

ПЕШОНА БЎШЛИҒИ ЖАРОҲАТЛАРИДА КЛИНИК-НУРЛИ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ХУСУСИЯТЛАРИ



Боймурадов Шухрат Абдужалилович, Бакиева Шахло Хамидуллаевна, Каримбердиев Бахриддин Исматиллоевич, Джураев Жамолбек Абдукахарович, Абдуллаев Улугбек Пулатович
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Боймурадов Шухрат Абдужалилович, Бакиева Шахло Хамидуллаевна, Каримбердиев Бахриддин Исматиллоевич, Джураев Жамолбек Абдукахарович, Абдуллаев Улугбек Пулатович
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

CHARACTERISTICS OF CLINICAL-RADIOLOGICAL RESEARCH RESULTS INJURIES OF FRONTAL SINUS

Boymuradov Shukhrat Abdujalilovich, Bakieva Shakhlo Khamidullaevna, Karimberdiev Bakhriddin Ismatilloevich, Juraev Jamolbek Abdukaharovich, Abdullaev Ulugbek Pulatovich
Tashkent Medical Academy, Republic Of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Ушбу мақолада пешона бўшлиғи жароҳатлари бўлган беморларнинг клиник-нурли текширув суллари натижалари берилган. Бурун ёндош бўшлиқларининг қўшма жароҳати (БЁБҚШ) 95% ҳолларда юз суяклари ва бош суягининг жароҳати билан кечади. Ушбу тоифага кирувчи беморларда бурун ёндош бўшлиқлари (БЁБ) жароҳатининг мавжудлиги жароҳатдан кейинги ҳам эрта, ҳам кечки даврларда ўзини намоён қиладиган юқумли асоратларнинг юқори частотаси билан тавсифланади. Қўшма жароҳатларда асоратларнинг частотаси 80% га етади ёки ундан ошади, ўлим 33% дан 90% гачани ташкил қилади. Жароҳатдан кейинги синусит узок вақт давомида ўпканинг сунъий вентиляция аппаратида бўлган беморларда пайдо бўлади, уларда бурун ёндош бўшлиқлари вентиляцияси бузилади ва бу синусларда димланишни юзага келтиради. Бу ўзгаришлар яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши учун қулай фон ҳисобланади.

Калит сўзлар: пешона бўшлиғи, жароҳат, мукоцилиар транспорт.

Abstract. This article presents the results of clinical and radiological examinations of patients with head injuries. Combined trauma of the paranasal sinuses (PPNS) in 95% of cases is accompanied by damage to the bones of the face and skull. The presence of paranasal sinus (PNS) lesions in this category of patients is characterized by a high frequency of infectious complications, manifesting both early and late after the traumatic period. The frequency of complications in combined injuries reaches 80% or higher, mortality ranges from 33% to 90%. Posttraumatic sinusitis occurs in patients who have been in the artificial ventilation apparatus for a long time, in patients whose ventilation of the paranasal sinuses is disrupted, which causes congestion in the sinuses. These changes are a favorable background for the development of inflammatory processes.

Keywords: frontal sinus, wound, mucociliary transport.

Қириш. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, охириги 10 йилда қўшма жароҳатлар сони 3 баробардан кўпроққа ошган [1,2,4].

Жароҳат - меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида онкологик ва юрак-қон томир касалликларидан кейин ўлимга олиб келадиган учта сабабдан бири ҳисобланади. Жароҳатланган беморлар энг яқин тиббий муассасаларга етказилади, уларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади, лекин кўпинча дастлабки текширувда ва даволаш давомида оториноларинголог шифокор иштирок этмайди,

шунинг учун бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларини ташхислаш ва даволаш кечикади, баъзида эса, ташхисланмайди. Шунинг учун жароҳатланишдан кейинги даврда асоратларнинг учраш сони юқорилигича колмокда [8,10,12].

