

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 616. 284-616. 214-616. 216

САИДМУРОДОВА НАФИСА БОТИРОВНА

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БУРУН ВА
БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ
ХУСУСИЯТЛАРИ

5A510104- Оториноларингология

ДИССЕРТАЦИЯ

Магистрлик даражаси учун

Илмий раҳбар: т. ф. д, доцент У. Н. Воҳидов

Бухоро-2020

МУНДАРИЖА

| | | |
|---|---|-----------|
| ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ | | 3 |
| | | |
| КИРИШ | | 4 |
| | | |
| I БОБ. Адабиётлар шарҳи (Туғма танглай кемтигинининг тарқалиши, этиопатогенези ва ташхислашга замонавий ёндашув) | | |
| | | |
| 1. 1. | Туғма танглай ва лаб нуқсонинг тарқалганлик даражаси | 9 |
| 1. 2. | Туғма юз–жағ соҳаси нуқсонлари этиологияси, патогенези ва учраш частотаси | 10 |
| 1. 3. | Туғма танглай ва лаб кемтиги классификацияси | 13 |
| 1. 4. | Туғма танглай билан туғилган болаларда танглай ҳалқум соҳаси хусусиятлари. ва замонавий даволаш усуллари. | 14 |
| 1. 5 | Туғма танглай ва лаб кемтиги булган болаларда лор аъзоларидаги ўзгаришлар | 17 |
| II БОБ. Текширувлар материал ва усуллари. | | |
| 2. 1 | Текширилган беморлар тўғрисида умумий маълумотлар. | 23 |
| 2. 2 | Болаларни текшириш усуллари. | 27 |
| III БОБ. ТТК БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ | | |
| 3. 1. | ТТК бўлган беморлар клиник-функционал текшириш натижалари | 38 |
| 3. 2 | ТТК БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ УРАНОПЛАСТИКА АМАЛИЁТИДАН СЎНГИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ | 48 |
| 3. 3 | . ТТК бўлган беморларнинг уранопластика амалиётидан сўнг инструментал текшириш натижалари | 57 |

| | | |
|--|---------------------------|-----------|
| | Хотима | 63 |
| | Хулоса | 65 |
| | Амалий тавсиялар | 66 |
| | Адабиётлар рўйхати | 67 |

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ

ТТК-Туғма танглай кемтиги

ТТЛК-Туғма танглай ва лаб кемтиги

БВКТТМ - Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

БПЧГ –Бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси

ЮЖБ- Юқори жағ бўшлиғи

БТЭ- Бурун тўсиғи эгрилиги

СА- Сурункали аденоидит

БЁБ-Бурун ёндош бўшлиқлари

КИРИШ

Мавзунинг долзарблиги. Юз жағ соҳаси туғма нуқсонларининг туғилиш кўрсаткичи ортиб бормоқда. Улардан туғма танглай ва лаб кемтиги туғма нуқсони энг кўп учрамоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига (ЖССТ) кўра, ушбу туғма нуқсон билан туғилиш кўрсаткичи хар 1000 та чақалоқдан 0. 6 - 1. 6 тасига тўғри келмоқда. Бундай туғма нуқсон боланинг ёшига ва кемтик даражасига боғлиқ ҳолатда анатомик ва функционал ўзгаришларга сабаб бўлади. Туғма танглай кемтиги (ТТК) аралаш нафас олиш ривожланишига ва шунингдек, овқатланиш вақтида овқатни оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтиб кетишига ҳам сабаб бўлади.

Туғилгандан сўнг дастлабки кунлардан бошлаб, ушбу нуқсон билан туғилган чақалоқларда эмиш ва ютиниш функцияси бузилади. Туғма танглай кемтиги билан туғилган болаларда эмиш вақтида оғиз бўшлиғи герметиклиги бузилганлиги сабабли, оғиз ва бурун бўшлиғи доимий алоқада бўлади. Чақалоқ она кўкрагини олмайди, суний овқатланишда бўлган болаларда эса овқат тез ўтиб кетиши оқибатида аспирация ҳолатлари кузатилиши мумкин. Нафас олган вақтда оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли, ташқи нафас туғридан тўғри юқори нафас йўлларига ўтади. Бола чуқур нафас олмайди, сушт нафас чиқаради ва юзаки нафас олишга ўрганиб қолади. Кичик ёшдаги болаларда бундай юзаки нафас олиш, компенцатор равишда нафаснинг минутлик хажмини оширади. Аммо ёшга боғлиқ ҳолатда компенсация бузилиб шундай юзаки нафас олишга, нафас мушакларини яхши ривожланмаслигига ва ўпканинг тириклик сифими пасайишига олиб келади. Ташқи нафаснинг тўлақонли бўлмаслиги, болаларда юқори нафас йуллари касалликлари ва ўпканинг ялиғланиш касалликларига мойиллигини келтириб чиқаради.

Ушбу туғма нуқсон ЛОР аъзоларига иккиламчи инфекция кўшилишига шароит яратади. Туғма танглай кемтиги билан туғилган

чақалоқларда ЛОР касалликлари юз жағ касалликларидан сўнг, иккинчи ўринда туради.

Муаммони ўрганилганлик даражаси. ТТК билан туғилган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиғи касалликлари тўғрисида адабиётлардаги маълумотлар таҳлили танглай соҳасида ўтказилган жарроҳлик амалиётининг вақти ва кўринишидан қатъий назар, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати микробиологик, функционал, клиник хусусиятларини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Бир қанча илмий ишларда ТТК бўлган болаларни соғлом болаларга солиштирилган ҳолатда, ўткир синусит, ринит, тонзиллит ва бошқа ЛОР касалликлари диагностикаси ўрганилган ва ёритиб берилган. Фақатгина санокли жаҳон нашрларида, ТТК бўлган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ҳолати тўғрисида маълумотлар кўрсатилган. Муаллифлар ўзларининг илмий ишларида, ТТК бўлган болалардаги бурун ёндош бўшлиқлари хажми, пневматизацияси, ривожланиш ҳолати тўғрисида маълумот беришган.

Шу муносабат билан ТТК билан туғилган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг клиник-функционал ҳолатини ўрганиш, оториноларингология учун долзарб муаммо ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан аввалги ва кейинги даврда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг клиник-функционал ҳолатини баҳолаш.

Тадқиқот вазифалари:

1. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда уранопластика амалиётидан аввалги ва сўнгги даврда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг клиник-инструменталь текшириш

2. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда уранопластика амалиётидан аввалги ва сўнгги даврда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини функционал хусусиятларини баҳолаш.

3. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда уранопластика амалиётидан аввалги ва сўнгги даврда бурун бўшлиғининг микробиологик ҳолатини таҳлил қилиш.ва бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини профилактикаси учун даволаш алгоритмни ишлаб чиқариш

Текшириш материаллари ва усуллари. Бизда туғма танглай кемтиги бўлган 50 нафар болалар текширилди. Ушбу беморларда клиник-функционал (транспорт, рН, ажратиш, сўриш), рентгенологик, компьютер томография, эндоскопик ва микробиологик текширувлар ўтказилди, ҳамда натижалар статистик таҳлил қилинди.

Илмий ишнинг янгилиги.

Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ҳолатини таҳлил қилинди;

Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар эндоскопик ва компьютер томография ёрдамида баҳоланди;

Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида микробиоценоздаги ўзгаришлар асослаб берилди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Туғма танглай кемтиги билан туғилган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта аниқлаш, текшириш усуллари ишлаб чиқилди. Туғма танглай кемтиги билан туғилган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари клиник ва функционал ҳолатини ўрганиш бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари профилактикасини эрта ўтказиш имкониятини беради.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича 3 та мақола ва 1 та тезис республика илмий нашрларида чоп этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, учта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар руйхатидан иборат. Ишнинг умумий ҳажми 76 бетни ташкил этади.

I БОБ.

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ ВА ТАШХИСЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ (Адабиётлар шарҳи)

1. 1. Туғма танглай ва лаб нуқсонинг тарқалганлик даражаси

Аntenатал патологияда туғма юз жағ соҳаси аномалиялари орасида туғма танглай ва лаб кемтиги 4 - ўринни эгаллайди [13,51]. Antенатал патологияда туғма танглай ва лаб кемтигини даволаш ҳозирги вақтда ҳам муаммолигича қолмоқда. Хар йили бундай беморларни туғилиш кўрсаткичи 1:750 чақалоққа тўғри келмоқда. Хар 1000 та туғилган чақалоқлардан 600-700 таси даволаниб, реабилитация бўлмоқда [51, 68].

Статистика маълумотларига кўра, туғма танглай ва лаб кемтигини бир бирига учраш нисбати қуйидагича: тўлиқ танглай ва лаб кемтиги -36. 8%, бир томлонлама танглай ва лаб кемтиги 27. 3%, бир томонлама лаб кемтиги 23. 3%, икки томонлама тўлиқ танглай ва лаб кемтиги 10. 9% ташкил этади. Ўнг томонлама туғма танглай кемтиги, чап томонга нисбатан устунлик қилади. Туғма танглай ва лаб кемтигининг биргаликда учраши, унинг турли оғир вариантларда келиши, кўпроқ ўғил болаларда учрайди [51,33,52].

Оториноларингологларнинг асосий диққат эътиборини туғма танглай кемтиги билан туғилган болалар гуруҳи жалб этади [15]. Туғма танглай кемтиги барча туғма нуқсонларнинг 30%ни, юз-жағ соҳаси аномалияларининг 86% ни ташкил этади (1). Бошқа давлат ва ҳудудларда бу нуқсон билан туғилиш кўрсаткичи 4- 10 % гача тўғри келади (13).

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда 20-40дан 90-100% га қадар қулоқ ва бурун қасалликлари учрайди (2, 23, 73). Қулоқ касалликлари соғлом болага нисбатан, ушбу нуқсон билан туғилган болаларда 1-1,5 % кўп учрайди [6,28]. АҚШда ушбу кўрсаткич бошқа давлатларга мос ҳолатда 700-850 нафар янги туғилган чақалоқнинг

биттасига тўғри келади. Туғма танглай ва лаб кемтиги юз-жағ соҳаси патологиясининг 70-90% ни ташкил этади [18,33].

