

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

КАРИМБЕРДИЕВ БАХРИДДИН ИСМАТИЛЛОЕВИЧ

**БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Каримбердиев Бахриддин Исмаилов

Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатлари диагностикаси ва даволашни такомиллаштириш..... 3

Каримбердиев Бахриддин Исмаилов

Оптимизация диагностики и лечения сочетанных травм придаточных пазух носа..... 21

KarimberdievBakhriddin Ismatilloevich

Optimization of diagnosis and treatment of combined injuries of the paranasal sinuses..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

КАРИМБЕРДИЕВ БАХРИДДИН ИСМАТИЛЛОЕВИЧ

**БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2023

Фалсафадоктори(PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2022.2.PhD/Tib2660 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.tsd1.uz) ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали (www.ziyo.net.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Рязанцев Сергей Валентинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Россия Федерацияси)

Шамсиев Джахонгир Фазлиддинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

А.Алиев номидаги Озарбайжон давлат шифокорлар малакасини ошириш институти (Озарбайжон)

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99.

Диссертация автореферати 2023 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2023 йил «___» _____ даги № ___ рақамли реестр баённомаси)

Н.К.Хайдаров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Л.Э.Хасанова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш котиби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А.Абдуқаюмов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра «...охирги 10 йилда кўшма жароҳатлар сони 3 баробардан кўпроққа ошганлиги қайд этилмоқда. Бурун ёндош бўшлиқларининг кўшма жароҳати (БЁБҚШ) 95% ҳолларда юз суяклари ва бош суягининг жароҳати билан кечади. Кўшма жароҳатларда асоратларнинг частотаси 80% га етади ёки ундан ошади, ўлим 33% дан 90% гачани ташкил қилади...»¹. Хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, ЛОР-аъзолар жароҳатларининг 43-53,3% бурун ва БЁБ (бурун ёндош бўшлиқлари) жароҳатларига тўғри келади. Кўшма жароҳатлар сони алоҳида учрайдиган жароҳатлар сонидан кўп бўлади, кўшма жароҳатда турли клиник манзаранинг намоён бўлиши, жароҳат структурасининг кўп жароҳатли кўринишда ўзгариши уни янада мураккаблаштиради. Кўп сонли жароҳат олган беморларнинг 70% дан кўпи реанимация ва интенсив терапия бўлимларида даволанади². Бугунги кунга келиб, жароҳатли касаллик ривожланишининг патофизиологик механизми тўғри очиб берилган, шунинг учун кўп сонли жароҳатларнинг патогенетик реанимация давоси яхши йўлга қўйилган.

Дунёда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг кечиши ва асоратларига таъсир қилувчи омилларнинг муҳимлигини тасдиқловчи бир қатор ишончли клиник ва эпидемиологик тадқиқотлар мавжудлигига қарамай, бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатини ўз вақтида ташхислаш ва комплекс даволашнинг аҳамияти ҳали ҳам етарли даражада аниқланмаган. Шу сабабли, бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг тарқалганлигини аниқлаш; бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг турларини ва уларнинг учраш частотасини аниқлаш; бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватининг қиёсий функционал тадқиқотлари; бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг кечиши ва асоратларига таъсир этувчи омилларни аниқлаш илмий тадқиқотнинг устувор йўналиши бўлиб қолмоқда. БЁБнинг жароҳатлари кўпинча, микроорганизмлар учун озуқавий муҳит бўлган бўшлиқ гематомаси, чиқариш йўллариининг шикастланиши билан бирга кечади. Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг кенг тарқалганлиги ва ушбу патологиянинг камаймаётганлиги сабабли буларнинг барчаси муаммонинг долзарблигидан далолат беради.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш ва ислоҳ қилиш, тиббиёт тизимини жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, юқори ва пастки нафас йўллари касалликлари тарқалишининг олдини олиш, уларнинг асоратларини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026-йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегиясининг 7 та устувор йўналишига мувофиқ, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «... аҳолига

¹Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг йиллик ҳисоботи

²Ашуров А. Частота, клиника и диагностика посттравматических фронтитов и сфеноидитов у больных с травмой костей лицевого скелета //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 1 (78). – С. 93-96.

бирламчи тиббий-санитар хизмат кўрсатиш сифатини ошириш..."³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда сурункали риносинуситни эрта ташхислаш ва самарали даволаш соҳасида илмий тадқиқотлар олиб бориш ва шу орқали пастки нафас йўлларида асоратларнинг олдини олишга, шунингдек, ногиронлик ва ўлим даражасини янада камайтиришга ҳисса қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида”ги ПҚ-60-сон, 2017 йил 20 июндаги “Ўзбекистон Республикаси аҳолисиغا 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3071-сон, 2017 йил 4 апрелдаги “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2866-сон қарорлари, 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сон, 2017 йил 16 мартдаги “Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-4985-сон, 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон фармонлари, шунингдек, ушбу фаолият билан боғлиқ бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг IV “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатининг учраш частотаси бўйича илмий тадқиқотлар натижалари мавжуд (Sirko A.G., Pilipenko G.S., Tonchiev M.D., 2018). Қўшма жароҳат олган беморларда жароҳатдан кейинги асоратларнинг клиник кечиши ва ривожланиш механизмлари очиб берилди. Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати нурли диагностикасининг замонавий усуллари (МСКТ, МРТ, ултратовуш, рентгенография) ишлаб чиқилди.

Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатининг узоқ муддатли натижалари жуда кам ўрганилган, кўриб чиқиладиган илмий адабиётларда жароҳатдан кейинги синусит, хусусан, гайморит ва фронтитнинг патогенези бўйича асосий маълумотлар йўқ (Мезенцева О.Ю., 2019). Жароҳатдан кейинги даврда даволаш динамикасида табиий тешик ҳолатини ўрганиш стаз ва синусит ривожланишининг асл моҳиятини тушунишга ёрдам беради. Охирги илмий маълумотлар нозокомиал синуситнинг этиопатогенезини

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида”ги ПҚ-60-сонли фармони

ўрганишга бағишланди. Бўшлиқ деворларини тиклашнинг янги усуллари ишлаб чиқилди.

БЁБ кўшма жароҳатининг оқибатлари нафақат юзнинг бузилишида, балки юқори жағ бўшлиқларининг жароҳатдан кейинги синусити, фронтит, юқори жағ ва пешона суякларнинг остеомиелитлари ва орбитадаги яллиғланиш жараёнлари каби асоратларнинг ривожланишида ҳам намоён бўлади (Боймурадов Ш.А., Нармуротов Б.К., 2021). Кўшма жароҳатларда тиббий ёрдамни ўз вақтида кўрсатмаслик, БЎБ жароҳати даражасини етарли даражада баҳоламаслик натижасида қўлланган нотўғри даволаш тактикаси асоратларнинг шаклланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Бироқ, адабиётларда бурун ёндош бўшлиқлари кўшма жароҳатларини эрта ташхислаш ва даволаш бўйича илмий маълумотлар етарли эмас.

Буларнинг барчаси ушбу соҳада илмий тадқиқотлар ўтказиш зарурлигидан далолат беради.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режаси билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг 01997390385-сонли лойиҳаси доирасида “Асосий оториноларингологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва самарали олдини олишнинг янги усулларини излаш” илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ амалга оширилди (2018-2022й.).

Тадқиқотнинг мақсади: юз скелети, бош суяги ва бошқа суякларнинг кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари кўшма жароҳатларини даволаш натижалари самарадорлигини оширишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

юз-жағ соҳаси ва бош мия кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг учраш частотасини аниқлаш;

юз-жағ соҳаси ва бош мия кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари жароҳатининг 3D анатомиясини ва бурун бўшлиғи шиллик қаватининг функционал ҳолатини баҳолаш;

юз-жағ соҳаси ва бош мия кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари жароҳатининг эндоскопик манзарасини ва бурун ёндош бўшлиқлари ичидаги таркиб ҳолатини баҳолаш;

юз-жағ соҳаси ва бош мия кўшма жароҳати, бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати бўлган беморларда йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланишига таъсир қилувчи омилларни аниқлаш;

юз-жағ соҳаси ва бош мия кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатини даволаш ва ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2018-2022 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасининг ЛОР бўлимида бурун ёндош бўшлиқлари кўшма жароҳатлари ташхиси билан даволанган 18-60 ёшдаги 142 нафар бемор текширилди.

Тадқиқотнинг предмети: Нурли ташхисот усуллари: бош суягининг тўғридан ва ён проекцияли рентгенографияси, бош суяги ва БЁБнинг МСКТ

текшируви, бош миянинг МРТ текшируви, бурун ва БЁБлари шиллик қавати, бурун ва БЁБларидан ажралма.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертация ишида умумклиник тадқиқот усуллари, оториноларингологик, эндоскопик, рентгенологик, бурунни текширишнинг функционал усуллари: Воячек усули бўйича нафас олиш ва ҳид билиш функцияларини, Г.З.Пискунов бўйича мукоцилиар клиренсни текшириш усулларидан фойдаланилди. Статистик тадқиқот усуллари: ўртача арифметик оғиш (M), ўртача квадрат оғиш (σ), ўртача арифметик хато (t), ишончлилиқ кўрсаткичини (P) топиш билан вариацион статистика усули. Шунингдек беморларга бошқа тор йўналиш мутахассислар маслаҳати ўтказилди: реаниматолог, офталмолог, нейрохирург, рентгенолог ва бошқа мутахассис кўриги.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларинингучраши аниқланган;

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари шикастланишининг 3D (уч томондан) ва бурун бўшлиғи шиллик қаватининг функционал ҳолати баҳоланган;

юз-жағ соҳаси қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари шикастланишининг эндоскопик манзараси (реал ҳолати) ва бурун ёндош бўшлиқлари таркиби аниқланган;

илк бор юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган, бурун ёндош бўшлиқлари шикастланган беморларда йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланишида аҳамиятли бўлган омилларга тавсиф берилган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари шикастланишининг 3D анатомияси услуби бўйича бурун ёндош бўшлиқлари деворлари ҳолатини баҳолашнинг тавсиялари ишлаб чиқилган;

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг функционал ҳолатини баҳолаш ва даволашни режалаштириш тавсия этилган;

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда даволашни режалаштиришда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари шикастланишининг эндоскопик манзарасини баҳолаш ва бурун ёндош бўшлиқлари ичидаги таркиб ҳолатини ўрганиш тавсия этилган;

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган, бурун ёндош бўшлиқлари шикастланган беморларда йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланишига таъсир қилувчи омилларни баҳолаш усуллари тавсия этилаган;

юз-жағ соҳаси ва бош миянинг қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари шикастланишларини даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги эрта ташхислаш ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларини эрта репозициялаш усуллари кўллаш

жароҳатдан кейинги асоратларнинг олдини олиш эканлиги билан тасдиқланади. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланади. Статистик қайта ишлаш олинган натижаларнинг ишончилигини тасдиқлади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларнинг илмий аҳамияти клиник-функционал, эндоскопик, рентгенологик каби текширувларда олинган натижаларнинг илмий аҳамиятига асосланган хулосалар ва тавсиялар эрта ташхислаш усулларини оптималлаштиришга, шунингдек, бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини эрта ташхислаш ва комплекс даволашнинг самарали алгоритмларини ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ташхисотнинг ва комплекс даволашнинг ишлаб чиқилган алгоритми даволаш тактикасини амалга ошириш сифатини яхшилашга имкон беради ва ўз навбатида беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берганлиги билан изоҳланди.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари асоратларини эрта ташхислаш ва комплекс даволашда клиник ва лаборатория кўрсаткичларининг аҳамияти тўғрисидаги илмий натижалар асосида:

бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатлари ташхисоти самарадорлигини ошириш бўйича ўтказилган илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган “Қўшма юз жароҳатларида қоннинг реологик хусусиятлари ҳолатининг хусусиятлари” услубий тавсиянома тасдиқланган, (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 14 июндаги 8н-р/504-сонли хулоса). Ушбу услубий тавсиянома бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини ташхислаш, беморларни динамикада клиник кузатиш орқали ушбу касаллик билан боғлиқ асоратларни олдини олиш имконини беради;

бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини даволаш самарадорлигини ошириш бўйича ўтказилган илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган “Юз скелети суяқларининг қўшма жароҳатлари бўлган беморларни комплекс даволаш усули” услубий тавсиянома тасдиқланган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 14 июндаги 8н-р/528-сонли хулоса). Ушбу услубий тавсияномада акс этган тадқиқот натижалари бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини даволаш самарадорлигини оширишга, ушбу касаллик асоратларини самарали олдини олиш ҳисобига беморлар ҳаёт сифатининг яхшиланишига имкон берди;

Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини ташхислаш, даволаш ва асоратларни эрта олдини олиш бўйича илмий натижаларни такомиллаштиришга қаратилган тадқиқотлар натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, шу жумладан Тошкент тиббиёт Академияси Оториноларингология кафедраси, 7-шаҳар клиникаси клиник амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

2021 йил 8 августдаги 8н-д/271-сонли хулоса). Тадқиқот натижаларининг жорий этилишибурун ёндош бўшлиқлари кўшма жароҳатлари бўлган беморларни даволаш самарадорлигини оширишга имкон беради, даволаш-профилактик ёрдам сифатини, яшаш сифати ва давомийлигини яхшилади ва биргаликда ушбу патология асоратлари ривожланишининг камайишида намоён бўлади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 2 таси хорижий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертация ҳажми 122 та бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **“Кириш”** қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари асосланган, объект ва предмет тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва технологиясининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши тўғрисидаги маълумотлар очиқ берилган.

Диссертациянинг **“Адабиётлар шарҳи”** бобида диссертант томонидан ўтказилган тадқиқотнинг ушбу мавзуси бўйича хорижий ва маҳаллий адабиётлар шарҳи тақдим этилган. Бурун ёндош бўшлиқларининг жароҳатлари муаммоларининг ҳозирги ҳолати тўғрисида маълумотлар, шунингдек, ушбу патологиянинг этиологияси, патогенези, дифференциал диагностикаси хусусиятлари ҳақида умумий маълумот берилган, оториноларингологик амалиётда клиник симптомлар тавсифининг аҳамияти, замонавий диагностика муаммолари, даволашнинг мавжуд усулларини танлаш, шунингдек муаллифнинг муаммони илмий ҳал қилишга ёндашуви баён этилган.

Диссертациянинг **“Беморларнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари”** деб номланган иккинчи бобида 2018-2021-йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ЛОР бўлимида стационар даволанган 142 нафар беморни текшириш натижалари келтирилган. Барча беморлар 2018 йилдан 2021 йилгача Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасида катталар ЛОР ва юз-жағ жарроҳлиги, нейрохирургия,

травматология, анестезиология ва реанимация бўлимида стационар даволанишган. Беморларнинг ёши 18 ёшдан 68 ёшгача бўлиб, 142 нафар бемордан 112 нафари (78,8%) эркак, 30 нафари (21,2%) аёллардир. Барча беморлар олинган жароҳатдан кейин шошилиш равишида шифохонага ётқизилди (1-жадвал).

1-жадвал

БЕБнинг қўшма жароҳати бўлган беморларнинг жинс ва ёш бўйича тақсимланиши **n=142 (100%)**

Беморлар ёши (ёш)	Жинс				Жами		40 ёшгача
	Эркаклар		Аёллар		абс	%	
	абс	%	абс	%			
21-30	55	38,7	10	7	65	45,7	126 (88,7%)
31-40	30	21	11	7,8	41	28,8	
41-50	17	12	3	2,1	20	14,1	
51-60	5	3,6	3	2,1	8	5,7	16 (11,3%)
60 ёш ва ундан катталар	5	3,6	3	2,1	8	5,7	
Ҳаммаси	112	78,9	30	21,1	n=142	100	

1-жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг 88,7%ни 50 ёшгача (21 ёшдан 30 ёшгача - 45,7%, 31 ёшдан 40 ёшгача - 28,8%, 41 ёшдан 50 ёшгача - 14,1%) бўлган беморлар ташкил этди. 50 ёшдан ошган беморлар сони 11,3% ни ташкил этди.

Диссертациянинг учинчи “Шахсий тадқиқотлар натижалари” бобида кенг қамровли текширув натижалари таҳлили келтирилган.

Беморларни объектив текшириш дастлабки ташхисни қўйиш учун хизмат қилди, якуний ташхис эса, рентгенологик текшириш усули асосида амалга оширилди.

Бурун бўшлиғи эндоскопик текширилганда бурун бўшлиғи шиллик пардаси остига қон қуйилишлар (**n=51; 36%**), уларда қон лахтаklarининг мавжудлиги (**n=62; 43,6%**), пастки бурун чиғаноқларининг ҳолати, бурун тўсиғи ҳолати баҳоланди, 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 ажралма (**n=21; 15%**), йирингли ажралма (**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 бўлдик:

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

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

3-гурух юкори жағ деворларининг кўшма жароҳати бўлган 47 та бемордан иборат бўлди.

20 нафар соғлом одамнинг маълумотлари назорат гуруҳи бўлиб хизмат қилди.

Ҳар бир гуруҳ жароҳатли касаллик кечишининг ўзига хос хусусиятларига эга бўлиб, у жароҳатнинг жойлашишига, мия шикастланишига, кўшма жароҳатларда суяк тузилмасининг шикастланиш даражасига боғлиқ бўлди.

Ташқи текширув вақтида юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли юз ассиметрияси, деформация 89% (n=41) беморларда, 32% (n=15) беморларда эса пешона соҳасида нуқсон аниқланди (1-расм). Палпация 100% беморларда (n=46) оғриқли 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. Беморларнинг 95,6%да (n=44) МСКТ синусларда қон борлигини кўрсатди, фақат 1 та беморда синусларда сероз суюқлик мавжудлиги қайд этилди. 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.

Мукоцилиар клиренс натижалари шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари силжимаган n=30 беморларда сахарин вақти назорат гуруҳидаги беморларга $18,1 \pm 0,03$ (P<0,02) қараганда $21,1 \pm 0,05$ га узоқроқ, суяк бўлақлари силжиган n=16 беморларда эса, ушбу вақт назорат гуруҳига қараганда янада узоқроқ $22,3 \pm 0,04$ давом этди (P<0,05) (2-жадвал).

2-жадвал

Пешона бўшлиғи деворлари шикастланган беморларда мукоцилиар клиренс кўрсаткичлари n= 46 (100%)

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлақлари силжимаган, n=30	Суяк бўлақлари силжиган, n=16
Сахарин вақти, дақиқа	$18,1 \pm 0,03$	$21,1 \pm 0,05^*$	$22,3 \pm 0,04^{**}$

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

Бурун шиллик қаватининг сўриш функциясини ўрганиш қуйидагича ўтказилди: бунда атропиннинг 1% эритмаси билан намланган докали турунда буруннинг текширилаётган ярмининг бурун йўлига 15 дақиқага қўйилди. Натижалар шуни кўрсатдики, суяк бўлақлари силжимаган n=30 беморларда $73 \pm 0,05$ дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз (кўз қорачиғининг торайиши) назорат гуруҳи кўрсаткичидан (P<0,02) $6 \pm 0,02$ дақиқа кечроқ содир бўлди ва суяк бўлақлари силжиган n=16 беморларда ушбу кўрсаткич $75 \pm 0,04$ дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз назорат гуруҳига қараганда $8 \pm 0,04$ дақиқага кечроқ содир бўлди (P<0,05) (3-жадвал).

Пешона бўшлиғи деворлари шикастланган беморларда бурун шиллик қаватининг сўриш функцияси кўрсаткичлари **n=46 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлаклари силжимаган, n=30	Суяк бўлаклари 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 бўлаклари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P <0,05$).

Буруннинг ажратиш функциясини ўрганишга ҳам катта 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 бўлаклари **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 бўлаклари **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 ($P<0,01$) (4-жадвал).

Пешона бўшлиғи деворлари шикастланган беморларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари **n=46 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Суяк бўлаклари силжимаган, n=30	Суяк бўлаклари силжиган, n=16
Пахтали шарча оғирлиги, 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 бўлаклари силжиган беморлар натижаларига нисбатан фарқлар - ($P <0,01$).

МСКТ текширувида барча беморларда 100% (**n=49**) бурун суяқларининг синиши қайд этилди, улардан 40%да (**n=20**) ғалвирсимон бўшлиқ деворлари ва 30%да (**n=15**) бурун-ёноқ-орбита комплекси жароҳати аниқланди. МСКТда беморларнинг 40%да (**n=20**) ғалвирсимон бўшлиқда қон борлиги аниқланди. Беморларнинг 100% (**n=49**) да бурун-ёноқ-орбита комплекси суяк бўлакларининг силжиши қайд этилди.

Бундан ташқари, пешона бўшлиғи жароҳатланган беморларда биз (**n=11; 22%**) бурун тўсиғининг қийшайиши (S-симон, тизма, ўсимта), ўрта бурун чиғаноғининг пневматизацияси (concha bullosa) (**n=9; 18%**) мавжудлигини, бурун тўсиғининг S-симон эгрилигини (**n=38; 77%**), ўрта бурун чиғаноғининг ёнга силжишини (**n=9; 18%**), илмоқсимон ўсиқнинг гипертрофиясини (**n=11; 22%**) аниқладик.

Мукоцилиар клиренс натижалари шуни кўрсатдики, ғалвирсимон бўшлиқ деворлари жароҳатланган **n=20** беморларда сахарин вақти ғалвирсимон бўшлиқ деворлари жароҳатланмаган гуруҳ ва назорат гуруҳидаги беморларга $18,1 \pm 0,03$ ($P < 0,05$) қараганда узоқроқ, яъни $22,3 \pm 0,04$ дақиқа давом этди, ғалвирсимон бўшлиқ деворлари жароҳатланмаган **n=29** беморларда эса, ушбу вақт назорат гуруҳига қараганда узоқроқ, яъни $21,1 \pm 0,05$ дақиқани ташкил этди ($P < 0,02$) (5-жадвал).

5-жадвал

Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган беморларда бурун секретини кўрсаткичлари (сахарин вақти) **n= 49 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган, n=20	Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган, n=29
Сахарин вақти, дақиқа	$18,1 \pm 0,03$	$23,2 \pm 0,04^{**}$	$21,2 \pm 0,03^*$

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

Мукоцилиар тозалашнинг ушбу бузилишлари ғалвирсимон бўшлиқнинг шикастланиши ва бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишиши билан боғлиқ бўлиб, у шиллик ҳаракатининг секинлашишига олиб келди ва даволашдан кейин бу кўрсаткич назоратга яқинлашди.