Бурун ёндош бўшлиқларининг қўшма жароҳати (БЁБҚШ) 95% ҳолларда юз суяклари ва бош суягининг жароҳати билан кечади. Ушбу тоифага кирувчи беморларда бурун ёндош бўшлиқлари (БЁБ) жароҳатининг мавжудлиги жароҳатдан кейинги ҳам эрта, ҳам кечки даврларда ўзини намоён қиладиган юқумли асоратларнинг юқори частотаси билан

тавсифланади. Қўшма жароҳатларда асоратларнинг частотаси 80% га етади ёки ундан ошади, ўлим ҳолатлари 33% дан 90% гачани ташкил қилади [3,6,10].

Жароҳатдан кейинги синусит узоқ вақт давомида ўпканинг сунъий вентиляция аппаратида бўлган беморларда пайдо бўлади, уларда бурун ёндош бўшлиқлари вентиляцияси бузилади ва бу синусларда димланишни юзага келтиради. Бу ўзгаришлар яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши учун қулай фон ҳисобланади [5,7,11].

Бурун ёндош бўшлиқлари деворларининг жароҳати, кўпинча, табиий чиқиш тешиқларининг шикастланиши ва ёпилиб қолиши билан бирга кечади, бу эса бўшлиқларнинг қон билан тўлишига олиб келади, қонли муҳит микроорганизмлар учун озик муҳити ҳисобланади. Жароҳатли касалликнинг кечиш динамикасида киприкли эпителий фаоллигининг пасайиши, шиллиқ ҳажмининг кўпайиши ва синус ичидаги моддалар эвакуациясининг бузилиши ва бурун шиллиқ қаватидаги функционал ўзгаришлар ҳисобига гемосинуснинг йиринглаши учун шароит яратилади [8,9,10,11,14].

Шунинг учун, юз-жағ соҳаси ва бош мия қўшма жароҳати бўлган беморларда даволаш-ташхислаш ёрдам тактикасини ишлаб чиқиш, бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатланганда санация қилиш муддатини белгилаш, буруннинг функционал хусусиятлари ҳолатини ўрганиш замонавий тиббиётнинг ҳал қилинмаган муаммоси ҳисобланади.

Тадқиқотнинг **мақсади** юз скелети, бош суяги ва бошқа суяқларнинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари қўшма

жароҳатларини ташхислаш натижалари самарадорлигини оширишдир.

Олинган натижалар. Тадқиқот материалида эркаклар кўпчиликини, яъни 78,8% ни ташкил этди, аёллар камроқ бўлиб, атиги 21,2% ни ташкил этди. Тадқиқотда қатнашганларнинг ўртача ёши - 43,4±2,1 ёш. Касалхонага ётқизилганлар таҳлили шуни кўрсатдики, беморларнинг 91,5% (130 нафар) жароҳатланишдан кейинги биринчи кунда ва 7% (10 нафар) жароҳатланишдан кейин 2-кунда, фақат 1,4% (2 нафар) жароҳатланишдан кейин 3-кунда шифоҳонага ётқизилган.

Беморларнинг 76,7%да ёпик бош-мия жароҳати, 3,6%да очик бош-мия жароҳати, 7,7% беморларда бош миянинг лат ейиши қайд этилди, 12%да эса, бош мия шикастланиши қайд этилмади, уларда қўшма жароҳатнинг бошқа турлари аниқланди.

Беморларнинг умумий аҳволи ва жароҳатининг оғирлиги қўшма жароҳат турига, мия шикастланишига, қон ёқотилишига, шокка ва биринчи ёрдам кўрсатиш муддатига боғлиқ бўлди.

Беморларнинг 2,8%да бош суяқларининг синиши, 10,6%да бурун-ёноқ-орбита комплексининг синиши, 2,8%да ёноқ суягининг синиши, 2,1% беморларда юқори жағнинг синиши, 15,4% беморларда кўз косаси деворларининг синиши, 13,4% беморларда эса юмшоқ тўқималар бутунлигининг бузилиб шикастланиши, беморларнинг 48,6% да юзнинг юмшоқ тўқималарида лат ейишлар ва гематомалар қайд этилди, қолган 4,3% беморларда эса, юз скелетининг кўплаб қўшма жароҳатлари аниқланди.

