kun davomida rinokon'yuktiva sindrom boshlanadi. Ko'pincha, kasallik to'g'ridan-to'g'ri bronxial astma bilan boshlanadi.

Chang bronxial astmaning eng xarakterli xususiyati - bu tegishli o'simliklarning gullash davriga to'g'ri keladigan yildan-yilga aniq, takrorlanadigan mavsumiy kasallikdir. Kasallik davrida alomatlar ma'lum bir ketma-ketlikda rivojlanadi - birinchi navbatda, tumov va rinokon'yuktivit, ba'zida terining shikastlanishi bilan birgalikda va shundan keyingina o'simliklarning maksimal changlanishi vaqtida astmatik xuruji paydo bo'ladi. Ba'zi bemorlarda astma xuruji faqat chang bilan aloqa qilganda - issiq quyoshli, ammo shamolli kunlarda yoki shahar tashqarisiga sayohat qilishda paydo bo'ladi. Simptomlar teskari tartibda ya'ni birinchi bronxial astma, keyinchalik rinit va kon'yuktivit yo'qoladi.

Nam, yong'irli kunlarda ko'pchilik bemorlar engillikni his qilishadi, bu havodagi chang konsentratsiyasining keskin pasayishi bilan bog'liq. Chang bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda, boshqa astma shakllarida bo'lgan barcha odamlarda bo'lgani kabi, bronxlar sezgirligi nafaqat o'ziga xos allergenga, balki o'ziga xos bo'lmagan ta'sirlash xususiyatini beruvchi omillarga ham - sovuq, psixo-emotsional va jismoniy stresslarga, atmosfera bosimi va ob-havoning o'zgarishiga ham sezgir bo'ladi. Allergik rinit juda tez-tez burun yondosh bo'shliqlari shilliq qavatining yallig'lanishi bilan birga keladi. Bunday holda, odatda, jarayonga yuqori jag' bo'shlig'i ham tortiladi. Bunday shilliq qavat ikkilamchi infeksiyani qo'shilishiga juda ta'sir qiladi, bu esa ikkilamchi yiringli sinusit rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, ba'zi chang allergenlari oziq-ovqat va o'simlik preparatlari bilan o'zaro reaktivlikka ega ekanligini yodda tutish kerak. Ushbu oziq-

ovqat mahsulotlarini yoki shifobaxsh o'simliklarni ichkarida yoki mahalliy joylarda loson shaklida ishlatish allergik rinit, kon'yunktivit, eshakem, Kvinke shishi, hatto "mavsumdan tashqari" vaqtlarda ham bo'g'ilishning o'tkir hurujlari ko'rinishini kuchaytirishi mumkin. Bu olma, yong'oq, konyak, o'rikni iste'mol qilishda daraxt changiga allergiyasi bo'lgan bemorlarda, boshqoqli o'tlarga allergiyasi bo'lgan bemorlarda – bug'doydan tayyorlangan aroq, bug'doy yoki javdar nonida, begona o'tlar changida allergiyaga chalingan bemorlarda - qovun, tarvuz, urug', holvadan kuzatilishi mumkin. Allergik reaksiyalar, shuningdek, asalarilarning hayotiy faoliyati mahsuloti bo'lgan propolisni turli maqsadlarda ishlatadigan bemorlarda ham tavsiflanadi. Uning tarkibida batafsil tekshiruvlar davomida ambroziya, momaqaymoq, xrizantema va kungaboqarning chang tarkibiy qismlarida topilgan. Rinoskopik rasm burun Shilliq qavatining aniq shishishini, sianotik rangning rangsiz joylar bilan birikmasidan iborat (4.19-rasm).



Rasm. 4.19. Allergik rinit

Laborator diagnostikasi. Qon eozinofiliyasi allergik kasallikning standart ko'rsatkichidir. Allergik rinitda Romanovski usuli bo'yicha bo'yalgan, burun bo'shlig'idan ajraladigan ajralamaning mikroskopiyasi aniqroq ko'rinadi. Ushbu kasallikda burun surtmasidagi eozinofillar

miqdori ko'payadi va hujayralar umumiy sonining 10% dan ortig'ini tashkil qiladi. Teri testlari - qo'zg'atuvchi allergenlarni aniqlash uchun ishlatiladi. Odatda, testlar in'ektsiya yoki bilak terisini skarifikatsiya qilish va maxsus to'plamdan bir tomchi allergenni tomizish bilan qo'llaniladi. Allergenni qo'llash joyida allergik reaksiyaning paydo bo'lishi ijobiy sinov deb hisoblanadi (4.20-rasm).



Rasm. 4.20. Allergiyani tashxislashda teri sinamalari

Davolash. Allergik rinitda davolash taktikasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1) allergenlarni yo'qotish(eliminatsiya);
- 2) farmakoterapiya;
- 3) spetsifik immunoterapiya (SIT).

Ta'sir qiluvchi allergenlarni yo'q qilish klinik ko'rinishlarning og'irligini kamaytirishga va asoratlar sonini kamaytirishga, shu bilan bemorlarning hayot sifatini bilvosita yaxshilashga imkon beradi. Asosiy tavsiyalar ba'zi qoidalarga rioya qilishdir. Havodagi changning eng yuqori konsentratsiyasi ertalab va tushdan keyin kuzatilganligi sababli, bemor bu vaqtda ko'cha bo'ylab yurishni cheklashi kerak. Derazalarni iloji boricha yopiq holda saqlash va havoni sifatli tozalash tizimlaridan foydalanish kerak. Agar buning iloji bo'lmasa, nam mato yoki dokani derazalarga osib qo'ying. Ko'chaga chiqayotganda, qorong'i quyoshdan saqlaydigan ko'zoynak taqish kerak. Ko'chaga har safar tashrif buyurganingizdan so'ng, tanani va boshingizni yaxshilab yuvish va kiyimni almashtirish tavsiya etiladi.

Ba'zida (agar iloji bo'lsa) bemor gullash davrida boshqa iqlimga o'tishi mumkin - dengiz zonasida chang har doim past bo'ladi. Farmakoterapiya allergik rinitni davolashda keng qo'llaniladi, ammo allergiyaning haqiqiy sababini yo'qotmasdan, u har doim faqat simptomatikdir. Antigistaminlar [(loratadin (klaritin), desloratadin (erius), feksofenadin (telfast)); burun tomchilari ko'rinishidagi mahalliy tomir toraytiruvchilar, semiz hujayra membranasi stabilizatorlari (natriy kromoglikat), mahalliy glyukokortikosteroidlar [(mometazon (nasonex *)), pollinozni davolashda ishlatiladi va eng zamonaviy va samarali usul esa o'ziga xos immunoterapiya bo'lib, uning maqsadi, inson organizmining spetsifik sezgirligini allergenni mikrodozadan boshlab tez-tez bo'lib yuborish orqali kamaytirishdir.

Vazomotor rinit

Vazomotor rinitning tasnifi etiologik printsipga asoslanadi. Medikamentoz, reflektor va idiopatik vazomotor rinit tafovut qilinadi.

Etiologiyasi. Vazomotor rinit surunkali kasallik bo'lib, unda chig'anoq tomirlarning kengayishi yoki nazal giperreaktivlik, o'ziga xos bo'lmagan ekzogen yoki endogen omillar ta'sirida rivojlanadi, ammo immunologik reaksiya natijasida bo'lmaydi. Trigger omillarining rolini quyidagilar bajarishi mumkin:

- sovuq;
- yuqori namlik;
- issiq yoki achchiq ovqat;
- spirtli ichimliklar;
- tamaki tutuni;
- atrof muhitni ifloslantiruvchi omillar;
- kuchli hidlar;
- hissiy stress;
- ba'zi dori-darmonlarni qabul qilish;
- tanadagi gormonal o'zgarishlar.

Vazomotor rinitning patogenezi yomon o'rganilgan. Vazomotor rinitning asosiy patogenetik mexanizmi burun chig'anoqlari qon tomir tonusini boshqarishga mas'ul bo'lgan efferent tuzilmalar faoliyatining buzilishi deb taxmin qilinadi.

Rinit bilan davolash ko'pincha vazokonstruktorli dori-darmonlarni uzoq vaqt davomida (7-10 kundan ortiq) foydalanadigan insonlarda rivojlanadi. Vaqt o'tishi bilan ushbu dori-darmonlarni iste'mol qilish, medikamentoz moyillikni rivojlanishiga olib keladi, burun orqali nafasni

tiklash uchun dori-darmonlarni tez-tez ishlatishni talab qiladi. Gipertenziyani davolash uchun ishlatiladigan deyarli barcha dorilar burun bo'shlig'ida qon aylanishining ko'payishiga olib keladi. Ba'zi neyroleptiklar va peroral kontratseptsiya vositalar ham xuddi shunday ta'sirga ega bo'lishi mumkin. Ko'rinishidan, dori-darmonli rinitda burun shilliq qavatining adrenoretseptorlari emirilishi sodir bo'ladi.

Gormonal rinitning eng keng tarqalgan misoli homiladorlik paytidagi rinitdir. Ehtimol, bu holda atsetilxolin esterazasini estrogenlar tomonidan emirilishi, qondagi atsetilxolin darajasining oshishiga olib keladi, bu esa burun shilliq qavatining shishishi va gipersekretsiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Vazomotor rinitning o'xshash shakli balog'atga etishish davrida rivojlanishi mumkin.

Burun sekretsiyasi (qalinlashishi) va burun bitishi tabiatidagi o'zgarishlar ko'pincha qalqonsimon bezning gipofunksiyasi bilan birga kechadi, ammo rinit belgilari va tiroid gormonlarini ishlab chiqarish o'rtasidagi munosabatlar hali aniq emas.

Refleksli rinit.

Burun shilliq qavatini innervatsiya qiluvchi avtonom nervlarning faolligi va uning natijada tomirlar ohangini va bezlarni ishlab chiqarishni turli xil stimullar o'zgartirishi mumkin. Refleksli rinitning turlaridan biri bu oziq-ovqatga bog'liq rinitdir. Vazomotor rinitning bu shakli asosan 50 yoshdan oshgan erkaklarda rivojlanadi, uning patogenezi aniq emas, ammo bu refleks vagus nervi vositasida ekanligiga ishonishadi. Pivo, sharob va boshqa alkogolli ichimliklar vazomotor rinitning namoyon bo'lishi sifatida vazodilatatsiyaga va burun bitishiga olib kelishi mumkin. Sovuq rinit - bu refleksli vazomotor rinitning yana bir shakli. Uning patogenezida asosiy rolni nospetsifik burun giperreaktivligi o'ynaydi.

Vazomotor rinitning ayrim shakllarini aniq tasniflash qiyin. Ko'p hollarda vazomotor rinitning alomatlari va o'ziga xos kasallikka olib keluvchi omillar o'rtasida aloqani o'rnatish mumkin emas; bu holatlarda vazomotor rinit idiopatik rinit deb ta'riflanadi.

Vazomotor rinitning rivojlanishida burun to'sig'ining deformatsiyalari, ayniqsa burun bo'shlig'ining lateral devori bilan aloqa qiladigan va aloqa sohasidagi Shilliq qavatning shishishini keltirib chiqaradigan o'tkir tizmalar va tikanlar o'ynashi mumkin.

Klinika

Vazomotor rinit davriy yoki doimiy klinik ko'rinishlar bilan ajralib turadi, ular orasida asosiysi burun orqali nafas olishning qiyinlashishi va burundan suv oqishi hisoblanadi. Aksirish xurujlari kamroq uchraydi. Tekshiruvda pastki chig'anoqlar kattalashganga o'xshaydi, anemiya paytida yomon qisqaradi, ularning shilliq qavati konjestiv ravishda giperemik, siyanotik, ba'zan oqargan, qon ketishi bilan ajralib turadi. Kattalashgan chig'anoqlar ko'pincha oldingi rinoskopiyada vazomotor hodisalarning haqiqiy sababi bo'lgan, burun to'sig'ining orqa qismlarining deformatsiyalarini ko'rish uchun imkon bermaydi.

Homiladorlik vazomotor rinitining alomatlari (asosan burun tiqilishi) odatda ikkinchi trimestr boshida paydo bo'ladi, homiladorlik davomida saqlanib qoladi va odatda tug'ruqdan keyin yo'qoladi.

Vazomotor rinitning oziq-ovqat turining klassik namunasi - bu oziq-ovqat ta'sirida ko'p miqdorda, suvli burun ajralma (odatda issiq yoki achchiq) kelishi bilan ajralib turadigan shakldir.

Sovuq vazomotor rinit uchun to'satdan aksirish xurujlari, rinoreya va birozdan keyin burun bitishi xarakterlidir, ular oyoqlar, qo'llar, yuzlar birdan soviganida yoki elvizak mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Ko'pincha shunga o'xshash alomatlar yorqin quyosh nurlari bilan aloqa qilishda rivojlanadi.

Diagnostika

Bemorlarni kasallikning allergik xususiyatini istisno qilish uchun tekshiruvdan o'tkazish kerak (anamnezni to'liq tekshirish, eozinofiliya bo'yicha qon va burun sekretsiasini tekshirish, agar kerak bo'lsa, allergen bilan teri testlari o'tkaziladi).

Differensial diagnostika

Vazomotor rinitning niqobi ostida allergik rinitning atipik shakllari ko'pincha yashirinadi, ular bilan differensial diagnostika qilish kerak. Oziq-ovqat vazomotor rinitining haqiqiy shakllari bolalarda tez-tez uchraydigan oziq-ovqat sezgirligi paytida allergik rinit bilan ajralib turishi kerak va shu bilan bog'liq allergenlarni o'z ichiga olgan o'simlik changlari va o'simlik mahsulotlari (olma, shaftoli, olxo'ri, o'rik, nok, olcha va boshqalar) o'rtasidagi o'zaro allergik reaksiyalar.

Davolash

Kasallikka turtki beruvchi omillarni aniqlash va ularni yo'q qilish vazomotor rinitni davolashda katta ahamiyatga ega, ammo amalda bu har doim ham mumkin emas.

Farmakoterapiya mahalliy glyukokortikoidlardan boshlanadi, ammo ularning samaradorligi allergik rinitga qaraganda ancha past. Rinitni davolash bilan, glyukokortikoidlarning ta'siri rivojlanib borishi bilan, bemor kunlik dozani kamaytirishga harakat qilishi kerak va keyin tomir toraytiruvchi dorilaridan bosh tortishi kerak.

Agar boshqa barcha usullar samarasiz bo'lsa, tizimli glyukokortikoid terapiyasining qisqa kursini tayinlash mumkin.

Pastki chig'anoqlarda tejamkor jarrohlik aralashuvlar ham qo'llaniladi. Konxotomiyaning shilliqosti turlariga afzallik beriladi: lazer, osteokonxotomiya, vazotomiya va ultratovushli parchalanish.

Davolashning boshida, burun to'sig'i deformatsiyasini jarrohlik yo'li bilan tuzatish kerak. Fizioterapiya (kalsiy xlorid, sink sulfat va boshqalar elektroforezi) va akupunktur empirik usulda qo'llaniladi.

Burun bo'shlig'ining o'smalari

Burun bo'shlig'ining xavfsiz o'smalari

Xavfsiz burun o'smalariga papillomalar, fibromalar, angiomalar kiradi. Ko'pincha, burunning shilliq qavatida rivojlanadigan yoki uning bo'shlig'iga qo'shni sohalardan kirib boradigan qon tomir tabiatli neoplazmalar - burun to'sig'ining angiomalari, bosh suyagi poydevorining angiofibromalari mavjud. Nafas qisilishi shikoyatlaridan tashqari, bemorlar burundan qon ketishini, ba'zida yiring ajralishini ko'rsatadilar, chunki burun bo'shlig'ining neoplazmalari yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlaydi. Neoplazmaning kattaligiga qarab, uni oldingi rinoskopiya bilan aniqlash oddiy yoki aksincha, juda qiyin kechadi. Kisselbax maydonchasida joylashgan burun to'sig'ining qonovchan poliplarini topish eng osoni sanaladi. Burun bo'shlig'ining yaxshi sifatli o'smalarini davolash har doim jarrohlik usulida amalga oshiriladi. O'sma olib tashlangandan so'ng, u paydo bo'lgan joyga elektrokauter yoki krioterapiya yordamida ishlov beriladi.

Xavfli o'smalar

Bemorlarda saraton va sarkoma eng ko'p uchraydi, ammo o'z-o'zidan burun bo'shlig'ining o'smalari, boshqa soha o'smalariga nisbatan bemorlarda kamdan-kam uchraydi. Ko'pincha burun bo'shlig'ining o'smalari 60-70 yoshdagi erkaklarda uchraydi. Shishning ko'rinishi uning gistologik tuzilishiga bog'liq. Saraton o'smalari pog'onali yuzaga ega, ko'pincha yarali bo'ladi. Shishning mustahkamligi zich, to'qimalarning rangi kulrang. Asta-sekin yomonlashib boradigan nafas olish qiyinlashuvi bilan birga, bemorlar

yiringli, ba'zida qonli ajralmalardan, bosh og'rig'idan, yuzida nevralgik og'riqdan shikoyat qilishadi. Regionar limfa tugunlarida metastazlar uchraydi. Dastlab metastazlar halqum tugunlariga va keyinchalik chuqur bo'yin tugunlariga kirib boradi. Shuning uchun, burun bo'shlig'idagi o'sma metastazlari tashxisi kechikmoqda. Shishning ko'rinishi har doim ham jarayonning mohiyati to'g'risida aniq tasavvurga ega bo'lmasligi sababli, biopsiya zarur. Xavfli burun o'smalarini erta aniqlash sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Onkologik ogohlilikni namoyish qilganda, burun sohasidagi har qanday hajmli jarayonni xavfli kasallikning rivojlanishi nuqtai nazaridan baholash kerak.

Davolash.

Burunning xavfli o'smalari uchun jarrohlik, radiatsiya va kimyoviy terapiya usullari ko'pincha birgalikda qo'llaniladi.