Бу гуруҳда бурун шиллик қаватининг **сўриш функциясини** ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган **n=20** беморларда у $76 \pm 0,04$ дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз (кўз қорачиғининг торайиши) назорат гуруҳи қийматидан $9 \pm 0,02$ дақиқа кечроқ содир бўлди ($P < 0,05$) ва ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган **n=29** беморларда, ушбу кўрсаткич $74 \pm 0,05$ дақиқага тенг бўлди, яъни мидриаз назорат гуруҳи қийматидан $7 \pm 0,04$ дақиқага кечроқ содир бўлди ($P < 0,02$) (6-жадвал).

6-жадвал

Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган беморларда бурун шиллик қаватининг сўриш функцияси кўрсаткичлари **n=49 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган, n=20	Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган, n=29
1%ли атропиннинг сўриш вақти, дақиқа	$67 \pm 0,03$	$76 \pm 0,04^{**}$	$74 \pm 0,05^*$

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

Ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган **n=49** беморларда буруннинг **ажратиш (эксретор) функцияси** натижалари шуни кўрсатдики, ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланган **n=20** беморларда буруннинг **ажратиш функцияси** - шарчанинг массаси $43,3 \pm 0,04$ мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан $5,1 \pm 0,04$ мг оғирроқ бўлди ($P < 0,02$) ва ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланмаган **n=29** беморларда ушбу кўрсаткич $42,1 \pm 0,05$ мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан $4,1 \pm 0,04$ мг оғирроқ натижани ташкил этди ($P < 0,01$) (7-жадвал).

7-жадвал

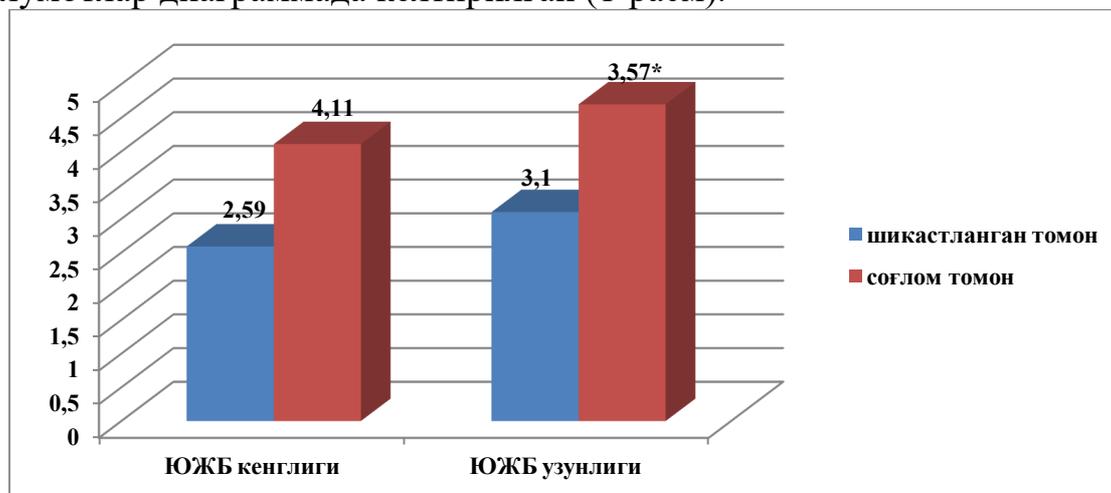
Ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган беморларда буруннинг эксретор функцияси кўрсаткичлари **n=49 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланган, n=20	Ғалвирсимон бұшлиқ деворлари шикастланмаган, n=29
Пахтали шарчанинг оғирлиги, мг	$38,1 \pm 0,03$	$43,3 \pm 0,04^{**}$	$42,1 \pm 0,05^*$

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

Беморларнинг аксариятида (**n=36; 76%**) юқори жағ бұшлиғи юқори деворининг синиши аниқланди. Ён деворнинг синиши 6 та ҳолатда (**13%**), медиал деворнинг синиши 5 та (**10%**) ҳолатда кузатилди. Битта деворнинг изоляцияланган синиши (**n=36; 76%**) беморларда қайд этилди, (**n=11; 23%**) ҳолларда синиш барча деворларда кузатилди.

Биз кенглиги ва узунлигини ҳисобга олган ҳолда юқори жағ бұшлиғи деворларининг тузилиши ҳақидаги маълумотларни ўрганиб чиқдик, олинган маълумотлар диаграммада келтирилган (1-расм).



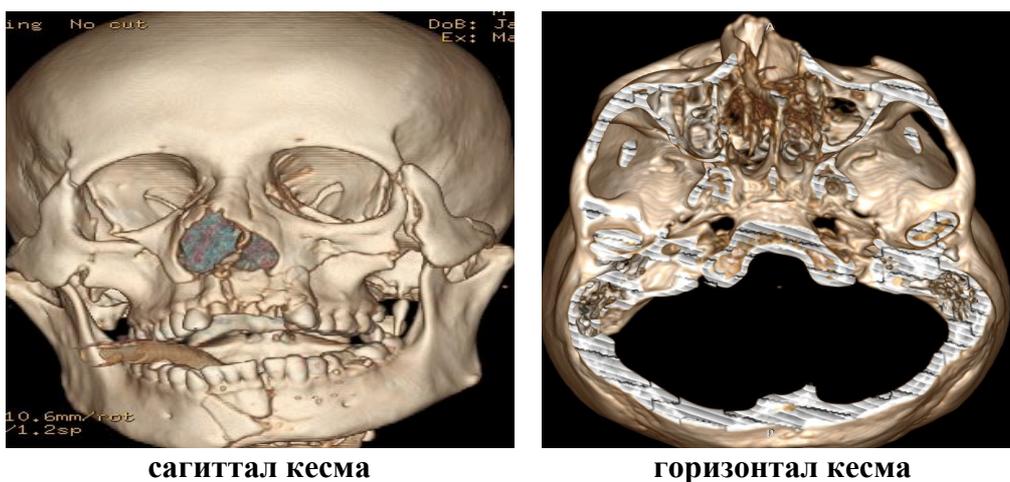
Изоҳ: * - шикастланган ва соғлом томонлар ўртасидаги маълумотларнинг ишончлилиги

1-расм. Юқори жағ бұшлиғи шикастланган беморларда юқори жағ бұшлиғи деворлари тузилишининг антропометрик кўрсаткичлари, см да (n=47)

Ташқи текширув вақтида юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли юз ассиметрияси, 100% (n=47) беморларда деформация, 30% (n=15) беморларда эса, ёноқ соҳасида нуқсон аниқланди. Палпация 100% беморларда (n=49) оғриқли, 40% (n=20) беморларда тери ости эмфиземаси, 30% (n=15) беморларда “зинапоя” симптоми, 30% (n=15) беморларда ёноқ соҳаси териси сезувчанлигининг пасайиши қайд этилди.

МСКТ текширувида барча беморларда 100% (n=47) бурун суяklarининг синиши кузатилди, улардан 40%да (n=20) ғалвирсимон бўшлиқ деворлари ва 30% (n=15) беморларда бурун-ёноқ-орбита комплексининг синиши аниқланди. Беморларнинг 40%да (n=20) МСКТ ғалвирсимон бўшлиқда қон борлигини аниқлади. Беморларнинг 100%да (n=47) бурун-ёноқ-орбита комплекси суяк бўлақларининг силжиши қайд этилди.

Бундан ташқари, пешона бўшлиғи шикастланган (n=11; 22%) беморларда бурун тўсиғининг қийшайиши (S-симон, тизма, ўсимта), (n=9; 18%) беморларда ўрта бурун чиғаноғининг пневматизацияси (concha bullosa), (n=38; 77%) беморларда бурун тўсиғининг S-симон эгрилиги, (n=9; 18%) беморларда ўрта бурун чиғаноғининг латерал силжиши, (n=11; 22%) беморларда илмоқсимон ўсиқнинг гипертрофияси мавжудлигини аниқладик (2-расм).



2-расм. Юқори жағ бўшлиқлари деворларининг шикастланиши

Мукоцилиар клиренс натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиқлари шикастланган n=20 беморларда сахарин вақти назорат гуруҳидаги $18,1 \pm 0,03$ ($P < 0,02$) ва юқори жағ бўшлиқлари шикастланмаган беморларга қараганда узокроқ давом этди, яъни $23,2 \pm 0,04$ га тенг бўлди, юқори жағ бўшлиқлари шикастланмаган n=29 беморларда эса, ушбу вақт назорат гуруҳига қараганда узокроқ, яъни $22,3 \pm 0,04$ дақиқа давом этди ($P < 0,05$) (8-жадвал).

Юқори жағ бўшлиғи кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун секретини кўрсаткичлари (сахарин вақти) **n= 47 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
Сахарин вақти, дақиқа	18,1±0,03	23,2±0,04**	21,2±0,03*

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

Ушбу гуруҳда бурун шиллик қаватининг **сўриш функциясини** ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган $n=20$ беморларда у $76±0,04$ дақиқани ташкил этди, яъни мидриаз (кўз қорачиғининг торайиши) назорат гуруҳи қийматидан $9±0,02$ дақиқа кечроқ содир бўлди ($P<0,05$), ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган $n=29$ беморларда эса, ушбу кўрсаткич $74±0,05$ дақиқага тенг бўлди, яъни мидриаз назорат гуруҳи қийматидан $7±0,04$ дақиқага кечроқ содир бўлди ($P<0,02$) (9-жадвал).

Юқори жағ бўшлиғи кўшма жароҳати бўлган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қавати сўриш функцияси кўрсаткичлари **n= 47 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
1%ли атропини сўриш вақти, дақиқа	67±0,03	76±0,04**	74±0,05*

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

Ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланган ва шикастланмаган **n=49** беморларда буруннинг **ажратиш функцияси** натижалари шуни кўрсатдики, юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган **n=20** беморларда буруннинг ажратиш функцияси - шарчанинг массаси $43,3±0,04$ мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан $5,1±0,04$ мг га оғирроқ бўлди ($P<0,02$) ва ғалвирсимон бўшлиқ деворлари шикастланмаган **n=29** беморларда ушбу кўрсаткич $42,1±0,05$ мг ни, яъни назорат гуруҳи массасидан $4,1±0,04$ мг оғирроқ натижани ташкил этди ($P<0,01$) (10-жадвал).

Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган ва шикастланмаган беморларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари **n= 47 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланган, n=20	Юқори жағ бўшлиғи деворлари шикастланмаган, n=27
Пахтали шарчанинг массаси, мг	38,1±0,03	43,3±0,04**	42,1±0,05*

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

Диссертациянинг тўртинчи “Бурун ёндош бўшлиқларининг кўшма жароҳатини комплекс даволаш” бобида диссертант томонидан бурун ёндош бўшлиқларининг кўшма жароҳати бўлган беморларни даволаш натижалари атрофлича таҳлил қилинган.

Пешона бўшлиғи деворларининг кўшма жароҳати бўлган беморларни комплекс даволаш (n=46).