Жадвал 1. БЕБ қўшма жароҳати симптомлари n=142 (100%)

Симптомлар	Сони	
	абс	%
Пешона, бурунга ёндош соҳада шиш ва гематомалар	46	32,3
Периорбитал, инфраорбитал соҳанинг шишиши	49	34,5
Юқори ва пастки лаблар шиши	47	33,2
Кўз олмасига қон қуйилиши	42	29,5
Зинапоя симптоми	42	29,5
Зарарланган жойда крепитация ва оғрик	52	36,6
Терининг сезгирлигининг пасайиши	49	34,5
Тери ости эмфиземасининг мавжудлиги	37	26
Ёрилган тувак симптоми	35	24,6

Жадвал 2. БЕБ қўшма жароҳатларини объектив кўриш n=142 (100%)

Объектив белгилар	Сони	
	абс	%
Бурундан қон кетиши	56	39,4
Кўз олмаси ҳаракатининг чекланганлиги	37	26,4
Оғиз очишнинг чекланганлиги	41	28,7
Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватнинг шикастланиши	31	21,8
Тишларнинг шикастланиши	31	21,8
Бурун бўшлиғи шиллиқ остига қон қуйилиши	51	36
Бурун бўшлиғида қон лахтақларининг мавжудлиги	62	43,6
Бурун тўсиғи гематомаси	51	36
Бурун тўсиғи эгрилиги	41	29
Табиий тешиқдан янги қоннинг ажралиши	62	43
Табиий тешиқдан сероз ажралманинг ажралиши	21	15
Табиий тешиқдан йирингли ажралманинг ажралиши	3	0,02
Диплопиянинг мавжудлиги	32	22,5

Беморларни объектив текшириш дастлабки ташхисни қўйишга хизмат қилди, якуний ташхис эса нури текшириш усули асосида амалга оширилди (1-жадвал).

Жароҳатдан кейинги шиш ва гематомалар пешона, бурунга ёндош соҳада (n=46; 32,3%), периорбитал, инфраорбитал зоналарда (n=49; 34,5%), шунингдек, юқори ва пастки лабларда (n=47; 33,2%) қайд этилди. Кўпинча жароҳатланган зонада тери ости гематомалари, кўз олмасига қон қуйилишлар аниқланди (n=42; 29,5%).

Шикастланган зонадаги юмшоқ ва суяк тўқималарини палпация қилиш “зинапоя” белгиларини (n=42; 29,5%), крепитацияни ва шикастланган зонадаги оғрикни (n=52; 36,6%) аниқлашга имкон берди, бундан ташқари юқори жағ бўшлиғи олд деворининг жароҳатида тери сезувчанлигининг пасайиши ёки ёқолиши (n=49; 34,5%), тери ости эмфиземаси (n=37; 26%), тувакнинг ёрилиш симптоми (n=35; 24,6%) мавжудлиги аниқланди.

Кўрилганда бурундан қон кетиши (n=56; 39,4%), кўз олмаси ҳаракатининг чекланганлиги (n=37; 26%), оғиз очишнинг чекланганлиги (n=41; 29%) аниқланди, шиллик қаватнинг бутунлиги, шиллик ости гематомаларининг мавжудлиги (n=31; 21,8%), тишларнинг шикастланиши мавжудлиги (n=31; 21,8%) баҳоланди (2-жадвал).

Бурун бўшлиғи эндоскопик текширилганда бурун бўшлиғи шиллик пардаси остига қон қуйилишлар (n=51; 36%), уларда қон лахтақларининг мавжудлиги (n=62; 43,6%), пастки бурун чиғаноқларининг ҳолати, бурун тўсиғи ҳолати, табиий тешиқлар ҳолати, улардаги ажралмаларга эътибор қаратилди.

