

UDK: 616.01/-099, 616-01/09

BURUN SUYAKLARI JAROHATLARINING ETIOLOGIYASI, DIAGNOSTIKASI, KLINIKASI VA DAVOLASH MASALALARI BO'YICHA ADABIYOTLAR SHARHI

Qo'ziyev Otabek Jo'raqulovich¹

Toshboyev Sodirjon Muxammadaliyevich²

Jo'raqulov Muxammad Ali Otabek o'g'li³

Alfraganus university ,DSc¹

RSTIM Fargona filiali eksperti, t.f.n.,dots,²

KIMYO xalqaro universitet talabasi ³

Annotatsiya

Maqolada - sud tibbiyoti ekspertiza amaliyotida burun suyaklari sinishi bilan bog'liq travmalarda, tan jarohatlarning og'irlik darajasini baholashda muhim xisoblangan etiologiya, diagnostika, klinika va davolash masalalari bo'yicha ishlab chiqilgan va o'rganilishi lozim bo'lgan jabhalarga e'tibor qaratilgan.

Kalit so'zlar: jarohat, burun suyaklari, tasnif,qontalash

Аннотация

В статье акцентируется внимание на аспектах, разработанных и подлежащих изучению в практике судебно-медицинской экспертизы по вопросам этиологии, диагностики, клиники и лечения, которые считаются важными при оценке степени тяжести телесных повреждений при травмах, связанных с переломами костей носа.

Ключевые слова: травма, кости носа, классификация, кровоподтеки.

Abstract

This article focuses on aspects developed and studied in forensic medical examination practice regarding etiology, diagnosis, clinical presentation, and treatment, which are considered important in assessing the severity of bodily injuries associated with nasal bone fractures.

Keywords: trauma, nasal bones, classification, bruises.

Adabiyotlarda keltirilishicha, burunning o'tkir jarohatlanishi umumiy otorinolaringologik bemorlarning 3,6-4,6%ini, alohida burun suyagining sinishi esa - 8%, ularning 18,8% da yuz suyaklarining aralash jarohati, 42,9% hollarda boshqa suyaklar jarohati bilan birga kelishiga to'g'ri keladi. Bunday jarohatga duchor bo'lgan

bemorlar sonining oshishini, asosan maishiy zararlanish va avtomobil halokatlarining ko'payishi bilan bog'laydilar. Ularning fikricha jarohatning ijtimoiy ahamiyatga ega tomoni, burun suyagi jarohatidan so'ng qoladigan turg'un deformatsiyalar va uning natijasida burun faoliyati buzilishi, keyinchalik esa boshqa organ va tizimlarning

vazifasi buzilib, jamiyatning mehnatga layoqatli a'zolari orasida nogironlik soni oshadi [5, 7, 49, 55].

Bundan tashqari N.F. Fedun burun jarohatidan so'ng qoladigan deformatsiyalar ko'p hollarda psixogen jarohatga sabab bo'lib, uning kuzatishicha inson uyatchan, kamgap bo'lib qoladi. Keyinchalik jamiyatdan o'zini olib qochadigan, ya'ni shaxsning patoxarakterologik o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

L.V.Jerenkova tekshirishlarida LOR – a'zolarini o'q otar qurollar bilan yaralanishi tinchlik davrida ham uchrab turib, uning kuzatuvlari natijasiga ko'ra, umumiy alohidalangan yaralanishning 25,2% LOR – a'zolarini yaralanishi tashkil qiladi.

B.V. Shevrigin hammual ning kuzatishlaricha, turli xildagi tashqi omillar, ya'ni kuch, turtki va uzoq vaqt bachadon devorini homila yuzi va burniga bosilishi natijasida burun suyaklarini jarohati homila ichi davrida yuzaga chiqishi mumkin. “Kesor” kesish yo'li bilan tug'ilgan bolalarda burun to'sig'ini qiyshayishi (7,0%) uchrab, tug'ruq yo'li orqali tug'ilgan bolalardan (21,0%) 3-4 marta kam uchraydi. Ular bu holatni quyidagilar bilan bog'laydilar: tug'ruq yo'lidan chiqish davrida kalla suyagining bo'rtib turgan qismlari (chakka va yonoq) katta bosimga uchraydi. Kompression kuch pastga yuqori jag' suyagiga beriladi va bunda suyakni biri ikkinchisiga yopishib, bosim qattiq tanglay yoyiga o'tadi, u esa kranial tomonga qiyshayadi va burun asosi ko'tariladi. Burun to'sig'i egallagan bo'shliq kichrayib, to'siq S- yoki S- simon qiyshayadi.

Tashqi burunni yuzda himoyasiz joylashganligi, uning suyak asosini nozikligi, bolalik davrini o'ziga xosligi sababli bu patologiya bolalar o'rtasida keng tarqalgan. Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, bolalar

o'rtasida burun jarohati 8,5-28% ni tashkil qiladi va yuz suyaklari jarohati orasida birinchi o'rinda turadi. Mualliflarning fikricha, kasalxonaga yotqizilgan bolalarni aksar qismini o'g'il bolalar (8-12 yosh oraliq'ida) tashkil etib, asosan jarohatlanish kuz va yoz oylaridan farqli ravishda qish oylarida ko'p uchraydi [11, 15, 25, 32, 34, 45].