46 нафар бемордан 58,6%да (**n=27**) юз юмшоқ тўқималарининг шикастланиши қайд этилди, уларда кўпинча тери ости гематомаси ва юмшоқ тўқималарнинг шишиши кузатилди, бу беморларга тиббий ёрдам кўрсатилаётганда гематома пайдо бўлишини олдини олиш учун совуқ компресс қўйилди, қон тўхтатувчи, десенсибилловчи ва шишга қарши даво буюрилди. Беморларнинг 19,5%да (**n= 9**) суюк бўлақларининг силжиши билан юмшоқ тўқималар очик жароҳати аниқланди.

Мукоцилиар клиренс маълумотлари шуни кўрсатдики, 3-кунда консерватив даволанган **n=30** беморларда сахарин вақти назорат гуруҳидаги (18,1±0,03) беморларга қараганда узокроқ давом этди (21,1±0,05) ($P<0,02$), 8-куни эса бу кўрсаткич 20,1±0,05 гача қисқарди, жарроҳлик йўли билан даволанган **n=16** беморларда ушбу вақт назорат гуруҳига қараганда узокроқ 22,3±0,04 ($P<0,05$) давом этди ва даволашдан кейин 8-кун бу кўрсаткич 19,1±0,05 га қисқарди (11-жадвал).

Пешона бўшлиғи деворлари шикастланган беморларда 3- ва 8-кунларда мукоцилиар клиренс кўрсаткичлари, **n= 46 (100%)**

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=20	Консерватив даволаш, n=30		Оператив даволаш, n=16	
		3-кун	8-кун	3-кун	8-кун
Сахарин вақти, дақиқа	18,1±0,03	21,1±0,05*	20,1±0,05*	22,3±0,04**	19,1±0,05*

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли ($P<0,02$), ** - назорат гуруҳи ва суюк бўлақлари силжимаган беморларнинг маълумотларига нисбатан фарқлар - ($P<0,05$).

Мукоцилиар клиренсинг ушбу бузилишлари бурун шиллик қаватининг шикастланиши ва шишиши билан боғлиқ бўлиб, бу шиллик ҳаракатининг секинлашишига олиб келди. Консерватив даво олган беморларда бу кўрсаткич 8-кунда камайди, жарроҳлик даво олган беморларда эса, бу кўрсаткич назорат гуруҳи кўрсаткичига яқинлашди.

Бурун шиллик қаватининг **сўриш функциясини** ўрганиш шуни кўрсатдики, консерватив даволанган беморларда 3-куни у назорат кўрсаткичидан узоқроқ бўлиб, 8-куни эса нормага яқинлашди. Жарроҳлик йўл билан даволанган беморларда 3-куни бу кўрсаткич $75 \pm 0,04$ мг ни ташкил этди ва 8-куни бу кўрсаткич назорат даражасида бўлди ($P < 0,05$).

Буруннинг **ажратиш функциясини** ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, консерватив даво олган $n=30$ беморларда 3-куни шарчанинг массаси $41,1 \pm 0,04$ мг ни ташкил этди, яъни назорат вазнига нисбатан $3,1 \pm 0,04$ мг га оғирроқ ($P < 0,02$) ва 8-куни бу кўрсаткич $39,1 \pm 0,04$ меъёрга яқинроқ бўлди, жарроҳлик йўли билан даволанган $n=16$ беморларда бу кўрсаткич 3-куни $43,2 \pm 0,05$ мг ни ташкил этди, яъни назорат кўрсаткичидан $5,1 \pm 0,04$ мг га оғирроқ ($P < 0,01$) бўлди ва 8-куни $39,1 \pm 0,04$ ни ташкил этди (12-жадвал).

12-жадвал

Пешона бўшлиғи деворлари жароҳатланган беморларда 3- ва 8-кунларда буруннинг ажратиш функцияси кўрсаткичлари, $n=46$ (100%)

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи, $n=20$	Консерватив даволаш, $n=30$		Оператив даволаш, $n=16$	
		3-кун	8-кун	3-кун	8-кун
Пахтали шарчанинг оғирлиги, мг	$38,1 \pm 0,03$	$41,1 \pm 0,04^*$	$39,1 \pm 0,04$	$43,2 \pm 0,05^{**}$	$39,1 \pm 0,04^*$

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

ХУЛОСАЛАР

“Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатлари диагностикаси ва даволашни такомиллаштириш” мавзусидаги фалсафа доктори диссертация иши бўйича ўтказилган тадқиқот натижасида қуйидаги хулосалар қилинди:

1. Юз-жағ соҳаси ва бош мия қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларида асосан юқори жағ бўшлиғи деворларининг синиши (35,3%), ғалвирсимон бўшлиқларининг деворларини синиши (14,1%) учради.

2. Юз-жағ соҳаси ва бош мия қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари деворлари жароҳатининг 3D рентгенологик текширув натижаларига асосланиб жароҳатнинг тавсифи ўрганилди, шу билан жарроҳлик амалиётига тегишли усулларни қўллашга кўрсатма берди.

3. Бурун бўшлиғи эндоскопик текширилганда бурун бўшлиғи шиллик пардаси остига қон қуйилишлар (n=51; 36%), уларда қон лахтаklarининг мавжудлиги (n=62; 43,6%), бурун тўсиғининг гематомаси (n=51; 36%), бурун тўсиғининг қийшиқлиги (n=41; 28,7%) аниқланди, беморларда табиий тешиқдан қон (n=62; 43%), сероз (n=21; 15%) ҳамда йирингли ажралма (n=3; 0,02%) борлиги аниқланди.

4. Юз-жағ соҳаси ва бош мия қўшма жароҳати, бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати бўлган беморларда йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ҳамда кечишини оғирлаштирувчи БЁБларининг жароҳатлари, табиий тешиқларнинг беркилиши омиллар кузатилди.

5. Юз-жағ соҳаси ва бош мия қўшма жароҳати бўлган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатини даволаш ва ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқилди, беморлар ҳаёт сифати 34%га яхшиланди ва бу ўз навбатида иккиламчи синуситларни келиб чиқишининг олдини олишда муҳим аҳамиятни касб этди.

Муаллиф ушбу диссертация тадқиқот ишини олиб боришда маслаҳатлари ва амалий ёрдами учун тиббиёт фанлари доктори, профессор Ш.А.Баймуродовга ўз миннатдорчилигини билдиради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАРИМБЕРДИЕВ БАХРИДДИН ИСМАТИЛЛОЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ
ТРАВМ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

14.00.04 – Оториноларингология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2022.2.PhD/Tib2660

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета www.tsdi.uz и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» www.ziyo.net.

Научный руководитель: **Бакиева Шахло Хамидуллаевна**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Рязанцев Сергей Валентинович**
доктор медицинских наук, профессор
(Российская Федерация)

Шамсиев Джахонгир Фазлидинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Азербайджанский Государственный медицинский институт повышения квалификации врачей имени А.Алиева (Азербайджан)**

Защита диссертации состоится «___»_____ 2023 года в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 по присуждению ученых степеней при Ташкентском государственном стоматологическом институте (Адрес: 100016, город Ташкент, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, дом 103. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована под номером___). Адрес: 100016, город Ташкент, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, дом 103. Тел./Факс: +99871-230-20-65; (+99871)230-47-99.

Автореферат диссертации разослан «___»_____ 2023 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2023 года)

Н.К.Хайдаров
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Л.Э.Хасанова
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А.Абдукаюмов
Председатель научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «...за последние 10 лет отмечается увеличение числа сочетанных повреждений более чем в 3 раза. Сочетанные повреждения околоносовых пазух (СПОН) в 95% сочетается с травмами лицевых костей и черепа. Частота осложнений при сочетанных травмах достигает 80% и более, летальность от 33% до 90%...»¹. По данным зарубежных авторов, 43-53,3% повреждений ЛОР-органов приходится на травмы носа и ОНП. Переломы стенок глазниц не менее чем в 90% случаев сочетаются с повреждением ОНП, окружающих глазницу. Более 70% пострадавших с политравмой лечатся в отделениях реанимации и интенсивной терапии². На сегодняшний день грамотно раскрыт патофизиологический механизм развития травматической болезни, поэтому патогенетическая реанимационная терапия политравм хорошо налажена. У 70% больных с сочетанной травмой верхней и средней зоной лицевого скелета отмечается травма ОНП. Повреждения ОНП нередко сопровождаются гематомой пазухи, повреждением их выводных протоков, которая является питательной средой для микроорганизмов.

Несмотря на то, что в мире существует ряд достоверных клинических и эпидемиологических исследований, подтверждающих важность факторов, влияющих на течение и осложнения после травм околоносовых пазух, важность своевременной диагностики и комплексного лечения травм околоносовых пазух еще предстоит адекватно определить. В связи с этим определение распространенности травм околоносовых пазух; определение видов травм околоносовых пазух и частоты их встречаемости; проведение сравнительных функциональных исследований слизистой оболочки околоносовых пазух; определение факторов, влияющих на течение и осложнения после травм околоносовых пазух - остаются приоритетными направлениями научных исследований. Повреждения околоносовых пазух часто сопровождаются гематомой полости, являющейся питательной средой для микроорганизмов, и повреждением выводящих путей. Все это свидетельствует об актуальности проблемы в связи с широкой распространенностью травм околоносовых пазух, отсутствием тенденции к снижению данной патологии.

Реализуются меры, направленные на развитие и реформирование медицинской сферы нашей страны, адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, предотвращение распространения заболеваний верхних и нижних дыхательных путей и снижение их осложнений. В связи с этим, в соответствии с семью приоритетными направлениями стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, в поднятии уровня медицинских услуг населению на новый уровень решаются

¹ Ежегодный отчет Всемирной организации здравоохранения

² Ашуров А. Частота, клиника и диагностика посттравматических фронтитов и сфеноидитов у больных с травмой костей лицевого скелета //Stomatologiya. – 2020. – Т. 1. – №. 1 (78). – С. 93-96.

такие задачи, как «...повышение качества квалифицированных услуг населению в первичном медико-санитарном обслуживании...»³. При выполнении этих задач целесообразно проведение научных исследований в области ранней диагностики и эффективного лечения хронического риносинусита, способствуя тем самым предотвращению развития осложнений в нижних дыхательных путях, а также для дальнейшего снижения показателей инвалидизации и смертности.

Данное диссертационное исследование в определенной степени соответствует задачам, определенных в Указах Президента Республики Узбекистан за ПФ-60 от 28 января 2022 года Президента Республики Узбекистан «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», №-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», УП за № -4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по совершенствованию экстренной медицинской помощи», УП №-5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», ПП № -3071 от 20 июня 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы», ПП №-2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы в Республике Узбекистан», а также в иных нормативно-правовых актах, связанных с данной деятельностью.

Учитывая все вышеперечисленное, можно сделать вывод о том, что решение данной проблемы будет способствовать решению и дальнейшему развитию тенденций современной медицины.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Имеются результаты научных исследований частоты встречаемости сочетанной травмы оклоносовых пазух (Sirko A.G., Pilipenko G.S., Tonchiev M.D., 2018). Раскрыты механизмы клинического течения и развития посттравматических осложнений у больных с сочетанными повреждениями. Разработаны современные методы лучевой диагностики (МСКТ, МРТ, ультразвук, рентгенография) повреждений околоносовых пазух.