Бурун тўсиғининг гематомаси (n=51; 36%), бурун тўсиғининг эгрилиги (n=41; 28,7%) аниқланди, беморларда табиий тешиқдан янги қон (n=62; 43%), сероз оқинди (n=21; 15%), йирингли оқинди (n=3; 0,02%) борлиги аниқланди. Анамнезида юқори жағ бўшлиғида сурункали яллиғланиш бўлган беморларда йирингли ажралма аниқланди. Қорачиқ чизигининг асимметриклиги, юқорига/пастга ва чапга/ўнгга қараганда диплопия 32 та (n=32; 22,5%) беморда аниқланди.

Барча беморларни жароҳатланиш жойига қараб, 3 гуруҳга бўлди:

1-гуруҳ пешона бўшлиқ деворларининг қўшма жароҳатлари бўлган 46 та бемордан иборат бўлди.

2-гуруҳ ёноқ бўшлиғи, бурун-ёноқ-орбита комплексининг қўшма жароҳати бўлган 49 нафар бемордан иборат бўлди.

3-гуруҳ юқори жағ деворларининг қўшма жароҳати бўлган 47 та бемордан иборат бўлди.

20 нафар соғлом одамнинг маълумотлари назорат гуруҳи бўлиб хизмат қилди.

Пешона деворларининг қўшма жароҳати (n=46) бўлган беморларнинг клиник-нури ва функционал тавсифи натижалари.

Пешона бўшлиқлари синган беморлар пешона соҳасидаги оғрикларга (n=46; 100%), бош оғриғи (n=46; 100%), бош айланиши (n=43; 93%), кўнгил айнаши (n=16; 34%), бурундан қон кетишига (n=16; 34%) шикоят қилишди.

Беморларнинг 95,6%да (n=44) ёпиқ бош-мия жароҳати, беморларнинг 4,4%да (n=2) очик бош-мия жароҳати қайд этилди.

46 нафар бемордан 58,6%да (n=27) юз юмшоқ тўқималарининг шикастланиши қайд этилди, уларда кўпинча тери ости гематомаси ва юмшоқ тўқималарнинг шишиши аниқланди, 19,5% (n=9) беморларда юмшоқ тўқималарнинг очик шикасти суяк бўлақларининг силжиши билан кузатилди.

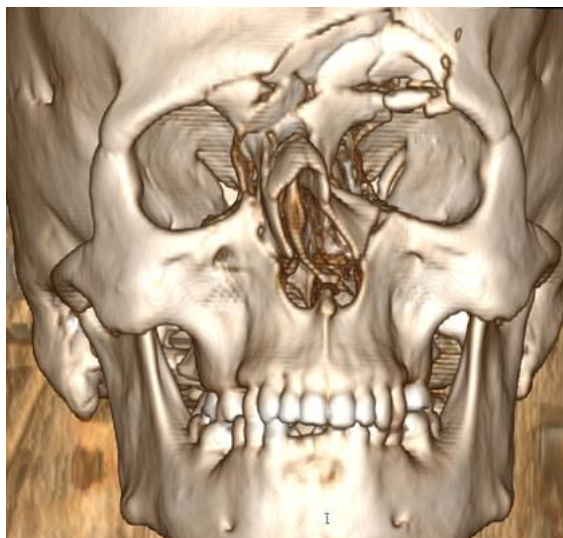
Беморларнинг 8,6%да (n=4) бош суягининг асосига ўтган юз суяқларининг синиши қайд этилди. Ушбу гуруҳдаги барча беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш қон кетишини тўхтатиш, жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш, нафас олиш, юрак-қон томир тизимлари фаолиятини тиклашни ўз ичига олади (3-жадвал).