Burun bo'shlig'ining o'ziga xos kasalliklari

Burun bo'shlig'ining sil kasalligi

Bu juda kam uchraydi, ammo uning namoyon bo'lishi jarayon rivojlanishining dastlabki bosqichlarida shifokor tomonidan sezilmasligi mumkin, chunki klinik ko'rinishi odatiy xususiyatlarsiz kechadi. Burun shilliq qavatining sil bilan zararlanishi birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin, ya'ni tashqi tomondan to'g'ridan-to'g'ri ma'lum bir infeksiyani shilliq qavatga kiritish bilan (qurigan qobiqlarni olib tashlashda) yoki mavjud o'pka sili kasalligini gematogen yo'l bilan tarqalishida. Burun bo'shlig'idagi sil jarayonini eng tipik lokalizatsiyasi burun to'sig'ining old qismi, pastki chig'anoqning oldingi uchi, shuningdek burun bo'shlig'ining pastki qismi sanaladi. Burundan ajralma kelishi, ko'pchilik bemorlar burunda qichishishni sezadilar, qobiqlar quriydi va keyingi bosqichlarda shilliq qavatda yara paydo bo'lib, tog'ayga ham o'tadi, ko'p miqdordagi granulyatsiyalar yuzaga keladi.

Davolash.

Umumiy silga qarshi va mahalliy ultrabinafsha nurlar yordamida, o'ziga xos silga qarshi dorilarni qo'llash nazarda tutiladi.

Burun bo'shlig'i zahmi

Zaxmning bosqichiga qarab, burun bo'shlig'ida o'ziga xos manzaralar paydo bo'ladi. Birlamchi davrda burunga kirish qismi yoki burun bo'shlig'i shilliq qavatida jigarrang-qizil rangdagi zich infiltratlar paydo bo'ladi. Burun bo'shlig'ida infiltrat qizg'ish rangga ega bolib, shilliq qavat yuzasidan ko'tarilib turadi va teginilganda juda zich va

og'riqli bo'ladi. Har qanday mutaxassislik shifokori va ayniqsa stomatolog tashqi burun va burun bo'shlig'i sohasidagi birlamchi zaxm belgilarini bilishi kerak, chunki bu istalmagan manipulyatsiyani oldini oladi, shuningdek, muayyan terapiyani talab qiladigan kasallikni yakuniy tashxisi qo'yilguncha, ularni tibbiy muolajalardan voz kechishga majbur qiladi. Limfadenitning jag'osti, iyak sohasida paydo bo'lishi bemorni stomatologga murojaat qilishga majbur qilishi mumkin, chunki burun bo'shlig'ining zaxmi tufayli quloq oldi bezida, quloq osti va jag' osti sohasida regionar limfa tugunlar kattalashishini hisobga olish kerak.



Rasm. 4.21. Burun bo'shlig'i sili

Ikkilamchi (papula) va uchinchi darajali (gumma) zaxm bilan namoyon bo'lish odatiy holdir. Gummalar shilliq qavatda, suyakda, suyak usti pardasida va tog'ayda joylashishi mumkin, suyak to'qimalarining nekrozi esa sekvestrlarning hosil bo'lishi bilan kechadi (4.21-rasm). Zaxmning uchinchi bosqichida dermatovenerolog bilan maslahatlashish, shuningdek, shuningdek, qon tekshiruvi - Vasserman reaksiyasini ham o'tkazish zarur.



Rasm 4.21. Burun zaxmi (gummalar)

Davolash.

Umumiy, zaxmga qarshi.

Burun yondosh bo'shlig'i kasalliklari

Burun yondosh bo'shliqlarida yallig'lanish jarayonlari sinusit deb ataladi. Bir yoki boshqa sinusning zararlanishiga qarab, kasallik o'ziga xos nom bilan ataladi. Shunday qilib, eng katta sinus –yuqori jag' bo'shlig'ini yallig'lanishi - gaymorit, peshona - frontal sinusit, etmoidal labirint hujayralari - etmoidit, ponasimon bo'shliq - sfenoidit deb ataladi. Ko'pincha yallig'lanish jarayonida bir vaqtning o'zida bir nechta bo'shliqlar ishtirok etadi. Bunday hollarda, pansinusit (ikkala tomonning barcha sinuslari) yoki gemisinusit haqida so'z boradi (bir tomondan barcha sinuslar yallig'lanish holati).

Sinusdagi yallig'lanish jarayoni tabiatiga ko'ra kasallik yiringli sinusit, kataral sinusit, allergik sinusit, polipoz sinusitga bo'linadi. Yallig'lanish jarayonining davomiyligiga qarab, o'tkir, o'tkir osti, surunkali sinusit ajratiladi. Sinusitlar aksariyat hollarda, ayniqsa gripp kasalligi fonida, burun bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi tufayli yuzaga keladi, bunda kiprikchali epiteliy faoliyati susayadi va burun bo'shlig'idagi mikroflora sinus bo'shlig'iga kirib boradi. Sinus chiqaruv teshigining torayishi yoki to'liq tiqilib qolishi, sinuslar drenajlanishi kjarayonini buzilishi, sinusit patogenezida etakchi bo'g'in bo'lib xizmat qiladi. Shunday qilib, etiologik asosda rinogen sinusit alohida ajralib turadi.

Yuqori jag' bo'shlig'ining o'ziga xos joylashuvi, undagi yallig'lanish jarayoni nafaqat rinitning har qanday shakli ta'sirida, balki tish patologiyasi tufayli ham paydo bo'lishi mumkinligini tavsiflaydi. Bunday hollarda sinusitning maxsus shakli - odontogen sinusit ajratiladi, bu shakladagi sinusit tekshirish va davolashning maxsus usullarini talab qiladi.

Odontogen sinusit rivojlanishiga yuqori jag' bo'shlig'i va tish qatori o'rtasidagi yaqin anatomik bog'liqlik imkon yaratadi. Odontogen sinusit asosan kattalarda uchraydi, va bu yuz skeletining o'sishi paytida yuqori jag' bo'shlig'i rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlariga bog'liq. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bo'shliq hajmi atigi $0,15 \text{ sm}^3$ ni tashkil qiladi, 2-3 yoshli bolada yuqori jag' bo'shlig'i allaqachon aniq konturga ega bo'ladi va uning hajmi $1,5 \text{ sm}^3$ ni tashkil qiladi, bolalikning birinchi yillarida bolalarda sinus juda chuqur joylashadi va uning old devori qalin bo'lib $0,5-0,8 \text{ sm}$ ga etadi, u tish rudimentlarini o'z ichiga oladi va shuning uchun uni ochish kerak bo'lgan hollarda trepanatsiya uchun mos sanalmaydi. Erta bolalik davrida qoziq tish yuqori jag' bo'shlig'iga eng yaqin turadi. 5-6 yoshda qoziq tishdan tashqari, ikkinchi premolyar va birinchi molyar ham bo'shliq shilliq qavati bilan bevosita aloqador bo'ladi. 6 yoshdan oshgan bolada alveolyar o'simtada tish xaltachalari chiqishi tufayli, sinus bo'shlig'ining rivojlanishi tezlashadi.

Ba'zan yuqori jag' bo'shlig'i o'lchami katta bo'lgan hollarda, premolyar va molyarlarning ildizlari sinus shilliq qavatidan juda nozik suyak plastinkasi bilangina ajralib turadi yoki tish ildizi shilliq qavat bilan bevosita aloqada bo'lib, sinus bo'shlig'iga chiqib turadi. Sinusning o'lchami kichik bo'lganda, molyar va premolyarlarni ajratib turadigan suyak to'qimalarining qalinligi har xil bo'ladi. Shunday qilib, ikkinchi molyar uchun suyak to'qimalarining qalinligi taxminan $1,3 \text{ mm}$, uchinchi molyar uchun - $2,3 \text{ mm}$, birinchi premolyar uchun - $7,6 \text{ mm}$ va qoziq tish uchun - $7,1 \text{ mm}$ ni tashkil etadi. Albatta, sinusit (frontal sinusit, etmoidit, sfenoidit) to'g'ridan-to'g'ri tishga aloqador sabablar bilan bog'liq emas, ammo ba'zi hollarda odontogen sinusitning og'ir kechishi ushbu bo'shliqlarda yallig'lanish jarayonini keltirib chiqarishi mumkin. Sinuslar devorlaridagi patologik o'zgarishlar kasallikning davomiyligi va yallig'lanish jarayonini o'ziga bog'liqdir. O'tkir jarayonlar shilliq qavat shishi, burun bitishi va kuchli giperemiya bilan tavsiflanadi. Agar normal holatda yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati qalinligi bo'yicha to'qima qog'oziga o'xshasa, yallig'lanish paytida 20

baravar qalinlashadi va sinus bo'shlig'ini sezilarli darajada toraytirishi va hatto sekretiya chiqishini murakkablashtirishi mumkin, bu esa klinik manzaraga ta'sir qilib - bosh og'rig'i kuchayishi va umumiy ahvolining og'irlashuvi kuzatiladi. Sinus shilliq qavatining o'tkir yallig'lanish bosqichida uning qalinlashishi, tomirlarning siqilishi tufayli dastlab gemorragik, keyin esa yiringli suyuqlik paydo bo'ladi. Burun yondosh bo'shliqlaridagi surunkali jarayonlarda patologik va anatomik o'zgarishlar, yallig'lanish jarayonining xususiyatiga bog'liq bo'ladi.

Allergik yoki yallig'lanishli shish belgilari, poliplar va kistalar ustunlik qilishi mumkin. Surunkali yiringli jarayonlar - gaymorit, frontit, etmoidit uchun, shuningdek o'tkir jarayonlar uchun odatda qalinlashish, doimiy giperemiya, burun bitishi, so'ngra shilliq qavatning qalinlashishi, uning fibrozi va giperplaziyasi xarakterlidir.

Sinusitlar

Sinusitning klinik manzarasida yallig'lanish jarayonining ma'lum bir sinusda joylashuvidan qat'i nazar, har bir sinus yallig'lanishini farqlashga imkon beruvchi, ko'plab umumiy xususiyat va belgilar mavjud. Davomiyligi 12 haftadan oshmaydigan o'tkir sinusit va kasallik davomiyligi 12 haftadan ko'p bo'lgan surunkali sinusit mavjud.

Yuqori jag' bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi.

O'tkir gaymorit (yuqori jag' bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi) - bu yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishidir. Burun yondosh bo'shliqarining eng keng tarqalgan kasalligi hisoblanadi.

Shikoyatlar. Bo'shliq sohasidagi va umumiy bosh og'rig'i, boshdagi og'irlik hissi, og'riqni yuqori tishlarga tarqalishi, ba'zida yonoq sohasidagi og'riq. Burunning yarmida burun bitishi (bir tomonlama jarayonda), burundan yiringli yoki shilimshiq ajralma kelishi (4.22-rasm).

Anamnez. Kasallik gipotermiya, o'tkir yoki uzoq muddatli rinit, o'tkir respirator kasalliklar, gripp bilan bog'liq holda kelib chiqishi mumkin.

Klinik manzarasi. Varaja, tana haroratining sezilarli darajada oshishi, holsizlik va zaiflik hissi kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya umumiy burun yo'lida shilliq yoki yiringli ajralmalar to'planishi aniqlanadi, lekin ajralma asosan o'rta burun yo'lida, o'rta chig'anoq ostidan oqib chiquvchi "yiringli yo'lak" shaklida bo'ladi (4.23-rasm). Burunni zararlangan yarmida shilliq qavat qizargan, ayniqsa o'rta burun yo'lida shish paydo bo'ladi.



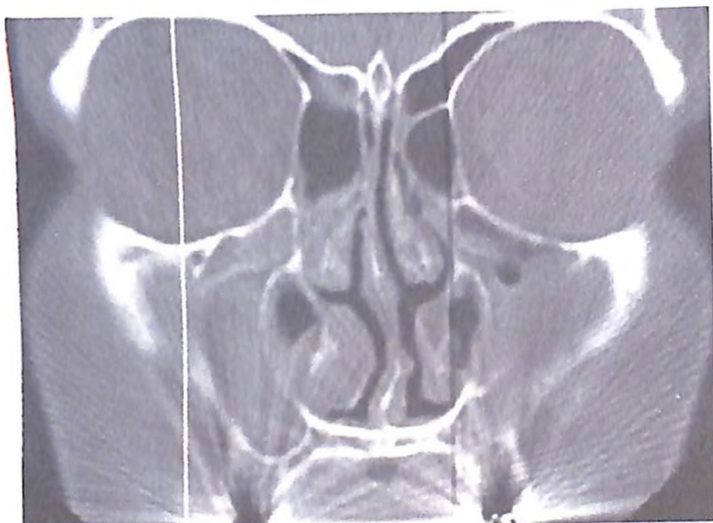
Rasm. 4.22. O'tkir sinusitda burundan yiringli ajralma

Rentgenografiya –burun-iyak proeksiyasida olingan rasmda yuqori jag' bo'shlig'ining kuchli qorayishi aniqlanadi (2.48-rasm).



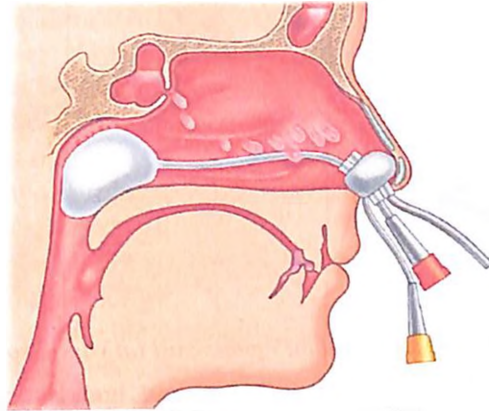
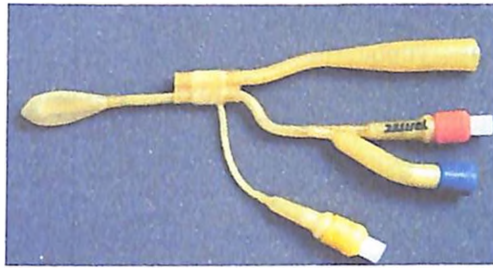
Rasm. 4.23. O'tkir gaymoritda rentgenogramma

Oddiy rentgenografiya bilan bir qatorda, burun yondosh bo'shliqlari patologiyasini aniqlashda KT tekshiruvi ham qo'llaniladi, bu burun yon bo'hliqlari devorlaridagi, hamda bo'shliqni o'zidagi yallig'lanish jarayonini aniqlash uchun eng yuqori ma'lumotli usul bo'lib xizmat qiladi (4.24-rasm).



Rasm. 4.24. O'tkir gaymoritda burun yondosh bo'shliqlari kompyuter tomografiyasi

Davolash konservativ hisoblanadi. Vazokonstriktorlar (nafazolin, sanorin, ksilometazolin, galazolin) tomizish orqali zararlangan sinusni burun bo'shlig'i bilan bog'lovchi anastomozni kengaytirish yo'li orqali, yuqori jag' bo'shlig'idan ajralma ajralishini yaxshilanishiga erishiladi. Tomchilarni qo'llaganda ularni o'rta burun yo'llari sohasiga yo'naltirishga harakat qilish kerak. Vazokonstriktor tomchilari mukolitik va sekretolitik ta'sir ko'rsatadigan dorilar bilan almashtirilishi mumkin [atsetilsistein + tua.minogepan (rinoflumutsil*), sinupret*]. Proets usulida ekssudatni burun bo'shlig'i va sinuslardan evakuatsiyasi ijobiy samara beradi. So'nggi yillarda paranasal sinuslardan yiringli ajralmani olib tashlashning funktsional bo'lmagan usuli - YaMIK sinus kateteri yordamida olib tashlash usuli keng tarqaldi. (4.25-rasm). Burun bo'shlig'ida manfiy bosim hosil qiluvchi ushbu moslama, paranasal sinuslardan patologik ajralmani olib tashlash va ularga dorivor moddalarni kiritish imkonini beradi.



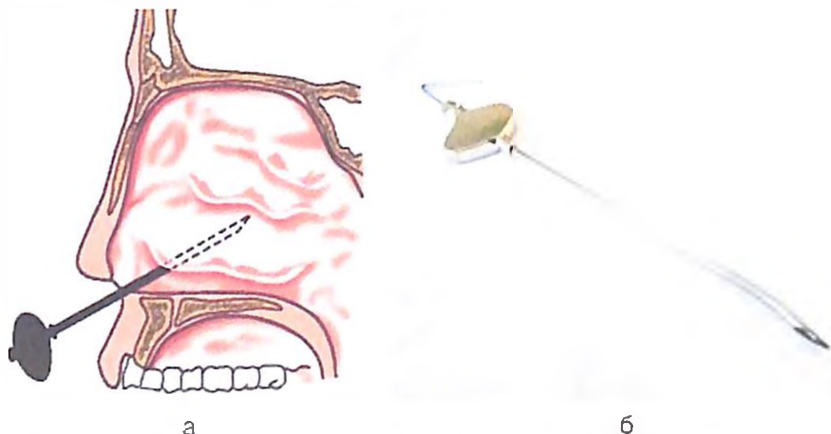
Rasm. 4.25. Sinus-kateter «YaMIK»

Umumiy davolash antibakterial (antibiotiklar), giposensibilizatsiyalovchi [klemastin (tavegil), loratadin (klaritin), dezloratadin (erius)] dori vositalari qo'llashdan iborat. Topik glyukokortikoidlar ham qo'llaniladi [mometazon (nazoneks)]. Fizioterapiya muoljalari: UYuCh, UBN, elektroforez va boshqalardan iborat. Jarayonni uzoq muddatli kechuvi, davomli bosh og'rig'i va boshqa intoksikatsiya belgilari holatlarida diagnostika va terapevtik maqsadda yuqori jag' bo'shlig'ini punktsiya qilish kerak bo'ladi. Yuqori jag' bo'shlig'ining teshilishi pastki burun yo'li orqali amalga oshiriladi. Ushbu usul juda sodda, eng muhimi, agar to'g'ri bajarilgan bo'lsa asoratlarni keltirib chiqarmaydi.

Punktsiya quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi.

- 10% lidokain eritmasi bilan surtish orqali pastki burun yo'llarining shilliq qavatini og'riqsizlantirish.
- Sinus teshigini kengaytirish uchun epinefringa (adrenalin) namlangan paxta tolasini o'rta burun yo'llariga kiritish.