Отдаленные результаты сочетанных травм придаточных пазух носа мало изучены, в просматриваемой научной литературе отсутствуют базовые сведения о патогенезе посттравматических синуситов, в частности гайморитов и фронтитов (Мезенцева О.Ю., 2019). Изучение состояния естественного отверстия ОНП в динамике лечения в посттравматическом периоде помогает понять истинный характер развития стазов и синуситов.

³Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

Последние научные данные были посвящены изучению этиопатогенеза нозокомиальных синуситов. Разработаны новые методы восстановления стенок полости.

Последствия травмы ОНП проявляются не только обезображиванием лица, но и развитием таких осложнений, как посттравматический синусит верхней челюсти, фронтит, остеомиелит костей верхней челюсти и лба, воспалительные процессы в орбите (Боймурадов Ш.А., Нармуротов Б.К., 2021). Неправильная лечебная тактика, применяемая в результате неоказания своевременной медицинской помощи при повреждениях ОНП, недостаточной оценки степени поражения ОНП, приводит к формированию осложнений, которые, в свою очередь, значительно снижают качество жизни больных. Однако в литературе недостаточно научной информации по ранней диагностике и лечению повреждений околоносовых пазух. Однако в литературе недостаточно научных данных о ранней диагностике и лечения сочетанных повреждений околоносовых пазух.

Все это свидетельствует о необходимости проведения научных исследований в этой области.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в рамках проекта №01997390385 Ташкентской медицинской академии в соответствии с планом научно-исследовательской работы «Поиск новых способов диагностики, лечения и эффективной профилактики основных оториноларингологических заболеваний» (2018-2022 гг.).

Цель исследования заключается в повышении эффективности результатов лечения сочетанных повреждений околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой лицевого скелета, черепа и других костей.

Задачи исследования:

изучить частоту встречаемости повреждений околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

изучить 3Д анатомию повреждений стенок околоносовых пазух и функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

изучить эндоскопическую картину повреждений стенок околоносовых пазух и состояние содержимого околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

определить факторы, влияющие на развитие гнойно-воспалительного процесса у больных с повреждением околоносовых пазух с сочетанной челюстно-лицевой травмой и головного мозга;

разработать лечебно-диагностический алгоритм повреждений околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга.

Объектом исследования явились 142 больных в возрасте 18 – 60 лет, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с диагнозом

сочетанные травмы околоносовых пазух в период с 2018 по 2021 гг.

Предметом исследования послужили результаты лучевых методов диагностики: рентгенография черепа в прямой и боковой проекции, МСКТ черепа, ППН, МРТ головного мозга, слизистые оболочки носовой полости и ОНП, отделяемое из полости носа и ОНП.

Методы исследования. В диссертационной работе использовались общеклинические, оториноларингологические, эндоскопические рентгенологические, функциональные методы исследования носа: исследование дыхательной и обонятельной функций по методу Воячека, мукоцилиарного клиренса по Пискунову Г.З. и статистические методы исследования: метод вариационной статистики с нахождением средней арифметической (M), среднего квадратического отклонения (σ), ошибки средней арифметической (t), показателя достоверности (P). Также всем больным была проведена консультация смежных специалистов: реаниматолога, офтальмолога, нейрохирурга, рентгенолога и др.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые изучена частота повреждений околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

впервые изучена 3Д анатомия повреждений стенок околоносовых пазух и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

изучена и дана характеристика эндоскопической картины повреждений стенок околоносовых пазух и состояния содержимого околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

дана характеристика факторам, влияющим на развитие гнойно-воспалительного процесса у больных с повреждением околоносовых пазух с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработаны рекомендации для оценки состояния стенок околоносовых пазух по методике 3Д анатомии повреждений стенок околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга;

проведена оценка функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга и планирование лечения;

изучено состояние эндоскопической картины повреждений стенок околоносовых пазух и содержимого околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга для планирования лечения;

рекомендованы методы оценки факторов, влияющие на развитие гнойно-воспалительного процесса у больных с повреждением околоносовых пазух с сочетанной челюстно-лицевой травмой и травмой головного мозга;

разработан лечебно-диагностический алгоритм повреждений околоносовых пазух у больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга.

Достоверность результатов исследования подтверждается тем, что ранняя диагностика и применение методов ранней репозиции стенок околоносовых пазух является профилактикой посттравматических осложнений. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная новизна и практическая значимость результатов исследования.

Научно доказано, что выводы и рекомендации, основанные на данных полученных результатов исследования, такие как клинико-функциональные, эндоскопические, рентгенологические, вносят значительный вклад в оптимизацию методов ранней диагностики, а также в разработку эффективных алгоритмов диагностики и комплексного лечения сочетанных травм околоносовых пазух.

Практическая значимость исследования заключается в том, что разработанный алгоритм диагностики и комплексного лечения позволяет повысить качество реализации лечебной тактики и, в свою очередь, имеет возможность улучшить качество жизни пациентов.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов о значении клинико-лабораторных показателей в ранней диагностике осложнений и комплексной лечении травм околоносовых пазух:

утверждена методическая рекомендация «Особенности состояния реологических свойств крови при сочетанных травмах лица», разработанная на основании научных результатов исследований, по повышению эффективности диагностики сочетанных травмоколоносовых пазух (заключение Министерства здравоохранения РУз от 14.06.2021г. №8н-р/504). Данная методическая рекомендация позволяет диагностировать сочетанных травм околоносовых пазух, профилактики осложнений, связанных с данным заболеванием, путем клинического наблюдения за пациентами в динамике;

утверждена методическая рекомендация «Способ комплексного лечения больных сочетанными травмами костей лицевого скелета» (заключение Министерства здравоохранения РУз от 14.06.2021г. № 8н-р/528). Результаты исследований, отраженных в данной методической рекомендации позволили повысить эффективность лечения сочетанных травм околоносовых пазух, улучшить качество жизни больных за счет проведения эффективной профилактики осложнений данного заболевания;

результаты исследований, направленных на совершенствование научных результатов в диагностике, лечении и профилактике сочетанных травм околоносовых пазух, внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую практику кафедры оториноларингологии Ташкентской медицинской академии, 7-городской клиники (заключение №8 н-д/271 Министерства здравоохранения РУз от 08 августа 2021г.). Внедрение результатов исследования позволяет повысить эффективность лечения больных с сочетанными травмами околоносовых пазух, повышает качество оказываемой лечебно-профилактической помощи, качество и

продолжительность жизни и в совокупности отражается на снижении показателей развития осложнений данной патологии.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были доложены на 2 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, 2 из них в зарубежных журналах, 6 в журналах рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 122 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В главе диссертации **«Обзор литературы»**, диссертантом представлен обзор зарубежной и отечественной литературы по данной тематике проведенного исследования. Представлена информация о современном состоянии проблем травм околоносовых пазух, а также дан обзор по особенностям этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики данной патологии, представлены выводы о значении описания клинических симптомов в оториноларингологической практике, проблем современной диагностики, выбираемых методов лечения, а также представлен авторский подход к научному решению проблемы.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика больных и методы исследования»** представлены результаты проведенного обследования 142 больных, получивших стационарное лечение в 2018-2021 гг. в отделении ЛОР многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Все больные получали стационарное лечения в отделение взрослой ЛОР и челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, травматологии, анестезиологии и реанимации многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2018 по 2021 гг. Возраст больных было от 18 до 68 лет, из 142 больных мужчин было 112 (78,8%), женщин 30 (21,2%). Все больные госпитализированы в экстренном порядке после полученной травмы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с сочетанными травмами ОНП по полу и возрасту $n=142$ (100%)

Возраст больных (лет)	Пол				Всего		До 40 лет
	Мужчины		Женщины		абс	%	
	абс	%	абс	%			
21-30	55	38,7	10	7	65	45,7	126 (88,7%)
31-40	30	21	11	7,8	41	28,8	
41-50	17	12	3	2,1	20	14,1	
51-60	5	3,6	3	2,1	8	5,7	16 (11,3)
60 и выше	5	3,6	3	2,1	8	5,7	
Итого	112	78,9	30	21,1	n=142	100	

Из таблицы 1 видно, что 88,7% больных составили больные до 50 лет (среди них в возрасте от 21 до 30 – 45,7%, от 31 до 40 - 28,8%, от 41 до 50 лет - 14,1%). Количество больных выше 50 лет составили 11,3%.

В третьей главе диссертации «Результаты собственных исследований» представлен анализ полученных результатов комплексного исследования.

Объективный осмотр больных служил для установки предварительного диагноза, а окончательный диагноз был поставлен на основании лучевого метода исследования.

Посттравматические отеки и гематомы отмечались в лобной, околоносовой ($n=46$; 32,3%), окологлазничной, подглазничной областях ($n=49$; 34,5%), а также верхней и нижней губы ($n=47$; 33,2%). Часто определяли подкожные гематомы в области травмы, кровоизлияние в глазное яблоко ($n=42$; 29,5%).

Пальпация мягких и костных тканей в зоне повреждения дала возможность определить симптомы ступеньки ($n=42$; 29,5%), крепитации и болезненности поврежденной области ($n=52$; 36,6%), кроме этого определяли снижения или потери чувствительности кожных покровов ($n=49$; 34,5%), наличие подкожных эмфизем ($n=37$; 26%), симптом треснувшего горшка ($n=35$; 24,6%) при повреждении передней стенки верхнечелюстной пазухи.

При осмотре определяли наличие носового кровотечения ($n=56$; 39,4%), ограничения движения глазного яблока ($n=37$; 26%), ограничение при открывании рта ($n=41$; 29%), оценивалась целостность слизистой оболочки, наличие на ней подслизистых гематом ($n=31$; 21,8%), наличие повреждения зубов ($n=31$; 21,8%).

При эндоскопическом исследовании полости носа определяли кровоизлияния подслизистых полости носа ($n=51$; 36%), наличие в них кровяных сгустков ($n=62$; 43,6%), оценивали состояние носовых раковин, состояние перегородки носа, уделяли внимание состоянию естественных соустьев, выделения в них.

Гематому перегородки носа определяли у 51 пациента ($n=51$; 36%), наличие искривления перегородки носа отмечена у 41 ($n=41$; 28,7%) больных, наличие выделения свежей крови из естественной соустья выявлено

у 62 (**n=62; 43%**), серозной выделение у 21 (**n=21; 15%**), гнойной выделение у 3 (**n=3; 0,02%**) больных. Гнойное выделение определили у больных, которых в анамнезе имелось хроническое воспаление в верхнечелюстной пазухе. Несимметричная зрачковая линия, диплопия при взгляде вверх/вниз и влево/вправо определили у 32 (**n=32; 22,5%**) больных.

Всех больных в зависимости от зоны повреждения мы разделили на 3 группы:

1-ю группу составили 46 больных с сочетанным повреждением стенок лобной пазухи.

2-ю группу составили 49 больных с сочетанными повреждениями решетчатой пазухи, носо-скуло-орбитального комплекса.

3-ю группу составили 47 больных с сочетанными повреждениями стенок верхнечелюстной пазухи.

Контролем служили данных 20 здоровых лиц.