Ташқи текширув вақтида юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли юз асимметрияси, деформация 89% (n=41) беморларда, 32% (n=15) беморларда эса пешона соҳасида нуқсон аниқланди (1-расм). Палпация 100% беморларда (n=46) оғрикли бўлди, 39,1% (n=18) беморларда тери ости эмфиземаси, 89% (n=41) беморларда “зинапоя” симптоми, беморларнинг 50% (n=23) да пешона соҳаси тери сезувчанлигининг пасайиши қайд этилди.

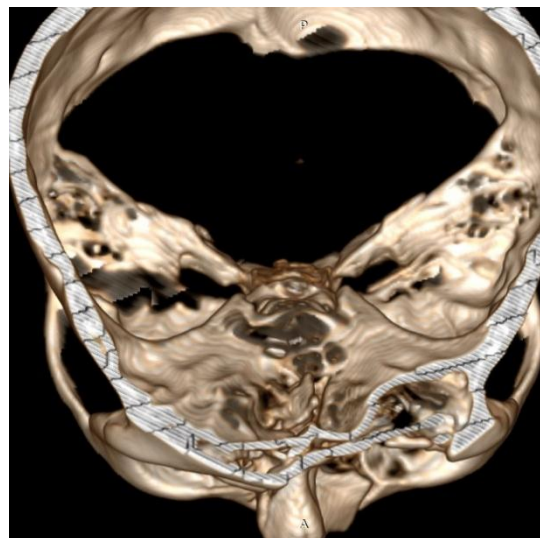
МСКТ текширувида беморларнинг 95,6%да (n=44) пешона бўшлиғи олд деворининг синиши, фақат 4,4%дагина (n=2) олд ва орқа деворнинг синиши аниқланди.

Жадвал 3. Пешона деворлари қўшма жароҳатининг симптомлари n=46 (100%)

Симптомлар	Сони	
	abs	%
Пешона соҳасидаги оғрик	46	100
Бош оғриғи	46	100
Бош айланиши	43	93
Кўнгил айнаши	16	34
Бурундан қон кетиши	16	34
Юз юмшоқ тўқималарининг шикастланиши	27	58,6
Юмшоқ тўқималарнинг гематомаси ва шишиши	9	19,5
Пешона соҳасининг деформацияси	41	89
Пешона соҳаси нуқсони	15	32
Тери ости эмфиземаси	18	39,1
“Зинапоя” симптоми	41	89



сагиттал кесма



горизонтал қисм

Расм 1. Пешона бұшлиғи олд деворининг синиши

Жадвал 4. Пешона бұшлиғи деворлари шикастланган беморларда олфактометрия кўрсаткичлари n=46 (100%)

Хид сезиш бузилишининг даражаси	Сони	
	абс	%
I даража (0,5%ли сирка кислотасининг хидини ажрата олмайди)	30	65,3
II даража (сирка кислотаси, этил спиртининг хидини ажрата олмайди)	10	21,7
III даража (фақат нашатир спирти хидини ажрата олади)	4	8,7
IV даража (хеч қандай хидни сезмайди)	2	4,3
Жами	46	100

Жадвал 5. Пешона бұшлиғи деворлари шикастланган беморларда бурун секретининг кўрсаткичлари (pH) n= 46 (100%)

Параметрлар	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлақлари силжимаган, n=30	Суяк бўлақлари силжиган, n=16
pH	7,15±0,007	6,10±0,004*	5,9±0,002**

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ($P < 0,02$), ** - назорат гуруҳи ва суяк бўлақлари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P < 0,05$).

Жадвал 6. Пешона бұшлиғи деворлари шикастланган беморларда мукоцилиар клиренс кўрсаткичлари n= 46 (100%)

Параметрлар	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлақлари силжимаган, n=30	Суяк бўлақлари силжиган, n=16
Сахарин вақти, дақиқа	18,1±0,03	21,1±0,05*	22,3±0,04**

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ($P < 0,02$), ** - назорат гуруҳи ва суяк бўлақлари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P < 0,05$).