Vizual nazorat ostida (5 daqiqadan so'ng) pastki burun yo'lining suyak devori eng yupqa bo'lgan sohasidan, ya'ni pastki burun chig'anog'ining yon devorga birikish joyiga maxsus igna (Kulikovskiy ignasi) kiritilib, uning uchi orbitaning lateral burchagiga yo'naltiriladi (4.26-rasm).



•Rasm. 4.26. Yuqori jag' bo'shlig'i punktsiyasi (a) va Kulikovskiy ignasi (b)

Sinusning devorini teshgandan so'ng, igna shpritsga ulanadi va bo'shliqda mavjud bo'lgan ajralma so'riladi. Uning xarakteri aniqlanib, mikroflora va uning antibiotiklarga sezgiriligini aniqlash uchun material olinadi. Keyin esa sinus dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuviladi. Suyuqlik shaffof bo'lgandan keyin, igna orqali sinusga dorilar (antibiotiklar, fermentlar) yuboriladi. Kiritilgan dori eritmasi anastomoz orqali to'kilmasligi uchun bemorni 30 daqiqa yonbosh holatda bo'lishini ta'minlash kerak. Odatda, sinus punktsiyasi yaxshi kechadi, ammo asoratlar kuzatilishi ham mumkin:

- yiring bilan to'lgan sinusdan ignani orbitaga o'tib ketishi va orbita flegmonasi rivojlanishiga olib kelishi;
- igna sinusni old devoridan o'tib ketgan hollarda, igna uchining yonoq yumshoq to'qimalariga kirib borishi;
- havo emboliasining paydo bo'lishi, kollaps va shokning rivojlanishi.

Shu nuqtai nazardan, yuqori jag' bo'shlig'ini teshish uchun ko'rsatmalar qat'iyan asoslanishi va qarshi ko'rsatma deb hisoblanishi mumkin bo'lgan barcha holatlar: qon kasalliklari, dorilarga allergik reaksiyalar, bemorning ruhiy holati hisobga olinishi kerak. Bemor uchun

har bir punktsiya stressli hodisa bo'lganligi sababli, takroriy, ba'zida bir nechta punktsiyaga murojaat qilish kerak bo'lgan hollarda, birinchi punktsiyadan so'ng, polietilen naychani sinus devorida hosil bo'lgan teshikka kiritish yaxshiroq bo'ladi - kateter yaxshi o'rnatilib, tashqaridan ko'rinmaydi. Ushbu kateter orqali uzoq muddat davomida sinusni yuvish va dori moddalarni kiritish mumkin.

Yuqori jag' bo'shlig'ining surunkali yallig'lanishi

Surunkali sinusit (*sinusitis maxillaris chronica*) - yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatining surunkali yallig'lanishidir. Ko'pincha bu o'tkir jarayonning davomi bo'lib sanaladi. Surunkali sinusit uzoq muddatli kasallik bo'lib, ayniqsa allergik holatlar, poliplar shakllanishi bilan bog'liq bo'lgan hollarda yuzaga keladi. O'tkir sinusitning surunkali holatga o'tishiga quyidagilar imkon yaratadi:

- o'tkir jarayonlarning qaytalanishi;
- burun to'sig'ining egriligi;
- chig'anoqlar gipertrofiyasi;
- adenoidlar mavjudligi;
- organizm immun himoyasining pasayishi;
- mikrofloraning patogenligi;
- yashash va mehnat sharoitlari;
- noratsional davolanish.

Surunkali sinusit paydo bo'lishida tish kasalliklari, shuningdek ulardagi jarrohlik aralashuvlari va sinus pastki devorining teshilishi va infeksiyalanishi, hamda yuqori jag' alveolyar o'sig'idagi yallig'lanish jarayonlari muhim rol o'ynaydi. Ushbu etiologiyali sinusitga - odontogen sinusit deyiladi.

Ko'pincha surunkali sinusitning yiringli, yiringli-polipoz, polipoz shakli, kam hollarda- devor oldi giperplastik turlari farqlanadi.

Simptomlari. Burunning bir yoki ikkala yarmi orqali nafas olish qiyinligi, yoqimsiz hidni his qilish, burundan ajrilmalarning oqishi (yiringli, suvli, shilimshiq), peshonadagi bosh og'rig'i, tushdan keyin va boshni oldinga egganda og'riqlar kuzatiladi. Buning sababi shundaki, kun davomida odam ko'pincha tik holatda bo'ladi va yiringli sekretsia sinusning medial devorida joylashgan anastomoz orqali etarlicha chiqish imkoniga ega bo'lmaydi. Yig'ilgan yiring sinus shilliq qavati retseptorlarini (trigeminal asab shoxlari) ta'sirlanishi xususiyatining kuchayishiga olib keladi, bu esa doimiy bosh og'rig'iga, shuningdek

yuqori jag' tishlarida og'riq paydo bo'lishiga olib keladi. Ko'pincha bemorlar zaiflik, charchoqning kuchayishiga shikoyat qilishadi.

Anamnez. Odatda, bemorlar kasallikni to'liqsimon kechishini e'tirof etishadi, bu o'zgaruvchan remissiya va jarayonning kuchayish davrlari bilan tavsiflanadi. Ko'pincha kasallik yillab davom etadi, ayniqsa sinusitning aralash, polipoz-yiringli va allergik shakllari ko'rinishida kechadi.

Klinik manzarasi. Umumiy holat nafas olish qiyinligi darajasiga, yo'ldosh kasalliklar mavjudligiga (masalan, bronxial astma), sinusdagi yiringli jarayonning intensivligiga va intoksikatsiya og'irligiga qarab tavsiflanadi.

Oldingi rinoskopiya o'rta burun yo'lida yiringli ajralma, o'rta va umumiy burun yo'llarini to'ldiruvchi poliplar mavjudligini ko'rsatadi (4.26-rasm).

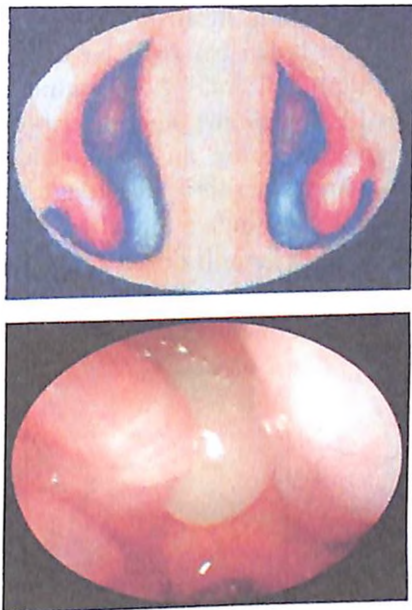


Rasm. 2.27. Polipoz sinusit

Shilliq qavatning rangi - jarayonning xususiyatiga bog'liq: yiringli shakllarda – yaqqol qizarish, allergik shakllarda – tsianotik tus.

Oldingi rinoskopiya orqali aniqlanadigan poliplar, har doim burun yondosh bo'shliqlaridan - yuqori jag' va etmoidal labirint hujayralaridan burun bo'shlig'iga kirib boradi. Yuqori jag' bo'shlig'idagi poliplar orqa tomonga qarab o'sib boradi va katta o'lchamlarga (uzunligi 10 sm gacha) etib borgan holda, xoanalar orqali halqumning burun qismiga chiqishi mumkin. Ushbu poliplar xoanal poliplar deb ataladi. Poliplar yuzasi silliq, moviy-kulrang tusga ega bo'lgan yaxshi sifatli o'smalardir. Ular oyoqchaga ega bo'lib, zond bilan paypaslaganda siljiydi.

Rentgenografiya - nafaqat sinusda patologiya mavjudligini aniqlashga, balki jarayonning xususiyatlarini aniqlashtirish uchun ham xizmat qiladi - bir xilda qorayish yiringli shakllarga, shilliq qavatning devor oldi qalinlashuvi - kataral, dog'lanish - polipoz sinusitga xosdir. Burun-iyak proektsiyasidagi suratlar olinadi. Surunkali sinusit diagnostikasida paranasal sinuslarning KTsi ko'proq ma'lumotga ega.



Rasm. 4.28. Polipoz sinusitda burun yondosh bo'shliqlarining kompyuter tomografiyasi

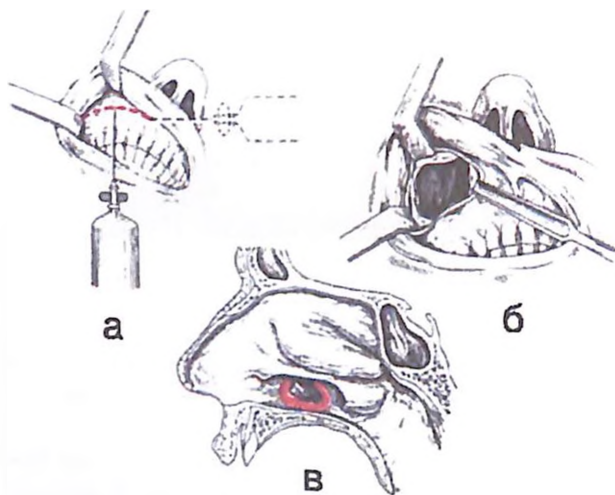
Sinusning teshilishi - yallig'lanish xususiyatini aniqlashtirishga, bakteriologik tadqiqotlar uchun material olishga, turg'un, mayda, qalin va o'tkir, chirigan hidga ega turg'un yiringli sekretsialarni olib tashlashga imkon beradi.

Diagnostika. Olingan ma'lumotlarning barchasini hisobga olgan holda tashkil etiladi: surunkali yiringli, surunkali polipoz, surunkali polipoz-yiringli sinusitlar farqlanadi.

Murakkabliklar. Odatda, ular jarayonning zo'rayishida paydo bo'ladi. Ehtimol, yallig'lanish jarayonining orbitaga tarqalishi, uch shoxli nerv ikkinchi shoxining jarayonga qo'shilishi, sinusning yuqori devori bo'ylab infeksiya o'tishi, yuqori jag'ning pastki qismi bilan

yaqin aloqada bo'lgan tishlarning ta'sirlanish xususiyatlarini keltirib o'tish mumkin.

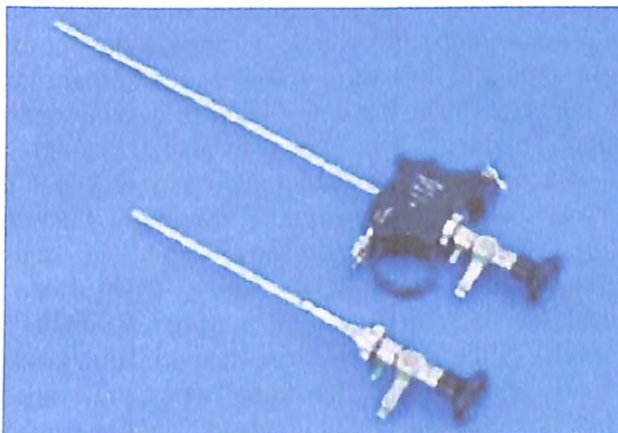
Davolash. Aksariyat hollarda, jarrohlik, shu jumladan punktsion usulda ham amalga oshiriladi, burun bo'shlig'idan poliplarni olib tashlash va yuqori jag' bo'shlig'ida radikal operatsiyani bajarish kabilar kiradi (4.27-rasm). Agar punktsion usul samarasiz bo'lsa, ya'ni 2 hafta davomida bo'shliqni 7-8 marta teshish yoki yuvishdan keyin ham tiklanish sodir bo'lmasa, u holda bemorda bo'shliqdagi ko'p miqdorda to'planadigan yiringli ajralmani emas, balki butun patologik o'zgargan shilliq qavatni olib tashlash uchun yuqori jag' bo'shlig'ida operatsiya o'tkaziladi. Radikal operatsiyaning muhim bosqichi - bu yuqori jag' bo'shlig'i va pastki burun yo'llari orasidagi keng oqma yo'lini shakllantirish hisoblanadi, bu oqma yo'li orqali operatsiyadan keyingi davrda bo'shliqni chayish va kerakli dorivor moddalar - antibiotiklarni yuborish, sinus devorlariga mahkam o'rnanishgan yiringli qobiqlarni eritishga yordam beradigan fermentlarni yuborish mumkin.



Rasm. 4.29. Yuqori jag' bo'shlig'ida radikal operatsiya: a, b, v - operatsiya bosqichlari

Hozirgi vaqtda surunkali sinusitni davolashda radikal jarrohlik usullari kam amalga oshirilmoqda. Surunkali sinusitni davolashning eng zamonaviy jarrohlik usuli bu - endoskop va maxsus mikrojarrohlik

asboblari yordamida yuqori jag' bo'shlig'idagi funktsional endoskopik operatsiya hisoblanadi (4.27-rasm, 4.28-rasm).



Rasm 4.30. Burun yondosh bo'shliqlari operatsiyalari uchun endoskoplar



Rasm 4.31. Burun yondosh bo'shliqlarining endoskopik operatsiyasi

Endoskopik sinus operatsiyasi

Endoskopik sinus operatsiyasining an'anaviy usuldan afzalliklari shundaki, u jarrohlik kesimini talab qilmaydi. Endoskopik jarrohlik maxsus uskunalar - endoskop yordamida amalga oshiriladi. Bu uskuna - bo'shlig'ida optik tolalar mavjud bo'lgan metall naycha sanaladi. Endoskopning bir uchida ob'ektiv mavjud bo'lib, boshqa uchida okulyar bo'ladi va u orqali shifokor qaraydi. Endoskop sizga sinusda yuzaga

keladigan patologik jarayonni ko'rish imkonini beradi. Endoskopik usulning yana bir afzalligi shundaki, u sinusitning sababini bevosita davolashga imkon beradi. Uning yordami bilan shifokor patologik o'choqni to'g'ridan-to'g'ri ko'rish va normal to'qimalarni kesmasdan olib tashlashi mumkin, bu esa keraksiz jaroxatni sezilarli darajada kamaytiradi, operatsiyadan keyingi tiklanish davrini tezlashtiradi va operatsiyaning o'zidagi va operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytiradi. Bu usul tashqi chandiqling yo'qligi, jarrohlikdan so'ng engil shish va og'riq intensivligining kamligi bilan tavsiflanadi. Endoskopik jarrohlikning maqsadi sinus teshiklarini kengaytirishdir. Odatda burun yondosh bo'shliqlari shilliq qavat bilan qoplangan ingichka suyak kanali orqali burun bo'shlig'iga ochiladi. Yallig'lanish tufayli bu naycha shilliq qavati shishadi va shu bilan sinusdan chiqishni yopib qo'yadi. Endoskopik jarrohlik sinusning suyak kanalini kengaytirishga imkon beradi, shuning uchun bemorda keyinchalik burun shilliq qavati va sinusning chiqish kanalida yallig'lanish bo'lsa yoki ularning allergik shishishi bo'lsa ham, burun yondosh bo'shliqlarning ochilishida hech qanday to'siq bo'lmaydi. Bu sinus yallig'lanishining keyingi davolashini juda osonlashtiradi. Bundan tashqari, endoskopik operatsiyalar uchun maxsus vositalar sinus bo'shlig'idagi patologik to'qimalar - polip, granulyasiya va boshqalarni olib tashlashni osonlashtiradi. Yaqin kelajakda burun yondosh bo'shlig'i kasalliklari uchun jarrohlik aralashuvning endoskopik usulini takomillashtirish - bu kompyuter navigatsiya tizimidir.

Monitor ekranida burun yo'llarining uch o'lchovli tasvirini yaratishga imkon beradi, bu esa shifokorga tashxis qo'yish va operatsiya o'tkazishni osonlashtiradi. Burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlardagi endoskopik jarrohlik aralashuvlar, faqat konservativ davo samarasiz bo'lgan taqdirdagina amalga oshiriladi. Endoskopik sinus operatsiyasi kamdan-kam hollarda operatsiyadan keyingi qon ketish, intrakranial va ko'z ichi asoratlari bilan kechadi.

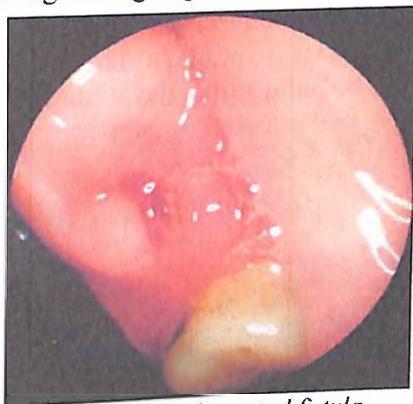
Odontogen sinusit

Klinik belgilar. Odontogen sinusitning klinik manzarasi, ayniqsa sinus bo'shlig'ini og'iz bo'shlig'i bilan bog'lab turuvchi bo'shliq mavjud bo'lganligi sababli har doim ham aniq bo'lmaydi. Bunday hollarda sinusdan yiringli ajralma oqib chiqadi va uning bo'shatilishi sub'ektiv hissiyotlarni pasaytiradi: burun orqali nafas olish yaxshilanishi mumkin, bosh og'rig'i rinogen sinusitda bo'lgani kabi kuchli bo'lmaydi.

Shuning uchun, odontogen sinusit tashxisi har doim ham o'z vaqtida va aniq belgilanmaydi. Odontogen sinusitning paydo bo'lishiga - og'iz bo'shlig'idan sinusga kirib boruvchi yot jismlar: plomba moddasi, singan stomatologik asboblarning qismlari, cho'kib ketgan tish ildizlari, turundalar sabab bo'ladi. Beshinchi tish ildizi granulyomalari, subperiostal xo'ppozlar, periodontal kasalliklar ham odontogen sinusitga olib kelishi mumkin.

Klinik manzarasi. Odontogen sinusitning eng odatiy ko'rinishlari peshonadagi engil bosh og'rig'i, alveolyar o'simtadagi oqma yo'li orqali yiringni chiqishi, burun puflaganda og'izga havo kirishi, ovqatdan so'ng bo'shliqqa oziq-ovqat massasining kirib borishi, bemorning o'zi qo'lansa hidni his qilishiga oid shikoyatlarni ko'rib chiqish kerak.