B.V. Shevrigin hammual., ma'lumotiga ko'ra, 7 yoshgacha bolalarda suyaklar elastik bo'lganligi sababli yuz suyaklarining jarohati kam uchraydi, maktab yoshidagi bolalarda esa suyaklar mineralizatsiyasi va bola faolligi oshganligi tufayli burun suyagini jarohati ko'p uchrab, asosan qon quyilishlar, yumshoq to'qima zararlanishi, burunning tog'ay va suyak qismini sinishi kuzatiladi.

S.V. Ribalkin xammualiflari kuzatuvlaridan ma'lumki, bolalarda kattalardan farqli ravishda burun jarohatida asosan, (16,5%) burun to'sig'ining tog'ay qismidagi to'rtburchakli tog'ay chiqishi ko'rinishida zararlanadi, bu esa burun faoliyatini buzilishiga sabab bo'ladi.

S.B. Bezshapochniy fikricha esa, maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda suyak choklari suyakka nisbatan rezistent bo'lganligi sababli, burun suyagi jarohatida choklar ajralishi kuzatiladi.

Kattalarda burun to'sig'ini zararlanishi bolalardan farqli ravishda kam uchraydi (6,5%). Bolalarda burun suyaklari jarohatlanishi bilanoq burunning fiziologik faoliyatini turli xil darajada buzilishlari yuzaga keladi, 2-3 sutkada yuqori cho'qqiga yetib, 7-10 sutkada burun faoliyatida deformatsiya kuzatilmasa, tiklana boradi [3, 45, 48].

Ko'pgina olimlarning fikricha, burun jarohatida qon ketish asosan yuqorigi bo'limda, ya'ni oldingi g'alvirsimon arteriya qon bilan ta'minlaydigan sohada kuzatiladi [4, 5, 6, 9].

L.V. Jerenkova fikricha burun suyagi jarohati ayollarga nisbatan erkaklar o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, asosan 21-30 yoshlarda ko'p uchraydi. Bunga sabab ko'p hollarda noto'g'ri tarbiya, ya'ni alkogolizm, yoshlar o'rtasidagi urishishlardir.

Qator olimlarning fikricha yumshoq to'qima, suyak va tog'aylarning jarohatlanish darajasi, jarohat turi, zararlovchi omil kuchi, yo'nalishiga bog'liq bo'ladi. Kattalarda ko'proq burun suyagi va to'sig'i, kam hollarda peshona o'simtasining yuqori qismi hamda burun yondosh bo'shliqlari devori jarohatlanadi. Ba'zida burun jarohati burun qanoti yoki uchini uzilishi bilan kechishi mumkin. Burun jarohati aksariyat hollarda ko'p miqdorda qon ketish bilan kechadi. Bunda asosiy shikoyatlar: og'riq, qon ketish, yumshoq to'qimalar zararlanishi va shishi, nafas olishni qiyinlashishi yoki buzilishi, ba'zan hid bilishni buzilishi hisoblanadi [1, 4, 10, 12, 20, 21, 49].

Galkin I.V. fikricha aerodinamika buzilishidan miya po'stloq qismini faoliyati pasayadi, miyada qon aylanishi buziladi va xotira, diqqat pasayishi, bosh og'rishi, astmatik xurujlar, uch shoxli nerv nevrologiyasi va burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

Ko'pgina olimlarning fikricha, burundan qon ketishi burun suyaklari jarohatida yetakchi belgilardan biridir. Bunda qon ketish bir yoki ikki tomonlama, qisqa yoki uzoq vaqt davom etishi, kam yoki ko'p bo'lishi mumkin [2, 20, 25, 33, 44, 47, 49].

B.V. Shevrigin hammual., A.P.Kravchuk, I.V. Galkin fikricha, burun jarohatini o'ziga xos xususiyati, burun shakli, aerodinamikasini buzilishi bilan birga ba'zida yoki ko'p hollarda burunning hid bilish vazifasini ham buzilishidir. Hid bilishning turg'un buzilishiga sabab, tashqi burun

deformatsiyasi, burun to'sig'ini qiyshayishi, siljishli sinishlarda suyak bo'lagi bilan hid bilish analizatorlarini ezilishi va hid bilish sohasiga qon quyilganda, keyinchalik shu sohada chandiqli hosil bo'lganda hid bilish ipchalarini bosilishidir.