Каждая группа имела особенности течение травматической болезни, это зависело от расположения травмы, повреждения головного мозга, от объема поражения костной структуре при сочетанной травме.

При наружном осмотре асимметрию лица за счёт отека мягких тканей, деформация отмечали у 89% (**n=41**) больных, а у 32% (**n=15**) больных отмечали дефект в лобной области. Пальпация было болезненным у 100% больных (**n=46**), отмечали подкожную эмфизему у 39,1% (**n=18**) больных, симптом ступеньки отмечали у 89% (**n=41**) больных, снижение чувствительности кожной части лобной области отмечали у 50% (**n=23**) больных.

На МСКТ исследование у 95,6% (**n=44**) больных отмечали перелом передней стенки лобной пазухи, лишь в 4,4% (**n=2**) отмечали перелом передней и задней стенки. У 95,6% (**n=44**) больных на МСКТ отмечали наличие крови в пазухи, только у 1 больного отмечали наличие серозной жидкости в пазухи. У 34% (**n=16**) больных отмечали смещения костных отломков передней стенки лобной пазухи, а у 65,3% (**n=30**) больных перелом стенок лобной пазухи был без смещения костных отломков.

Данные мукоцилиарного клиренса показали, что сахаринное время у больных **n=30** с без смещения костных отломков было дольше $21,1 \pm 0,05$ чем у больных контрольной группы $18,1 \pm 0,03$ ($P < 0,02$), а у больных со смещением костных отломков **n=16** данное время составило ещё дольше $22,3 \pm 0,04$ чем показателя контрольной группы ($P < 0,05$) (таб. 2).

Таблица 2

Показатели мукоцилиарного клиренса у больных с повреждением стенок лобной пазухи **n=46 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	Без смещения костных отломков n=30	Со смещением костных отломков, n=16
Сахаринное время, мин	$18,1 \pm 0,03$	$21,1 \pm 0,05^*$	$22,3 \pm 0,04^{**}$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,02$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без смещения костных отломков - ($P < 0,05$).

Исследование **всасывательной функции** слизистой оболочки носопроводилось методом, при котором в средний носовой ход исследуемой половины носа на 15 минут вводится марлевая турунда, смоченная 1% раствором атропина. Результаты показали, что у больных с без смещения костных отломков **n=30** составил $73 \pm 0,05$ минут, т.е. мидриаз (сужения зрачка) наступил на $6 \pm 0,02$ минут дольше чем показателя контроля ($P < 0,02$), а у больных со смещением костных отломков **n=16** этот показатель составил $75 \pm 0,04$ минут, т.е. мидриаз наступил дольше на $8 \pm 0,04$ минут чем показателя контроля ($P < 0,05$) (таб. 3).

Таблица 3

Показатели **всасывательной функции** слизистой оболочки носа у больных с повреждением стенок лобной пазухи **n=46 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	Без смещения костных отломков n=30	Со смещением костных отломков, n=16
Всасывательное время 1% атропина, мин	$67 \pm 0,03$	$73 \pm 0,05^*$	$75 \pm 0,04^{**}$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,02$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без смещения костных отломков - ($P < 0,05$).

Большое значение придавали также исследованию **выделительной функции** носа. Для этого ватный шарик массой 25 мг вводили в полость носа между нижней носовой раковиной и носовой перегородкой. Через 1 минуту ватный шарик извлекали и взвешивали его на торсионных весах.

Результаты показали, что у больных с без смещения костных отломков **n=30** составил масса шарика составил $41,1 \pm 0,04$ мг, т.е. на $3,1 \pm 0,04$ мг больше чем масса чем масса контроля ($P < 0,02$), а у больных со смещением костных отломков **n=16** этот показатель составил $43,2 \pm 0,05$ мг, т.е. на $5,1 \pm 0,04$ мг больше чем масса контроля ($P < 0,01$) (таб. 4).

Таблица 4

Показатели **выделительной функции** носа у больных с повреждением стенок лобной пазухи **n=46 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	Без смещения костных отломков n=30	Со смещением костных отломков, n=16
Масса ватного шарика, мг	$38,1 \pm 0,03$	$41,1 \pm 0,04^*$	$43,2 \pm 0,05^{**}$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,02$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без смещения костных отломков - ($P < 0,01$).

Из таблицы 4 видно, что в динамике лечения больных с повреждением стенок лобной пазухи отмечалось повышения нейтрофилов по отношению к контролю. Абсолютное число нейтрофилов контрольной группы было $53,9 \pm 5,7$, в первые 1-3 сутки у этих больных было **$53,8 \pm 5,8$** , на 7 сутки было **$54,7 \pm 5,4$** а на 14 сутки повысилось и составило $55,9 \pm 5,6$, в конце лечения т.е.

на 21 сутки составило $56,1 \pm 5,7$, отличие от показателя контрольной группы было значимо ($P < 0,01$).

Помимо этого, у больных с повреждением лобной пазухи мы выявили - искривление перегородки носа (S-образное, гребень, шип) у ($n=11$; **22%**) больных, наличие пневматизации средней носовой раковины (conhabullosa) у ($n=9$; **18%**) больных, C-образное искривления перегородки носа у ($n=38$; **77%**) больных, латеральное смещения средней носовой раковины у ($n=9$; **18%**) больных, гипертрофия крючковидного отростка у ($n=11$; **22%**) больных.

Данные мукоцилиарного клиренса показали, что сахаринное время у больных $n=20$ с повреждением стенок решетчатой пазухи было дольше $23,2 \pm 0,04$ чем у больных без повреждения стенок решетчатой пазухи и контрольной группы $18,1 \pm 0,03$ ($P < 0,05$), а у больных без повреждения стенок решетчатой пазухи $n=29$ данное время составило дольше $21,2 \pm 0,03$ чем показателя контрольной группы ($P < 0,02$) (таб. 5).

Таблица 5

Показатели мукоцилиарного клиренса у больных с и без повреждения стенок решетчатой пазухи $n=49$ (100%)

Показатели	Контрольная группа, $n=20$	С повреждением стенок решетчатой пазухи $n=20$	Без повреждения стенок решетчатой пазухи, $n=29$
Сахаринное время, мин	$18,1 \pm 0,03$	$23,2 \pm 0,04^{**}$	$21,2 \pm 0,03^*$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,02$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок решетчатой пазухи - ($P < 0,05$).

Результаты исследование всасывательной функции слизистой оболочки носа у этой группы показали, что у больных с повреждением стенок решетчатой пазухи $n=20$ составил $76 \pm 0,04$ минут, т.е. мидриаз (сужения зрачка) наступил на $9 \pm 0,02$ минут дольше, чем показателя контроля ($P < 0,05$), а у больных без повреждения стенок решетчатой пазухи, $n=29$ этот показатель составил $74 \pm 0,05$ минут, т.е. мидриаз наступил дольше на $7 \pm 0,04$ минут, чем показателя контроля ($P < 0,02$) (таб. 6).

Таблица 6

Показатели всасывательной функции слизистой оболочки носа у больных с и без повреждения стенок решетчатой пазухи $n=49$ (100%)

Показатели	Контрольная группа, $n=20$	С повреждением стенок решетчатой пазухи $n=20$	Без повреждения стенок решетчатой пазухи, $n=29$
Всасывательное время 1% атропина, мин	$67 \pm 0,03$	$76 \pm 0,04^{**}$	$74 \pm 0,05^*$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,05$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок решетчатой пазухи - ($P < 0,02$).

Результаты **выделительной функции** носу больных с и без повреждения стенок решетчатой пазухи **n=49** показали, что **выделительная функция** носу больных с повреждения стенок решетчатой пазухи **n=20** масса шарика составил $43,3 \pm 0,04$ мг, т.е. на $5,1 \pm 0,04$ мг больше, чем масса чем масса контроля ($P < 0,02$), а у больных без повреждения стенок решетчатой пазухи, **n=29** с этот показатель составил $42,1 \pm 0,05$ мг, т.е. на $4,1 \pm 0,04$ мг больше чем масса контроля ($P < 0,01$) (таб. 7).

Таблица 7

Показатели **выделительной функции** носу больных с наличием и без повреждения стенок решетчатой пазухи **n=49 (100%)**

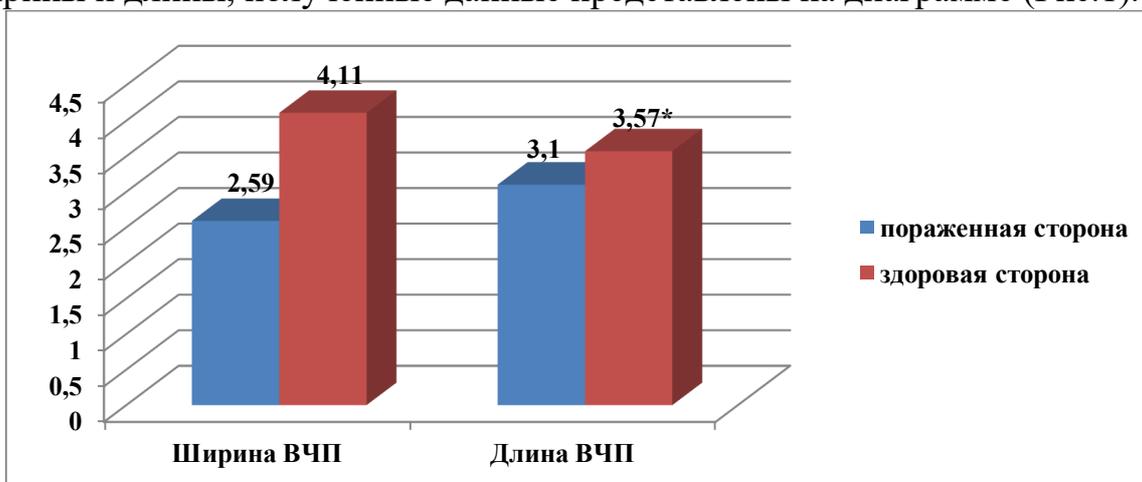
Показатели	Контрольная группа, n=20	С повреждением стенок решетчатой пазухи n=20	Без повреждения стенок решетчатой пазухи, n=29
Масса ватного шарика, мг	$38,1 \pm 0,03$	$43,3 \pm 0,04^{**}$	$42,1 \pm 0,05^*$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,01$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок решетчатой пазухи - ($P < 0,02$).

Переломы верхней стенки верхнечелюстной пазухи встретили у большинства больных (**n=36; 76%**). Переломы латеральной стенки встретили в 6 случаях (**13%**), медиальной стенки - 5 больных (**10%**). Изолированные переломы одной стенки отметили у (**n=36; 76%**) больных, в (**n=11; 23%**) случаях перелом охватывал все стенки.

Ширина верхнечелюстной пазухи на пораженной стороне почти в 2 раза ($2,59$) уменьшилось, чем здоровой ($4,11$) стороны. Также отмечали уменьшение длины ($3,1$) верхнечелюстной пазухи чем здоровой стороны ($3,57$ см).

Изучали данные строение стенок верхнечелюстной пазухе с учетом ширины и длины, полученные данные представлены на диаграмме (Рис.1).