Diagnostikasi. Tashxis qo'yish uchun to'g'ri to'plangan anamnez katta ahamiyatga ega bo'lib, u orqali tishlar patologiyasi, og'iz bo'shlig'idagi avvalroq bajarilgan manipulyatsiyalar haqida bilib olish mumkin. Oldingi rinoskopiya qoida tariqasida, sababchi tish (emirilgan yoki ilgari davolangan), zararlangan tish sug'urilgandan keyingi sinus bo'shlig'iga ochilgan teshik (4.29-rasm), teshik orqali og'iz bo'shlig'iga oqib tushadigan ajralma va o'rta burun yo'lidagi ajralmalar ko'zga tashlanadi. Sinusdan ajralib chiqadigan yiringli ajralma har doim chirigan hidga ega bo'ladi.



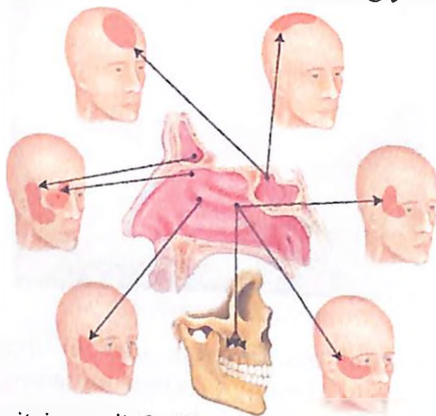
Rasm: 4.32. Oroantral fistula

Odontogen sinusitni aniqlashning etakchi diagnostik usullari - burun yondosh bo'shliqlarning rentgenogrammasi, shuningdek, ortopantomografiya tekshiruvi bo'lib, bu sinus bilan aloqador tishlarning ildizlari holatini baholashga imkon beradi. Ba'zan punktsion igna yoki

fistula orqali yodolipolni kiritib, sinus bo'shlig'ini kontrastli tekshiruvini o'tkazish mumkin. Burun yondosh bo'shliqlarning rentgenogrammasida, boshqa devorlarga nisbatan, sinusni alveolyar o'siq bilan chegaradosh bo'lgan pastki devorining qalinlashishi aniqlanadi. Burun yondosh bo'shliqlarning KTsi eng zamonaviy diagnostika usuli hisoblanadi.

Davolash. Bu qo'zg'atuvchi tishni sanatsiya qilish va sinusni o'zini davolashdan iborat. Qoida tariqasida, davolash faqat jarrohlik usulda amalga oshiriladi, ammo ba'zi hollarda sinusni uzoq vaqt davomida drenajlash orqali ham muvaffaqiyatga erishish mumkin, chunki og'iz bo'shlig'ini sinus bilan bog'laydigan kanal o'z-o'zidan yoki yod eritmasi bilan takroriy moylashdan keyin yopilishi mumkin. Zararlangan tishni sanatsiya qilishdan tashqari, oqma yo'lini plastik tarzda yopish kerak, bu esa juda qiyin jarayon bo'lib, og'iz bo'shlig'idagi qopqoqni yopish har doim ham oson kechavermaydi.

Bundan tashqari, qo'zg'atuvchi tishlarni davolash zarur: bu tishlarning ildizlari rezektsiyasini bajarish, sinusdan yot jismlarni olib tashlashdan iborat. Zararlangan sinus shilliq qavatini olib tashlash kerak va operatsiyadan keyingi davrda sinusdagi ajralma evakuatsiyasini ta'minlash va davolashni amalga oshirish uchun, pastki burun yo'lida burun bo'shlig'i bilan sinus o'rtasidagi anastomozni yaratish kerak. Odontogen sinusitni davolashning zamonaviy usuli - bu yuqori jag' bo'shlig'ini minimal invaziv endoskopik jarrohligi hisoblanadi. Boshqa burun yondosh bo'shliqlari - peshona bo'shlig'i, etmoidal labirint hujayralari, ponasimon bo'shliq shilliq qavatining yallig'lanish



Rasm: 4.33. Sinusitning turli shakllarida bosh og'rig'ini lokalizatsiya qilish. Frontal sinusning o'tkir yallig'lanishi

kasalliklari, tish - jagʻ patologiyasi bilan bevosita bogʻliq emas. Ammo sinusit bilan juda koʻp oʻxshashliklarga ega boʻlganligi sababli, bu sinuslarning kasalliklari klinik manzarani chalkashtirib yuborishi mumkin va shuning uchun etmoidit, frontal sinusit, sfenoiditning xususiyatlarini bilish kerak boʻladi (4.31-rasm). Bundan tashqari, ushbu kasalliklarni oʻzlari ham, koʻz kosasi va ogʻir miya qutisi ichi asoratlarini keltirib chiqarishi mumkin.

Peshona boʻshligʻining oʻtkir yalligʻlanishi (frontal sinusit, oʻtkir frontit) - bu peshona boʻshligʻi shilliq qavatining oʻtkir yalligʻlanishi. Bu oʻtkir respirator kasallik yoki gripp fonida yuzaga keladi. Yalligʻlanishli shish tufayli shilliq qavatning qalinlashishi, sinus tarkibining peshona-burun kanali orqali oʻrta burun yoʻliga tushishini buzilishiga olib keladi. Faol eksudatsiya, eksudatning yiringlashishi - peshona boʻshligʻi empiemasi paydo boʻlishiga olib keladi. Oʻtkir frontal sinusit yoki surunkali jarayonning kuchayishi holatlarida, sinus pastki devorini koʻz kosasidan ajratib turadigan qismida periostit belgilari paydo boʻlishi mumkin. Yuqori qovoqning shishi rivojlanib, koʻz butunlay yopilishi mumkin, baʼzi hollarda koʻzning medial burchagida yiring paydo boʻlib, oqma hosil boʻladi.

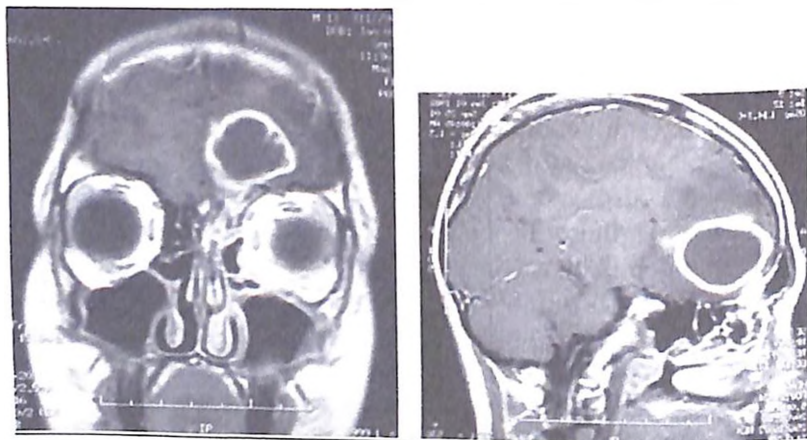
Klinik belgilar. Peshonada kuchli bosh ogʻrigʻi, peshona boʻshliqlarining proektsiyasida ogʻirlik hissi. Oldingi rinoskopiya - oʻrta burun yoʻlida yiringli yoki shilimshiq ajralma boʻlishi mumkin. Rentgenogrammada bir yoki ikkala peshona boʻshliqlarning bir xil qorayishi aniqlanadi (2.62-rasm).



*

Rasm. 4.34. Oʻtkir frontitda burun yondosh boʻshliqlari rentgenogrammasi

Davolash. Odatda, mahalliy va umumiy yallig'lanishga qarshi terapiya orqali sinus drenajini yaxshilash va infeksiyaga qarshi kurashishga qaratilgan konservativ usulda amalga oshiriladi. Birinchi navbatda, peshona-burun kanalining o'tkazuvchanligini tiklash uchun konservativ choralar ko'rish kerak: vazokonstriktor tomchilarni burunga tomizish [nafazolin (naftizin), ksilometazolin (galazolin) va boshqalar], antigistaminlar [loratadin (klaritin b), desloratadin (erius), feksofenadin (telfast b)], antipiretiklar, antibiotiklar va sulfanilamidlar. Agar o'tkir frontal sinusit intrakranial jarayon sanaluvchi periostit bilan og'irlashadigan bo'lsa, shoshilinch jarrohlik aralashuviga murojaat qilinadi - frontal sinusni ochish, uning devorlarini qayta tiklash, patologik o'zgargan shilliq qavatini olib tashlash va burun bo'shlig'i bilan anastomoz qo'yish (4.29-rasm).



Rasm: 4.35. Miyaning frontal bo'shlig'ining rinosinusogen xo'ppazi (MRT)

Frontal sinusning surunkali yallig'lanishi

Frontal sinusning surunkali yallig'lanishi - surunkali frontal sinusit (*frontitis chronica*) deb ataladi. Frontal sinusdagi sust yallig'lanish jarayonlari sinusning trepanopunktsiyasi uchun ko'rsatma sanalib, amaliyot uning old devori orqali maxsus asbob - trepanator bilan bajariladi (2.64-rasm). Trepanator frontal sinusning ancha qalin old devorini burg'ulashga, uning bo'shlig'iga kirib borishga, metalli kanyulani kiritib olish va u orqali uzoq vaqt davomida sinusni yuvish, dori eritmalarini (antibiotiklar, fermentlar) yuborishga imkon beradi.



Rasm: 4.36. Peshona bo'shlig'ining trepanopunktsiyasi

Surunkali frontal sinusitni jarrohlik davolashning eng zamonaviy usuli bu - funktsional endoskopik jarrohlikdir.

G'alvirsimon sinusning yallig'lanishi

O'tkir etmoidit - bu g'alvirsimon bo'shliq hujayralari shilliq qavatini tez-tez uchraydigan yallig'lanishidir. Yuqori jag' bo'shliqlarining yallig'lanishidan keyin, ikkinchi o'rinni egallaydi. G'alvirsimon bo'shliq hujayralarini yallig'lanishi ko'pincha yuqori jag' va peshona bo'shlig'i yallig'lanishi bilan bog'liq bo'ladi. Kasallik sabablariga o'tkir rinit, o'tkir respirator virusli infektsiya, gripp va boshqalar kiradi.

Simptomlar. Burun bitishi, burundan yiringli yoki shilimshiq ajralma, burun ildizi sohasiad da og'irlik hissi, peshonada bosh og'rig'i.

Klinik manzarasi. Oldingi rinoskopiya o'rta burun yo'li sohasida shilliq qavatni shishi, yiringli ajralmalar to'planishi aniqlanadi. Endoskopik tekshiruv o'rta burun yo'llarini va patologik ajralma mavjudligini sinchkovlik bilan tekshirishga imkon beradi.

Burun yondosh bo'shliqlarining rentgenogrammalarida, ayniqsa KTda, g'alvirsimon labirint hujayralarining qorayishi ko'rinadi.

Davolash. Asoratlar bo'lmagan holda o'tkir etmoidit konservativ usulda davolanadi. Mahalliy davolash burun shilliq qavati shishini kamaytirishga va zararlangan sinuslarda drenajni yaxshilashga qaratilgan. Shu maqsadda, vazokonstriktor vositalar burunga tomiziladi. Sekretolitiklar va antibiotiklarni o'z ichiga oluvchi kombinatsiyalangan preparatlar [atsetilsistein tuaminogepitan (rinofluimutsil)], fizioterapiya

muolajalari (UYuCh, terapevtik lazer) yaxshi samara beradi. YaMIK sinus kateteridan foydalanish mumkin, bu sinus bo'shlig'iga kirishga va dori-darmonlarni qabul qilishga imkon yaratadi. Etmoiditda bu usul ayniqsa samaralidir. Antibiotiklar, giposensibilizatsiya qiluvchi dorilar, simptomatik davo ham buyuriladi. Ko'rish organi tomonidan asoratlar paydo bo'lishi mumkin: ko'ruv nervining retrobulbar nevriti, orbital to'qimalar yallig'lanishi (4.32-rasm), bu holatlar jarrohlik davolash uchun ko'rsatma sanaladi.



Rasm: 4.37. Orbital asorat - orbital to'qimalar shishi. Surunkali etmoidal bo'shliq yallig'lanishi

Surunkali etmoidit (*ethmoiditis chronica*) - bu etmoidal labirint hujayralari shilliq qavatining surunkali yallig'lanishidir.

Odatda, u aniqlanmagan yoki davolanmagan o'tkir etmoiditning davomi bo'lib sanaladi. Surunkali etmoiditning shakllanishiga tez-tez kuzatiladigan yuqumli kasalliklar, adenoid vbegetatsiyalari mavjudligi, burun to'sig'i egriligi va boshqalar ham yordam beradi. Surunkali etmoiditda ko'pincha o'rta burun yo'llarida va burun bo'shlig'ida poliplar hosil bo'ladi. Poliplar ko'pincha ko'p sonli, turli o'lchamga ega bo'ladi, ba'zida ular burun bo'shlig'ini to'sib qo'yishi mumkin. Poliplar - bu yallig'lanish tufayli shishgan shilliq qavatdan shakllanadi, polip to'qimasida neytrofilli diffuz infiltratsiya kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Umumiy alomatlar engil, ko'pincha yashirin kechadi. Hid bilish va burun orqali nafas olish turli darajada buziladi. Rinoskopiyada burun bo'shlig'idagi kulrang-ko'kimtir tUSDagi bir yoki bir nechta polip to'qimalari aniqlanadi (4.33-rasm).

Davolash ko`pincha jarrohlik yo`li bilan amalga oshiriladi - nazal polipotomiya yoki endoskopik etmoidotomiya. G`alvirsimon labirint hujayralarini endoskopik usulda ochish, maxsus asbob - qattiq endoskop yordamida amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda polioplarning qaytalanishini oldini olish uchun 3-6 oy davomida mahalliy glyukokortikoid terapiyasi [mometazon (nazoneks), flutikazon (fliksonaze), beklometazon (aldetsin)] buyuriladi.

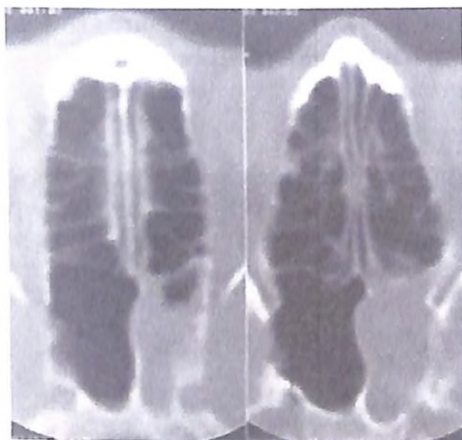


Rasm 4.38. Burun bo`shlig`idagi poliplar

Ponasimon bo`shliqning o`tkir va surunkali yallig`lanishi

Sfenoidit (*sphenoiditis*)- ponasimon sinus shilliq qavatining o`tkir yoki surunkali yallig`lanishidir. Boshqa burun yondosh bo`shliqlarning yallig`lanish kasalliklariga qaraganda, kamroq uchraydi. Belbog`simon tabiatli bosh og`rig`i bilan tavsiflanadi ("qattiq dubulg`adagi bosh"), ba`zida og`riq ensa sohasida paydo bo`ladi. Ponasimon sinusdan ajralma burun bo`shlig`ining orqa qismlariga o`tadi va shuning uchun, ularni faqat orqa rinoskopiya yordamida aniqlash mumkin. Surunkali sfenoiditda yallig`lanish jarayoni ko`ruv nervi kesishmasiga tarqalishi mumkin, chunki ponasimon bo`shliqning ko`ruv nervi joylashgan yuqori devori juda nozikdir. Bunday hollarda ko`rishning yomonlashuvi kuzatiladi. Ponasimon sinuslar yallig`lanishi boshqa sinuslardagi patologik jarayon bilan taqqoslaganda eng qiyin tashxislanadi. Sfenoidit diagnostikasida aksial va profil proektsiyalaridagi rentgenografiya hal qiluvchi hisoblanadi. Ponasimon sinus yallig`lanishini tashxislashda eng ko`p ma`lumotli usul sanaluvchi KT yoki MRT natijalari o`rganib

chiqiladi (4.34-rasm). Yiringli sfenoidit juda jiddiy asoratlarni - menengit, g'orsimon sinus trombozi, ko'ruv nervining zararlanishini keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun ushbu kasallikka gumon qilingan barcha holatlarda uni tasdiqlash yoki inkor etish uchun barcha choralarini ko'rish zarur.



Rasm: 4.39. O'tkir sfenoiditda kompyuter tomogramma tekshiruvi

Davolash. O'tkir sfenoiditni davolash ko'pincha konservativ usulda olib boriladi. Mahalliy terapiya qo'llaniladi va tana haroratining ko'tarilishi bilan intoksikatsiya rivojlanganda - umumiy davolash tavsiya etiladi. Mahalliy davo shishlarni bartaraf etish, drenajni tiklash va ponasimon bo'shliqdan yallig'lanish ajralmasini chiqishini yaxshilashga qaratiladi. Tomir toraytiruvchi preparatlari burun shilliq qavatining qonsizlanishiga olib keladi. Proets usulini qo'llash va YaMIK sinus kateteri o'rnatilishi mumkin.

Shuningdek, keng spektrli antibiotiklar, antigistamin preparatlar va og'riq qoldiruvchi vositalarni buyuriladi. Surunkali sfenoiditda jarrohlik davolash usuli ham qo'llaniladi. Ponasimon sinusni endo- va ekstranasal ochishning turli usullari mavjud. So'nggi yillarda endoskoplar va mikrojarrohlik asboblari yordamida endonazal operatsiyalar eng ko'p qo'llanilmoqda.

Bolalardagi sinusitning xususiyatlari

Bola qanchalik kichik yoshli bo'lsa, unda yuqori jag' bo'shlig'i va g'alvirsimon labirint katakchalari bo'shlig'i shilliq qavatlari qalinroq bo'ladi. Bu holat shuningdek, bolalarda shilliq qavat sekretor

funktsiyasini kuchayganligini izohlaydi, bu esa sinuslarda yallig'lanish jarayonlarining chastotasiga, ushbu jarayonlarning o'ziga xos xususiyatlariga ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi. Bolalar o'rtasida o'tkazilgan so'rovnomat natijalariga ko'ra, barcha bolalar kasalliklarining taxminan 18 foizi sinusitga to'g'ri keladi.