Жадвал 7. Пешона бұшлиғи деворлари шикастланган беморларда бурун шиллик қаватининг сўриш функцияси кўрсаткичлари n=46 (100%)

Параметрлар	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлақлари силжимаган, n=30	Суяк бўлақлари силжиган, n=16
1% атропинни сўриш вақти, дақиқа	67±0,03	73±0,05*	75±0,04**

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ($P < 0,02$), ** - назорат гуруҳи ва суяк бўлақлари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P < 0,05$).

Жадвал 8. Пешона бұшлиғи деворлари шикастланган беморларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари n=46 (100%)

Параметрлар	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлақлари силжимаган, n=30	Суяк бўлақлари силжиган, n=16
Пахтали шарча оғирлиғи, мг	38,1±0,03	41,1±0,04*	43,2±0,05**

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ($P < 0,02$), ** - назорат гуруҳи ва суяк бўлақлари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P < 0,01$).

Беморларнинг 95,6%да (n=44) МСКТ синусларда қон борлигини кўрсатди, фақат 1 та беморда синусларда сероз суюқлик мавжудлиги қайд етилди. Беморларнинг 34%да (n=16) пешона бўшлиғи олд девори суяк бўлақларининг силжиши, беморларнинг 65,3%да (n=30) эса, пешона бўшлиғи деворларининг синиши суяк бўлақларининг силжишисиз кузатилди.

Бундан ташқари, пешона бўшлиғи жароҳатланган беморларда биз (n=9; 19%) бурун тўсиғининг қийшайишини (С-симон, тизма, ўсимта), ўрта бурун чиғаноғининг пневматизацияси (сонҳа буллоса) (n=5; 11%) мавжудлигини, бурун тўсиғининг С-симон эгрилигини (n=16; 34%), ўрта бурун чиғаноғининг ёнга силжишини (n=6; 13%), тумшуксимон ўсикнинг гипертрофиясини (n=16; 34%) аниқладик.

Ольфактометрия қуйидаги схема бўйича амалга оширилди:

I даража - енгил даражадаги гипосмия - кучсиз хидларни (атиргул мойи, асал муми, майдаланган қаҳва) сезишнинг бузилиши, 0,5% сирка кислотаси хидини сезмайди;

II даража - яққол гипосмия - кучсиз ва ўргача хидларни (лимон ёғи, ванилин, майдаланган долчин, валериана дамламаси, чиннигуллар, тамаки) сезмайди, сирка кислотаси, етил спирти хидини фарқлай олмайди;

III даража - сезиларли гипосмия - кучсиз ва ўргача хидларни сезмаслик, кучли интенсивликдаги хидларни сезишнинг пасайиши, таъсирловчи моддаларга яхши реакция (сирка кислотаси еритмасининг кучли моддаси, етил спирти, ментол, камфора ёғи) (таъсирловчи моддалар – нашатир спирти, формалдегид, ацетон), фақат нашатир спиртининг хидини ажрата олади;

IV даража - аносмия (хеч қандай хидни ажрата олмайди).

Ольфактометрия маълумотлари шуни кўрсатдики, беморларнинг 65,3%да (n= 30) енгил гипосмия, 21,7%да (n=10) яққол гипосмия ва 8,7% да (n=4) сезиларли даражадаги гипосмия ва 4,3%да (n=2) аносмия қайд етилди (4-жадвал). Ушбу хид сезиш бузилишлари периферик хид рефлексининг шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, уни ольфакториянинг бузилиши деб баҳолаш мумкин, суяк бўлақларининг силжиши бўлмаган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишиши сабабли бурун бўшлиғи шиллик қаватининг хид билиши бузилади. Суяк бўлақларининг силжиши ва мия шикастланиши бўлган беморларда хид сезишнинг ҳам периферик, ҳам марказий қисмлари бузилади.