Burundan nafas olishni buzilishi oshqozon - ichak yo'llari faoliyatiga ta'sir etishi natijasida burunning boshqa vazifasi, oshqozon - ichak traktiga bog'liq hid bilish faoliyatini buzilishiga sabab bo'ladi. O'tkazilgan ko'pgina ishlardan ma'lumki, hid bilishning buzilishi asosan, burun suyaklarini sinishi va suyak bo'laklarini siljishi (yonga, burun bo'shlig'iga) aralash turida, burun to'sig'ini gematomasi, ho'ppozi bilan asoratlangan suyak sinishida ko'proq kuzatiladi [14, 19, 106].

Olimlarning fikricha burun jarohati turi zararlovchi omilning kuchi, turi (o'tkir, to'mtoq buyum) va yo'nalishiga bog'liq. Burun suyagini jarohati darz ketishi, suyak yoki tog'ay sinishi va chiqishi ko'rinishida bo'ladi. Zararlovchi kuch oldindan kelsa, burun suyaklarining ajralishi yoki sinishi ko'ndalang yo'nalishda bo'lib, bunday hollarda burun cho'kish namoyon bo'ladi. Kuch yon tomonlardan kelsa, burun suyagi va urilgan kuch tomonidagi peshona o'sig'i o'rtasidagi chok ochilib ketadi, urilgan kuchga qarama-qarshi peshona o'sig'i sinadi, natijada burun skoliozi va albatta burun to'sig'ini sinishi yoki chiqishi kuzatiladi, burun yonga siljiydi. Bunday bemorlarga ko'p hollarda o'z vaqtida yoki to'liq hajmda davolash o'tkazilmaganligi burun to'sig'ini qiyshayishlariga sabab bo'ladi (jarohatdan keyingi deformatsiya). Bolalarda burun to'sig'ining sinishi uning suyak-tog'ay qismida chandiqli o'zgarishlarni chaqiradi, to'siq deformatsiyasi turg'un bo'lib, burun to'sig'i va yuz skeleti suyaklarining to'g'ri

o'sishi buziladi. Deformatsiya natijasida burunning respirator va boshqa vazifalarini buzilishi surunkali ko'rinishda bo'lib, bolaning jismoniy va ruhiy o'sishiga ta'sir qiladi [45,47].

G.S Protasevich hammual., burun to'sig'i tog'ay qismini qiyshayishida undagi patomorfologik o'zgarishlarni aniqlashga qaratilgan ishlaridan ma'lum bo'lishicha, patologik jarayon davomiyligi bilan tog'aydagi distrofik o'zgarishlar intensivligi o'rtasida bog'liqlik bo'lib, kasallik qanchalik uzoq davom etsa, tog'aydagi patologik o'zgarishlar shunchalik jadaldir. Burun to'sig'ini burchaksimon qiyshayishida, uning oziqlanishi buzilganligi tufayli tog'ayda kuchli distrofik o'zgarishlar yuzaga chiqadi.

Ko'pgina adabiyotlardan ma'lumki, burun to'sig'ini qiyshayishi nafas chiqarish jarayoniga ta'sir etadi. Agar qiyshayish to'siqning tog'ay qismi boshlangan sohada bo'lsa, havo oqimi qiyshayish sohasiga urilib, orqaga, pastki nafas yo'li chig'anog'iga urilib, umumiy nafas yo'liga o'tib ketadi. Qiyshayish burun to'sig'ining orqa qismida bo'lsa, havo oqimi pastki nafas yo'li chig'anog'ining orqa qismiga uriladi, bunda burun bo'shlig'i shilliq qavatida kichik jarohatlar kuzatilib, uning butunligi va to'siq vazifasi buziladi. Natijada shilliq qavatga mikroorganizmlar, allergenlar va boshqa zararlovchi omillar kirishiga sabab bo'ladi va yallig'lanishlar kelib chiqadi. Torayish joylarida havo bosimi oshib, shilliq qavatning funksional holatiga ta'sir etib, vazomotor yoki gipertrofik rinitga sabab bo'ladi [28, 38, 39, 49].

V.P.Zaxarov hammual., kuzatishicha, burun yo'llaridan birini torayishida ham, bosh miya burun shilliq qavatida joylashgan nerv-reflektor oxiri shu sohadagi yallig'lanish borgan o'xshab signal oladi, natijada reflektor ravishda burun shilliq - suyuqlik ajrata

boshlaydi. Bunday burun bitishi bemorni yillab bezovta qiladi va noto'g'ri tashhis qo'yib, keyinchalik noto'g'ri davolanishiga sabab bo'ladi. Vaqtida o'tkazilgan choralar esa ularni oldini oladi.