Bu kasalliklar juda keng tarqalgan bo'lsada, pediatrlar har doim ham ularni aniq tashxislashmaydi. Asosan, bolalarad yallig'lanishning eksudativ shakllari rivojlanadi va odatda, jarayon ikki tomonlama bo'ladi. Yosh bolalar nafas yo'llari kasalliklariga moyilligi bilan ajralib turadi, ularda viruslar ta'sirida burun bo'shlig'i shilliq pardasi epiteliysida sezilarli deskvamatsiya yuzaga kelib, natijada burun yondosh bo'shliqlarida infeksiya eshiklari ochiladi. Bundan tashqari, yosh bolalarda adenoidlarning mavjudligi ham, yuqori jag' bo'shlig'i va etmoidal labirint hujayralarida yallig'lanish jarayonlari rivojlanishiga hissa qo'shishi mumkin. O'tkir gaymoro-etmoiditlarda konservativ davo samaradorligi yuqori sanaladi, ammo, orbital to'qimalar xo'ppozi yoki flegmonasi kabi asoratlar paydo bo'lishi ham mumkin.

Yuqori jag' bo'shlig'i kistalari

Sinus shilliq qavatining yallig'lanish jarayonlaridan tashqari, yuqori jag' bo'shlig'i barcha kasalliklarining 6-13 foizi bo'shliq kistasi bo'lib, ba'zan u tish patologiyasi bilan ham bog'liq bo'ladi. Bunday holatlar o'z vaqtida o'tkazilgan differentsial diagnostika va ratsional davolashni talab etadi. Kista barcha sinuslarda shakllanishi mumkin, lekin ko'pincha yuqori jag' bo'shliqlarida kuzatiladi. Tish patologiyasi tufayli rivojlanadigan kistalar, radikulyar va follikulyar turlarga bo'linadi. Radikulyar kistalar tish ildizi sohasidagi yallig'lanish jarayonining dastlabki rivojlanish bosqichi bilan tavsiflanadi, so'ngra kista granulyomalar rivojlanishiga olib keladi, bu esa asta-sekin kattalashib, tish uyasi suyak devorini buzadi va uning bo'shlig'iga kirib boradi. Kistaning tarkibi seroz va yiringli bo'lishi mumkin. Follikulyar kistalar juda kam uchraydi va tish follikulasi rivojlanishining buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Yuqori jag' bo'shlig'i kistalarining eng keng tarqalgan sababchisi – sinus shilliq qavatining yallig'lanish kasalliklaridir. Bezlar chiqaruv kanallarini tiqilib qolishi, bez kanali kiprikli epiteliysi faoliyatini buzilishi natijasida paydo bo'lgan kistalar – retentsion kista sanaladi. Ushbu turdagi kistaning farqi shundaki, sinusda bir vaqtning o'zida bir nechta kistalar paydo bo'lishi mumkin va bunday hollarda ular sinusning istalgan devorida joylashishi, ammo ko'pincha

odontogen sinusidagi kabi, ular pastki - alveolyar devorda rivojlanadi. Ko'p hollarda yuqori jag' bo'shlig'i kistalari aniq simptomlarga ega bo'lmaydi va faqat butunlay boshqa sabab bilan amalga oshirilgan rentgenografiya tekshiruvida aniqlanadi (4.35-rasm). Kistaning odatiy belgisi bu, sinus bo'shlig'ida boshqa hajmni egallagan sferik soyaning mavjudligidir.



Rasm. 4.40. Chap yuqori jag' bo'shlig'i kistasi

Shu bilan birga, kasallikni simptomlarsiz kechishi bilan bir qatorda, yuqori jag' bo'shlig'ida kista borligiga shubha qilishga imkon beradigan o'ziga xos belgilar ham mavjud. Bu - peshonadagi sababsiz doimiy bosh og'rig'i bo'lib, bu og'riq burun bo'shlig'i yoki halqum tomonidan biror bir sabab bilan izohlanmaydi. Ba'zan bu shikoyatlar burun bo'shlig'i qaysidir bir yarmini bitib qolishi bilan birga keladi. Kistalar ko'pincha burun yondosh bo'shliqlarni tekshirishda tasodifan topiladi. Eng ko'p ma'lumot beruvchi diagnostika usullari - burun yondosh bo'shliqlarning KT va MRT tekshiruvlari sanaladi. Yakuniy tashxisni qo'yishda rentgenologik, shu jumladan tomografiya tekshiruvidan tashqari, sinuslarni diagnostik punktsiyasi hal qiluvchi ahamiyatga egadir. Kista sezilarli hajmga ega bo'lgan hollarda, sinusga kiritilgan igna kistaning devorini teshadi va kistadagi suyuqlik ignaga tushadi. Suyuqlik xarakteri oq -sarg'ish rangli, seroz bo'ladi.

Davolash. Hech qanday simptomlarsiz kichik kistalar maxsus davolanishga muhtoj emas. Bosh og'rig'i, burun orqali nafas olish buzilishi bilan kechadigan sinus devorlariga bosadigan katta kistalar uchun jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

Agar kistani bo'shatilgandan so'ng, bemorda bosh og'rig'i yo'qolsa, u holda kistani butunlay olib tashlash oqilona yo'l bo'ladi, buning uchun sinus ochilib, kista membranasi butunlay olib tashlanadi. Ba'zi hollarda kistaning yiringlashi sodir bo'ladi, bu esa o'tkir sinusitga xos belgilarni rivojlanishiga olib keladi.

Davolash - yiringli kistani olib tashlash va burun bo'shlig'i bilan anastomoz o'rnatishdan iborat bo'lib, xuddi yuqori jag' bo'shlig'i radikal operatsiyasi singari o'tkaziladi. Yuqori jag' bo'shlig'i kistalarini jarrohlik davolashning eng zamonaviy usuli bu - endonazal endoskopik usulda kistani olib tashlash hisoblanadi.

Shunday qilib, ushbu kasalliklarni jarrohlik davolash usuli va vaqtini tanlash bemor shikoyatlariga, kistaning hajmi va kelib chiqishiga bog'liq bo'ladi.

Burun bo'shlig'io'smalari

Burun yondosh bo'shliqlarning yaxshi va xavfli o'smalari tez-tez uchraydi, shuning uchun chekka hududlarida ishlaydigan shifokorlarning onkologik ogohlīgi muhimdir. Ba'zi hollarda tashxis qo'yish va murakkab davolanishni o'tkazish uchun tish shifokorining ishtiroki talab qilinadi.

Xavfsiz o'smalar

Yuqori jag' bo'shlig'ining yaxshi sifatli o'smalari, g'alvirsimon labirint hujayralari o'smalariga (osteoma, angiofibroma, teskari papilloma) rentgen tekshiruv ma'lumotlari, klinik belgilar (bosh og'rig'i, qon ketish) asosida tashxis qo'yiladi.

Jarrohlik davolash. Burun yondosh bo'shliqlarining xavfli o'smalari asta-sekinlik bilan o'sib boradi, sinus devorlaridan tashqariga tarqaladi va kamdan-kam hollarda devorlarning emirilishiga olib keladi, ularni rentgen tekshiruv bilan aniqlash mumkin.

Burun yondosh bo'shliqlari o'smalarining o'sishi barobarida yuzaga keladigan og'riqli hissiyotlar, sinuslar shilliq qavatini innervatsiya qiluvchi nerv oxirlarining ta'sirlanish xususiyati bilan bog'liq bo'lib, bu yuz og'rig'i - prosopalgiya manzarasini beradi.

Xavfli o'smalar

Burun bo'shlig'i saratoni va sarkomalari nisbatan kam uchraydi (barcha lokalizatsiyadagi xavfli o'smalarining 1-3%). Burun yondosh bo'shliqlariga nisbatan olib qaralganda, ko'proq yuqori jag', keyin g'alvirsimon bo'shliqlarga, so'ngra peshona va ponasimon bo'shliqlarga ta'sir qiladi.

Saraton – burun yondosh bo'shliqlarining eng keng tarqalgan *epitelial* xavfli o'smasidir. Keratinizatsiyaga uchragan saraton, kamroq adenokarsinomalar ustunlik qiladi. Sarkomalar dumaloq hujayra, urchuqsimon-hujayra shakllari, shuningdek fibro-, xondro- va angiosarkomalar bilan ifodalanadi.

Burun yondosh bo'shliqlari o'smalari qo'shni organlar va to'qimalarga nisbatan tez o'sib boradi: bosh suyagi, qanotsimon-tanglay chuqurchasi, orbita va og'iz bo'shlig'iga. Metastaz odatda kech yuzaga keladi, birinchi navbatda ensa va jag'osti limfa tugunlarida, so'ngra palpatsiya bilan aniqlanadigan bo'yin qismida bo'ladi.

Klinik manzarasi. Burunning shishi belgilari asta-sekin o'sib boradi. Bemorlar burunning yarmidan nafas olishning asta-sekin kuchayib borishi, har xil intensivlikdagi bosh og'rig'i, yuzning ma'lum bir qismida og'irlik hissi paydo bo'lishidan xavotir olishadi. Burun oqishi dastlab shilimshiq, keyin qon bilan aralashtiriladi, keyinchalik burundan qon ketishi, quloq tiqilishi, otalgiya bo'lishi mumkin. Burun bo'shlig'idagi o'simta shishasimon, ba'zan polipoiddir. Shishaning etmoid sinus orqali orbitaga o'sishi ekzoftalmga va ko'z olmasining siljishiga olib keladi. Odatda, yuqori jag' bo'shlig'ining o'smalari birlamchi, ya'ni sinusda metastaz tufayli o'sma jarayoni juda kam uchraydi.

Yuqori jag' bo'shlig'ining xavfli o'smalaridagi metastaz, keyinchalik paydo bo'ladi va o'sma uzoq vaqt davomida faqat mahalliy jarayon bo'lib qoladi. Ko'pincha metastaz halqum bo'shlig'ida joylashgan regional limfa tugunlarida uchraydi. Keyingi bosqichlarda metastazlar bo'yin tugunlarida uchraydi.

Boshqa lokalizatsiya o'smalari singari, yuqori jag' bo'shlig'i o'smalari to'rt bosqichga bo'linadi:

I- o'simta faqat yuqori jag' bo'shlig'i ichida, metastazlar yo'q;

II - o'sma sinusning suyak devorlariga tarqaladi, ularning yo'q bo'lib ketishi bor, ammo o'simta sinusdan tashqariga chiqmaydi, halqum tugunlarda metastazlar bo'ladi, ammo ular klinik jihatdan aniqlanmasligi mumkin;

III - o'simta sinus devorlaridan chiqib ketgan - orbitaga, burun bo'shlig'iga kirib, qattiq tanglayni vayron qilgan, jag'osti tugunlarga va bo'yin tugunlariga metastazlar;

IV - o'simta yuzning yumshoq to'qimalariga, yonoq sohasiga, qanotsimon-tanglay chuqurchasiga tarqaladi, mintaqaviy va uzoq metastazlar mavjud.

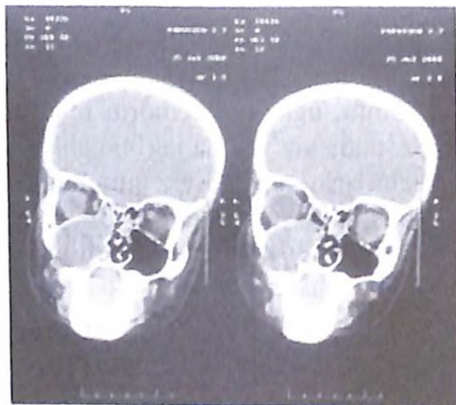
Uzoq vaqt davomida yuqori jag' bo'shlig'idagi o'sma jarayoni deyarli asimptomatik bo'lib qoladi va bu dastlabki bosqichlarda xatarli o'smani aniqlashni qiyinlashtiradi. Ammo, agar siz bemorni maqsadli ravishda o'rgansangiz va tekshirsangiz, unda siz yuqori jag' bo'shlig'ida rivojlanayotgan o'smaning bilvosita belgilarini topishingiz mumkin.

Kasallikning belgilari sinus devorlarida o'smaning lokalizatsiyasiga bog'liq. Shunday qilib, sinusni burun bo'shlig'idan ajratib turadigan devor yaqinidagi pastki devordagi saraton o'simtasining lokalizatsiyasi bilan, yuqori jag'ning tishlarida og'riq paydo bo'lishi mumkin, ayniqsa stomatogen deb qaraladi, agar ular tish tishlari bilan birlashtirilsa. Maksillarar sinusning yuqori, orqa va old devorlarida joylashgan o'smalar ko'pincha mandibular asabning nevrologiyasini keltirib chiqaradi. Bemorlar boshdan kechirayotgan og'riqdan tashqari, o'smaning sinusni pastki devorida joylashganligi va uning alveolyar jarayonga o'tishi holatida, qattiq tanglayning sezilishi, alveolyar jarayonning o'zi yumshashi, shuningdek, ta'sirlangan tomonda tishlarning bo'shshishida aniqlanishi mumkin.

Yuqori jag' bo'shlig'ining shishini shubha ostiga qo'yadigan jiddiyalomatlardan biri bu - bosh og'rig'i, orbitadagi og'riq, kechasi yomonlashadi. Yumshoq to'qimalarning infiltratsiyasi rivojlanib borishi sababli, o'simta sinusning medial devoriga yaqinlashganda, burun yo'llarining torayishi va burunning bir tomonida nafas olishning yomonlashishi sodir bo'ladi. Yuqori jag' bo'shlig'idan o'sadigan xavfli saraton o'smasi burun bo'shlig'idagi u yoki bu hajmi egallashi, burundan qon ketishi, burun shilliq qavatining yallig'lanish jarayonlari bilan birga bo'lishi mumkin.

Diagnostika. Yuqori jag' bo'shlig'i o'simtasini tashxislashda hal qiluvchi ahamiyatga ega, uning tarqalishi rentgenografiya usuli KT ga tegishli (4.36-rasmga qarang). Tashxisni tasdiqlash va o'smaning mohiyatini aniqlashtirish - gistologik tekshiruv bilan ta'minlanadi. Shish burun bo'shlig'iga kiradigan hollarda materialni olish qiyin emas, ammo o'simta sinusdan tashqariga chiqmasa, punksiya qilinadi. Punktatda atipik hujayralar mavjudligi, shuningdek, igna bo'shlig'idan qon chiqishi, xavfli o'smaning tashxisini tasdiqlaydi. Prognoz har doim juda

jiddiy va ko'p jihatdan kasallikning erta tashxisiga, o'smaning u yoki bu devordagi joylashishiga va radikal jarrohlik amaliyotiga bog'liq.



Rasm: 4.41. Yuqori jag' bo'shlig'i saratoni (sinusning bir hil qorayishi, jarayon orbitaga tarqaladi)

Kombinatseyalangan davolash: jarrohlik, nurlanish, kimyoviy terapiya.

Sinus o'smasi operatsiyasining maqsadi o'smani olib tashlashdir. Ba'zi hollarda operatsiya doirasi keng bo'lishi mumkin, chunki sinusga qo'shni joylarga - orbitaga, yuqori jag'ga ta'sir qilish kerak. Sinusning pastki devoridagi o'smaning yanada qulay lokalizatsiyasi. Bunday hollarda o'smaning rivojlanishi, uning qo'shni hududlarga tarqalishi unchalik intensiv emas va jarrohlik davolash eng tubdan amalga oshirilishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda orbitaning tarkibini olib tashlash, yuqori jag'ni rezeksiya qilish zarur bo'lgan hollarda bemorlarga, to'qimalarda hosil bo'lgan nuqsonni qoplaydigan va yuzning kosmetik nuqsonlarini bartaraf etadigan maxsus protezlar tayyorlanadi.

Uch shoxli nerv nevralfiyasi

Burun yondash bo'shliqlari va burun bo'shlig'ining ko'plab kasalliklari, og'riq sindromi bilan Yuzning turli sohalarida lokalizatsiya qilingan og'riq bilan kechishi mumkin. Agar og'riq sinus shilliq qavatining yallig'lanish jarayoni bilan, masalan, sinusit bilan bog'liq bo'lsa, unda bemorni davolash taktikasi sinusni konservativ yoki jarrohlik vositalar bilan sanitarizatsiya qilishga qaratilgan bo'ladi. Shu bilan birga, otorinolaringolog, stomatolog, nevropatolog amaliyotida yuzning turli qismlarida kuchli og'riqlar shikoyati bo'lgan bemorlar

mavjud va faqatgina ushbu mutaxassislarning birgalikdagi ishi diagnostika va kompleks davolashni amalga oshirishga yordam beradi. LOR aʼzolari patologiyasi va dentoalveolyar tizim kasalliklari tufayli yuzaga kelishi mumkin, ularning namoyon boʻlishi uch shoxli nervlarning ikkinchi va uchinchi shoxlarining nevrалgiyasi. Hozirgacha uch shoxli nerv nevrалgiyasi paydo boʻlishining sabablari toʻgʻrisida bir xil fikrga toʻxtalmagan: okklyuziya patologiyasi, tish kasalliklari, neyrotrop viruslarning taʼsiri, qon tomirlaridagi aterosklerotik oʻzgarishlar, uch shoxli nerv shoxlari oʻtadigan suyak kanallarining torayishi, oʻtkir nafas yoʻllari kasalliklari. Trigeminal nevrалgiya paydo boʻlishida, uning ikkinchi filialining roli, yuqori jagʻ boʻshligʻi shilliq qavatining yalligʻlanishi va burun boʻshligʻi maʼlum. Klinik koʻrinish juda odatiy - ogʻriq har doim paroksizmaldir, uning davomiyligi bir necha soniyadan bir daqiqagacha davom etadi. Ogʻriq juda kuchli, yonuvchan boʻladi. Bemorlar uni elektr toki urishi bilan taqqoslashadi. Ogʻriq hech qanday sababsiz paydo boʻlishi mumkin va baʼzi hollarda - yuz mushaklarining zoʻriqishi bilan (kulish, esnash va hk) kuzatiladi. Oʻtkir ogʻriq uch shoxli nerv shoxlaridan biri tomonidan innervatsiya qilingan yuzning maydonini qoplaydi, ammo baʼzida ushbu nervning boshqa tarmoqlari etkazib beradigan joylarga ham tarqaladi. Uch shoxli nervning ikkinchi va uchinchi shoxlarining nevrалgiyasi tez-tez uchraydi.

Ikkinchi shoxning nevrалgiyasi bilan nazolabial burma, burun qanoti, yuqori lab sohasidagi ogʻriqni lokalizatsiya qilish xarakterlidir. Uchinchi shoxning nevrалgiyasi bilan pastki labda, jagʻ, til, yonoq va pastki jagʻ tishlarida ogʻriq seziladi. Nevrалgiya uchun odatiy holat - bu "qoʻzgʻatuvchi" zona, bosim yoki hatto engil teginish boʻlib, unga qattiq ogʻriq boʻlishi sabab boʻladi. Bunday zonalar yuzning terisida, ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatida, tomoqdajoylashgan. Remissiya davrida ushbu "qoʻzgʻatuvchi" zonalar yoʻqoladi va ularning taʼsirlanish xususiyati ogʻriq xuruji bilan kechmaydi. Kuchli ogʻriq xuruji lakrimatsiya, koʻp miqdorda soʻlak, yuz terisi giperemiyasi bilan kechadi. Toʻliq toʻplangan anamnez, stomatolog, nevrolog va otorinolaringologning aniq tekshiruvi, burun boʻshligʻi va burun yondosh boʻshliqlarida odatdagi yalligʻlanish jarayoni bilan bogʻliq ogʻriqni oʻsimtadan, trigeminal nevrалgiyadan ajratib, ratsional davolashni buyuradi. Shuni taʼkidlash kerakki, trigeminal nevrалgiya uchun giyohvand moddalarni

iste'mol qilish engillik keltirmaydi; bu boshqa diagnostik belgi bo'lib xizmat qiladi.

Davolash. Konservativ davo statsionar davolash jarayonida karbamazepin (finlepsin, tegretol), trimetadion (trimetin) kabi preparatlar yordamida takroriy kurslar orqali amalga oshiriladi. Jarrohlik davolashni stomatologlar ham, otorinolaringologlar ham amalga oshiradilar. Bunday davolash uch shoxli nerv shoxini ekskretator ochilish joyidan iloji boricha rezeksiyalashga asoslangan bo'lib, asabning periferik va markaziy qismlarini ajratish uchun, "trigger" zonasi mintaqasidagi retseptorlaribo'limi hujum boshlanishiga olib keladigan tirnash xususiyati ta'siriga ta'sir qilmasligi kerak. Otorinolaringologlar infraorbital asabga yuqori jag' bo'shlig'i orqali yaqinlashadilar, butun uzunlik bo'ylab kanal devorini ochadilar va nervni ajratadilar, so'ngra u rezeksiya qilinadi. Ular shuningdek, uch shoxli nervning uchinchi filialining nevralfiyasi bilan harakat qilishadi - og'iz bo'shlig'i orqali kanal ochiladi, asab tolasi iloji boricha tortiladi va rezeksiya qiladi.

Jarrohlik davolash har qanday holatda ham og'riqli xurujlardan xalos bo'lishga imkon bermaydi, rezeksiya qilinganidan keyin og'riqning qaytalanishi har xil vaqtda yuz berishi mumkin, chunki asab tanasi yana ekskretator teshikka etib, teri retseptorlariga yaqinlashadi. Uchshoxli nervning ikkinchi shoxi nevralfiyasi paydo bo'lishining asosi, yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanish jarayoni bo'lgan hollarda, ular sinusni jarrohlik yo'li bilan tozalashga murojaat qilishadi.

Lab va tomoq yoriqlari bilan LOR a'zolarining holati

Tug'ma nuqsonlar orasida yuqori lab va tanglay yorig'i uchrash chastotasi birinchi o'rinlardan birini egallaydi (4.37-rasm). Mamlakatda har yili bunday rivojlanish anomaliyasi bilan 5 minggaacha bola tug'iladi. Bu haqiqat uzoq vaqtdan beri mutaxassislarni, asosan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha kompleks dasturlarni ishlab chiqqan stomatologlarning e'tiborini jalb qilib kelgan. Optimal shartlar aniqlandi, yaxshi kosmetik va funksional natijalarga erishish uchun jarrohlik aralashuvlar texnikasi ishlab chiqildi. Ammo bunday anomaliyalar bilan birga kelgan LOR organlaridagi o'zgarishlar, muvaffaqiyatli bajarilgan xeylouranoplastikadan so'ng, o'z-o'zidan yo'qolmaydi va otorinolaringologni davolash jarayonida faol aralashuvini talab qiladi, chunki aksariyat hollarda lab va tanglay yoriqlari, burun bo'shlig'i, tomoq, xiqildoq va o'rta quloq patologiyalari aniqlanadi.



Rasm: 4.42. YOriq lab va qattiq tanglay

Ko'pincha tomoq yorig'i surunkali kataral rinit, tog'ayga tushadigan sohada siljishi tufayli burun to'sig'ining egriligi bilan birga kechadi.

Pastki chig'anoqlarning doimiy ravishda aniqlangan o'sishini kompensatsion vosita deb hisoblash mumkin, shuning uchun oziq-ovqat massalarining burun bo'shlig'ining yuqori qismlariga kirib borishi kamayadi. Shu bilan birga, chig'anoqlarning bunday kompensatsion gipertrofiyasi ham burun orqali nafasning doimiy ravishda buzilishiga yordam beradi, bemorni doimo og'iz orqali nafas olishga majbur qiladi, bu esa og'iz bo'shlig'i, tomoq va halqum shilliq qavatida qo'shimcha o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Ushbu holatlarda halqumda surunkali faringitning aniq belgilaridan tashqari, tanglay bodomsimon bezining gipertrofiyasi va surunkali tonzillit tez-tez tashxislanadi.

Tomoqning burun qismida ham me'yordan bir qator og'ishlar qayd etilgan. U yuqori burun to'sig'ining rivojlanmaganligi sababli, oldorqa tomoni kattalashgan. Halqumning burun qismidagi gumbazda joylashgan halqum bodomsimon bez asosan, gipertrofiyalangan bo'lib, bu ham burun shilliq qavatining bitishi tendensiyasini va burun orqali nafas olish qiyinlashishini saqlaydi.

Lab va tanglay yorilishi bilan og'rigan bemorlarning 50 foizidan ortig'i doimiy eshitish qobiliyatini yo'qotish bilan birga o'rta quloqning Yallig'lanish kasalliklariga chalinadi. Bu birinchi navbatda, qattiq tanglay deformatsiyasi, yumshoq tanglayni taranglashtiradigan va

ko'taradigan mushaklar, adenoidlar hisobiga kelib chiqqan eshitish naychasining ventilyasion va drenajlash funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Shunday qilib, lab va tanglay yorig'i bo'lgan bemorlarni davolash faqat lablarni tuzatish, tanglayning yaxlitligini tiklash bilan cheklanib qolmaydi, balki operatsiyadan oldingi va keyingi davrda malakali otorinolaringologik tekshiruv bilan birlashtirilishi kerak, chunki uranoplastikadan keyin burun bo'shlig'ining funksiyasini avtomatik ravishda tiklash yo'q. Yoriqli bemorlarda gipertrofiyalangan faringeal bodomsimon bezni olib tashlash to'g'risida qaror qabul qilingan hollarda, uranoplastikadan 7-8 oy oldin adenotomiya qilish kerak.



MUSTAQIL ISH SAVOLLARI

Burun va burun yon bo'shliqlarining zamonaviy tekshiruv usullari

Hozirgi vaqtda jarrohlik amaliyotida *endoskopik (funktional)* mikroxirurgiya usullari keng qo'llanilmoqda. Ushbu avaylovchi usullarning kontseptsiyasi burun bo'shlig'i lateral devorining muhim sohalarida cheklangan jarrohlik aralashuvlar orqali burun shilliq qavati va intranasal tuzilishlarni maksimal darajada saqlashga asoslangan. Jarrohlikning maqsadi, anatomik tuzilmalarni iloji boricha kamroq o'zgartirib, tabiiy havo almashinuvi va drenaj traktini tiklash sanaladi.

Rasm. 5-1. Otorinolarinologning ish joyi

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarini tekshirish, diagnostika va ushbu sohadagi jarrohlik aralashuvlar uchun «Karl Storz», «Richard Wolf», «Karl Zeis», firmalari tomonidan ishlab chiqarilgan qattiq endoskopik to'plamlar, moslashuvchan endoskopl va uzoq vaqt davomida ishlaydigan mikroskoplar qo'llaniladi. Anatomik jihatdan murakkab bo'lgan burun ichi relyefini, burun yon bo'shliqlari va burun-halqumni tekshirishda qulaylik uchun uchiga o'rnatilgan va lateral optikali endoskopl, diametri 4 va 2,7 mm bo'lgan 0, 30, 70, 90, 120 ° burchakli ko'rish maydonlari 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 (5-1-rasm)

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarini diagnostik endoskopiya qilish ko'rsatkichlari va uning usuli, diagnostika va jarrohlik endoskopiya sinigining an'anaviy usullaridan ajralib turadi. Diagnostik endoskopiyaning maqsadi shilliq qavatdagi patologik o'zgarishlarning dastlabki alomatlarini aniqlash, mini-invaziv jarrohlik amaliyotini o'tkazish bo'lib, 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 burun yon bo'shliqlarining deyarli barcha spektrlarini o'z ichiga oladi:

- burun nafasini buzilishi;
- doimiy burun oqishi;
- hid buzilishi;
- takroriy burun qonashlari;

- burun bo'shlig'ining o'smalari;
- polipoz sinusit;
- eshitish naylari disfunktsiyasi;
- kelib chiqishi noma'lum bo'lgan bosh og'rig'i; operatsiyadan oldin tekshirish va davom etayotgan terapiyani operatsiyadan keyingi nazorat;

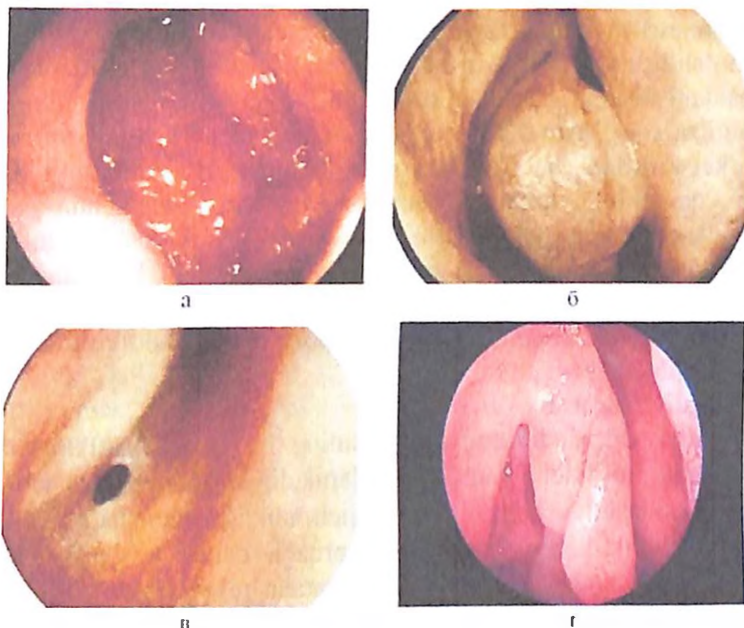
- foto va video hujjatlarga bo'lgan ehtiyoj.

Endoskopiyadan oldin burunni tozalash 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 burun yo'llarining umumiy panoramali ko'rinishi.* Keyin endoskop burun bo'shlig'ining pastki qismi bo'ylab burun-halqum tomon yo'naltiriladi. Pastki burun chig'anog'i shilliq qavatining holati baholanadi, ba'zida burun-ko'z yosh kanalining og'zini ko'rish mumkin, avvalroq sinusit tufayli punktsiya qilingan hollarda. pastki burun yo'li va yuqori jag' bo'shlig'i o'rtasida oqma kuzatilishi mumkin. Endoskopni orqaga siljitish paytida pastki burun chig'anog'ining orqa oxirlari holati, eshitish nayining og'zi, burun-halqum gumbazi 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'i 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 (5-2-rasm, e). Ba'zan ponasimon bo'shliqni tabiiy teshigini farqlash mumkin. Gaymor bo'shlig'ining tabiiy teshigi ko'rinmaydi, chunki u odatda ilgaksimon o'simtaning erkin qirrasini orqasida yashiringan bo'ladi.



Rasm. 5.1. *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 sohadagi polip.*

• *Yakuniy bosqich - yuqori burun yo'llari va hid bilish yorig'ini tekshirish.* Ba'zan etmoidal labirint orqa hujayralarining chiqaruv teshiklarini va yuqori burun chig'anog'ini ko'zdan kechirish mumkin.

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

Yuqori jag' bo'shlig'ining diagnostik endoskopiya uchun ko'rsatmalar (sinusoskopiya):

- yuqori jag' bo'shlig'ining alohida shikastlanishlarida tashxisni aniqlashtirish;

- yot jismlarni olib tashlash;

- turli xil tibbiy muolajalar (terapevtik sinusoskopiya). Odatda, yuqori jag' bo'shlig'ining endoskopiya sifatida, texnik jihatdan sodda bo'lgani uchun old devor orqali yondashuv ishlatiladi. Jarayon, uch shoxli nerv infraorbital shoxining va fossa canina sohasidagi yumshoq to'qimalarni mahalliy infiltratsion anesteziyasi ostida o'tkaziladi.

Diametri 4 mm bo'lgan gilzali maxsus troakar yordamida yuqori jag' bo'shlig'ining old devori 3 va 4 tishlarning ildizlari orasi darajasidagi bir xil aylanish harakatlari bilan osonlikcha "buraladi". Keyin gilza yorig'idan 0-70° ko'rish burchagiga ega bo'lgan endoskoplar ketma-ket kiritiladi, bu sinus devorlarini sinchkovlik bilan tekshirishga, shilliq qavatning holatini baholashga, biopsiya uchun to'qima namunalarini olishga, kistalarni ochishga va olib tashlashga imkon beradi. (5-3-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.

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.

1. **Ballonosinusoplastika**

Balonli sinusoplastika o'tkir va surunkali sinusitni jarrohlik davolashning eng samarali va xavfsiz usuli sifatida tan olingan. Kirish endoskopik kuzatuv ostida endonazal tarzda amalga oshiriladi, bu esa sinuslarning tabiiy anatomiyasini saqlab qolish va shilliq qavatni minimal darajada shikastlash imkonini beradi. Burun bo'shlig'i bilan tabiiy oqma orqali burun sinusi tekshiriladi va fistula uning anatomiyasi va yaxlitligini buzmasdan kengayadi. Ta'sirlangan sinusga maxsus balonni etkazib berishning aniqligi jarroh tomonidan yo'naltiruvchi

kateterning uchida joylashgan yorug'lik manbai yordamida nazorat qilinadi. Sinusdagi aniq zarbani yaxshiroq tasavvur qilish uchun operatsiya xonasidagi yorug'lik bir necha daqiqaga o'chiriladi. Suyuqlik yordamida balon puflanadi, bloklangan yoki toraygan anastomoz kengayadi.

Balon sinusoplastikasi natijasida burun sinusining etarli shamollatilishi va drenajlanishi ta'minlanadi va uning funksiyalari tiklanadi. Burun bo'shlig'ida kesmalarning yo'qligi tiklanish davrini keskin qisqartiradi, operatsiyadan keyingi va intraoperativ asoratlar xavfini kamaytiradi, shuningdek klassik endoskopik aralashuvlardan so'ng yuzaga keladigan sinus giperventilatsiyasini oldini oladi. Tibbiy yordamga erta murojaat qilishda ambulatoriya sharoitida minimal invaziv operatsiya o'tkaziladi. Balonli sinusoplastika shifokor tomonidan o'tkir yoki surunkali sinusitni davolash uchun alohida usul sifatida yoki funksional paranasal sinus endoskopiyasining an'anaviy usullari bilan birgalikda ishlatilishi mumkin.

2. Allergik rinit va ularni zamonaviy davolash usullari

Vazomotor rinit bilan og'rigan bemor davolashdan oldin chuqur tekshiruvdan o'tkazilishi lozim. Yashirin infeksiya o'choq-lari, ayniqsa tish, tanglay murtaklari, burun yondosh bo'shliqlari, oshqozon, jigar, o't pufagi va ichak kasalliklari davolanadi.

Allergik rinitda quyidagi davolash tadbirlari o'tkazilishi lozim:

- organizmga allergen tushishiga qarshi shaxsiy himoya tadbirlari;
- spetsifik immunoterapiya (SIT);
- nospetsifik giposensibilizatsiya terapiyasi;
- yiringli o'choqni bartaraf etishga qaratilgan jarroxlik amallari;
- mahalliy kortikosteroid terapiyasi, refleksoterapiya.

Allergik rinitda allergik reaksiyaga sabab bo'lgan omilni bartaraf etish patogenetik terapiyaning muhim shartlaridan biri hisoblanadi. Bemorga o'simliklar gullashi paytida boshqa joyga vaqtincha ko'chish, uyda respirator, havo tozalatgich yoki maxsus filtrlardan foydalanish, uy hayvonlari va akvariumdan voz kechish, xonadondan gilam va yumshoq o'yinchoqlarni chiqarish, uyni toza tutish, kiyim-kechaklarini tez-tez yuvish tavsiya qilinadi.

Allergologiya kabinetida kasallikni qo'zg'atuvchi allergen aniqlangandan so'nggina spetsifik immunoterapiyani (SIT) o'tkazish mumkin bo'ladi; bunda kasallikni qo'zg'atgan allergenning kichik

miqdorda teri ostiga yuboriladi. Spetsifik immunoterapiya kasallikning remissiya davrda o'tkazilib, 3 marta takrorlanadi.