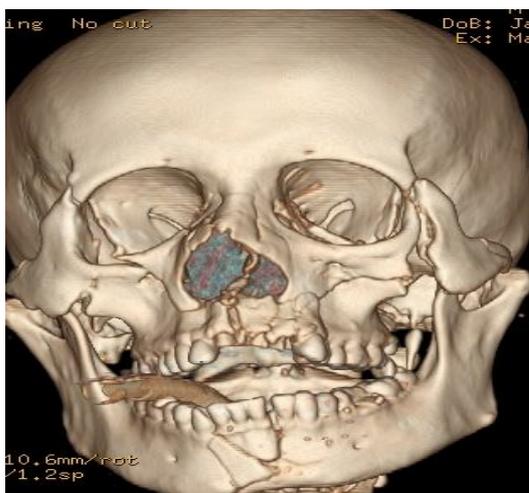
Примечание: * - достоверность данных между пораженной стороной и здоровой

Рисунок 1. Антропометрические показатели строения стенок верхнечелюстной пазухи у больных с повреждением ВЧП, в см(n=47)

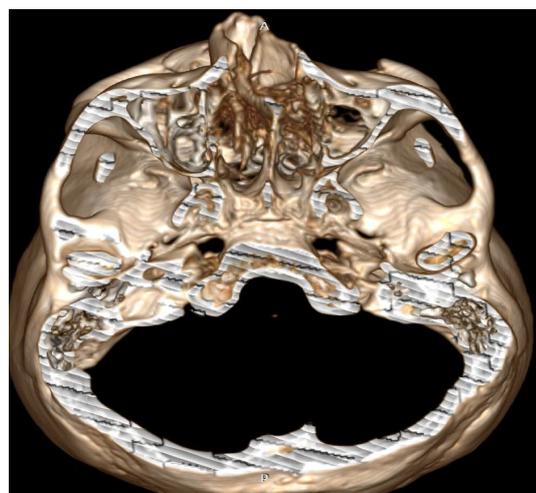
При наружном осмотре асимметрию лица за счёт отека мягких тканей, деформация отмечали у 100% (n=47) больных, а у 30% (n=15) больных отмечали дефект в скуловой области. Пальпация было болезненным у 100% больных (n=49), отмечали подкожную эмфизему у 40% (n=20) больных, симптом ступеньки отмечали у 30% (n=15) больных, снижение чувствительности кожной части скуловой области отмечали у 30% (n=15) больных.

На МСКТ исследование у всех больных 100% (n=47) отмечали перелома костей носа, из них у 40% (n=20) отмечали повреждения стенок решетчатой пазухи, а у 30% (n=15) больных отмечали перелом носо-скуло-орбитального комплекса. У 40% (n=20) больных на МСКТ отмечали наличие крови в решетчатой пазухе. У 100% (n=47) больных отмечали смещения костных отломков носо-скуло-орбитального комплекса.

Помимо этого, у больных с повреждением лобной пазухи мы выявили - искривление перегородки носа (S-образное, гребень, шип) у (n=11; 22%) больных, наличие пневматизации средней носовой раковины (conhabullosa) у (n=9; 18%) больных, C-образное искривления перегородки носа у (n=38; 77%) больных, латеральное смещения средней носовой раковины у (n=9; 18%) больных, гипертрофия крючковидного отростка у (n=11; 22%) больных. (рис.2)



сагиттальный срез



горизонтальный срез

Рисунок 2. Повреждение стенок верхнечелюстной пазухи

Данные мукоцилиарного клиренса показали, что сахаринное время у больных n=20 с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи было дольше $23,2 \pm 0,04$ чем у больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи и контрольной группы $18,1 \pm 0,03$ ($P < 0,05$), а у больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи n=29 данное время составило дольше $21,2 \pm 0,03$ чем показателя контрольной группы ($P < 0,02$) (таб. 8).

Данные нарушения мукоцилиарного клиренса связано с повреждением верхнечелюстной пазухи и отеком слизистой оболочки полости носа, которые привело к задержки движения слизи, а у больных без

повреждения сенок верхнечелюстной пазухи данное нарушение имело незначительный характер.

Таблица 8

Показатели **мукоцилиарного клиренса** у больных с сочетанными повреждениями верхнечелюстной пазухи **n=47 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	С повреждением стенок решетчатой пазухи n=20	Без повреждения стенок решетчатой пазухи, n=27
Сахариновое время, мин	18,1±0,03	23,2±0,04**	21,2±0,03*

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (P<0,02), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи - (P<0,05).

Результаты исследование **всасывательной функции** слизистой оболочки носа у этой группы показали, что у больных с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи **n=20** составил 76±0,04 минут, т.е. мидриаз (сужения зрачка) наступил на 9±0,02 минут дольше чем показателя контроля (P<0,05), а у больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи, **n=29** этот показатель составил 74±0,05 минут, т.е. мидриаз наступил дольше на 7±0,04 минут чем показателя контроля (P<0,02) (таб. 9).

Таблица 9

Показатели **всасывательной функции** слизистой оболочки носа у больных с и без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи **n=47 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	С повреждением стенок верхнечелюстной пазухи n=20	Без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи, n=27
Всасывательное время 1% атропина, мин	67±0,03	76±0,04**	74±0,05*

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (P<0,05), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи - (P<0,02).

Результаты **выделительной функции** носу больных с и без повреждения стенок решетчатой пазухи **n=49** показали, что **выделительная функция** носу больных с повреждения стенок верхнечелюстной пазухи **n=20** масса шарика составил 43,3±0,04 мг, т.е. на 5,1±0,04 мг больше чем масса чем масса контроля (P<0,02), а у больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи, **n=29** с этот показатель составил 42,1±0,05 мг, т.е. на 4,1±0,04 мг больше чем масса контроля (P<0,01) (таб. 10).

Показатели **выделительной функции** носа у больных с и без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи **n=47 (100%)**

Показатели	Контрольная группа, n=20	С повреждением стенок верхнечелюстной пазухи n=20	Без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи, n=27
Масса ватного шарика, мг	38,1±0,03	43,3±0,04**	42,1±0,05*

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (P<0,01), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи - (P<0,02).

В четвертой главе диссертации «**Комплексное лечение повреждения сочетанной травмы околоносовых пазух**» диссертантом проведен тщательный анализ полученных результатов лечения больных с сочетанными травмами околоносовых пазух.

Комплексное лечение больных с сочетанным повреждением стенок лобной пазухи (n=46).

Из 46 у 58,6% (n=27) больных отмечалось повреждение мягких тканей лица, у них отмечали часто подкожная гематома и отек мягких тканей, у этих больных при оказание медицинской помощи, прикладывали холодный компресс, для предотвращения развитие гематомы, назначили кровоостанавливающую, десенсибилизирующую, и противоотечную терапии. У 19,5% (n=9) больных было открытая рана мягких тканей со смещением костных отломков. Этим больным при поступлении в отделение проводили первичную хирургическую обработку раны. Для этого рану мягких тканей обезболивали 0,5% раствором лидокаина, после этого очищали от грязной массы, удаляли инородные тела, после этого проводили туалет раны с антисептиками, 3% перекисью водорода, 0,1% хлоргексидина, а вокруг раны мягких тканей обрабатывали раствором бетадина, последним этапом накладывали послойные хирургические швы из викрила №5 для мышечно-подкожного слоя, а кожу зашивали синтетическим шовным материалом- проленом №5, рану закрывали антисептической повязкой. Ежедневно проводили перевязку раны, а швы снимали на 7-8 сутки.

У 95,6% (n=44) больных отмечали закрытую черепно-мозговую травму, а у 4,4% (n=2) больных отмечали открытую черепно-мозговую травму. Сотрясение головного мозга было у 38 больных, гематома и ушиб головного мозга наблюдали у 6 больных. Среди них 4 больные поступили без сознательном состоянии. Остальные больные имели симптомы сотрясение головного мозга. Все больные поступали через приёмный покой в отделение реанимации, им была оказана первая медицинская помощь который включал остановка кровотечения, проведения первичной хирургической обработки раны, восстановления функции дыхание, сердечной сосудистой системы.

Мы разработали алгоритм комплексного лечения сочетанной травмы передней стенки лобной пазухи (рис.7)

Все 16 больным проводили репозицию и остеосинтез котных отломков в течение 3 суток. У 95,6% (n=44) больных на МСКТ отмечали наличие крови в пазухи, только у 1 больного отмечали наличие серозной жидкости в пазухи.

Консервативное лечение больных мы проводили по указанному алгоритму (Рис.7)

В послеоперационном периоде назначали сосудосуживающие препараты в нос, антибиотики и противоотечные препараты.

Данные мукоцилиарного клиренса показали, что сахариновое время у больных n=30с консервативным лечением на 3 сутки было дольше $21,1\pm 0,05$ чем у больных контрольной группы $18,1\pm 0,03$ ($P<0,02$), а на 8 сутки этот показатель сократился до $20,1\pm 0,05$, у больных который лечились оперативно n=16данное время составило ещё дольше $22,3\pm 0,04$ чем показателя контрольной группы ($P<0,05$), а после лечения на 8 сутки данный показатель снизился до $19,1\pm 0,05$ (таб. 11).

Таблица 11

Показатели мукоцилиарного клиренса у пролеченных больных с повреждением стенок лобной пазухи n=46 (100%)на 3 и 8 сутки, в минут

Показатели	Контрольная группа, n=20	Консервативное лечение n=30		Оперативное лечение n=16	
		3 сутки	8 сутки	3 сутки	8 сутки
Сахариновое время, мин	$18,1\pm 0,03$	$21,1\pm 0,05^*$	$20,1\pm 0,05^*$	$22,3\pm 0,04^{**}$	$19,1\pm 0,05^*$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P<0,02$), **- различия относительно данных контрольной группы и данных больных без смещения костных отломков - ($P<0,05$).

Данные нарушения мукоцилиарного клиренса связано с повреждением и отеком слизистой оболочки носа, которые привело кзадержки движения слизи. У больных с консервативным лечением данный показатель на 8 сутки снизилась, а у больных оперативны лечением этот показатель приблизился к показателю контроля.

Исследование **всасывательной функции** слизистой оболочки носапоказали, что у больных с консервативным лечением на 3 сутки было дольше чем показателя контроля, а на 8 сутки приблизилась к показателю нормы. У больных с оперативным лечением данный показатель на 3 сутки составил $75\pm 0,04$ минут, а на 8 сутки данный показатель был на уровне контроля ($P<0,05$).

Результаты исследования **выделительной функции** носа показали, что у больных с консервативным лечением n=30масса шарика на 3 сутки составил $41,1\pm 0,04$ мг, т.е. на $3,1\pm 0,04$ мг больше чем масса чем масса контроля ($P<0,02$), а на 8 сутки данный показатель был ближе к норме $39,1\pm 0,04$, а у больных с оперативным лечением n=16 этот показатель на 3

сутки составил $43,2 \pm 0,05$ мг, т.е. на $5,1 \pm 0,04$ мг больше чем масса контроля ($P < 0,01$), а на 8 сутки он составил $39,1 \pm 0,04$ (таб. 12).

Таблица 12

Показатели **выделительной функции** носа у пролеченных больных с повреждением стенок лобной пазухи **n=46 (100%) на 3 и 8 сутки, в минут**

Показатели	Контрольная группа, n=20	Консервативное лечение, n=30		Оперативное лечение, n=16	
		3 сутки	8 сутки	3 сутки	8 сутки
Масса ватного шарика, мг	$38,1 \pm 0,03$	$41,1 \pm 0,04^*$	$39,1 \pm 0,04$	$43,2 \pm 0,05^{**}$	$39,1 \pm 0,04^*$

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы ($P < 0,02$), ** - различия относительно данных контрольной группы и данных больных без смещения костных отломков - ($P < 0,01$).