Oxirgi yillarga kelib bosh miya - kalla suyagi jarohatini doimiy oshishi kuzatilmokda. Asosan avtomobil halokatlari soni oshib bormokda, u ko'p hollarda yosh va o'rta yoshli insonlar, ya'ni jamiyatning ishga layoqatli qatlamlari o'rtasida keng tarqalgan. SHunga ko'ra bunday jarohatlar tibbiy jihatidan emas, balki ijtimoiy jihatdan ham dolzarbdir. Kalla suyagining oldingi-parabazal qismning o'ziga xos anatomik tuzilishiga ko'ra, aralash jarohatlar kuzatiladi. Aralash jarohatlar - bir yoki bir nechta jarohatlovchi omil bilan ikkitadan ko'p anatomik sohaning jarohatlanishidir. Yuzning aralash jarohati 15,1%-15,6% tashkil qilib jarohatning og'ir turi hisoblanadi. Aralash jarohatlar jarohatning og'ir shakli bo'lib, bunga sabab «o'zaro moyillik sindromini» shakllanishiga bog'liq. Bunday bemorlar asosan hushsiz holatda bo'lishadi, to'liq anamnez yig'ish va tekshirish imkonini bermaydi, shu bilan birga ularni qimirlatish mumkin bo'lmaganligi sababli, rentgenologik va boshqa tekshiruv usullarini o'tkazish imkonini bermaydi. Alohidalangan jarohatdan farqi, aralash jarohatda asoratlar soni yuqori bo'ladi, ya'ni ahamiyatga ega asoratlar: sepsis va bosh miyani zararlanishidir [2, 30, 34, 40, 50].

Olimlarning fikricha, aralash sinishlarda nevrologik hamda oftal'mologik buzilishlar yaqqolliigi va xususiyati, kalla suyagi jarohatining tarqoqligiga, turiga va urilgan sohasiga, urilgan predmet ta'sir kuchiga bog'liq bo'ladi. Peshona sohasini keng yuzali buyum bilan urilishi holatida, kichik yuzali buyum bilan urilishga nisbatan hushdan ketish

ko'p kuzatiladi va bir necha minutdan bir soatgacha davom etadi. Bundan urilish sohasi qanchalik peshona bo'shlig'iga yaqinroq bo'lsa, hushdan ketish holati shunchalik kam uchraydi. Bu asosan bo'shliqlarni qayishqoqlik xususiyatiga bog'liq. Bosh og'rish, bosh aylanish, ko'ngil aynish va qayt qilish kabi belgilarga ega umumiy miya belgilari faqatgina 75% holatdagina uchraydi, 25% hollarda esa bu belgilar aniqlanmaydi. Fronto-bazal sinishda kalla suyagi bo'shlig'ini burun yondosh bo'shliqlari bilan patologik aloqasi paydo bo'lib, natijada ko'pgina yiringli asoratlarga sabab bo'ladi. Oldingi parabazal soha jarohatida esa, bazal-gipotalamik sindrom rivojlanadi: eyforiya, teri qoplamlarida gipergidroz holatlari, taxikardiya [2, 28, 34, 40, 50, 54, 55].

B.V Shevrigina fikricha, bolalarda ham aralash jarohatlar ko'p kuzatiladi, lekin ularda kattalardan farqli ravishda jarayon belgilarisiz kechadi, asosan erta yoshdagi bolalarda. Bu ularda kalla suyagi gumbazini elastikligi, liqildoq mavjudligi hisobiga miya ichi bosimi oshishi sekin kechishi bilan bog'liq.

Burun suyaklarini ochiq sinishi va yuqorigi lab jarohati bilan aralash kelishida uchraydigan asorat, bu vestibulonazal oqmadir. Bu asorat infeksiya qo'shilishidan burun bo'shlig'i tubi va to'sig'i ho'ppoz bilan asoratlanishi mumkin [5,7].

BURUN SUYAKLARINING
SINISHLARINING SINIQ BO'LAKLARI
SILJISHINING XUSUSIYATIGA QARAB, KLINIK
KO'RINISHI YOKI RENTGEN TEKSHIRUVLARI
MA'LUMOTLARIGA ASOSLANGAN HOLDA BIR
NECHA XIL TASNIFLAR MAVJUD.

V.N.Okunev (1917) burun suyagi sinishining quyidagi turlarini farqlashni tavsiya qiladi:

15. ko'ndalang sinishlar

16. bo'ylamasiga sinishlar

17. keng parchalanib sinishlar

Bu tasnif sinig bo'laklarini siljishini harakterini aks ettirmaydi. V.G.Ginzburg (1944) rentgen suratlari xususiyatlaridan kelib chiqqan holda sinishlarga tasnif beradi. U quyidagilarni farqlaydi:

- bo'ylamasiga va qiyshiq oddiy sinishlar

- mayda bo'lakli sinish

- parchalanib sinish

S.A.Proskuryakov (1947) tomonidan esa sinishlarning yetarli darajada to'liq va anchagina murakkab tasnifi tavsiya etiladi. Ushbu tasnif burun sinishining barcha turlarini o'zida mujassamlashtiradi, lekin keng qamrovli bo'lmaganligi sababli undan klinikada foydalanish ancha qiyin:

10. siniglarining ikki tomonlama siljishi bilan;

11. siniglarining bir tomonlama siljishi bilan;

12. siniglarining siljishsiz va nafasning buzilishisiz.

Ushbu tasniflash oddiy bo'lib, amaliyot shifokorlari uchun qulay, lekin u sinishlarning siljishi xususiyatlarini aks ettirmaydi, xususan burun devori tushishi bilan bo'lgan sinishlarni kiritmaydi.

M.I.Svetlakova (1954) tasnifida hatto sinishlarning asoratini ham kiritgan, S.A.Proskuryakovnikiga (1947) nisbatan hajmi kamroq, lekin amaliy ish uchun unchalik qulay emas.

Rentgenologik tekshiruv ma'lumotlariga asoslangan tasniflash Y.U.Fomicheva (1955) tomonidan tavsiya etilgan bo'lib, sinishlar siljishining 3 darajasini farqlaydi:

- sezilarsiz (zo'rg'a aniqlanadi), rentgenogrammada suyak siniglarining qalinligi 0,5 kattalikda siljigan;

- o'rtacha siljish (aniq ifodalangan, lekin ravshan emas), rentgenogrammada siljish suyak sinishi qalinligida;
- aniq ifodalangan siljish, rentgenogrammada suyak sinishining qalinligi kattaligidagi siljish.

Tasnifga shuningdek, burun to'siqlari sinishlari ham kiritilgan.

Ko'rinib turibdiki, bunda klinikada rentgenologik tasnifni birlashtirishga harakat qilingan. Lekin bu tasnif ko'proq burun orqasini orqa tomonga tushishi kabi siniqlarga taaluqli bo'lib, buni sinishlarni yon tomonlama siljishida qo'llash qiyinchilik tug'diradi.

Yu.N.Volkov (1958) sinishlarni quyidagicha bo'lishini taklif etadi:

6. Burun deformatsiyasiz va siniqlar siljishisiz sinishlar:

a) yopiq; b) ochiq.

7. Burun deformatsiyasi va siniqlar siljishi bo'lgan sinishlar:

a) ochiq; b) yopiq.

8. Burun to'siqlarining jarohatlanishi.

F.S.Bokshteyn (1982) tasnifi alohida diqqatga sazovor bo'lib, bunda sinishlar turi qanday bo'lmasin, barcha deformatsiyalarni 4 turga bog'laydi:

9. burun skeletini ichkariga tushishi

10. burun yonga siljishi

11. siniqlarning tashqariga siljishi

12. burun to'siqlarining sinishi

Bu tasniflashda siniqlar siljishining xarakteri aks etilgan, lekin ma'lumki, siniqlar siljishining muddati va ularni turli muddatlarda o'rniga tushishi mumkinligi siniqlar siljishining xarakteriga bog'liq. Bundan tashqari muallif siniqlar orasida «ochiq» va «yopiq» ni ajratib, burun orqa yumshoq to'qimalari jarohatlanishining bor yoki yo'qligini nazarda tutgan [32, 40].

Adabiyotlar ma'lumotlarini tahlil qilar ekanmiz, burun suyaklari sinishi yuzasidan qulay va sodda tasnifni topa olmadik.

Burun jarohati asoratlarini oldini olish va o'z vaqtida davo choralarini o'tkazishda to'g'ri qo'yilgan tashhisot katta ahamiyatga ega. Oxirgi yillarda fan va texnikaning jadal rivojlanishi bilan birga elektrorentgenodiagnostika sohasi rivojlandi. Bu usul oddiy rentgen usuliga nisbatan ko'p ustunliklarga ega, olingan suratlarini 2-3 daqiqa oralig'ida tayyor bo'lishi, yuqori kontrastlikka egaligi tufayli, tasvir aniq va har qanday kichik o'zgarishni aniqlashi mumkin va ayniqsa, bolalarda burun suyagi sinishini tashhisotida katta yordam beradi [17, 26, 31, 33, 36, 43].

Yuz suyaklari jarohatida kerakli diagnostik usullardan biri, bu rentgenologik usuldir. Bu usul orqali nafaqat sinish bor yo'qligini aniqlash mumkin, balki siniq bo'laklarini siljishini ham to'liq aniqlash imkonini beradi. Bemor bolalarni bezovtaligi, tinch turmasligidan rentgenologik tekshirishni o'tkazish imkonini bermaydi, shu bilan birga erta yoshdagi bolalarda yuz suyagi yupqaligi sababli, tasvirda kuchsiz soya beradi va tishlar soyasi bilan qo'shilib aniq tasvir ko'rinmaydi [31, 38, 42, 46, 47, 49].

V.N Kim hammual., [31] o'tkazgan kuzatuvlari natijasiga ko'ra, yon proyeksiyada o'tkazilgan rentgen diagnostikada burun suyagidagi mayda darz ketishni ham aniqlash mumkin, lekin suyak bo'laklarini siljishini hamma holda ham aniqlab bo'lmaydi. Bu esa noto'g'ri tashhisotga, keyinchalik esa posttravmatik deformatsiyaga sabab bo'ladi. Yarim o'qli-dahan proyeksiyasida ham yuqori jag'ning peshona o'sig'i, burun to'sig'i, ko'z kosasi va yonoq suyaklari jarohati haqida to'liq ma'lumot beradi, lekin burun suyagi va peshona o'sig'i siljishlarini to'liq aniqlab

berolmaydi. Uning fikricha, bunday hollarda tomografik tekshiruvdan foydalanish kerak.

L.V. Martinkenas burun jarohatida okklyuzion rentgenografiya usulidan foydalangandi. Bunda bemorga o'tirgan holida 4-5sm qora qog'ozga o'ralgan plenka og'izga solinib, tishlar yordamida ushlab turiladi va rentgenogramma o'tkaziladi. Bu uculni oddiy rentgenogrammadan ustun tomoni sinish turini aniqlash bilan birga lateral va medial siljishlarni ham to'liq aniqlab beradi.

Aksincha, Clayton M.J., o'z ishlarida burun suyagi sinishida rentgenologik tekshiruv usuli ijobiy natija berishini inkor etadi.

Rentgenologik usul bilan bir qatorda burun suyaklarini sinish turini aniqlash maqsadida oldingi rinoskopiya o'tkaziladi [11, 117, 24].

Yuqorida aytib o'tilganidek, bolalarda aralash jarohatlar ko'p kuzatiladi, lekin ularda kattalardan farq qilib, belgisiz kechadi, oddiy klinik usullar bunday hollarda yordam bera olmaydi. Bunday hollarda asosiy o'rin otalardan to'g'ri, to'liq yig'ilgan anamnezdir.

S.B. Bezshapochniy bunday hollarda reoensefalografiya va elektroensefalografiyadan foydalandi, uning kuzatuvlari natijasiga ko'ra, burun suyagining sinishining hamma turida nevrologik buzilishlar, ya'ni bosh miya gemodinamikasi va bioelektrik faolligi o'zgaradi, yengil darajadagi miya chayqalishi belgilari kuzatiladi.

Zamonaviy diagnostik usullardan biri, bu - komp'yuter tomografiya (KT) va magnit-rezonans tomografiya (MRT) usulidir. Bu usullardan so'ngi yillarda burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari diagnostikasida ham keng qo'llanib kelinmokda. MRT – inson organizmi a'zolarini ikki o'lchamda tasvirini

olish usulidir. Bu usul boshqa tekshiruv usullarining samarasizligida va tashhis qo'yish qiyin bo'lgan vaqtlarda katta yordam beradi [2, 37, 38].

Burun jarohatida ko'p uchraydigan belgilardan biri qon ketishdir. Burun bo'shlig'ida qon aylanishni tekshiruvchi usul, bu rinoreografiyadir. Bunda yonoq va burun yon qanotlari tashqi qismiga elektrodlar quyib aniqlaniladi [45, 48, 51, 54].

Oxirgi yillarda LOR – a'zolari kasalliklari diagnostikasida keng qo'llanib kelinayotgan yangi usullardan biri endoskopik usuldir. Endoskopni diagnostik maqsadda qo'llash tashhisni ishonarliligini oshiradi. An'anaviy usullarda tekshirilib, "sog'lom" deb baholangan tekshiriluvchilarning 40%da endoskopik usulda patologik o'zgarishlar aniqlanganligi tekshiruv usulining qimmatini belgilaydi [17,22, 33, 36, 49].

Burun suyaklari jarohatida burunning fiziologik vazifalari buzilishi sababli, nafas olish vazifasini o'rganish turli patologik holatlarni tashhisoti, konservativ va jarrohlik usullarida davolash choralari samaradorligini baholashda katta ahamiyatga ega. Buni aniqlashni bir necha usullari mavjud bo'lib, ularga quyidagilar kiradi: taxometriya – burun bo'shlig'idagi havo oqimi tezligini aniqlash, pressometriya - burunga kirish qismi yoki burun-halqumda bosimni aniqlash, volyometriya - burun bo'shlig'idan o'tayotgan havo hajmi o'lchanadi, akustik rinometriya - burun bo'shlig'iga yuborilgan impul'slar burun ichi tuzilmalarida aks etib, maxsus mikrofon yordamida yig'ilib, grafik ko'rinishda chiqariladi [24, 45, 51, 53, 55].

Tahlil qilingan adabiyotlar ma'lumotlariga binoan aksariyat olimlarning fikricha, burun suyagi yoki burun to'sig'i sinishiga shubha bo'lganda, ko'ruv vaqtida aralash jarohat va asoratlar: suyak sinishi va

shilliq qavat zararlanishida ko'p mikdorda qon ketishi, ko'z va ko'z yosh kanali jarohatlanganda ko'p ko'z yosh oqishi; g'alvirsimon suyak zararlanganda orqa miya suyuqligini oqishi kabi belgilarni e'tiborga olish kerak. Mutaxassis bo'lmagan insonlar ko'z yoshi bilan likvor farqini bilmaydilar. SHuning uchun burundan oqayotgan tiniq yoki qon aralash suyuqlik bo'lganda katta e'tibor bermoq kerak. Bunday hollarda tezda malakali yordam ko'rsatmoq kerak va albatta bemor maxsus, yuz-jag' sohasi jarrohligi bo'limida davolanishi kerak. Burun suyaklarini repozitsiyasi kosmetik va funksional samara berishi uchun jarohatlanishning birinchi soatlaridanoq o'tkazish kerak [10, 13, 34, 40, 52, 53, 54]. Ularning fikricha, o'z vaqtida o'tkazilgan redressatsiya va birlamchi jarrohlik ishlovini o'tkazish davolanish kunini qisqartiradi va og'ir asoratlarni oldini oladi.

Burun suyagi repozitsiyasini kechiktirish mumkin bo'lgan muddati M.F Mannapov va Murrau fikricha, 7-10 kundan kechiktirmasdan o'tkazilishi kerak.

I.Sh.Yanov hammual fikricha, yuz suyaklarini aralash jarohatlarini erta kompleks davo choralari o'tkazish bemor hayotini saqlab qolish va asoratlarni oldini olishga olib keladi. SHuning uchun ham, jarohatlanishni o'tkir davrida nafas va yurak-qon tomir yetishmovchiligini oldini olish, qon aylanish, energetik almashinuvni korrektsiyalashga qaratilgan simptomatik muolajalarni o'tkazilishi kerak.

Aralash jarohatlarni maxsus davolashni kechiktirib bo'lmaydigan, tez va kechiktirib bo'ladigan turlari mavjud. Kechiktirib bo'lmaydigan davoga: qonni to'xtatish, tashqi nafasni tiklash.

Tez davoni 2 sutka ichida o'tkazish kerak: yarani birlamchi ishlov berish, yuz suyaklari siniqlarini to'g'rilash, vaqtincha

yoki butunlay mustahkamlab qo'yish. Kechiktirib bo'ladigan maxsus davoni 48 soatdan keyin o'tkaziladi. Bunday davo bemor ahvoli o'ta og'ir bo'lganligi sababli, erta davo choralari o'tkazilmagan bemorlarda o'tkaziladi: asoratlarni davolash, singan suyak siniqlarini turg'un to'g'rilash [3, 6, 34, 37, 40, 50].

Ko'pgina olimlarning fikricha, bemorni ahvoliga qarab davo immobilizatsiyasini 3-5 kunga qoldirish mumkin. Ammo, kalla suyagi va yuqori jag' suyagini aralash jarohatida jag' suyagini turg'un fiksatsiyasi erta o'tkazilmasa, ajralgan shilliq suyak siniqlari orasidan bosh miyaga quyilib, yiringli asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. YOnoq suyaklarini 4-6 haftagacha repozitsiyasini o'tkazish mumkin, chunki siniqlar oralig'ida yupqa fibroz chandiq hosil bo'lib, yonoq suyagini osonlik bilan joyiga to'g'rilash imkonini beradi [16, 18, 34, 49, 52, 53].

Aralash va alohida jarohatlarda yuzaga chiqadigan asoratlarga: travmatik osteomiyelit, burundan qon ketish, aspiratsion zotiljam bo'lib, travmatik osteomiyelit suyak siniqlarini o'z vaqtida, to'g'ri va yetarlicha mustahkamlanmaganligidan kelib chiqadi. Jarohatni o'tkir davrida eng og'ir asoratlardan biri aspiratsion zotiljam bo'lib, kasalxonaga bemor murojat qilishi bilan, klinik belgilar yuzaga chiqmasdan traxeobronxial shoxlarni vaqti-vaqti bilan sanatsiya qilish va yallig'lanishga qarshi davo choralari o'tkazish kerak [6, 34, 50, 54].

Xulosa qilib aytganda, burun suyaklarining alohida va qo'sh jarohatlarining kelib chiqishi, ularni o'z vaqtida muqobil tashhislash usullari, to'g'ri maqsadga yo'naltirilgan davo choralari qo'llash va reabilitatsiya qilish masalalari adabiyotlarda keng yoritilgan. Ularni atroflicha tahlili klinik va paraklinik tekshirishlar natijasiga ko'ra

tizimga solingan, ammo masalaning tasnifiy jihatlariga kam e'tibor berilgan. Kelajakda sud tibbiyoti amaliyo burun suyaklarining alohida va qo'sh jarohatlari bilan bog'liq

bo'lgan holatlarda tan jarohatlarni o'g'irlik darajasini baholash uchun xolislikni ta'minlash maqsadida ushbu, mavzu yanada kenroq o'rganilishni taqozo qiladi.

Adabiyotlar ro'yxati

1.Aznauryan V.A. Sovremenniy aspekti lecheniya destruktivnix zabolevaniy i kombinirovannix deformatsiy narujnogo nosa i nosovoy peregorodki: Avtoref dis. ... d-ra med nauk. – Moskva, 2003. – 37 s.

2.Aleksandrov A.N., Plujnikov M.S., CHervinskaya A.V. Sovremenniy metodi issledovaniya nosa i okolonosovix pazux. // Journ. ross. rinologiya.-1996. - №2-3. - S.42.

3.Aleksandrov N. M., Arjansev P. Z. Travmi chelyustno-litsevoy oblasti. - M.: Izd-vo "Meditsina". - 1986. - S. 41-55

4.Antonov V.A., Prokof'yeva ye.E. Neposredstvenniy rezul'tat spetsializirovannogo lecheniya postradavshogo s mnojestvennimi perelomami kostey litsevoogo skeleta pri sochetannoy travme. // Journ. ushn. nos i gorl. bol. - 1982. - №3. - S. 93-95.

5.Arjansev P.Z., Ivashenko G.M., Lur'ye T.M. Lecheniye travm litsa. M: Meditsina, 1975. - 242 s.

6.Baronov A.I. Lecheniye postradavshix s izolirovannimi i mnojestvennimi perelomami litsevoogo skeleta pri sochetannoy travme: Avtoref. diss... kand. med. nauk. – Moskva, 1986. - S. 10-15.

7.Bezshapochniy S.B. O klassifikatsii perelomov kostey narujnogo nosa //Journ. ushn. nos i gorl. bol. - 1990. - №4. - S. 51-53.

8.Bezshapochniy S.B. Razrabotka i teoreticheskoye obosnovaniye metodov diagnostiki i lecheniya perelomov kostey nosa i stenok okolonosovix pazux: Avtoref dis. ... d-ra med nauk. – Kiyev, 1984. – 35 s.

9.Bezshapochniy S.B. Xirurgicheskaya anatomiya sosudov i nervov nadkostnitsi nosovix kostey cheloveka //Journ. ushn. nos i gorl bol. - 1982. -№3. - S.38-41.

10. Bezshapochniy S.B. Xirurgicheskaya korreksiya posttravmaticheskix deformatsiy nosa. //Journ. ross. rinologiya. - 1999. - №1. - S. 23-25

11. Bezshapochniy S.B., Bassak L.E., Biblina I.M. Kliniko-elektrofiziologicheskiye pokazateli u bol'nix s travmoy narujnogo nosa. //Journ. ushn. nos i gorl bol. - 1982. - №5. - S. 60-62

12. Belchenko V.A. Rekonstruktsiya verxney i sredney zon u bol'nix s posttravmaticheskimi defektami i deformatsiyami litsevoogo skeleta s ispol'zovaniyem autotransplantov membranoznogo proisxojudeniya i metallokonstruktsiy iz titana //Vestnik otorinolaringologii – 2002. - №4. - S. 41-42

13. Belchenko V.A., Kaurova L.A. Rekonstruktsiya narujnogo nosa u bol'nix s posttravmaticheskimi defektami i deformatsiyami kostey nosa – etmoido – glaznichnogo kompleksa. //Vestnik Otorinolaringologii – 1997. -№5. - S.31-34.

14. Bernadskiy YU.Y. Travmatologiya i vosstanovitel'naya xirurgiya chelyustno-litsevoy oblasti. – Kiyev: Nauka, 1983. – 235 s.

15. Boyko N.V. Osobennosti neyrohumoral'noy regulatsii sosudistogo tonusa u bol'nix s privichnimi nosovimi krovotечeniyami. //Vestnik Otorinolaringologii. - 2002. - №3. - S.16-19.

16. Borzov ye.V., Lopatin S.B. Issledovaniye nosovogo dixaniya metodom komp'yuternoy pnevmotaxometrii // Journ. ross. rinologiya. - 1996. - № 2-3.-S. 42-43.
17. Burkov V.P. Ortopantomografiya v rentgenodiagnostike zabolevaniy LOR-organov. //Vestnik Otorinolaringologii. - 1991. - №5. -S.71-72.
18. Gadjimirzayev G.A. Sochetanniye operatsii pri deformatsiyax narujnogo nosa. // Journ. ross. rinologiya. - 1993. - №1. - S. 23-24.
19. Galkin I.V. Sostoyaniye dixatel'noy funksii polosti nosa pri travmaticheskix perelomax nosovix kostey. //Voprosi fiziologii i patologii vernix dixatel'nix putey.- tom XX A.-M.-1976.-S.32-36.
20. Gorbachev V.N. Perelomi kostey nosa i ix lecheniye. //Laboratornaya diagnostika na slujbe sudebnoy meditsini. -Sb. nauchn. tr. obshey redak. prof. Konenko V.I. -Xar'kov.-1985.-S.68-69.
21. Gorbachevskiy V.N., Minin YU.V., Olude O.A. Taktika xirurgicheskogo lecheniya bol'nix s deformatsiyami narujnogo nosa. //Journ. ushn. nos i gorl bol.-1993.-№3-S.30-32.
22. Grechkina A.K., Rashupkin B.S., Nosov V.D. K sudebno-medsinskoy xarakteristike perelomov nekotorig kostey litsevogo skeleta. //Voprosi sudebnoy meditsini i ekspertnoy praktiki.- 1973.-Vipusk 5.-M. -S.231-233.