Allergen aniqlanmagan yoki poliallergiya hollarda nospetsifik giposensibilizatsiya tadbiri o'tkaziladi. Nospetsifik giposen-sibilizatsiya allergiya belgilarini bartaraf etishga qaratilgan bo'lib, dorilar yordamida amalga oshiriladi. Bunda quyidagi dorilar ishlatiladi:

- ichishga mo'ljallangan antigistamin dori vositalar;
- I avlodga mansub antigistamin dori vositalar (dimedrol, suprastin);
- II avlodga mansub antigistamin dori vositalar (gismanal (astemizol), klaritin (loratadin), gistadin (terfenadin), telfast (feksofenadin), zirtek (tsetirizin), kestin (ebastin), erius)

Bemorga pipolfen, fenkarol, tavegil, intal, zaditen, 5% aminokapronat kislotasi, 10-30% natriy tiosulfat, kaltsiy preparatlari, 5% askorbin kislotasi, atropin, belloid yoki bellaspon kabi dorilar tavsiya qilinadi.

Yengil hollarda mahalliy ta'sirga ega antigistamin dori vositalari - allergodil (azelastin) va gistimet (levokabastin) qo'llanadi. Mahalliy usulda bemorga dimedrol, gidrokortizon va 1% intal malhami, bekotid aerosoli, fizioterapevtik muolajalardan - 1% dimedrol, 1% intal, 1% kaltsiy xlorid bilan elektroforez, gidrokortizon va splenin malhami bilan fono-forez, aeroionoterapiya, UVCh, magnitoterapiya va geliy-neon lazer nuri tavsiya qilinadi.

Allergik rinit bilan og'rikan va asosan burun orqali nafas olishning qiyinligiga shikoyat qilgan bemorlarni davolashda topik ste-roidlar samarali vosita hisoblanadi.

Topik steroidlar hujayra qobig'idan oson o'tib, labrotsitlar tomonidan gistamin ishlab chiqarilishini so'ndiradi va qon tomirlar o'tkazuvchanligini kamaytirib, yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Yangi intranasal kortikosteriodlardan fliksonaze (flutikazon), al'detsin (bekanaze, beklometazon), nazonenks (mometazon), rinokort (budesonid) burun spreylari bo'lib, ular burun ichiga kuniga 2-4 mahal sepiladi va uzoq vaqt (4-6 oy) davomida qo'llanadi.

Allergik rinitning og'ir hollarida bemorga qisqa muddatga tizimli kortikosteroidlar (prednizolon, metilprednizolon) buyuriladi.

Amaliyotda ko'pincha qon tomirlarni toraytiruvchi vositalar ishlatiladi, ammo ularning samarasi vaqtincha bo'lib, uzoq vaqt (2 haftadan ortiq) qo'llanganda kasallik kechimini og'irlashtiradi.

Jarrohlik amali kasallikning remissiya davrida va pollinoz mavsumidan so'ng bajarilishi lozim. Burun chig'anoqlarining ikkilamchi gipertrofiyasi galvanokautika, kriota'sir, ultratovushli dezintegratsiya usullari yordamida davolanadi, ba'zan pastki burun chig'anoqlarida shilliq osti vazotomiyasi, pastki konxotomiya, polipotomiya, burun to'sig'i qiyshiqiligini bartaraf etish jarrohlik amallari bajariladi. Jarrohlik amalidan 6-10 kun oldin bemorga nospetsifik giposensibilizatsiya tadbirlari o'tkaziladi, undan keyingi davrda bemorga uzoq muddatli intranazal kortikosteroidlar buyuriladi.

Bundan tashqari refleksoterapiya (akupunktura, elektroakupunktura) davolash usullari qo'llaniladi; o'rta burun chig'anog'ining shilliq pardasiga 0,5% - 1,5 - 2 ml novokain eritmasi yuboriladi.

Bemorga mehnat va xordiy chiqarish vaqtini to'g'ri rejalashtirish, ko'proq toza havoda bo'lish, oromgohlarda dam olish (Oq-tosh, Zomin) tavsiya qilinadi.

3. Ozena

Sassiq tumov yoki ozena (ozaena) atrofik rininning og'ir shakli bo'lib, burun bo'shlig'idagi atrofik jarayon nafaqat shilliq pardaga, balki suyak to'qimalarga tarqaladi. Bemorning burnidan o'ziga xos badbo'y hid keladi. Sassiq tumov ko'proq yosh ayollarda uchraydi.

Etiologiyasi. Sassiq tumovni kelib chiqishi borasida ijtimoiy, anatomik, yallig'lanish, o'choqli, infeksiyon, neyrodistrofiya va endokrin nazariyalari mavjud. Ular ichida infeksi-on va neyrodistrofiya nazariyalari keng tarqalgan.

Infeksiyon nazariyasi bo'yicha ozenaning rivojlanishida burun bo'shlig'i ichidagi mikroflora birlamchi sababchi hisoblanadi. Mikroblar toksinlarining ta'sirida to'qima oqsillari parchalanib, indol, skatol va vodorod sulfid kabi badbo'y gazlar ajralib chiqadi.

Sassiq tumov bilan og'rigan bemorlarning burun bo'shlig'ida ko'pincha enterobakteriyalar oilasiga mansub klebsiella (Klebsiella ozae-ae) borligi aniqlanib, uning uch turi mavjud:

- 1) Klebsiella rhinoscleromatis - skleroma kasalligini qo'zg'atadi;
- 2) Klebsiella ozaenae - ozenani qo'zg'atadi;
- 3) Klebsiella pneumoniae - sepsis, zotiljam, o'tkir ichak kasalliklari, pielonefrit, peritonit, meningit kabi kasalliklarni qo'zg'atadi.

Bundan tashqari ozenada korinebakteriya, protey mikroblari ham aniqlangan.

Neyrodistrofiya nazariyasi bo'yicha burun bo'shlig'idagi distrofik jarayonining rivojlanishiga markaziy vegetativ asab tizimi va endokrin tizimdagi yoki simpatik innervatsiyadagi buzilishlar sabab bo'ladi.

Belgilari. Bemor burun bo'shlig'i shilliq pardasi qurishiga, unda ko'p mikdorda po'stloqlar hosil bo'lishiga, burnidan badbo'y hid kelishiga (bemorni o'zi bu hidni odatda sezmaydi), burun orqali nafas olishi qiyinligiga, hidni sezmasligiga shikoyat qiladi. Bemorning burnidan juda badbo'y hid kelishi tufayli atrofdagilar undan uzoqlashishga harakat qiladilar, bu esa bemorning ruhiyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Giposmiya dastlab po'stloqlar hid sezish maydonini qoplaganligi natijasida, keyinchalik hid sezish retseptorlarining atrofiyasi tufayli paydo bo'ladi. Ba'zan bemorda anosmiya rivojlanadi.

Old rinoskopiyada burun bo'shlig'i jigari yoki sarg'ish-yashil po'stloqlar bilan to'lganligi, ular burunhalqum va pastki nafas yo'llariga tarqalganligi ko'rinadi. Po'stloqlar tozalangandan so'ng burun bo'shlig'i shu qadar kengayadiki, hatto burunhalqumning orqa devori, eshi-tuv nayining halqum teshiklari va nay lo'lachalari ko'rinib turadi.

Sassiqliq tumov oddiy atrofik rinit va zaxmda rivojlangan rinitdan farqlanishi lozim.

Oddiy atrofik rinitda atrofiya jarayoni faqat shilliq pardaga tarqalib, bemor burunidan badbo'y hid kelmaydi. Zaxmda rivojlangan rinitda esa bemorning burunidan badbo'y hid keladi, burun bo'shlig'ida po'stloqlar to'planishi, gumma yarasi va burun to'sig'ining suyak qismida teshik borligi aniqlanadi, Vasserman reaksiyasi musbat bo'ladi. Ozena ko'p hollarda ba-log'at yoshidagi xotin-qizlarda uchraydi. Bundan tashqari ozenani sil, zaxm, skleroma, Vegener gronulyomatozidan farqlash lozim.

Davolash. Simptomatik davolash tadbirlari bosqichma-bosqich olib boriladi.

I-bosqichda burun bo'shlig'i po'stloqlardan tozalanadi. Bunda 2% natriy gidrokarbonat, 1% vodorod peroksidi, 0,1% permanganat kaliy, 1% dioksidin ishlatiladi. Burun bo'shlig'i har kuni quyidagi eritmalar bilan yuvilishi shart: yod qo'shilgan natriy xloridning izo-tonik eritmasi; 1 stakan suvga 1/2 choy qoshiq aralashma (10 ml salitsil kislotasi, 20 g natriy xlorid, 20 g gidrokarbonat natriy).

Solodovning xlorofill-karotin pastasidan tayyorlangan shamchalar ham bakteriotsid va badbo'y hidni yo'qotish ta'siriga ega bo'lib, davolashda yaxshi samara beradi. Shamchalar burun teshiklariga kuniga 1 mahal 3-4 hafta davomida burun ichi tozalangandan so'ng kiritiladi. Davolash bir yilda 3-4 marta takrorlanadi.

2-bosqichda burun ichiga 2-3 soatga yod-glitserin (yoki 1% Lyugol' eritmasi), Vishnevskiy, kalanxoe malhamlari va 5% sintomitsin emulsiyasiga shimdirilgan paxta tiqma qo'yiladi.

Rp: Succi Kalanchoes 20,0

Furasolidoni

Novocaini aa 0,125

M.f.uguentum

D.S.Paxta tikma shaklida burun

ichiga kiritish uchun.

3-bosqichda bemorga fizioterapevtik muolajalar: aeroionoterapiya, dori aerezollari bilan ingalyatsiyalar buyuriladi. Ingalyatsiya uchun moychechak qaynatmasi, tripsin, ribonukleaza, kol-lagenaza, streptomitsin sulfat, tetratsiklin gidroxlorid eritmalari ishlatiladi.

4-bosqichda bemorga umumiy terapiya o'tkaziladi; mushak orasiga ozena klebsiellasiga qarshi antibiotiklar (streptomitsin sulfat, kanamitsin, gentamitsin, levomitsetin suktsinat), S va V darmon dorilari, 1% nikotin kislotasi mushak orasiga yuboriladi. Burun chig'anoqlari shilliq pardasi ostiga 0,5 - 1% - 5,0 ml gacha novokain eritmasini yuborish ham yaxshi natija beradi (jami 15 - 20 muolaja).

Bemorga temir moddasiga ega dorilar (ferrumlek, ektofer), autogemoterapiya muolajasi tavsiya qilinadi, endokrin tizimi patologiyasini davolash tadbirlari o'tkaziladi.

Sassiqliq tumovda bajariladigan jarroxlik amallari burun bo'shlig'ini toraytirish maqsadida bajariladi. Buning uchun burun to'sig'i yoki burun yon devorining shilliq pardasi ostiga autotransplantant (suyak, qovurg'a tog'ayi) yoki sintetik transplantatlar (lafsan, teflon, kapron, akril plastmassa, poliuretan, polifasfazen) o'rnatiladi, burun teshiklarini qisman yoki butunlay yopish usullari qo'llanadi. Jarrohlik amalidan oldin 12 -14 kun davomida burun bo'shlig'ida yuqorida qayd etilgan mahalliy tadbirlar o'tkazilishi lozim.

4. Burun va burun yon bo'shliqlarining a'zolarining o'sma kasalliklari

Burunning havfsiz o'smalariga papilloma, fibroma, gemangioma, angiofibroma, adenoma, xondroma, osteoma va lipomalar kiradi.

Belgilari. Bemorda o'sma joylashgan tomonda burun orqali nafas olishning keskin qiyinlashishi, giposmiya yoki anosmiya, ba'zan burundan qon oqishi, kechki bosqichlarida yuz skeletining buzilishi, bosh og'rish, ko'z olmalarining siljishi, ko'rish o'tkirligining pasayishi kuzatiladi. Burun endoskopiyasi, zond yordamida tekshirish va paypaslash, rentgenografiya, kompyuter tomografiyasi, uyqu arteriya tizimining angiografiyasi va gistologik tekshiruv tashxis qo'yishga yordam beradi.

Qonaydigan polip tuzilishi jihatidan angiofibromani eslatadi va keng oyoqchaga ega bo'lib, odatda burun to'sig'ining tog'ay qismida joylashadi, ko'pincha kattalashmaydi, ba'zan kattalashib burun bo'shlig'idan chiqib turadi. Polip tez-tez qonab turadi, qon kam miqdorda oqadi. Kasallik ko'pincha homilador ayollarda va qon bosimi baland bo'lgan bemorlarda uchraydi.

Tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi va bemor shikoyatlari, kasallikni boshlang'ich sabablari, rinoskopiya va gistologik tekshiruv asosida qo'yiladi.

Davolash: Polip uzil-kesil olib tashlanadi (olib tashlanmagan qismi qaytalanishi mumkin). Keng oyoqchali polip atrof to'qimalar bilan birga kesib olinadi, jarohat chetiga galyvanokaustika, ultratovush yoki lazer yordamida ishlov beriladi va keltirib chiqargan sabab davolanadi.

Burun fibromasi kam uchraydi va odatda burun dahlizida, burunhalqumda va tashqi burun sohasida joylashadi. Tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi. O'sma jarohlik usulida davolanadi.

Burun osteomasi ko'pincha 15-25 yoshli bemorlarda ko'proq uchraydi va asta sekin o'sadi. Odatda osteoma peshona va g'alvirsimon bo'shliqlarning devorida, ba'zan yuqori jag' bo'shlig'idan o'sadi. Kichik osteoma ko'zga ko'rinmaydi va bemorni bezovta qilmaydi tasodifan rentgenogrammada, kompyuterli tomografiyada aniqlanadi. Kosmetik, funksional yoki boshqa buzilishlar rivojlanmagan hollarda bemor uzoq vaqt vrach nazorati ostida bo'ladi. Osteoma nisbatan tez o'sganda jarrohlik amali paytida olib tashlanadi. Ba'zan peshona bo'shlig'ining serebral devorida joylashgan bo'lsa, kichikligiga qaramasdan osteoma kuchli bosh og'rig'iga sabab bo'lishi mumkin. Boshqa sabablar inkor

etilgandan so'ng osteoma olib tashlanadi. Ayrim hollarda osteoma kattalashib kalla suyagi bo'shlig'iga, burunga, ko'z kosasiga tarqalishi mumkin.

Belgilari. Bemorning yuz skeleti tuzilishi buziladi, bosh og'riydi, ko'rish o'tkirligi pa-sayadi, burun orqali nafas olish va hid sezish faoliyatlari buziladi.

Kasallik xondroma, osteosarkoma va ekzostozlar bilan farqlanishi lozim.

Davolash: Osteoma jarrohlik usuli yordamida davolanadi.

5. Burun va burun yon bo'shliqlari a'zolari spetsifik kasalliklari

Skleroma -bu surunkali yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarida o'ziga xos infiltratlar hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikni skleroma klebsiellasi (Frish-Volkovich tayoqchasi) qo'zg'atadi.

Tarkalishi. Skleromaning yirik endemik o'choqlari Ukraina, Belorusiya, Italiya, Germaniya, Yugoslaviya, Chexiya, Slovakiya, Indoneziya, Braziliya, Gvatemala, Meksika va Misr Arabiston-da joylashgan. Yer yuzida jami 10 000 yakin skleroma bilan kasallangan bemorlar qayd etilgan. Ko'pincha skleroma 16-30 yoshar, ba'zan keksa yoshdagi erkak va ayollarda uchraydi. Kasallik qishloq aholisi orasida keng tarqalgan (87,5-85%).

Etiologiyasi. Frish-Volkovich bakteriyasi (Klebsiella rhinoscleromatis) boshka kapsulali bak-teriyalardan farq qiladi. Skleroma bilan og'rigan bemorda o'tkazilgan Borde-Jangu sero-logik reaksiyasida mikrobgga qarshi antitanachalarning aniqlanishi va streptomitsin bilan davolagandan so'ng serologik reaksiya titrining o'zgarishi skleromaning rivojlanishiga Frish-Volkovich tayoqchasi sabab bo'lganligini tasdiqlaydi.

Skleroma burun bo'shlig'ida, uning shilliq va shilliqosti qavatida dastlab kataral o'zga-rishlar, 3-5 yildan dastlabki belgilari bilan namoyon bo'ladi. Oila a'zolarini, qarindosh-larni, er-xotinni, endemik o'choqqa ko'chib kelgan shaxslarni kasallanishi skleroma yuqumli kasallik ekanligini tasdiqlaydi. Frish-Volkovich tayoqchasi skleromaning infiltrativ shaklida va qaytalanish davrida tomchi yoki kontakt yo'l orqali tarqaladi (qo'l, sochiq, dast-ro'mol, idishlar, ko'rpa-to'shak orqali).

Klinik belgilari. Kasallikning boshlang'ich bosqichida bemor burnidan qalin ajralma oqi-shiga, tumovga, burun orqali nafas olishi qiyinlashganligiga, burun bo'shlig'ining quruq-ligiga, unda po'stloqlar to'planishiga shikoyat qiladi. Keyinchalik bemorda ovozining bug'i-lishi, yo'tal, hansirash kuzatiladi. Nafas faoliyatining buzilishlari sekin rivojlanadi, shuning uchun bemor unga moslashib vrachga murojaat qilmaydi. Bundan tashqari bemor umumiy holsizlikga, tez charchashiga, boshi og'rishiga, ishtahasi pasayganligiga shikoyat qiladi.

Skleroma jarayoni ko'pincha burun bo'shlig'ining old qismida, xoanalarda, hiqildoqning ovozosti bo'shlig'ida, traxeya bifurkatsiyasi va bronxlarda joylashadi. Jarayon bir vaqtining o'zida nafas yo'llarining 2-3 qismida, ba'zan barcha bo'limlarida rivojlanadi.

Skleroma jarayoni burun bo'shlig'ida 93-95%, hiqildoqda 62-73%, burun-halqumda 62-67%, traxeyada 13-27%, halqumda 5,4-13,9%, bronxlarda 4-16% hollarda rivojlanadi. U simmet-rik joylashadi va yaralanish, parchalanish hamda chandiqlanishga moyil bo'ladi.

1-guruh -etiotrop terapiya - skleroma qo'zg'atuvchisiga qarshi terapiya;

2-guruh - patogenetik terapiya - nafas yo'llaridagi o'ziga xos o'zgarishlarni bartaraf etish;

3-guruh - sanogenetik terapiya - organizmning kasallikka qarshi kuchini oshirish.

NAZORAT SAVOLLARI VA TOPSHIRIQLARI

- 1 Burundan qon ketishining eng ko'p uchraydigan sabablari qaysi?
- 2 Burundan qon ketishining eng ko'p tarqalgan manbai qaerda?
- 3 Burun qoni qon yo'qotish miqdoriga qarab qanday ajratiladi?
- 4 Muhim qon yo'qotishining klinik belgilarini ko'rsating.
- 5 Burundan qon ketishni to'xtatish uchun qanday usullar mavjud?
- 6 Tashqi karotis arteriyani bog'lashda tashqi va ichki uyqu arteriyalarini qanday ajratish mumkin?
- 7 O'tkir rinitning asosiy qo'zg'atuvchi omillarini ayting.
- 8 Surunkali rinitning turli shakllari qanday tasniflanadi?
- 9 Surunkali rinitning kataral shakli gipertrofik rinitdan qanday farq qiladi?
- 10 Surunkali gipertrofik rinit uchun nega konkotomiya kam bajarilishi kerak?
- 11 Atrofik rinit bilan burun yo'llarining zararlanishi keskin kengaygan bemorda burun nafas olish qiyinligini qayd etishini qanday tushuntirish mumkin?
- 12 Ozenaning asosiy klinik belgilarini ko'rsating. Shakllarni sanab bering
- 13 Allergik va vazomotor rinitning o'xshashligi va farqlari nimada? Vazomotor rinit uchun jarrohlik davolash qachon ko'rsatiladi?

TEST SAVOLLARI

1. Burun chipqoniga xos bo'lgan alomatlar qanday?
 - A. mahalliy og'riq, isitma, bosh og'rig'i, tashqi burun terisi qizarishi va shishishi, jag' osti limfa tugunlarining kengayishi va shishi
 - B. mahalliy og'riq, isitma, tashqi burunning terisi qizarishi va shishishi
 - C. mahalliy og'riq, tashqi burun terisi qizarishi va shishishi, burun tiqilishi, jag' osti limfa tugunlarining kengayishi va shishi
 - D. mahalliy og'riq, isitma, bosh og'rig'i, tashqi burunning terining qizarishi
 - E. mahalliy og'riq, isitma, bosh og'rig'i, tashqi burun terisi shishishi, aksrish, burundan ko'p miqdorda qon ketishi
2. O'tkir rinitga xos bo'lgan sabab va omillar qanday?
 - A. burun jaroxati, gipotermiya
 - B. infeksiya, mexanik va kimyoviy zarar yetkazish xususiyatini beruvchi moddalar (kasbiy xavflar), allergiya, mahalliy va umumiy gipotermiya
 - C. mexanik va kimyoviy zarar yetkazish xususiyati beruvchi moddalar (kasbga oid xavflar), allergiya, mahalliy va umumiy gipotermiya
 - D. infeksiya, allergiya, mahalliy va umumiy gipotermiya
 - E. infeksiya, mexanik va kimyoviy zarar yetkazish xususiyati beruvchi moddalar (kasbiy xavf), shamollash
3. O'tkir rinitda qanday rinoskopik belgilar paydo bo'ladi?
 - A. burun yo'llarining torayishi, giperemiya va burun shilliq qavatining shishishi
 - B. burun yo'llarining torayishi, giperemiya va burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi, burun bo'shlig'ining gipertrofiyasi
 - C. burun yo'llarining torayishi, giperemiya va burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi, hid bilish yo'qolishi
 - D. burun yo'llarining torayishi, burun bo'shlig'i shilliq qavatining giperemiyasi, yiringli shilliq
 - E. burun to'sig'ining yostiqsimon chiqishi, burun yo'llarining torayishi, giperemiya va burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi
4. Qanday dorilar tomir toraytiruvchi ta'siriga ega?
 - A. naftizin, galazolin
 - B. naftizin, sanorin, efedrin, adrenalın

C. naftizin, fugentin, galazolin, sanorin, adrenalin

D. naftizin, galazolin, sanorin, rinolfug, efedrin, adrenalin

E. protargol, naftizin, fugentin, galazolin, sanorin, efedrin, adrenalin

5. Old rinoskopiya rinoskleromaga xos bo'lgan qanday alomatlar aniqlash mumkin?

A. silliq yuzasi va zich bazasi bo'lgan eroziya

B. burun bo'shlig'ida yaralar va infiltrat mavjudligi, burun yo'llarining torayishi, burundagi pustloqcha to'planishi, burundan chirigan mevalar hidi

C. burun bo'shlig'ida infiltrat yoki yara paydo bo'lishi, burun yo'llarining torayishi, burundagi pustloqcha to'planib qolishi, burundan chirigan mevalar hidi

D. burun bo'shlig'ida yaralar mavjudligi, burun yo'llarining torayishi, burundagi pustloqcha to'planishi, burundan yoqimsiz hid

E. burun bo'shlig'ida chandiqlar mavjudligi, burun yo'llarining kengayishi, burundan yoqimsiz hid

6. Surunkali atrofik rinitga xos bo'lgan alomatlar qanday?

A. oldingi rinoskopiya burun yo'llaridagi keng, burun bo'shlig'ida pustloqcha to'planishi, burun va halqumning quruqligi, hid bilish pasaygan

B. burun bo'shlig'ida pustloqcha to'planishi, burun va halqumda quruqlik, hid bilish pasayishi

C. oldingi rinoskopida burun yo'llari keng, burun bo'shlig'i quruq

D. oldingi rinoskopida burun yo'llari keng, burun bo'shlig'ida pustloqcha to'planishi, burundan yiringli oqma, hid bilishni pasaygan

E. pastki va o'rta chig'anoq atrofiyasi

7. Surunkali vazomotor rinosinusit uchun qanday alomatlar mavjud?

A. aksrish, rinoreya, huruj davri, gorizontol holatda burun orqali nafas olishda qiyinchilik

B. aksrish, huruj davri

C. aksrish, rinoreya, huruj davri, burun orqali nafas olish buzilmaydi

D. Burunning quruqligi va pustloqchabo'lishi

E. Rinoreya, huruj davri, gorizontol holatda burun orqali nafas olishda qiyinchilik

8. O'tkir yiringli gaymorit uchun qanday alomatlar mavjud?

A. yuqori burun yulida yiring bo'lishi, burun shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, bosh og'rig'i, isitma, burunning bir tomonlama berkilishi.

B. o'rta burun yo'lida yiring paydo bo'lishi, burun shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, bosh og'rig'i, isitma, nafas olish qiyinlashuvi

C. o'rta burun yo'lida yiring paydo bo'lishi, burun shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, burun orqali nafas olishning bir tomonlama berkilishi.

D. pastki burun yo'lidagi yiring, burun shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, bosh og'rig'i, isitma, burun orqali nafas olishning ikki tomonlama berkilishi.

E. o'rta burun yo'lida yiring paydo bo'lishi, burun shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, bosh og'rig'i, isitma, burun orqali nafas olishning bir tomonlama berkilishi, burun bo'shlig'idan qonsimon ajralma kelishi

9. Kavernozi sinus trombozi uchun qanday alomatlar xos?

A. isitma va qattiq terlash, ekzoftalm, ximoz, terining rangsizlanishi

B. isitma va qattiq terlash, gektik isitma, ximoz, tuproq ranli rangpar teri

C. isitma va qattiq terlash, rangsiz teri

D. bradikardiya, isitma va qattiq terlash, ekzoftalm, tuproq rangi bilan rangpar teri.

E. isitma, ekzoftalm, tuproq ranli rangpar teri

10. O'tkir rinitni davolashda burun uchun qanday fizioterapevtik muolajalar buyurilishi kerak?

A. UVCH, endonazalniykvartsnaycha, solluks

B. endonazalniykvartsnaycha, sollux, diatermiya

C. UVCH, endonazalniy kvartsnaycha, diatermiya

D. UVCH, solluks

E. diatermiya, UVCH

Vaziyatli masalalar

1. Vaziyatli masala: Bemor burun bitishiga, burundan suvga uxshagan suyuqlik chiqishiga, aksa urishga. Kuzdan yosh oqishiga, tomok kurishiga va tana xarorati 37,3 S kutarilishiga shikoyat qildi. Bu belgilar bemor oyogidan zax utkazgandan 3 kun utib paydo buldi.

TEKSHIRUVDA : tashqi burun teri qoplamlari, burun qanotlari ustida biroz qizarish bor. Yuz va tana terisi odatdagi rangda, biroz

namlangan. Tomir urushi minutiga 82 marta. Ovozi mankalanagan. Burun bushlig'i shilliq pardasi qizargan, tomirlari kengayib shishgan. Burun yullarida ko'p miqdorda shilliqsimon suyuqlik bor. Burun bushliqlari barmoq bilan bosilganda ogriqsiz. Burun orqali nafas olish buzilgan.

Faringoskopiyada: halqum shilliq pardasi orqa devorida qizairsh bor. Boshqa LOR a'zolarida kasallik alomatlari yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

Amaliy ko'nikma: Audiometriya turlari?

2. Vaziyatli masala: Bemorning shikoyatlari: bosh ogrigiga, ayniksa peshonaning o'ng tarafida, boshning ogirligiga. Tumov va burun orqali nafas olish kiyinlashishiga, tana xaroratining 38 s gacha kuturilishiga va umumiy xolsizlikka. Kasallik boshlanganiga 5 kun buldi. bir hafta oldin shamollagan edi.

TEKSHIRUVDA : teri koplamlari biroz nam, tomir urishi bir tekisda minutiga 84 marta. Ichki a'zolarida uzgarishlar yuq. Burun bushligi shilliqqavati kizarib, kattiklashgan. O'ng va paski burun yullarida shilliqyiringli suyuqlik. Barmoq bilan bosilganda o'ng tarafdin kosh usti yuqori jag' burun bushligi ustida ogriq sezildi.

Rentgen tasvirida: o'ng peshona bushligining devori kalinlashgan, g'ovaksimon va yuqori jag' bushligining o'ng tarafida yuqori darajada xiralashish kuzatiladi.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

3. Vaziyatli masala: Bemor doim burunning o'ng tomonidan yomon nafas olishiga, bosh ogrigiga shikoyat qildi. Yoshligida burni shikastlangan. Boshqa burun kasalliklarini eslay olmaydi.

TEKSHIRUVDA : tashqiburun qirrasi chap tomonga biroz qiyshaygan. Tashqiburunning boka qismlarida uzgarish yuq. Oldingi rinoskopiyada burun tusigi o'ng tomonga qiyshayganligi aniqlandi. Burun bushligi shilliq qavati pushti rangda, burun yullari toza. Burun yon bushliqlari paypaslanganda ogriqsiz.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

4 Vaziyatli masala: 12 yoshli bemor Lor bulimiga kuchli bosh ogrigi, burundan yiringli ajralma, burun orqali nafas olishning kiyinlashiga shikoyat qilib keldi. Kasallik bir hafta davomida yuqori

nafas yullarining shamollashidan sung, 5 kun avval paydo buldi. Oldin ikki tarafdin qosh ustida ogriq buldi, tana xarorati 38.5 gacha kutarildi. Keyin kuz qovoqlar shishdi. Qabul kilinganda tana xarorati 39.5 S. peshona yumshoq tuqimalari qizargan va qovoqlar shishgan.

Rinoskopiya: burun shilliq qavati qizargan, kattiqlashgan, ikkala tomonda o'rta burun yullarida kuyuq yiring. Barmoq bilan bosilganda ikkala jag bushliqlari va kosh ustida ogriq seziladi. Burun bushliqlarining rentgen tasvirida, yuqori jag va peshona bushliqlari ikki tomonlama bir tekisda xiralashgan. Qon tekshirilganda: leykotsitlar- 19500, EChT- 60 mm/s

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

5. Vaziyatli masala: 14 yoshli bemorda, mushtdan so'ng o'ng tomonlama yiringli sinusit boshlandi. Davolash tadbiriga qaramay, axvoli ogirlashdi. Bosh ogriqi kuchayib, tana xarorati 39.4 S kutarildi, umumiy bushashish va badan qaqshashi paydo buldi.

TEKSHIRUVDA : bemor xolsizlangan, teri qoplamlari nam, tomir urishi minutiga 96 marta bir tekis. O'ng kuzning yuqori qovog'i shishgan.

Rinoskopiya: burun bushligi shilliqpardalari qizargan, kattiqlashgan, o'ng tarafda, o'rta burun yullarida yiring bor. Kosh usti bosilganda shu tomonda ogriq paydo buladi.

Sinusitning qanday asorati xakida uylash mumkin?

Qanday qushimcha tekshiruvlar o'tkazish kerak?

Shifokor qanday usul kullashi kerak?

6. Vaziyatli masala: Bemor burun orqali nafas olishning kiyinlashganini, ko'p mikkorda shilliq ajralma, xid bilishning buzilishiga shikoyat qiladi. Bu belgilar turt kun avval paydo buldi. Shu vaktidan beri burun orqali nafas olishning kiyinlashganini seza boshladi. Kasallikning zurayishi tez-tez kuzatilib, bemor bu vaktida fakat ogiz orkaligina nafas oladi. Shunindek, burundan ajralgan shilliqajralmalar xam bezovta iladi.

TEKSHIRUVDA : rinoskopida: burun bushligi shilliq pardasining burtganligi, uning qizargani kurinadi. Burun chiganoqlari, ayniksa, pastki va o'rta chiganoqlarkattalashgan. Burun yullari toraygan, burun bushligi tubida ok rangdagi shilliq ajralmalar bor. 0.1% adrenalin eritmasi surtilganda, burun bushligi shilliq pardasi oqaradi. Lekin burun chiganoqlarining sezilarli darajada kichiklashishi kuzatilmaydi. Burun

yon bushliqlarida ogriq yuq. Boshqa Lor a`zolarida kasallik alomatlari yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Tibbiy tadbir qanday?

7. Vaziyatli masala: Bemor burun bushligining o`ng yarmida ko`p miqdorda ajralma kelayotganiga, tez-tez kaytalanib turadigan tumovga shikoyat qildi. Kasallik davrida bosh ogriqi, tana xarorati kutarilishi kztatildi. Brunning o`ng tomoni bilan yomon anfas oladi. Bemor uzini 4 yil davomida xasta xisoblaydi.

TEKSHIRUVDA : burun bushligi shilliqpardasi qizargan, yalliglangan. Burun bushligining o`ng tomonida, o`rta va yuqori burun yullarida yumalok shakldagi, shishsimon usimtalari kurinadi. Paypaslaganda o`ng yuqori jag bushligining oldingi devorida ogriq seziladi. Burundan nafas olish o`ng tomonda yomonlashgan. Boshqa a`zolarida uzgarishlar yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Qanday qushimcha tekshiruvlar o`tkazish kerak?

8. Vaziyatli masala: Bemor qattiq bosh ogriq`iga, burundan yiring ajralishiga, umumiy xolatning yomonlashishiga, qaltirashga, tana xaroratining kutarilishiga shikoyat qildi.

TEKSHIRUVDA : bemor umumiy xolati urtacha, terisi nam, tomir urishi minutiga 103 marta, yurak urishi biroz sustlashgan. O`ng o`rta burun yulida yiringli okma ko`p bulib, peshona va yuqori jag bushligining tashqidevori paypaslaganda ogriq sezadi. Rentgen tasvirida: o`ng tamondagi peshona va yuqori jag va galvirsimon bushliqlar bir me`yorda xiralashgan. O`ng yuqori jag` bushligi punktsiya kilinganda. Kulansa xidli yiring va uvoksimon xalestetoma olindi.

Nevrologik tekshiruvda: ensa mushaklari taranglashgani, kerniga belgisi mavjudligi aniqlandi.

Okulist xulosasi: kuz tubi venalari birmuncha kengaygan.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

9. Vaziyatli masala: Bemor kasalxonaga burundan kuchli qon ketishi sababli keltirildi. Qon oqish burunga qattiq narsa bilan urilgan zarbadan so`ng boshlangan. Xushini yuqotmagan. Kungil aynish, kusish bulmadi. Kurik vaktida burun kirasida tugri yumshoqtuqimalar yalliglangan, paypaslanganda burun kirasida soxasida qattiq ogriq

sezadi. Burun bushligida tampon bulishiga karamay, qon okishi davom etadi, qon halqum orqa devorining chap tomonidan oqib tushadi. Rentgen tasvirida burun suyaklarinig sinishi qayd kilingan. Lekin burun suyaklar siljimagan.

Bundan keyingi tibbiy tadbir qanday?

10. Vaziyatli masala: bemor burun orqali nafas olish kiyinlashishiga, burun yulining o'ng tomonidan vakti vakti bilan kaytalanib turadigan qon okishiga shikoyat qildi. Uzini yil davomida kasal deb xisoblaydi va burun jaroxatlanishi bilan boglaydi.

TEKSHIRUVDA : burun bushligi shilliqpardasi och-qizil rangda, burun yullarida erkin xoldagi ajralma yuq. Burunning o'ng yarmida qizil rangda, egiluvchan, yumshoqnuxat kattaligidagi usimta mavjud. Usimta keng yuzasi sillik, burun tusigining old-pastki bulimidan boshlangan. Qolgan Lor a'zolarida kasallik alomatlari yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

ADABIYOTLAR

1. Otorinolaringologiya. Tibbiy otoliy o`quv yurtlari studentlari uchun darslik /A.M. Shamsiev, N.J.Xushvakova2018 y.
2. Otorinolaringologiyada shoshilinch tez tibbiy yordam. O`quv qullanma / Xushvakova N.J., 2014y.
3. Otorinolaringologiya. Darslik / Xasanov A., Toshkent: Sano-standart, 2013y.
4. Burun va burun yondosh bushliqlarining kasalliklari. O`quv qullanma Karabaev X.E., Omonov SH.E. Toshkent: Fan va texnika, 2013 y.
5. Оториноларингология: учебник / Бабняк В.И. СПб. 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.binet.com.ua/-i/ent.books/elancev/](http://stsrt.binet.com.ua/-i/ent.books/elancev/)
3. <http://loronline.ru>
4. www.wilkins.com
5. www.belmed.info.com

XAYITOV A.A.

**BURUN VA BURUN YONDOSH
BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G000205-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

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 6.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 7,21 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 11/2024

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