Беморларнинг ушбу гуруҳида бурун секретининг рН қийматини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари силжимаган (n=30) беморларда кислотали муҳитга силжиш (n=20) назорат гуруҳига (7,15±0,007) нисбатан 6,10±0,004 (P<0,02) ни ташкил этди ва суяк бўлақлари силжиган (n=16) беморларнинг кўрсаткичлари суяк бўлақлари силжимаган беморларга қараганда янада пастрокни 5,9±0,002 ташкил этди (P<0,05) (5-жадвал).

Мукоцилиар клиренс натижалари шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари силжимаган n=30 беморларда сахарин вақти назорат гуруҳидаги

беморларга 18,1±0,03 (P<0,02) қараганда 21,1±0,05 га узокрок, суяк бўлақлари силжиган n=16 беморларда эса, ушбу вақт назорат гуруҳига қараганда янада узокрок 22,3±0,04 давом этди (P<0,05) (6-жадвал).

Мукоцилиар клиренсининг ушбу бузилишлари бурун шиллик қаватининг шикастланиши ва шишиши билан боғлиқ бўлиб, бу шиллик ҳаракатининг секинлашишига олиб келди, суяк бўлақлари силжиган беморларда эса, ушбу бузилиш бурун бўшлиғи архитектоникасининг бузилишига олиб келадиган суяк бўлақларининг силжиши туфайли янада кучаяди.

Бурун шиллик қаватининг сўриш функциясини ўрганиш қуйидагича ўтказилди: бунда атропиннинг 1% эритмаси билан намланган докали турунда буруннинг текширилаётган ярмининг бурун ёлига 15 дақиқага қўйилди. Натижалар шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари силжимаган n=30 беморларда 73±0,05 дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз (кўз қорачиғининг торайиши) назорат гуруҳи кўрсаткичидан (P<0,02) 6±0,02 дақиқа кечроқ содир бўлди ва суяк бўлақлари силжиган n=16 беморларда ушбу кўрсаткич 75±0,04 дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз назорат гуруҳига қараганда 8±0,04 дақиқага кечроқ содир бўлди (P<0,05) (7-жадвал).

Буруннинг ажратиш функциясини ўрганишга ҳам қатта аҳамият берилди. Бунинг учун бурун бўшлиғига оғирлиги 25 мг бўлган пахтали шарча пастки бурун чиғаноғи ва бурун тўсиғи ўртасига киритилди. 1 дақиқадан сўнг пахта шарчаси олинди ва тарозида тортилди.

Натижалар шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари n=30 силжимаган беморларда шарчанинг массаси 41,1±0,04 мг ни ташкил этди, яъни назорат гуруҳи оғирлигидан 3,1±0,04 мг га оғирроқ бўлди (P<0,02) ва суяк бўлақлари n=16 силжиши бўлган беморларда эса, бу кўрсаткич 43,2±0,05 мг ни ташкил этди, яъни назорат гуруҳи оғирлигидан 5,1±0,04 мг га оғирроқ бўлди (P<0,01) (8-жадвал).

Пешона бўшлиғи деворлари шикастланган беморларни даволаш динамикасида назорат гуруҳига нисбатан нейтрофилларнинг кўпайиши қайд етилди. Назорат гуруҳидаги нейтрофилларнинг мутлақ сони 53,9±5,7 га тенг бўлди, бу беморларда биринчи 1-3 кунларда нейтрофилларнинг мутлақ сони 53,8±5,8 ни, 7-кун 54,7±5,4 ни, 14-кун эса кўпайиб, 55,9±5,6 ни ташкил этди, даволаш охирида эса, яъни 21-кун 56,1±5,7 га тенг бўлди, назорат гуруҳи кўрсаткичига нисбатан фарқ сезиларли бўлди (P<0,01).