ВЫВОДЫ

В результате проведенных исследований по диссертационной работе на тему «Оптимизация диагностики и лечения сочетанных травм придаточных пазух носа» сделаны следующие выводы:

1. У больных с сочетанными травмами челюстно-лицевой области выявлены переломы стенок верхнечелюстной полости (35,3%), переломы стенок клиновидных полостей (14,1%).

2. На основании результатов 3D-рентгенологического исследования стенок придаточных пазух носа у пострадавших с сочетанной травмой челюстно-лицевой области и головного мозга изучено описание травмы, тем самым даны рекомендации по применению соответствующих хирургических методик.

3. При эндоскопическом исследовании полости носа выявлены кровоизлияния под слизистую оболочку полости носа (n=51; 36%), наличие тромбов (n=62; 43,6%), гематомы перегородки носа (n=51; 36%), искривление носовой перегородки (n=41; 28,7%), у больных имелись кровянистые выделения из естественного отверстия (n=62; 43%), серозные (n=21; 15%) и гнойные выделения (n=21; 15%) = 3; 0,02%.

4. У больных с сочетанными повреждениями челюстно-лицевой области и головного мозга, повреждениями носовых полостей наблюдали развитие и прогрессирование гнойно-воспалительного процесса.

5. Разработан алгоритм лечения и диагностики придаточных пазух носа у пострадавших с сочетанными повреждениями челюстно-лицевой области и головного мозга.

Автор выражает благодарность доктору медицинских наук, профессору Ш.А.Баймурадову за консультации и практическую помощь при выполнении данного диссертационного исследования.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREES DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01
AT THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

KARIMBERDIEV BAKHRIDDIN ISMATILLOEVICH

**OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMBINED
INJURIES OF THE PARANASAL SINUSES**

14.00.04 – Otorhinolaryngology

**DISSERTATIONS OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
IN MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2023

The theme of the doctor of philosophy in medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2022.2.PhD/Tib2660.

The dissertation (PhD) was carried out in Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) on the website of Scientific council www.tsd.uz and on the website «Ziyonet» information and education portal www.ziyonet.uz.

Scientific leader: **Bakieva Shakhlo Khamidullaevna**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Ryazantsev Sergey Valentinovich**
doctor of medical sciences, professor
(Russian Federation)
Shamsiev Jahongir Fazliddinovich
doctor of medical sciences, professor

Leading organization: **Azerbaijan State Medical Institute for Advanced Training of Physicians named after A.Aliyev (Azerbaijan)**

Defense will take place «__» _____ 2023 at ____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 at the Tashkent State Dental Institute: (Address: 100047, Tashkent, Yashnabad district, Makhtumkuli street, 103. (Tel./fax (99871)-230-20-65; e-mail: tdi2016@mail.ru)).

Dissertation is registered in Informational-resource centre of Tashkent State Dental Institute, registration number № _____, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Address: 100047, Tashkent, Yashnabad district, Makhtumkuli street, 103. (Tel./fax (99871)-230-20-65).

Abstract of dissertation sent out on «__» _____ 2023 year.
(mailing report № _____ on «__» _____ 2023 year).

N.K.Khaydarov

Chairman of the scientific Council for the award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences, professor

L.E. Khasanova

Scientific secretary of the scientific Council for the award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences, professor

A.A. Abdukayumov

Chairman of the Scientific seminar at the scientific Council for the award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

The aim of the research work is to increase the effectiveness of the results of treatment of combined injuries of the paranasal sinuses, in patients with combined trauma of the facial skeleton, skull and other bones.

The object of the research: 142 patients aged 18-60 years who received inpatient treatment in the ENT department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy with a diagnosis of the frequency of paranasal sinus injuries in patients with combined trauma of the maxillofacial region and the brain in the period in 2018-2021.

The scientific novelty of the research is as follows:

the frequency of paranasal sinus injuries in patients with combined trauma of the maxillofacial region and the brain was studied for the first time;

for the first time, the 3D anatomy of damage to the walls of the paranasal sinuses and the functional state of the mucous membrane of the nasal cavity in patients with combined trauma of the maxillofacial region and the brain were studied;

studied and characterized the endoscopic picture of damage to the walls of the paranasal sinuses and the state of the contents of the paranasal sinuses in patients with combined trauma of the maxillofacial region and the brain;

the characteristics of the factors influencing the development of the purulent-inflammatory process in patients with damage to the paranasal sinuses with combined maxillofacial trauma and the brain are given;

developed a treatment and diagnostic algorithm for damage to the paranasal sinuses in patients with concomitant trauma of the maxillofacial region and the brain.

Implementation of the research results.

Based on scientific results on the importance of clinical and laboratory parameters in the early diagnosis of complications and complex treatment of paranasal sinus injuries:

approved the methodological recommendation "Peculiarities of the state of the rheological properties of blood in combined facial injuries", developed on the basis of scientific results of research to improve the efficiency of diagnosing combined traumatic sinuses (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated June 14, 2021 No. 8n-r / 504). This methodological recommendation allows diagnosing combined injuries of the paranasal sinuses, preventing complications associated with this disease, through clinical monitoring of patients in dynamics;

the methodological recommendation "Method of complex treatment of patients with combined injuries of the bones of the facial skeleton" was approved (conclusion No. 8n-r / 528 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated June 14, 2021). The results of the studies reflected in this methodological recommendation made it possible to increase the effectiveness of the treatment of concomitant injuries of the paranasal sinuses, improve the quality of life of patients through effective prevention of complications of this disease;

the results of studies aimed at improving scientific results in the diagnosis, treatment and prevention of associated injuries of the paranasal sinuses have been introduced into healthcare practice, including the clinical practice of the Department of Otorhinolaryngology of the Tashkent Medical Academy, the 7-city clinic (conclusion No. 8 n-d / 271 of the Ministry Health of the Republic of Uzbekistan dated August 08, 2021). The implementation of the results of the study allows to increase the efficiency of treatment of patients with combined injuries of the paranasal sinuses, improves the quality of medical and preventive care provided, the quality and life expectancy, and in the aggregate is reflected in a decrease in the development of complications of this pathology;

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations, a list of references and applications. The volume of the dissertation is 122 pages.

The author expresses his gratitude to the doctor of medical sciences, professor Sh.A. Baimuradov for consultations and practical assistance in carrying out this dissertation research.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Karimberdiev B.I., Boymuradov Sh.A. Methods of effective diagnostics of the nose and accompanied cavity in joint injury of maxillofacial bones//Modern issues of Science and Practice, 2021, pgs. 28-31(14.00.00 №35)

2. Karimberdiev B.I., BoymuradovSh.A., BakievaSh.Kh. The importance of light diagnosis in joint injuries of the walls of the upper jaw cavity // International Journal of Advanced Dental Sciences and Technology (IJADST) ISSN: 2582-757X (Online), vol.1 issue-3, 2021, pgs.1-5 (14.00.00 №35)

3. Каримбердиев Б.И., Боймуродов Ш.А. Қўшма жароҳатлар орасида краниофациал жароҳатларнинг учраш //https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-61 Стоматология, 2021, 2-бет (14.00.00 №12)

4. Каримбердиев Б.И., Боймуродов Ш.А., Юсупов Ш.Ш. Инновационное лечение больных с сочетанными травмами костей лица // Аспирант и соискатель, №2, 2021, 2-бет (14.00.00)

5. Каримбердиев Б.И., Боймуродов Ш.А. Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатлари олган беморларни комплекс даволашнинг ўзига хос хусусиятлари // www.tma-journals.uz ISSN: 2181-7812 Биология ва тиббиёт муаммолари, 4-бет(14.00.00 №19)

II бўлим (II часть; II part)

6. Karimberdiev B.I., Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A., Bobomurotova D.T., Kurbonov Y.X., Yusupov Sh.Sh., Umarov R.Z. Complications of COVID-19 in the maxillo-facial region: Clinical case and review of the literature // Advances in Oral and Maxillofacial Surgery 3, 2021, pgs. 6.

7. Karimberdiev B.I., Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A., Bobomurotova D.T., Kurbonov Y.X., Yusupov Sh.Sh., Umarov R.Z. COVID-19 associated cavernous thrombosis: a case report of patient presented with necrosis of hard palate and glabella region of the face following by acute stroke // nternational Journal of Medical Science and Innovative Research (IJMSIR), www.ijmsir.com volume-6, issue-2, April 2021, pages 250-256,

8. Karimberdiev B.I., Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A., Bobomurotova D.T., Kurbonov Y.X., Yusupov Sh.Sh., Umarov R.Z. Aspects of maxillar osteomyelitis in patients who had COVID-19 in Uzbekistan //Advances in Oral and Maxillofacial Surgery 3, 2021, pg 5

9. Каримбердиев Б.И., Боймуродов Ш.А. Бурун ёндош бўшлиқлари қўшма жароҳатларини комплекс даволаш усули //Рационализаторское предложение. 30.09.2021 №852, ТМА

10. Боймуродов Ш.А., Ибрагимов Д.Д., Каримбердиев Б.И. Клинико-иммунологические аспекты лечения больных с сочетанной травмой костей лица // Монография Самарканд-2020 128 ст

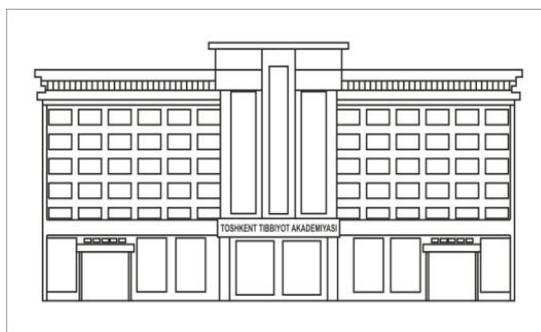
11. Boymuradov Sh.A., Yusupov Sh.Sh., Djurayev J.A., Karimberdiyev B. I., Narmurotov B.K. Yuz skeleti suyaklarining qo`shma jarohatlarini kompleks davolashning takomillashgan dasturi mobil ilovasi// DGU 1440113.01.2022

12. Karimberdiyev B.I., Boymuradov Sh.A. Methods of treatment of posttraumatic sinusitis of the upper jaw (maxilla) in patients with combined facial bone injuries // Молодёжь, наука, инновации, 2021, 144-145 сг

13. Karimberdiyev B.I., Boymuradov Sh.A. Frequency of occurrence of posttraumatic sinusitis of the upper jaw (maxilla) in patients with combined facial bone injuries // Pedagogy and modern education: tradition, experience and innovation, 2021, pgs: 01-03

14. Karimberdiyev B.I., Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A., Bobomurotova D.T., Kurbonov Y.X., Yusupov Sh.Sh., Umarov R.Z. Complications of COVID-19 in the maxillo-facial region: Clinical case and review of the literature // Advances in Oral and Maxillofacial Surgery 3, 2021

Автореферат “Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси” журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: _____ 2023 года
Объем – 2,5 уч. изд. л. Тираж – 0. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № СИГ -2023. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru