

**ҒАЛВИРСИМОН БЎШЛИҚ ВА БУРУН-ЁНОҚ-ОРБИТА КОМПЛЕКСИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ****Ш. Х. Бакиева, Б. И. Каримбердиев, Ж. А. Джураев**

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** юз суяги тузилмалари, ғалвирсимон бўшлиқ, бурун суякларининг синиши.**Ключевые слова:** костные структуры лица, хрящевое пространство, перелом костей носа.**Key words:** bony structures of the face, cartilage space, fracture of the nasal bones.

Юзнинг тўқималарининг мукамал қон таъминоти тананинг бошқа жойларида мумкин бўлмаган даволаш усуллари ривожланишига ёрдам беради. Бу бош суяги, ёнбош ва қовурғаларнинг донор суягидан фойдаланиш, шунингдек, бўлақларнинг экстракорпорал остеосинтезини амалга ошириш имконини беради. Юмшоқ тўқималарнинг битишни қийинлаштирадиган қатта ҳажмли зарарланиши билан суяклар майдаланиши кузатилган синишлар эҳтиёткорликни талаб қилади. Юмшоқ тўқималарнинг чандикли деформацияси ривожланиши мумкин, шунинг учун кесилган кесмалардан кейин яранинг қирраларини диққат билан тикиш керак. Бош суяги асоси ва юз суяги тузилмаларининг яқинлиги олдинги ва ўрта краниал чуқурчалар тузилмаларининг шикастланиш частотасини белгилайди.

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ СУСТАВОВ РЕШЕТЧАТОЙ ПАЗУХИ И КОМПЛЕКСА НОС-ЩЕКА-ОРБИТА****Ш. Х. Бакиева, Б. И. Каримбердиев, Ж. А. Джураев**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Идеальное кровоснабжение тканей лица способствует разработке методов лечения, которые невозможны в других частях тела. Это позволяет использовать донорскую кость черепа, подвздошную кость и ребер, а также проводить экстракорпоральный остеосинтез отломков. Переломы, при которых наблюдается дробление костей с объемными повреждениями мягких тканей, затрудняющими отделку, требуют осторожности. Может развиваться рубцовая деформация мягких тканей, поэтому края раны после надрезов необходимо тщательно зашить. Близость структур основания черепа и лицевой кости определяет частоту поражений структур передней и средней ямок черепа.

**RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH INJURIES OF THE JOINTS OF THE LATTICE SINUS AND NASOLABIAL-CHEEK-ORBIT COMPLEX****Sh. H. Bakiyeva, B. I. Karimberdiyev, J. A. Djurayev**

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

The ideal blood supply of facial tissues favors the development of treatment methods that are not possible in other parts of the body. This allows the use of donor bone of the skull, ilium and ribs, as well as extracorporeal osteosynthesis of fragments. Fractures that involve crushing of the bone with extensive soft tissue damage make the treatment difficult and require caution. Scar deformation of soft tissues may develop, so the wound edges should be carefully sutured after incisions. The proximity of the skull base and facial bone structures determines the frequency of lesions of the anterior and middle fossa structures.

**Кириш.** Пешона бўшлиғи (ПБ) орқа деворининг яқка жароҳати ёки бошқа деворлар билан қўшма жароҳати, ҳатто ликвореясиз ҳам, ПБни қайта кўриб чиқиш учун мутлақ кўрсатмадир. Жарроҳлик аралашувини нейрохирург билан амалга ошириш мақсадга мувофиқдир [2-5].

Кўз косасининг пастки ва юқори деворлари синганда операцияга кўрсатма энцефалм, синиш чизиғидаги юмшоқ тўқималарнинг сиқилиб қолиши ёки кўз косаси юмшоқ тўқималарининг БЎБга тушиб кетиши ҳисобланади [1,6].

Жароҳатдан кейин диплопия ва кўз олмаси ҳаракати чекланишининг давом этиши жарроҳлик йўл билан даволанади [7]. Агар юқори жағ бўшлиқлари деворларининг реконструкциясида улардан меъёрий оқиб чиқиш тикланса, одатда муаммо бўлмайди, аммо деформацияланган ПБ ва ғалвирсимон лабиринт хужайраларининг нормал дренажини тиклашда юқорида айтиб ўтилган жиддий қийинчиликлар юзага келади [8].

ПБ орқа деворининг яқка жароҳати ёки бошқа деворлар билан қўшма жароҳати, ҳатто ликворея бўлмаса ҳам, ПБни қайта кўриб чиқиш учун мутлақ кўрсатма бўлиб, нейрохирург билан биргаликда коронар кесма орқали жарроҳлик аралашувини амалга ошириш мақсадга мувофиқ бўлади [9-11].

ПБ жароҳатлари ва яраланишининг ўткир ҳолатларида ярани умумқабул қилинган бирламчи ишлови етарли, аммо, суякларнинг ингичкалиги туфайли одатда, айниқса ўқ отиш

жароҳатларида кўп бўладиган барча майда суяк қисмларини эҳтиёткорлик билан олиб ташлаш керак [12].

БЕБ, кўз косаси ва юз суяги суякларининг шикастланиши билан бирга кечадиган бурун жароҳатлари, якка жароҳатларга қараганда анча оғирроқдир, чунки кўз ёш канали, кўз, мия тўқималари бир вақтнинг ўзида шикастланиши мумкин. БЕБ нинг суяк бўлаклари силжимаган лат ейиши, ёрилиши ва синиши кўринишидаги якка ва қўшма жароҳатлари ринологлар томонидан консерватив даволанади.

**Натижалар.** Барча 100% (n=49) беморларда бурун суякларининг синиши қайд этилди, беморларнинг 40%да (n=20) ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланди, 30%да (n=15) бурун-ёноқ-орбита комплексининг синиши аниқланди.

Ташқи текширув вақтида юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли юз ассиметрияси, деформацияси 100% (n=49) беморларда, ёноқ соҳаси нуқсони 30% (n=15) беморларда аниқланди. Пальпация 100% беморларда (n=49) оғриқли бўлди, 40% (n=20) беморларда тери ости эмфиземаси, 30% (n=15) беморларда “зинапоя” симптоми, беморларнинг 30% (n=15) да ёноқ соҳаси тери сезувчанлигининг пасайиши қайд этилди.

Барча беморлар операция қилинди, беморларнинг 30%да ёноқ-орбита комплекси репозицияси, қолган 70%да эса, бурун суяклари репозицияси ўтказилди.

Барча беморларда бурун суяклари синиши қайд этилганлиги сабабли, шифохонага тушганда барча беморларда қон кетиши тўхтатилди ва бурун суякларининг репозицияси ўтказилди. Қон кетиши бурун бўшлиғини тампонада қилиш билан тўхтатилди. Операциядан кейинги 2-кун тампон ўрнига бурун шаклини ушлаб туриш учун сплент ўрнатилди. Сплент бир вақтнинг ўзида бурун орқали нафас олишни ушлаб туриш ва сақлаш учун хизмат қилади.

Ольфактометрия маълумотлари шуни кўрсатдики, 3-кунда беморларнинг 28,5%да (n=14) енгил гипосмия, 43,5%да (n=21) яққол гипосмия ва 23,5%да (n=11) сезиларли даражадаги гипосмия ва 4,5%да (n=2) аносмия қайд этилди. Ҳид сезишнинг бундай бузилиши периферик ҳид сезиш рефлексининг шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, уни олфакториянинг бузилиши деб баҳолаш мумкин, беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишиши сабабли бурун бўшлиғи шиллик қаватининг ҳид билиши бузилади.

Тадқиқот шуни кўрсатдики, даволашдан кейинги 8-кунда беморларнинг 63,2%да (n=31) енгил гипосмия, 20,4%да (n=10) яққол гипосмия ва 14%да (n=7) сезиларли даражадаги гипосмия ва 2,4%да (n=1) аносмия қайд этилди (1 жадвал).

Оператив даволашдан сўнг ҳид билиш 2,1 бараварга яхшиланди, атиги 2,4% беморларда аносмия сақланиб қолди, бу миянинг шикастланиши билан, яъни ҳид сезишнинг ҳам периферик, ҳам марказий қисмлари бузилиши билан боғлиқ.

Бурун секретининг водород кўрсаткичи (рН) натижалари шуни кўрсатдики, беморларда назорат гуруҳи кўрсаткичига  $7,15 \pm 0,007$  нисбатан кислотали томонга силжиш  $5,11 \pm 0,003$  ( $P < 0,05$ ) қайд этилди, 8-куни кўрсаткичнинг кислотали томонга, яъни назорати гуруҳи кўрсаткичи томонга яқинлашди,  $6,9 \pm 0,002$  яхшиланиш қайд этилди ( $P < 0,02$ ) (2 жадвал).

Мукоцилиар клиренс маълумотлари шуни кўрсатдики, 3-куни назорат гуруҳига қараганда беморларда сахарин вақти узокроқ  $23,2 \pm 0,04$  давом этди, 8-куни ушбу кўрсаткич  $19,1 \pm 0,03$  ни ташкил этди ( $P < 0,02$ ) (3 жадвал).

Мукоцилиар тозалашнинг ушбу бузилишлари ғалвирсимон бўшлиқнинг шикастланиши ва бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишиши билан боғлиқ бўлиб, у

**1 жадвал.**

**Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати билан даволанган беморларда 3- ва 8-кунлардаги ольфактометрия кўрсаткичлари n=49 (100%).**

Ҳид сезишнинг бузилиши даражаси	Кунлар	
	3-кун	8-кун
I – даража (0,5%ли сирка кислотасининг ҳидини ажрата олмайди)	14 (28,5%)	31 (63,2%)
II - даража (сирка кислотасининг, этил спиртининг ҳидини ажрата олмайди)	21 (43,5%)	10 (20,4%)
III – даража (фақат нашатир спиртининг ҳидини ажрата олади)	11 (23%)	7 (14%)
IV – даража (ҳеч қандай ҳидни ажрата олмайди)	2 (4,5%)	1 (2,4%)
<b>Жами</b>	<b>49 (100%)</b>	

2 жадвал.

**Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати билан даволанган беморларда 3- ва 8-кунларда бурун секретининг рН кўрсаткичлари n=49 (100%).**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Кунлар	
		3-кун	8-кун
рН	7,15±0,007	5,11±0,003**	6,9±0,002*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,02$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва галвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - ( $P < 0,05$ ).

3 жадвал.

**Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати билан даволанган беморларда 3- ва 8-кунларда мукоцилиар клиренс кўрсаткичлари n=49 (100%).**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Кунлар	
		3-кун	8-кун
Сахарин вақти, дақиқа	18,1±0,03	23,2±0,04**	19,1±0,03*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,02$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва галвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - ( $P < 0,05$ ).

шиллик ҳаракатининг секинлашишига олиб келди ва даволашдан кейин бу кўрсаткич назоратга яқинлашди.

Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати бўлган беморларни комплекс даволаш алгоритми
Консерватив (дори-дармонли) ва оператив (жарроҳлик) даво
Қон тўхтатувчи воситалар (дицинон 4 мл м/и, кейин схема бўйича)
Ёноқ-орбита комплекси юмшоқ тўқималарининг очик жароҳатида жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш (юмшоқ тўқималар жароҳатига чок қўйиш).
Ёноқ-орбита комплекси ва бурун репозицияси
Очик ёки ёпиқ кириш билан
Комбинацияланган таъсирга эга деконгестантларни қўллаш (0,01%ли септаназал спрейини ҳар 4 соатда қўллаш). Антибиотикларни қўллаш (медаксион 1 гр дан 1 кунда 2 марта м/и) 7 кун
Беморнинг комплекс (кенг қамровли) реабилитацияси

1 расм. Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати бўлган беморларни комплекс даволаш алгоритми.

Бу гуруҳда бурун шиллик қаватининг сўриш функциясини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, беморларда 3-куни у узокроқ бўлди, яъни мидриаз (қўз қорачиғи торайиши) назорат гуруҳи кўрсаткичидан ( $P < 0,05$ )  $9 \pm 0,02$  дақиқа кечроқ содир бўлди, 8-куни эса, бу кўрсаткич 5 дақиқагача қисқарди ( $P < 0,02$ ) (4 жадвал).

Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари ва бурун-ёноқ-орбита қўшма жароҳати бўлган n=49 беморларда буруннинг ажратиш функцияси натижалари шуни кўрсатдики, 3-кунда шарчанинг массаси  $43,3 \pm 0,04$  мг ни, яъни назорат гуруҳи оғирлигига нисбатан  $5,1 \pm 0,04$  мг га оғир бўлди ( $P < 0,02$ ), 8-куни эса бу кўрсаткич  $39,1 \pm 0,04$  мг га тенг бўлди, яъни 3-кунга нисбатан 4 мг га енгилроқ ( $P < 0,01$ ) (5 жадвал).

**Хулоса.** Шундай қилиб, хулоса қилишимиз мумкинки, ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, ғалвирсимон бўшлиғининг жароҳати унинг функциясининг бузилишига

4 жадвал.

**Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати билан даволанган беморларда 3- ва 8-кунларда шиллик қаватининг сўриш функцияси кўрсаткичлари n=49 (100%).**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Кунлар	
		3-кун	8-кун
1%ли атропинни сўриш вақти, дақиқа	67±0,03	76±0,04**	72±0,05*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,05$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва галвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - ( $P < 0,02$ ).

5 жадвал.

**Ғалвирсимон бўшлиқ ва бурун-ёноқ-орбита комплекси деворлари қўшма жароҳати билан даволанган беморларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари n=49 (100%)**

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, n=20	Кунлар	
		3-кун	8-кун
Пахтали шарчанинг массаси, мг	38,1±0,03	43,3±0,04**	39,1±0,05*

Изоҳ: \* - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ( $P < 0,01$ ), \*\* - назорат гуруҳи ва ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар ( $P < 0,02$ ).

олиб келадиган ғалвирсимон бўшлиқдага жароҳат ҳажмининг кичрайиши билан бирга кечиши аниқланди. Комплекс даволашдан сўнг деворларнинг анатомик яхлитлиги ва бурун бўшлиғи шиллик қаватининг функцияси тикланади.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Агзамова С. Ретроспективный анализ состояния офтальмологического статуса при травмах скулоорбитального комплекса // *Stomatologiya*. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (82). – С. 89-92.
2. Боймурадов Ш.А. Инновационные методы лечения сочетанных травм костей лицевого скелета на основе алгоритмизации деятельности врача // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2015. – №. 1 (82). – С. 29-33.
3. Доровских Г.Н. Сравнительный анализ чувствительности и специфичности различных методов лучевой диагностики при политравме // *Acta Biomedica Scientifica*. – 2014. – №. 4 (98). – С. 24-28.
4. Ильясов Д.М. Лечебная тактика при повреждении околоносовых пазух у пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой головы: дис. – Ильясов Денис Маратович. – СПб., 2013. – 24с, 2013.
5. Мадай Д.Ю., Головки К. П. Малоинвазивные методы в лечении тяжелых черепно-лицевых повреждений // *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. – 2012. – Т. 47. – №. 1-2. – С. 41-42.
6. Мезенцева О.Ю. Травмы носа и околоносовых пазух // *Региональный вестник*. – 2019. – №. 14. – С. 8-9.
7. Норбоев З.К. и др. Алгоритм диагностики травматических повреждений и посттравматических осложнений в области лобных пазух // *Вопросы науки и образования*. – 2018. – №. 26 (38). – С. 72-74.
8. Павлова О.Ю. и др. Лучевая диагностика травм костей средней зоны лица // *Российский электронный журнал лучевой диагностики*. – 2014. – Т. 4. – №. 3. – С. 39-45.
9. Попова И.Е. и др. Современные аспекты диагностики тяжелой сочетанной травмы с помощью компьютерной томографии // *Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье*. – 2021. – №. 3 (51). – С. 28-37.
10. Саврасова Н.А. и др. Рентгенодиагностика травматических повреждений челюстно-лицевой области. – 2017.
11. Самыкин А.С. Особенности лечения травм скулоорбитального комплекса // *Universum: медицина и фармакология*. – 2014. – №. 3 (4). – С. 4.
12. Ургуналиев Б.К., Шаяхметов Д.Б., Цой А.Р. Современные подходы к диагностике переломов костей лицевого скелета // *Российский стоматологический журнал*. – 2018. – Т. 22. – №. 6.
13. Щедренок В.В. и др. Клинико-лучевая диагностика черепно-мозговых повреждений при политравме // *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*. – 2012. – Т. 171. – №. 2. – С. 41-44.
14. Юсупов Ш.Ш., Боймурадов Ш.А. Современные аспекты диагностики и планирования хирургического лечения переломов скулоорбитального комплекса // *Журнал вестник врача*. – 2018. – Т. 1. – №. 4. – С. 129-134.