Назорат гуруҳидаги макрофагларнинг абсолют сони 0,39±0,1 ни ташкил этди, беморларда эса, биринчи 1-3 кунда 0,38±0,1 га, 7-кунда 0,40±0,1 га, 14-кун эса кўпайиб, 0,39±0,2 га, даволаш охирида, яъни 21-кунда 0,40±0,2 га тенг бўлди, назорат гуруҳи кўрсаткичидан сезиларли фарққа эга бўлди (n<0,01).

Назорат гуруҳидаги микроорганизмларнинг фагоцитоз кўрсаткичи 22,09±2,5 ни ташкил этди, беморларда дастлабки 1-3-кунда бу кўрсаткич 22,07±2,4 га, 7-кун 23,09±2,2 га, 14-кун 23,07±2,1 га, 21-кун 24,19±2,1 га тенг бўлди, яъни назорат гуруҳи кўрсаткичидан сезиларли даражада фарқ қилди.

Лимфоцитлар, эозинофиллар, цилиндрсимон, ясси эпителий ва чешуйкилар даражаси назорат гуруҳидан фарқ қилмади. 14- ва 21-кунларда даволаш динамикасида бурун бўшлиғида яллиғланиш кучаяди,

бу эса, жароҳатдан кейинги асоратларни олдини олиш учун даволашда коррексиялашни талаб қилади, дэган хулосага келиш мумкин.

Хулоса. Шундай қилиб, умумлаштириб, хулоса қилиш мумкин, ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, пешона бўшлиғининг шикастланиши, унинг функциясининг бузилишига олиб келадиган ЮЖБ хажмининг кичрайиши билан бирга кечиши аниқланди. Кўпинча юқори девор шикастланади (76%). Шунинг учун комплекс даво талаб этилади. Лимфоцитлар, эозинофиллар, цилиндрсимон, ясси эпителий ва чешуйки даражаси назорат гуруҳидан фарқ қилмади. Даволаш динамикасида 14- ва 21-кунларда бурун бўшлиғида яллиғланиш кучаяди, дэган хулосага келиш мумкин.

Адабиётлар:

1. Агзамова С. Ретроспективный анализ состояния офтальмологического статуса при травмах скулоорбитального комплекса //Стоматология. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (82). – С. 89-92.
2. Боймурадов Ш. 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. Лучевая диагностика политравмы : дис. – Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. АИ Евдокимова. Москва. 2014, 2014.
4. Доровских Г. Н. Сравнительный анализ чувствительности и специфичности различных методов лучевой диагностики при политравме //Аста Биомедиса Ссиентифиса. – 2014. – №. 4 (98). – С. 24-28.
5. Ильясов Д. М. Лечебная тактика при повреждении околоносовых пазух у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы : дис. – Ильясов Денис Маратович.–СПб., 2013.–24с, 2013.
6. 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.
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 //Универсум: 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., Боймурадов Ш. Современные аспекты диагностики и планирования хирургического лечения переломов скулоорбитального комплекса //Журнал вестник врача. – 2018. – Т. 1. – №. 4. – С. 129-134.

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Боймурадов Ш.А., Бакиева Ш.Х., Каримбердиев Б.И., Джураев Ж.А., Абдуллаев У.П.

Резюме. В данной статье представлены результаты клинико-лучевых методов обследования больных с травмами лобной полости. Сочетанная травма околоносовых пазух (СТОПП) в 95% случаев сопровождается повреждением костей лица и черепа. Наличие повреждений околоносовых пазух (ПОНП) у больных данной категории характеризуется высокой частотой инфекционных осложнений, проявляющихся как в раннем, так и в позднем после травматическом периоде. Частота осложнений при сочетанных травмах достигает 80% или выше, летальность колеблется от 33% до 90%. Посттравматический синусит возникает у больных, длительное время находившихся в аппарате искусственной вентиляции легких, у которых нарушается вентиляция околоносовых пазух, что вызывает застой в синусах. Эти изменения являются благоприятным фоном для развития воспалительных процессов.

Ключевые слова: лобная пазуха, рана, мукоцилиарный транспорт.