Россия олимлари маълумотларига кўра, Россияда ушбу патология билан туғилиш кўрсаткичи ортиб бормокда ва ўртача 1:500 ташкил этади [12,65,7]. Бундай нуқсонлар билан туғилиш сонининг ортишини 1986-йилда руй берган Чернобил АЭС халокати билан боғлиқ деб айтсак бўлади [74].

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан қиз болаларга нисбатан ўғил болалар кўпроқ туғилади, аксинча туғма танглай кемтиги билан ўғил болаларга нисбатан қизлар икки марта кўпроқ туғилади [32]. Гончаков Г. В. (2010) маълумотларига кўра, туғма тангай ва лаб кемтиги билан кўпроқ қизлар туғилса, туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилиш кўрсаткичи иккала жинсда бир ҳил учрайди [22].

1. 2. Туғма юз –жағ соҳаси нуқсонлари этиологияси, патогенези ва учраш даражаси

Туғма танглай ва лаб кемтиги этиологияси тўғрисидаги саволлар ҳозирги вақтга қадар ўрганилмаган, аммо адабиёт маълумотларига кўра, бу кўп ҳолатларда кўп факторли келиб чиқиш хусусиятига эга [10,18 37]. Охирги маълумотларга кўра, генетик ва хромасомада юзага келадиган ўзгаришлар биринчи даражали аҳамиятга эга эмас. Бирламчи танлайнинг ривожланиши эмбрионал ривожланишнинг олтинчи ҳафтасига тўғри келади. Эмбрионал ривожланишнинг бузилиши оқибатида, танглай ҳосил бўлишида иштирок этадиган мезенхиманинг нотўлиқ ўсиб киришига сабаб бўлади. Натижада нуқсон катталиги мезенхиманинг ўсиб киришига боғлиқ бўлади [30,49].

Шубҳасизки, туғма нуқсоннинг ривожланишида триггер механизмини социал ва экологик муаммога киритса бўлади. Масалан, туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилиш кўрсаткичи ҳавоси ифлосланган ва чанг ҳудудларда кўпроқ учрайди [13,33,74].

Ушбу патология бошқа туғма нуқсонлар билан бирга кўшилиб келади ёки туғма синдромлар (синдром Ван-дер-Вуда, синдром Пьера Робена ва бошқалар.)нинг бир симптоми кўринишида учраши мумкин [3,49]. Реабилитациянинг кўп босқичлилиги, функционал ва анатомик тузилишларни ўрганган ҳолатда шубҳасизки, бу патология бош ва бўйин жарроҳлиги олдида биринчи ўринни эгаллайди. [4,9,31].

Эмбрионал ривожланишдан сўнг, бурун тўсиғи тоғай қисмининг ўсиши ва боланинг ривожланиши, юз ва бош суякларининг ўсиши билан биргаликда кечади. Бурун тўсиғи тоғай қисми жағ суякларига босим кўрсатиб, уни олдинга ва пастга қараб ўсишига сабаб бўлади. . Бу юқори жағнинг олдинга, пастга силжишига ва ўнга бирикиб турадиган пешона, ғалвирсимон, танглай, ёнок ва бошқа юз суяклар чокларининг синхрон ўсишига олиб келади [17]. Кўпгина муаллифлар фикрига кўра, юқори жағнинг деморфациясига танглай нуқсониде суяк тўқимасининг нотўлиқлиги ва ўсиш хусусиятининг пасайиши ҳам сабаб бўлади [20]. Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда юқори жағ суяги ва ноксимон тешик яхши ривожланмаган бўлади. Натижада тўртбурчак тоғайнинг олдинги пастки қирралари, олдинги бурун суяклари билан биргаликда соғлом томонга қараб силжийди. Бу эса буруннинг тоғай қисмининг деформациясига, кемтик соҳасида бурун даҳлизининг кенгайишига ва пастга тушишига, бурун гумбази шиллик қавати ва ташқи бурун териси чўзилишига олиб келади. [17,24].

Эмбрионал ривожланишда бурун тоғай ва суяк қисмининг тўлиқ ривожланиши бурун мушаклари ва мимика мушакларга ҳам таъсир этади. Постнатал даврда туғма лаб кемтигида оғиз ёригида мимика мушакларида дисфункционал ҳолати кузатилади [22,36,57]. Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган эрта ёшдаги болалар ва янги туғилган чақалоқларни секцион материалларини ўрганилганида шундай хулосага келиндикки, кемтик соҳасидаги мушаклар бир бирига ёпишиб, бирикиб кетган бўлади. Шундай қилиб, мимика мушакларнинг кучига таъсир

килувчи антогонистлар ва уларнинг бирикишидаги ўзгаришлар оқибатида, юз суяклари деформацияси бурун деформацияси билан билвосита боғлиқ [20,42].

Юз ва бурун суякларининг архетоникасининг бузилиши бошқа орган ва системаларга ҳам ўз таъсирини кўрсатади. А. В. Соколова ўзининг кузатув ишларида шуни аниқладики, туғма танглай ва лаб кемтигида бурун ва оғиз бушлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли юқори нафас йулларида, эшитиш тизимида, ошқозон-ичак трактида, микрофлоранинг ўзгаришига олиб келади. ,натижада ошқозон-ичак трактида шартли патоген флоранинг ортиб кетишига сабаб бўлади. Бу ўзгаришлар организмнинг умумий резистентлигининг пасайишига ва операциядан сўнгги асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу ўз навбатида бурун ва лаб соҳасининг иккиламчи деформациясига, яна беморда нафас ва буруннинг бошқа функциялари бузилишига олиб келиши мумкин [67].

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда анатомик ва функционал нуқсонлар туфайли ақлий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, тана массасининг камайиши, болаларда психофизиологик хусусиятидаги ўзгаришлар руй беради [21].

Маълумки, хар бир болада бурундан нафас олишнинг бузилиши оқибатида гипоксия кузатилади. Механизми оддий: бурундан нафас олишга қийнлашгани учун бундай болалар оғиз билан нафас олишга мажбур бўлади. Оқибатда бола доимий оғиз билан нафас олади, натижада ҳавонинг катта сиғими факат ўпканинг юқори қисмларига ўтади ва ўпканинг пастки қисмлари вентилияцияда иштирок этмайди. Натижада бурун орқали нафас олишнинг узок вақт бузилиши, кўкрак қафасининг «товуқ кўкрак» кўринишида деформациясига олиб келиши мумкин [20,56,71,77].

Соматик ўзгаришлардан ташқари, туғма танглай кемтиги бўлган болаларда руҳий ўзгаришлар ҳам юзага келади [21, 46, 58]. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда руҳий касалликларнинг тарқалиши, соғлом

болаларнинг аналогик кўрсаткидан 20-30 марта кўп учрайди ва хар 3 та боланинг биттасига тўғри келади [14,63]. Мактаб ёшидаги болаларда руҳий ўзгаришларнинг юзага келиши нутқнинг ривожланмаслигига асосий рол ўйнайди ва шундай туғма нуқсонли болаларни мактабгача бўлган даврда эрта реабилитация қилиш кераклигини кўрсатади [58].

1. 3. Туғма танглай ва лаб кемтиги классификацияси

Туғма кемтикнинг морфологик кўринишлари кўплигини ҳисобга олиб уни битта системалаштирган нозологик бирликка киритиш талаб этилади. Юртимизда ва бошқа чет эл муаллифлари бир қатор классификацияларни таклиф этишган. Формаларнинг кўплиги ва касалликнинг оғир кўринишларининг алоҳида вариантларини ўрганишга қийинчилик туғдиради. [1,46,51].

Фролов (1980) бўйича классификация

- Классификация
- 1. Туғма юмшоқ танглай кемтиги
 - А) Яширин
 - Б) Тўлиқмас
 - В) Тўлиқ
- 2. Туғма юмшоқ ва қаттиқ танглай кемтиги
 - А) Яширин
 - Б) Тўлиқмас
 - В) Тўлиқ
- 3. Туғма юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг ва альвеоляр ўсиқнинг тўлиқ кемтиги (бир ва икки томонлама) [46]

Адабиётларда турли хил классификациялар бор:

Юз скелети нуқсонларини 3та гуруҳга бўлиш мумкин [69]. Бу классификация:

- жағ ва юз туғма нуқсонлари анатомо-топографик хусусиятига кўра;
- органларнинг эмбрионал ривожланиш маълумотларига кўра;

➤ юқоридаги икта хусусиятга эга маълумотлар жамланмасига кўра.

Муаллифлар фикрига кўра, туғма нуқсон учун энг мақбул ва перспектив классификация эмбрио-патогенетик принципга асослангани хисобланади. Бунинг критериеси булиб, юқори жағ суягининг альвеолар ўсиғининг бутунлиги хисобланади. Бу принципга асосланиб, туғма танглай кемтиги иккига бўлинади: тўлиқ ва қисман [27].

1. 4. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда танглай ҳалқум соҳаси хусусиятлари ва замонавий даволаш усуллари.

Туғма танглай кемтиги бир қанча структур нуқсонлар билан характерланади: ўз навбатида ҳаётинг муҳим аъзолар фаолияти етишмовчилиги билан кечади: нафас олишнинг бузилиши, чайнов, ютиниш мимикаси, эшитиш, нутқ фаолияти бузилади [11,75].

Танглай ҳалқум системаси нормал биомеханикасини баҳолаш учун танглай соҳасини нормал анотомик хусусиятларини ва танглай нуқсон анотомик нуқсонларини билиш лозим. Танглай кемтигида ривожланган деформация кўринишларида обектив кўрганимизда, анатоми топографик жихатдан функционал бузилишларини баҳолай олмаймиз [30,85].

Туғма танглай кемтигида уранопластиканинг охири мудатларида танглайда функционал етишмовчиликлар кўзга ташланади. Функционал етишмовчилик сифатида юмшоқ танглайни узунлигини бир-бирига мос келмаслиги, танглайни кўтарувчи мушакни нормадан кўп оғиши, унинг хажми, узунлиги, танглайни ўнг ва чап томонида ассиметриясини таъкидлаб ўтиш лозим [85].

Танглай ҳалқумни 3 хил турдаги мушаклар бирлаштириб туради: танглайни кўтарувчи ва танглай-ҳалқум мушаклари, уларнинг бир вақтда қисқариши юмшоқ танглайни юқорига кўтаради. Юмшоқ ва қаттиқ танглай нуқсонларида уларни анатоми-функционал ҳолати бузилади. Шу билан бирга юмшоқ танглай қисқаради, ҳалқумнинг ўрта қисми кенгаяди,

нафас олиш бузилади (бурун бўшлиғи ва оғиз бўшлиғида чегара йуклиги туфайли), очик ринолалия ривожланади (танглай ҳалқум туташмаганлиги учун), овқат қабул қилиш бузилади (оғиз ва бурун бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли) [69].

Туғма танглай нуқсони бўлган болаларда нафас олиш, овқат қабул қилиш функциялари бузилади. Бундай беморларда оғиз ва бурун бўшлиғи доимий алоқада бўлади [29].

Туғма танглай нуқсонли чақалоқларда нафас олишнинг бузилиши шунга асосланадики, бундай болаларда аралаш типда, ҳам оғиз ҳам бурун орқали нафас олиш кузатилади. Шунинг учун олинадиган ҳаво бурун ва бурун ҳалқумда намланмайди, иситилмайди, тозаланмайди, тўғридан тўғри оғиз бўшлиғидан ҳалқумга, кейин ўпкага бориб, юқори нафас йулларида ялиғланиш касалликларига сабаб бўлади. Бундан ташқари, бундай беморлар юзаки нафас олиш ҳисобига, ўпканинг тириклик сиғми пасаяди ва боланинг жисмоний ривожланишида орқада қолишга сабаб бўлади. Юзаки нафас олиш, нафас ҳаракатлари тезлигини ошириб, нафас йуллари касалликларини сурункали тус олишига олиб келади. Бундай беморларни ўлимига сабаб бўладиган энг юқори кўрсаткич пневмония касаллиги ҳисобланади [25].

Ҳозирги вақтда болаларда туғма танглай ва лаб кемтигини жарроҳлик йули билан даволашнинг усуллари кенг ишлаб чиқилган [3,4,64]. Равшанки, дунёдаги энг тажрибали жарроҳлар ҳам ушбу туғма нуқсонни эрта ёшда операция қилишади. Асосий қоидаларга мувофиқ хейлопластика операцияси боланинг 2-3 ойлигида, уранопластика эса 3 ёшгача ўтказилади беморлар реабилитацияси мактаб ёшигача ўтказилади [41,42,43]. Кўпгина жарроҳлар хейлопластика операциясини эрта ёшда 3-8 ойлигида ўтказишади [53]. Туғма танглай ва лаб нуқсониди олдин хейлопластика операцияси ўтказилиши керак. Бу усул юз скелети ўсган вақтда бурун соҳаси деформациясини олдини олиш мақсадида, лаб айлана мушакларининг тўлиқ ривожланишига асосланади [52].

Аммо замонавий усулларни кўзга тутган ҳолда, ҳозирда хейлопластика билан биргаликда бурун структураси ҳам бир вақтда коррекция қилинмоқда. Таклиф этилган бирламчи очик ринохейлопластика операция ҳажмининг катталиги ва техник қийинчилиги туфайли ўзини ўзи оқламади. Бир қатор муалифлар эрта ёшдаги болаларда бурун тоғайи кайишқоқ ва эгилувчанлигини ҳисобга олиб, бурун деформациясини операциягача ва операциядан сўнг махсус синтетик сплентдан фойдаланиб, коррекция қилишни таклиф этишди [72,76].

Кўпгина жарроҳлар бир томонлама лаб кемтигида бирламчи хейлопластика билан биргаликда бурун деформациясини корекция қилишни афзал кўришади.

Бурун деформациясини жарроҳлик амалиётининг иккинчи босқичида боланинг 5-6 ёки 10-12 ёшида тўғирлаш мумкин. Аммо шуни такидлаб ўтиш жоизки, ички ва ташқи бурун деформациясини тиклаш 16 ва ундан катта ёшли болаларда, юз скелети тўлиқ ривожлангандан сўнг ўтказилади. [24]. Кўпгина жарроҳлар очик усулни афзал кўришади, буни шу билан тушинтириш мумкинки, бу усулда операция вақтини қисқартириш ва яхши натижа олиш мақсадида визуаль назорат остида бурун тоғай ва суяк қисмига кенг йул очилиши ва тўқималарни эркин кўчириб ўтказиш имконини беради. Бир қатор жарроҳлар эндоназал усулни афзал кўришади. Кўп йиллик тажрибаларга асосланган ҳолатда муаллифлар шуни такидлашадики, операция ҳажмининг катталиги нуқсон оғирлиги билан бевосита боғлиқ. [47].

Бурун суяк ва тоғай қисмининг итенсив ўсишига қарамасдан, юз суяклари тўлиқ шаклланиши билан биргаликда кечса, жароҳлик амалиётини эртароқ муддатларда ва бир вақтнинг ўзида ўтказишга эҳтиёж туғдиради. Тоғайнинг отсепаровкасига локайдлик билан қараш натижасида, бурун структурасида деформация янада кучаяди [63].

Юз скелети структурасининг кечроқ шаклланиши ва бурун тўсиғи тўлиқ шаклланмаганлигини инобатга олиб, 7-14 ёшда септопластика

операциясини ўтказишни таклиф этишган. Бир қатор муаллифлар эса бурун тўғри шаклланиши учун бурун ички ва ташқи коррекциясини эрта ёшда хейлопластика операцияси билан биргаликда ўтказиш керак деб ҳисоблашади [64].

Ўзбек олимлари олиб борган тадқиқотларида, ўсиш зонасига зарар етказмаслик мақсадида, эрта ёшда бурун соҳасида жарроҳлик амалиётига қарши чиқади [72]. Хозирги кунда маълумки, премаксилланнинг бурун тўсиғининг тоғай ва суяк қисмга кўрсатган босими юз скелетининг иккиламчи деформациясига олиб келади [53].

Икки томонлама туғма танглай ва лаб кемтигида бурун деформациясинини тиклашда бир қанча этаплар таклиф этилган: 2-3 ёшда колумеллани узайтириш, 6-7 ёшда альвеолар ёйни коррекция қилиш ва бурун пластикаси 16 ёшдан сўнг эса риносептопластика операцияларини ўтказишдан иборат. Аммо хозирги кунгача бурун коррекциясини тўғирлаш учун ягона усул ишлаб чиқилмаган [9,56].

1. 5. Туғма танглай ва лаб кемтиги булган болаларда ЛОР аъзоларидаги ўзгаришлар

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларнинг хайётининг биринчи кундаёқ қийинчилик пайдо бўлади. Уларда нафас олиш, сўриш, ютиниш функциялари бузилган бўлиб, бу боланинг ривожланишига салбий таъсирини ўтказиб боради. Бола катта бўлган сари, унинг руҳияти ҳам ўзгариб бола жисмоний ривожланишдан ҳам орқада қолади [15,40,60].

Туғма танглай ва лаб кемтиги булган чақалоқларда сўриш функциясининг бузилиши, оғиз бўшлиғи герметик ёпиқлигининг бузилиши оқибатида юзага келади. Натижада бундай беморлар она кўрагини олмайди, эмган вақтда тез чарчаб қолади, яхши овқатланмайди, бола жисмоний ривожланишдан орқада қолиб, рахит, гипотрофия касалликларига чалинади [37,61].

Туғма танглай ва лаб кемтиги бўлган чақалоқларда оғиз ва бурун бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли, оғиз бўшлиғининг герметиклигининг йуклиги туфайли, ютиш функцияси ҳам бузилади [84].

Биринчидан, ютиш акти вақтида овқат оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтганлиги сабабли, бурун бўшлиғида ва бурун халқумда(сурункали ринит, бурун чиғаноқлари гипертрофияси, синусит, сурункали тонзиллит, евстахит, аденоид ва бошқалар) ялиғланиш жараёнлари ривожланишига олиб келади [62].

Иккинчидан, овқатни ютган вақтда овқат нафас йулларига аспирация бўлиши мумкин, натжада аспирацион пневмония ривожланиб беморнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Аммо шуни таъкидлаш жоизки, бундай беморлар шу кўринишдаги патологик ҳолатга тез мослашиб қолади. Танглай кемтиги ва лаб кемтиги бўлган чақалоқларда 6 ойликкача нафас ва ютиниш функциялари бузилиши яққол кўзга ташланади [71,77].

Туғма танглай кемтиги билан туғилган болаларда, бурун орқали нафас олиш бузилиши билан бирга. эшитиш, вестибуляр анализаторда бузилишлар, манқалик, сўрғичсимон ўсимта соҳасида пневматизация бузилади, шу билан биргаликда болада кўп ҳолатларда чап мия ярим шарларда ўзгариш кузатилиб, жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолади[19,37,38]. Гипоксия ва гипоксемия оқибатида юкори нафас йуллари анатомик тузилиши бузилади, болада бурун ва оғиз орқали нафас олиш шаклланади, юкори нафас йуллари ялиғланишга мойил бўлади, организмда кислород етишмовчилиги натижасида нафас олиш тизимида ва юрак қон-томир тизимида ҳам қон айланиш бузилади [57,85].

Туғма танглай кемтиги билан туғилган чақалоқларда бурун, бурун халқум, ўрта кулоқ,хикилдок, халқумда ҳам ўзига хос анатомик ўзгаришлар ривожланади. Бундай ўзгаришлар танглайда ўтказилган жарроҳлик амалидан сўнги реабилитация муаммолари билан боғлиқ [69].

Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда сурункали аденоидни кечиши ҳам оғиррок кечади. Бундай беморларда нафас олишнинг

бузилиши, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида аэрациянинг бузилиши яққол ифодаланган бўлади. Бундай патологияга тез-тез бактериаль инфекциянинг кўшилиши, уранопластика операцияси муддатларини ҳам кечиктиради [2].

Сурункали пневмония, бронхитлар, ларинготрахеитлар ТТК билан биргаликда СА бор болаларда туғма патологиясиз болаларга нисбатан кўпроқ аниқланади. Тишлар кариеси ва стоматитлар –73,9 ва 13,5%га, дистрофия, ошқозон-ичак сурункали патологияси –42,4 ва 71,3%га, остеопороз —6,7%га, аллергия касалликлар –22,4%га. ТТК билан биргаликда СА бор болаларнинг барчасида I ва II даражали анемия, авитаминозлар учрайди. ТТК билан биргаликда СА бор болаларда вегетатив ва марказий асаб тизими (ВАТ ва МАТ) фаолиятидаги бузилишлар кўпроқ дарвжада ифодаланган бўлиб, улар 24,6 ва 44,6%га кўпроқ учрайди. Бош оғриғи, бош айланиши, ҳолсизлик, уйқунинг бузилиши ва салга жаҳл чиқишлари таҳлил қилинганда – 29,1, 51,4 ва 24,6%; кўрсаткичлар ТТК билан биргаликда СА бор болаларда юқори бўлди. ВАТ ва МАТ фаолиятини бузилишида сўзсиз ТТК билан биргаликда СА бор болаларда организм реактивлиги ва резистентлигини пасайиши муҳим омили гипоксия ҳисобланиб, гипоксия бу болаларда деярли 100% ҳолларда аниқланди. . Иммунитетни пасайиши, иммунодефицит ЮНЎВИ(юқори нафас йўллари вирусли инфекцияси)ни тез-тез қайталанишида муҳим омил бўлиб, таққосланаётган иккала гуруҳда деярли барча болаларда, кўпроқ ТТК билан биргаликда СА бор болаларда 100% ҳолларда, фақат СА бор болаларда 39,1% ҳолда аниқланди. ТТК билан биргаликда СА бор болаларда ҳамроҳ ЛОР патологияси касалликлари: сурункали тонзиллит – 10,9%, синусит – 54,4%га, отит – 35,5%га, сурункали ринит – 80,2%га, бурун тўсиғи шакл бузилиши – на 20,3%, сурункали фарингит – 17,8%га, кондуктив паст эшитишлик – 73,7% кўпроқ учрашини таъкидлаш керак [52,53].

Бурун-ҳалқум эндоскопик текширувлари ва балларда баҳоланувчи бурун ёндош бўшлиқлари рентгенологик маълумотлари таҳлили, ТТК билан биргаликда СА бор болаларда туғма патологияси бўлмаган болаларга нисбатан кўпроқ ифодаланган бўлиб, шиллиқ қават шиши(ШҚ) 14,1% га, секрет характери – 24,7%га, локализацияси – 78,0%га, ҳалқум муртаклари ўлчамлари – 63,2%га, хоаналар ва эшитув найчалари учи билан ўзаро боғлиқлик – 71,0%га, патологик ажралма характери – 46,9%га, бурун синуслари ҳаво тутиши – 73,8%га кўп бўлди. ТТК билан биргаликда СА бор болаларда туғма патологияси бўлмаган болаларга нисбатан лимфоид ҳалқада патологик жараён ривожланиши ўртача 70,7% ($P < 0,001$) сезиларли ифодаланган бўлди. ТТК муҳитида СА клиник кечиши оғирлашиши чуқурлашуви, бурун-ҳалқумда шиллиқ қаватнинг кўпроқ ифодаланган шиши, гиперемияси, ҳалқум муртаги ҳажми катталаниши ва уни кўп миқдорда ёпишқоқ шиллиқ-йиринг ажралмаси бирга бўлиши аниқланди [25,26,29].

Ўзбек олимлари ўтказган тадқиқотларга кўра, ТТК билан туғилган болаларда соғлом болаларга нисбатан ЛОР аъзолари касалликлари 10 марта кўп учрайди [73].

Н. Ф. Федун маълумотларига кўра ТТК бўлган болаларда лор аъзолари касалликлари 3 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди [77].

Туғма лаб кемтиги туғма танглай кемтиги ва туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда лор касалликларини учраши 1:2:1 нисбатни ташкил этади [51].

ТТЛК бўлган беморларни бурун ҳалқумида морфологик ва функционал ўзгаришларни ўрганганида, евстахий найида вентилицион фаолиятини бузилиши қулоқнинг мукосекретор касалликларига сабаб бўлишини таъкидлайди. Қулоқнинг мукосекретор касалликлари ривожланиши натижасида эшитув суякчаларининг ҳаракати ўзгариб, қулоқнинг кондуктив эшитиш пастлигига сабаб бўлади [45].

Чет эл олимларининг фикрига кура, ТТК билан туғилган болаларда ўрта кулоқ касалликларини ривожланишига сабаб, юмшоқ танглай мушакларини нотўғи бирикиши ва юмшоқ танглайда анатомик ва гистологик ўзгаришлар сабаб бўлади дея таъкидлайди [68].

Россия олимларининг ТТК бўлган болаларда 3 ёшдан 13 ёшгача бўлган беморларнинг 59 %ида ўрта кулоқ касалликлари, мезотимпанит, адгезив ва экссудатив ўрта отит кузатилганлигини таъкидланганлар [35].

Сурункали тонзиллит ТТЛК булган болаларда ТТК нисбатан 8 % кўп учрайди. Бурун тўсиғи қийшиқлиги асосан бир томонлама тўлиқ танглай кемтиги булган болаларда кўпроқ учрайди (47. 5%) [82].

Лор патологиясининг қўшилиб келиши боланинг ёшига қараб ўзгариб туради. Масалан, 1-3 ёшгача булган беморларда ҳалқум ва танглай муртаклари гипертрофияси (53. 3%), 3-6 ёшгага бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси ва ҳалқум муртаги гипертрофияси (61%), 7 ёшдан катта беморларда бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси билан биргаликда ТТЛК бўлган болаларда бурун тўсиғи қийшиқлиги нафас олиш функцияси бузилмаслиги билан кузатилган. Бу шу билан боғлиқки, бир томонлама ТК да бурун тўсиғи қийшиқлиги бир томонлама бўлса, компенсатор равишда буруннинг бир томони очиқ бўлган. Икки томонлама ТКда эса бурун тўсиғи қийшиқлиги билан биргаликда бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси ҳам яққол ифодаланган [82].

Анатомо –топографик ва функционал ўзгаришлар жиҳатдан ТТЛК бўлган беморларда ташқи бурун деформацияси бурун релефенинг ўзгариши, нафас олиш ва ҳидлов функциясини, ҳимоя тизимининг бузилиши кузатилади [77].

Бурун шиллиқ қаватининг ҳолати, беморнинг касалликнинг қайси вақтида муруожаат қилишига боғлиқ. Бир ёшгача ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғи соғлом боланикидан деярли фарқ қилмайди. Чунки патологик жараён ривожланмаган бўлади. Катта ёшдаги ТТЛК болаларда шиллиқ қават шишган, қизарган, юзаки томирлар кенгайган, тез

конайдиган бўлиб морфологик жиҳатдан ўзгарган бўлади. Оқибатда бурун шиллик қавати гипертрофияси ривожланади. ТТК 7 ёшгача операция қилинмаса, бурун шиллик қаватида қон айланиш бузилади, аэрация бузилиб, бурун шиллик қаватда атрофик жараён ривожланади [71].

ТТЛК билан бўлган болаларда бурун бўшлиғининг медиал девори турли даражада қийшайган бўлади. Бир томонлама лаб ва танглай кемтигида бурун тўсиғи меъёрдан фарқ қилиб, қишиқ юзада жойлашган бўлади. Бу қийшиқлик туғма ва нуқсон дефектига боғлиқ бўлади [64].

ТТКда эрта болалик даврида бурун тўсиғининг бир қисми қийшайган бўлади. Вакт ўтган сари турли факторларни кўшилиши оқибатида (хаво босимининг турлича бўлиши, операциянинг кеч қилиниши, юқори жағ суяги танглай ўсигининг ўзгариши) бурун тўсиғини силжитади, натижада боланинг ёши катталашган сари бурун тўсиғининг барча қисмида эгрилик ҳосил бўлади [5,24].

ТТК бўлган болаларда юқори нафас йулларининг ялиғланишига сабаб бўлувчи асосий омил, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши ҳисобланади. Бурун орқали нафас олишнинг бузилиши оқибатида ўрта кулоқ бўшлиғида патологик ҳолат ривожланиб, болаларда ўрта кулоқ касалликлари ривожланишига ҳам сабаб бўлмоқда. Масалан, кондуктив кулоқ оғирлиги мактабгача ёшдаги болаларда II даража 58%, III даража 42 %, мактаб ёшидаги болаларда II даража 37 %, III даража 63% болаларда кузатилган ва бу ҳаммаси дастлабки оториноларингологик диспансер кузатувиغا боғлиқ [52,53].

II БОБ

Текширув материаллари ва усуллари.

2. 1. Текширилган беморлар тўғрисида умумий маълумотлар.

2017-2020 йиллар давомида Бухоро вилоят кўп тармокли болалар тиббиёт маркази оториноларингология ва юз-жағ бўлимида текшириш ва даволанишда бўлган беморларда олдимизда кўйилган вазифаларни амалга ошириш мақсадида, ТТК бўлган 50 та беморда клиник текширувлар ўтказилди.

Шу билан бир каторда, назорат гуруҳига $n=20$ та кичик ўрта ва мактаб ёшдаги юз жағ соҳасида ҳеч қандай нуқсони бўлмаган болалар олинди.

Жадвал 2. 1

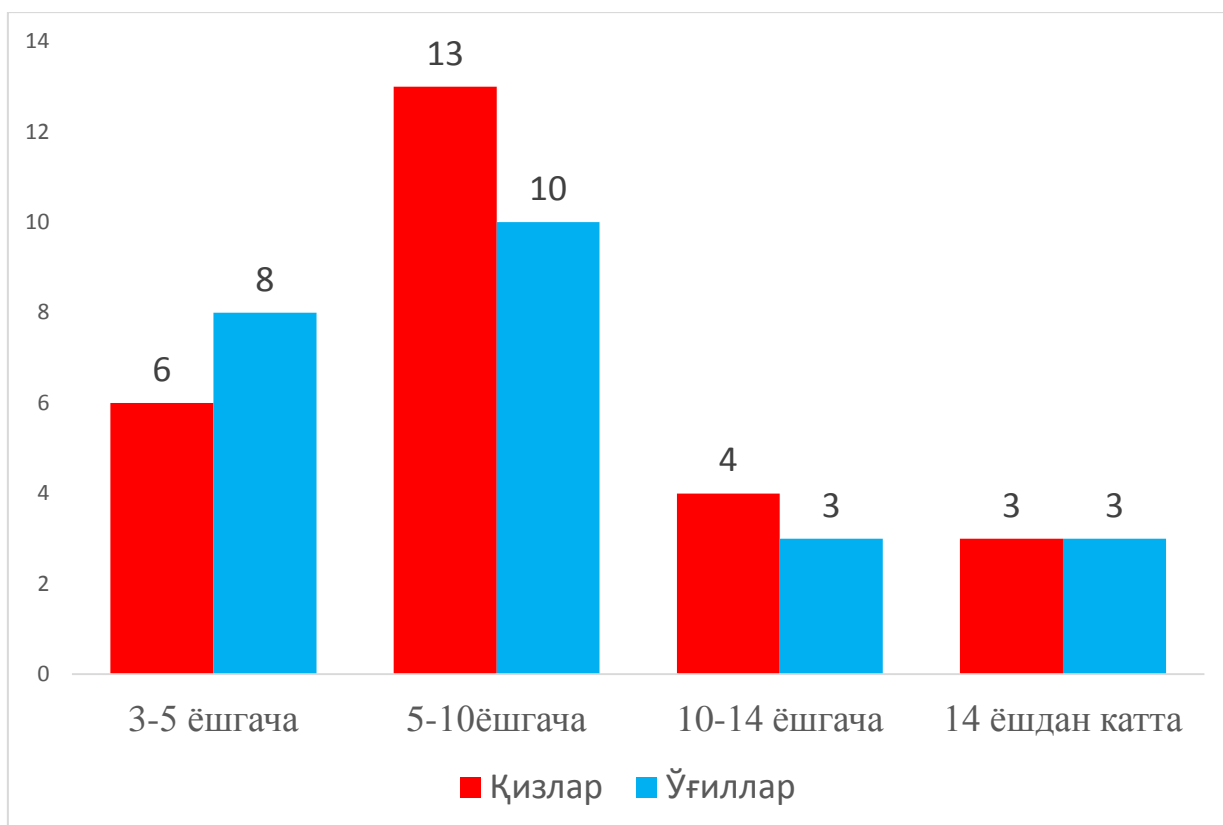
Беморларни ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

| Беморлар ёши буйича гуруҳланиши | Беморлар сони | | | | | |
|---------------------------------|---------------|--------|---------|-------|------|------|
| | Қизлар | | Ўғиллар | | Жами | |
| | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 3-5 ёшгача | 6 | 23.0% | 8 | 33,3% | 8 | 16% |
| 5-10 ёшгача | 13 | 50.0% | 10 | 41.6% | 23 | 46% |
| 10-14 ёшгача | 4 | 15.3% | 3 | 12.5% | 7 | 14% |
| 14 ёшдан катта | 3 | 11.54% | 3 | 37.5% | 6 | 12% |
| Жами | 26 | 100% | 24 | 100% | 50 | 100% |

2. 1 Жадвал маълумотларига кўра, қизлар орасида 10-14 ёшгача беморлар 4 нафар (15,3%) ни ташкил этади . Ўғил болалар орасида бу кўрсаткич 3 нафар (12. 5%) ни ташкил этади. Қизлар ва ўғиллар орасида ҳам 14 ёшдан катта болалар, энг кам миқдорни 3 нафардан (12 %) ташкил этади. Иккала гуруҳда ҳам 5-10 ёшгача бўлган болалар энг кўп миқдорни қизларда 13 нафарни (50. 0%), ўғил болаларда 10 нафарни (41. 6%) ташкил этади.

Диаграмма 2.1

ТТК бўлган болаларнинг ёши бўйича тақсимланиши



Ушбу диаграммада 5-10 ёшгача ва 10-14 ёшгача бўлган болаларда қизлар сонининг устунлик қилишини кўришимиз мумкин. 14 ёшдан катта болаларнинг 2 нафари, 10-14 ёшгача бўлган болаларнинг 1 нафари, 5-10 ёшгача бўлган болаларнинг 3 нафари реуранопластика жарроҳлик амали учун қайта муруожаат этишган.

Жадвал 2. 2

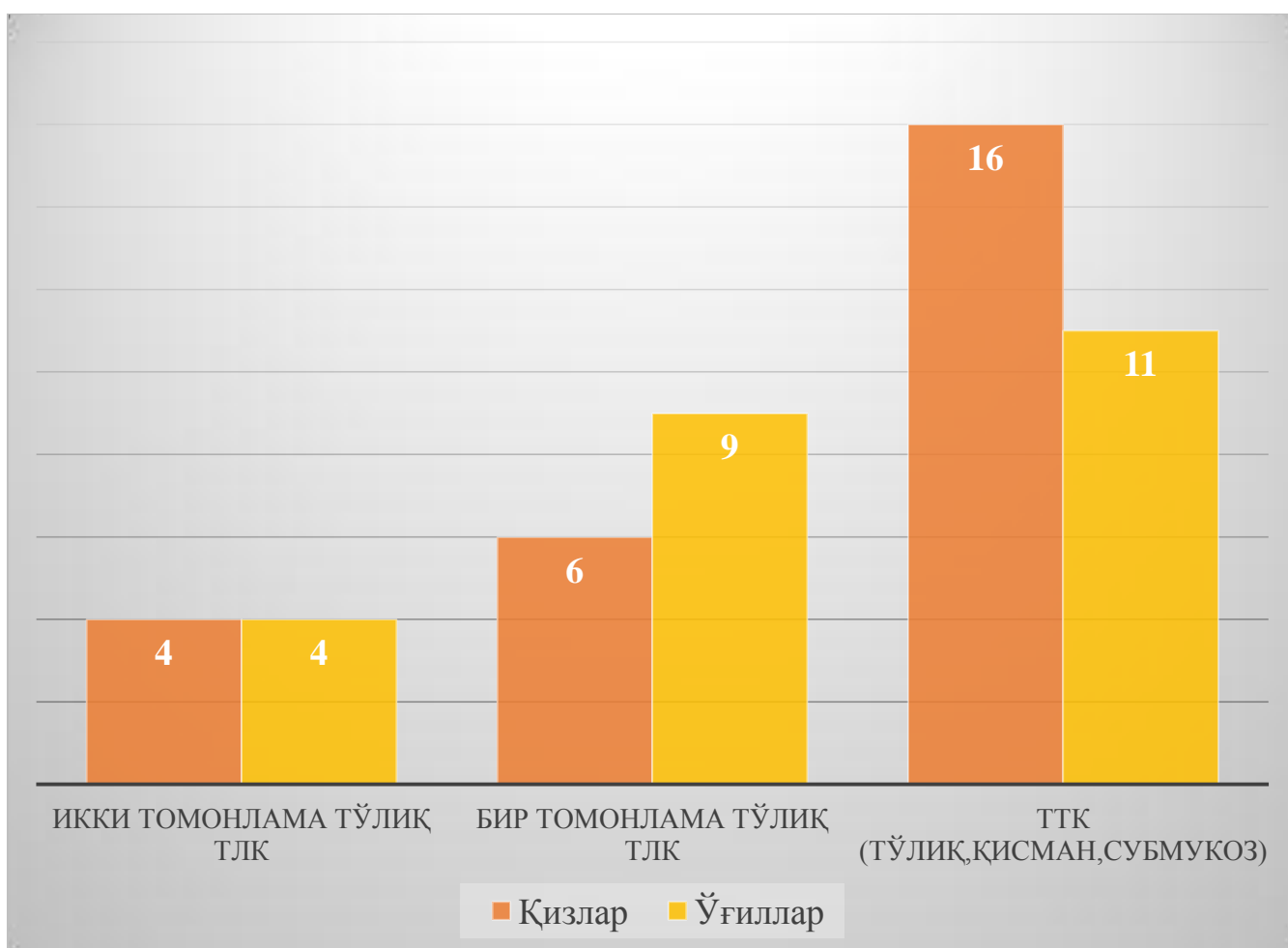
Болаларни нуқсон кўриниши бўйича тақсимланиши

| Нуқсон кўриниши | Қизлар | | Ўғиллар | | Жами | |
|-------------------------------|--------|------|---------|------|------|-------|
| | Сон | % | Сон | % | Сон | % |
| Икки томонлама тўлиқ ТЛК | 4 | 15,4 | 4 | 16,7 | 8 | 16% |
| Бир томонлама тўлиқ ТЛК | 6 | 23,1 | 9 | 37,5 | 15 | 30% |
| ТТК (тўлиқ, қисман, субмукоз) | 16 | 62 | 11 | 46 | 27 | 54 % |
| Жами | 26 | 100 | 24 | 100 | 50 | 100 % |

Нуқсон кўриниши билан болалар бирламчи яни уранопластика жарроҳлик амали учун биринчи марта даволанаётган, шунингдек иккиламчи реуранопластика, яни қайта жарроҳлик амали учун келган болалардан иборат. Шулардан қисман ТК 15 нафарида уранопластика, 2 нафарида реуранопластика, тўлиқ ТЛК эса 13 нафарида уранопластика, 1 нафарида реуранопластика жарроҳлик амали ўтказилди.

Диаграмма 2.2

Фролов классификацияси бўйича болаларни тақсимланиши.



Маълумотларга асосланган ҳолатда ТТК (тўлиқ ,қисман,субмукоз) энг кўп миқдорни 27 нафар (54 %)ташkil этади.Бу гуруҳга шунингдек хейлопластикадан кейинги беморлар ва реуранопластика учун муруожаат қилган 10 нафар (20%) беморлар ҳам киритилди.

Туғма кемтикли болаларнинг жинси бўйича тақсимланиши



Беморларнинг жинс бўйича тақсимланиши деярли бир хил. ТТК бўлган беморларни 26 нафарини (52%) қизлар, 24 нафарини (48%) ўғил болалар ташкил этади.

Функционал кўрсаткичларни тасдиқлаш ва ёшга кўра меъерий кўрсаткичларни баҳолаш мақсадида 20 нафар юз жағ соҳасида ҳеч қандай нуқсон бўлмаган болалар олинди. Назорат гуруҳидаги болаларни ёш ва жинс бўйича тақсимланиши 2.3 жадвалда тасвирланган.

Жадвал 2.3

Беморларни ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

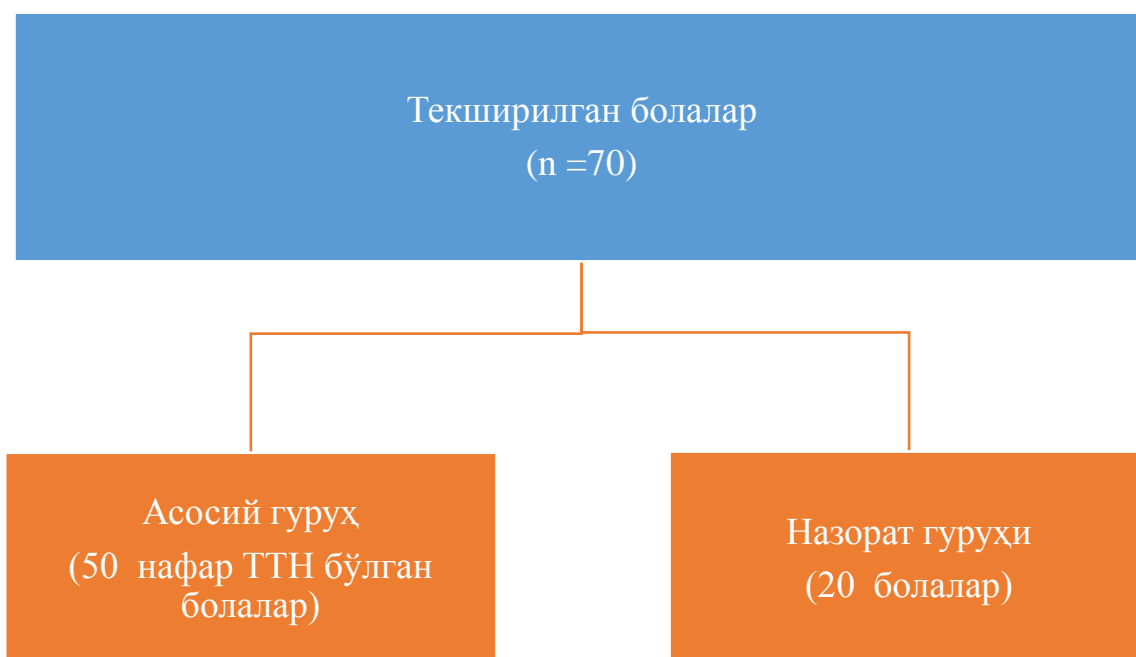
| Беморлар ёши буйича гуруҳланиши | БЕМОРЛАР СОНИ | | | | | |
|---------------------------------|---------------|------|---------|------|------|------|
| | Қизлар | | Ўғиллар | | Жами | |
| | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 3-5 ёшгача | 2 | 20% | 2 | 20% | 4 | 20% |
| 5-10 ёшгача | 4 | 40% | 4 | 40% | 8 | 40% |
| 10-14 ёшгача | 2 | 20% | 2 | 20% | 40 | 20% |
| 14 ёшдан катта | 2 | 20% | 2 | 20% | 40 | 20% |
| Жами | 10 | 100% | 10 | 100% | 20 | 100% |

Олдимизга қўйилган вазифаларни амалга ошириш мақсадида, клиник текшириш учун олинган болаларни 2 та гуруҳга тақсимладик.

1 Асосий гуруҳ. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан аввалги ва кейинги даврда бўлган болалар;

2 Назорат гуруҳи. Юз жағ соҳасида ҳеч қандай нуқсони бўлмаган болалар;

Асосий гуруҳимизда болалар сони 50 нафардан иборат. Шулардан 44 нафарини бирламчи, яни уранопластика жарроҳлик амали биринчи марта ўтказилган болалар, 6 нафари эса иккиламчи, реуранопластика жарроҳлик амалини ўтказиш учун олинган болалар ташкил этади. ТТК бўлган болаларнинг жарроҳлик амалидан аввалги ва кейинги ҳолатлари ўрганилди ва олинган натижалар таққосланди.



Шундай қилиб, ТТК контингентдаги болаларни саралашиб текширишдан мақсадимиз, ТТК бўлган болалар урунопластика жарроҳлик амалидан олдин ва кейин ЛОР ҳакими кўриги ва тавсиялари асосида даволаниш кераклигини исботлашдир. Шунини аниқ қилиб айтиш лозимки,

бундай ёшдаги беморларга хирургик, ортодонтик ва логопедик реабилитациялар ҳам ўз вақтида ўтказилиши зарурдир.

Текширишларда бўлган беморларнинг энг кам миқдорини 7 ёшдан катта беморлар ташкил этади ва бу ёш даврида улар ҳам хирургик реабилитация вақтини ўташи лозим.

Нуқсонлар ўртасида ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатадики, бир томонлама танглай кемтиги ва тўлиқ танглай кемтиги энг кўп миқдорни эгаллайди.

2. 2. Болаларни текшириш усуллари.

Барча беморларга умумклиник оториноларингологик, эндоскопик текширувлар билан биргаликда, КТ ва рентгенологик текширувлар ҳам ўтказилди. Текшириш натижалари ишлаб чиқилган беморларнинг тематик картасига кайд этиб борилди. Умумклиник текширувларга умумий қон сийдик таҳлиллари, қон гуруҳи, резус фактор, қоннинг биокимёвий таҳлиллари киритилди.

Анамнез йиғиш. ТТН бўлган болаларнинг онасининг сўзидан шикоятларига, хомиладорликнинг кечиши, туғруқ жараёнинг кечиши, чақалоқлик даври, бошидан кечирган касалликлари, ўтказилган жарроҳлик амалларига эътибор қаратилди. Барча беморлардан анамнез маълумотлари тўпланди. Хомиладорликнинг кечиши, йўлдош касалликларнинг борлиги, наслий касалликларнинг борлиги, ўтказилган тикланиш жарроҳлик амалиёти ва унинг моҳияти (бир ёки икки босқичда ўтказилганлиги) кўшимча касалликнинг борлиги. . тўғрисида анамнез маълумотлари йиғилди. Масалан ЛОР аъзолари касалликлари (отит билан нечи марта касалланганлиги, қайси ёшда, эшитиш пасайганми йўкми, даволанганми йукми, кечиш хусусиятлари) ва бошқалар. Асосий эътибор беморларнинг куйидаги шикоятларига қаратилди: бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги, бурун битиши ва тез - тез синусит билан касалланиш ва бошқалар.

Натижалар таҳлили махсус ишлаб чиқилган 4 баллик тизим бўйича баҳоланди. Сўровнома махсус тузилган баллар орқали қайд этилди.

Жадвал 2.4

Сўровнома

| № | Симптомлар | Балл | | | | |
|---|---------------------------------------|------|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Ринорея | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Эшитишнинг пасайиши | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Нутқ бузилиши | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Бош оғриши | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0-самара йўқлиги;

2-сезиларсиз даражада (шикоятлари бор, ялиғланиш белгилари бор;

3-енгил даража (шикоятлари йўқ, ялиғланиш белгилари маълум соҳалардагина бор);

4-самарали (шикоятлари йўқ, ялиғланиш белгилари йўқ

Оториноларингологик текширув. Оториноларингологик текширув беморлардан шикоятлари анамнез маълумотлари ва ЛОР аъзоларининг эндоскопик текширувидан бошланади. Шунингдек, буруннинг функционал ҳолатини текшириш усуллари ҳам киритилди.

Отоскопия. AD AS қулоқ супраси, ташқи эшитув йули, ноғора парда ҳолати кўздан кечирилди.

Риноскопия текширувида бурун шиллик пардаси, бурун тўсиғи, бурун ўрта ва пастки чиғаноқлари, бурун йўлларидаги ажралмалар кўздан кечирилди.

Фарингоскопик текширув усулида оғиз шиллик пардаси, танглай олдинги ва орқа ёйлари, танглай муртаклари, қаттиқ ва юмшоқ танглай ҳолати, ҳалқум девори шиллик пардаси ҳолати баҳоланди.

Эндоскопик текшириш.

Бурун бўшлиғи ва бурун халқумни эндоскопик текшириш учун п «Karl Storz» фирмасининг (Германия) 2,7 мм ва 4 мм диаметрли 0°, 30°. Кўриш ўткирлигига эга эндоскоп апаратидан фойдаланилди. Болалар ўтирган ҳолатда текширилди. Бурун ва бурун халқумнинг эндоскопия текширувида уч асосий босқич тафовут этилади.

Биринчи босқич. Кўриш бурчаги 0 га эндоскоп бурун даҳлизига киритилади ва олд бурун клапанинг ҳолати баҳоланади, чунки у бурун тўсиғи қийшайиши ёки бурун қаноти катта тоғайи ташқи оёқчаси ички юзаси гиперплазияси туфайли торайган бўлиши мумкин. Кейин эндоскоп бурун туби бўйлаб бурун халқум бўйлаб бурун халқум томон секин силжитилади ва бир вақтнинг ўзида пастки бурун чиғаноғи ва бурун тўсиғининг пастки қисмлари кўздан кечирилади. Бунда пастки бурун чиғаноғи турли қисмларининг гиперплазиясини, бурун тўсиғи қийшиқлиги ёки полипни аниқлаш ва баҳолаш мумкин.

Эндоскоп хоана сатҳигача силжитилиб, бурун халқум бўшлиғи кўздан кечирилади. Бунда эшитув найининг тешиклари, най лўлачалари най ва халқум муртаклари ҳамда бурун халқум шиллиқ пардаси барча қисмларининг ҳолати текширилади.

Кейинги ҳаракат билан эндоскоп орқага силжитили, ўрта бурун йўли кўздан кечирилади. Ўрта бурун чиғаноғининг орқа учи эндоскопни ўрта бурун йўлига киритиш имконини беради. Эндоскопнинг тескари ҳаракатида текширувни бажариш учун, унинг ён девори ўрта бурун чиғаноғига тегиб туриши лозим эндоскоп ўрта бурун йўлига киритилади ва аста секин бурун бўшлиғидан чиқариб олинади. Бир вақтнинг ўзида ўрта бурун чиғаноғи орқа учининг ички томони юқори жағ ва пешона бўшлиқларидан шилимшиқ ажралманинг чиқариш йўллари ғалвирсимон пуфакча, ярим ой тирқиш, илгаксимон ўсимта, ўрта бурун чиғаноғининг олд учи, бурун лўлачасининг шиллиқ қавати кўздан кечирилади.

Иккинчи босқич. Кўриш бурчаги 30 га тенг эндоскопни ўрта бурун чиғаноғи ёнидан ўтказиб хоаналарининг юқори четига ва у жойдан

юқорига понасимон ғалвирсимон чуқурликка киритилади. Бу жойда юқори ва баъзан энг юқори бурун чиғаноғи ва уларнинг остига жойлашган бурун йуллари кўринади.

Патологик ўзгаришлар имкон берган айрим ҳолларда, понасимон бушлиқ ва ғалвирсимон лабиринтнинг орқа катакчалари соҳасининг шиллик қаватини кўздан кечириш мумкин. Бўшлиқнинг табиий тешиклари кўзга кўринмасда, йирингли ажралма понасимон бўшлиқнинг олд девори бўйлаб қайердан оқаётганлигини аниқлаш мумкин. Понасимон чўнтак юқори бурун йули ва унга очилган ғалвирсимон лабиринт орқа хужайралари, понасимон бўшлиқнинг табиий тешиклари юқори бурун чиғаноғи билан биргаликда орқа остеомеатал комплексни ҳосил қилади.

Эндоскопни бурун бўшлиғидан чиқариш пайтида ўрта бурун чиғаноғи олд учининг ва бурун тўсиғининг ўзаро нисбатига эътибор бериш лозим. Бурун тўсиғи ўрта бурун чиғаноғи ўрта учининг олдида жойлашган бўлиб, бурун бўшлиғи аэродинамикасида муҳим рол ўйнайди.

Учинчи босқич. Форер элеватори ёрдамида ўрта бурун чиғаноғи эҳтиёткорлик билан ички йуналишда четга сурилади ва кўриш бурчаги 30 га тенг эндоскоп ўрта бурун йулига киритилади. Анатомик хусусиятлар ва патологиянинг характерига қараб, ғалвирсимон суякнинг илгаксимон ўсимтаси, ярим ой тирқишини, ғалвирсимон пуфакча ҳамда унинг орқасидаги тирқишларни аниқлаш мумкин.

Кўриш бурчаги 30 га тенг эндоскоп бурун кўз ёш канали тешигини топиш учун қўлланади. Бунинг учун эндоскоп пастки бурун йўлига киритилади. Бунда баъзан овал ва тор тирқиш шаклидаги тешикни кўриш мумкин. У пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойидан бир неча миллиметр орқада жойлашган.

Кўриш бурчаги 70 га тенг эндоскоп ўрта бурун йўлини пастдан текшириш учун қўлланади. Бунинг учун кўриш бурчаги тепага йўналтирилган ҳолда ўрта бурун йулининг остига киритилади. Ғалвирсимон суякнинг олд ва орқа қисмлари краниал йўналишда кўздан

кечириш, респиратор аносмия ёки гипосмияни инкор этиш учун ҳид билиш тирқишини текшириш имконини беради.

Кўрик нафас олган вақтда, бурун қанотлари ва бурун дахлизини кўздан кечиришдан бошланди. Ташқи бурунни кўздан кечирганимиздан сўнг, бурун бўшлиғини кўздан кечирилади. Бир вақтнинг ўзида бемордан ютиш акти бажарилиб, бурун ҳалқум, эшитув найлари текширилади. Айрим ҳолатларда бурун шиллиқ қаватида шиш ёки бурун тўсиги эгрилиги билан бурун чиғаноқлари гипертрофияси сабабли текширишга кийинчилик юзага келса, риноскопиядан олдин бурун пастки йулига 0,01% Нафтизин эритмаси ёки 2% Лидокаин эритмаси билан оғриксизлантирилади. Эндоскопик кўриниш «Эндокам-450» (Россия) видеокамерасига туширилади. Эндоскопик материалларни архивини ҳосил қилиш учун ва уларни шундай бошқа кузатувда бўлган беморларни маълумотлари билан таққослаш учун Pinnacle Studio version 9. 3 дастуридан фойдаланилади. Замонавий эндоскопик текшируви орқали ананавий олдинги ва орқа риноскопияда кўринмайдиган бурун ҳалқум қисмлари ва шиллиқ қаватнинг ўзига хос хусусиятлари тўғрисида тўлиқ маълумот олиш имкониятига эга бўлади. Замонавий оптик видеотехника бурун бушлиғи тузилишини мониторга ўлчамларини катталаштирган ҳолатда кўрсатади. Ўлчамлари катталаштирилган тасвир бизга ташҳисни аниқ қуйиш имконини беради. Сақлаб олинган тасвирлар бевосита бемор иштирокисиз таҳлил қилиш ва даво натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш имконини беради.

Бурун шиллиқ қавати функционал текшириш усуллари.

Бурун шиллиқ қавати мукоциляр транспорт функцияси энг муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. Маълумки ҳилпилловчи эпителийнинг ҳаракат функциясини ўрганиш усуллари кўп. Аммо ҳозирги вақтда кўпгина тадқиқотчилар мукоциляр ҳаракатни текшириш учун энг кенг тарқалган ва энг оддий усул сахарин синамасини тавсия этишади (М. Ш. Мильман и соавт. ,1989; Портенко Г. М. , 1989). Биз ҳам олимлар фикрига

қўшиламыз, бизнинг назаримизда ҳам сахарин синамаси жуда қулай ва сезиларли даражада маблағни тежайди, қўлланилиниши оддийлиги билан клиник амалиётда кенг қўлланилади.

Шу мақсадда биз стандарт сахарин синамаси фойдаландик. Ишнинг бажарилиши қуйидагича: пастки бурун чиғаноғи шиллиқ қаватига олд юзасидан 1 см қолдирилиб диаметри 1 мм бўлган сахарин бўлакчаси киритилади ва бемор оғзидан субъектив ширин таъмни сезгунича секундомер билан вақт белгиланади. Текшириш вақтида бемор аксириш, йуталиш, бурун қоқиши мумкин эмас ва бемор бир минутда бир марта ютиш ҳаракатини бажариши керак. Текшириш олдидан бурун бўшлиғига дори воситасини киритиш ва анемизация қилиш мумкин эмас. Сахарин вақтининг меъерий кўрсаткичи ўртача 8 минутдан 15 минутга тўғри келади. Агар белгиланган вақтда бемор оғиз бўшлиғида ҳеч қандай ширин таъмни сезмаса, текшириш қайтадан бажарилади. Меъерий кўрсаткичи ўртача 12,5+3,5 мин хисобланади.

Ҳидлов фаолиятини текшириш мақсадида биз сифат миқдорий усулда махсус ҳидли моддаларнинг комплектидан фойдаланамиз. Боланинг бурнини бармоқ билан бир томони ёпилади, бошқа томонига 1см масофада очиқ флакондаги ҳидли модда энг кичик миқдоридан бошлаб, навбат ва навбат яқинлаштирилади. Бемор бир марта нафас олади ва флакон четга олинади. Бемор ҳидига характеристика ва баҳо беради. Кейин ҳудди шу синама буруннинг иккинчи томонига ўтказилади. Текширувда субъектив ва объектив усуллар қўлланилади. Субъектив усуллардан кўпинча кундалик амалиётда фойдаланилади. Улар сифат (ҳидли моддаларни тўпламини ишлатиш) ва сон текширувларга бўлинади. Сон текширувларида ҳидлаш кучига қараб ҳид билиш қобилияти ҳис этиш бўсағаларига кўрсаткичлари мослашиш вақти аниқланади. Улар махсус ольфактометр асбоби ёрдамида бажарилади, бунда найча орқали бурун бўшлиғига ароматизаторлар билан бойитилган хаво оқими юборилади.

Сифат текширувлари хид билиш аъзосининг хидларни қабул қилиш қобилиятини баҳолаш имконини беради. Бунинг учун хид кучи ошиб борувчи 4-6 стандарт эритмалардан фойдаланилади.

Ҳид билиш аъзосининг турли хидларни ҳис этиш қобилиятига асосланиб, гипосмиянинг 4 даражаси қайд этилади:

- 0.5% сирка кислотаси эритмаси кучсиз хид (I даража); (ольфакторно-глоссофарингеаль);
- Соф вино спирти ўртача кучли хид (II даража); (ольфакторно-глоссофарингеаль);
- Валериана настойкаси кучли хид (III даража); (ольфактор);
- Новшадил спирти ўта кучли хид (IV даража); (ольфактивно-тригеминаль).

Ушбу ҳидли моддаларни хидлатганимиздан сўнг биз беморни ҳидлаш қобилияти қай даражада бузилганини баҳолаймиз.

Бурун орқали нафас олиш фаолиятини баҳолаш бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликларига аниқ ташхис қўйиш, бурун ички тузилмаларидаги жарроҳлик амаллари кўрсатмаларини ва уларнинг ҳажмини, касбий лаёқатини аниқлаш учун зарурдир.

Бурун орқали нафас олишнинг субъектив ва объектив баҳолаш усуллари мавжуд. Баҳолашнинг оддий усулларида В. И. Воячек бўйича пат ёки ип билан бажарилган синама кенг тарқалган. Бунда бурун орқали нафас олинганда ва нафас чиқарилганда ип оғишининг амплитудаси баҳоланади. Глатцелнинг кўзгу тажрибасида юзасига чизиқлар чизилган ясси пластинка ёки кўзгу бурунга яқинлаштирилади ва яқин ёки узоқ чизиқлар буғ билан қопланганлиги даражаси баҳоланади.

Водород ионларининг концентрацияси бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари функционал ҳолатига таъсир этади. Масалан, (рН) кўрсаткичи киприксимон хужайраларнинг ҳаётий хусусиятини ва яна юқори нафас йулларидаги ҳилпилловчи эпителийнинг ҳаракатчанлик даражасини билдиради. Бундан ташқари, водород ионларининг концентрацияси

Ўзгариши лизоцим активлигига таъсир қилади ва бу сезиларли даражада бурун шиллиғи ҳимоя фаолиятини оширади.

Маълумки, рН кўрсаткичини кислотали томонга ўзгариши бурун шиллик қавати томирлари кенгайганлигидан, ишқорий томонга силжиши эса томирлар торайганлигидан далолат беради.

Бурун шилиғида (рН) кўрсаткичини аниқлаш учун биз махсус индикатор қоғоз “Рифан” дан фойдаландик. Қоғоз тасмаси 10 сонияга бурун бўшлиғининг пастки деворига киритилади, кейин у чиқариб олинади ва (рН) кўрсаткичлари қайд этилган назорат шкаласидаги рангли тасмалар билан таққосланади. Шкаладаги чизиклар орасидаги интервал 0. 3-0. 4 ни ташкил қилади. Меъёрида бурун ажралмасининг фаол реакцияси кучсиз ишқорий (рН) асосан 6,49-7. 11 орасида бўлади. Патологик жараёнларда бурун бўшлиғида ушбу кўрсаткич камайиши (ацидоз) ёки кўпайиши (алкалоз) мумкин.

Ажратиш фаолиятини текшириш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Маълумки бурун шиллиғи қадахсимон ҳужайралардан ва шиллик безлардан ишлаб чиқарилади ва лимфа сингари эпителий орқали шиллик қаватга сизиб чиқади. Бурун шиллиғи ёрдамида олинанинг нафас ҳавоси тозаланади, намланади ва шунингдек бурун шиллиғидаги лизоцим ёрдамида зарарсизлантирилади. Бурун бўшлиғидаги ажратиш фаолиятини текшириш учун биз У.Х. Шигабутдинова (1973). таклиф этган усулдан фойдаланамиз. Бунинг учун биз бурун бўшлиғига бурун тўсиғи ва пастки бурун чиғаноғи орасига 1 минут давомида оғирлиги 20 мгли пахтали шарик қўямиз. Пахтали шарик олиниб, оғирлиги махсус асбобда ўлчанади. Нормада шарик оғирлиги 36,5-41,5 млгр. (ўртача 40,2±0,4) ташкил этади.

Микробиологик текшириш.

Микробиологик текширув усули амбулатор ва стационар шароитда ўтказилади. Бактериологик текширув учун стериль пахтали тапмон ёрдамида олдинги риноскопик назорати остида ёки оптик эндоскоп орқали ўрта бурун йўлидан олинади. Олинган суртма бактериологик

лабараторияга юборилади. Олинган суртма бактериологик лабараторияда махсус бактериологик техника қоидаларига муофиқ равишда аниқланади. Олинган суртма Петри косачасида махсус озик мухитлар (конли агар, тухум сариғли тузли агар, Эндо ва Сабуро) мухитларига экилади. Озик мухитларда микробларнинг ўсиш хусусиятлари ҳар бир културага шакли ўлчами ва ажратадиган пигментига мос равишда аниқланади. Микроблар ўсиши аниқлангшандан сўнг, бактерияль ҳалқа ёрдамида бир қисми буюм ойначаси юзаси бўйлаб, бир текисда юпқа қилиб тақсимланади. Кейин суртма фиксация қилинади ва бўялади.

Микробиологик текширишда кўйидаги микроорганизмлар ўрганилди:

Лактобактерия

Сапрофит стафилококк

Эпидермаль стафилококк

Тилларанг стафилококк

Ногемолитик стрептококк

Гемолитик стрептококк

Ичак таёқчаси

Протей

Кандида гурухига кирувчи замбуруғлар

. Бурун ҳалқум дисбактериози систематизацияси

Нормоценоз: Экосистеманинг нормал функционал структураси. Патоген хусусиятга эга бўлган ҳеч қандай микроорганизмлар топилмайди. ЛОР аъзолари касалликлари клиник белгилари бўлмайди .

Дисбиотик: Бурун ҳалқумда нормал кўринишдаги микроорганизмлар сақланган ҳолатда, сезиларли даражада шартли патоген микроорганизмлар ҳам топилади. Бундай кўринишдаги микрофлорани латент ёки нокомпенцатор деб номлаш мумкин ва бу дисбактериозда касалликнинг клиник белгилари яққол ифодаланмаган бўлади.

Дисбактериоз I-II даража: Субкомпенцасия формаси, 2-3 патоген кўринишда микроорганизмлар аниқланади. Беморда касалликнинг клиник белгилари ифодаланган бўлади.

Дисбактериоз III даража: Нормал микрофлоранинг камайиши ёки йуқолиб кетиши ва патоген микрофлоранинг кўпайиб кетиши билан характерланади.

Бурун ва БҒБ лари рентгенографияси

Бурун ва БҒБ ларининг анатомик тузилиши уларни рентгенограммада аниқ тасвирлаш имконини беради. Бунда энса ияк ва пешона бурун ён ва аксиал йўналишлардан фойдаланилади.

Рентгенологик текширувдан мақсад, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ва уларнинг суякли девор ларининг ҳолатини баҳолаш.

Суяклик сатҳини аниқлаш учун, бурун ияк йўналиши бемор ётган ва ўтирган ҳолатда бажарилади. У кўз косаси, ёноқ суяги, бурун бўшлиғи, пешона, юқори жағ бўшлиқлари ва ғалвирсимон бўшлиқ катакларини баҳолаш учун қўлланади.

Пешона бурун йўналиши бемор ётган ҳолатда бажарилади. Кўпинча пешона бўшлиғи ва пешона суяги тангачалари, понасимон бўшлиқ, бурун бўшлиғи пастки бўлимларининг ҳолатини баҳолаш учун қўлланади.

Ён ҳолатда бажарилган рентген тасвири юз скелети бурун ҳалқум ва бурун ён бўшлиқларини баҳолаш учун қўлланади.

Компьютер томография текшируви: Бурун бурун ёндош бўшлиқари компьютер томографияси «мультиплейс» (двуспиральный) High speed NX/I компьютер томографияси орқали ўтказилди. Коронар ва аксиал йўналишда олинган тасвирларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ҳолати баҳоланди.

Маълумотларни статистик қайта ишлаш. Барча рақамли кўрсаткичлар ўзгарувчан (вариацион) статистика усули бўйича беморларнинг хар бири гуруҳида алоҳида кўриб чиқилади. Вариацион кетма-кетликни ташкил этувчи сифат жихатидан бир хил кузатувлар

гурухида ўртача арифметик қиймат (M) шунингдек ўртача квадрат хатолик (T) аниқланади. Олинган маълумотларни солиштириш учун биз фарқнинг ишончлилиқ даражасини ишлаб чиқдик: сериларли фарқ ёки Стюдент коэффиценти (T) ва ундан келиб чиққан холда хато эҳтимоллиги (P) аниқланди.

Натижалар $p < 0.05$ ишончлилиқ даражасида сезиларли (ахамиятли) деб топилди. Бизни олинган маълумотларни статистик қайта ишлашни Microsoft Excel 2016 дастурида стандарт статистик дастурлар тўплами ёрдамида амалга оширдик.

III БОБ

ТТК БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

3. 1. ТТК бўлган беморлар клиник-функционал текшириш натижалари

2017-2020 йиллар давомида БВБКТТМ оториларингология ва юз жағ жарроҳлиги бўлимида ТТК билан 50 та бемор ва юз-жағ соҳасида нуқсонли бўлмаган 40 та (3 ёшдан 17 ёшгача) беморларда ЛОР-аъзолари ҳолати ўрганилди. Назорат гуруҳида ҳам кулоқ, томоқ, бурун кўздан кечирилди.

Асосий гуруҳимиздаги беморларимизда ЛОР аъзолари томонидан уранопластика жарроҳлик амалигача онасининг сўзидан бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги, уйқу сифатининг пасайиши, жисмоний зўриқишдан сўнг нафаснинг етишмаслиги каби шикоятлар қайд этилди. Асосий гуруҳ ва назорат гуруҳидаги беморларнинг асосий шикоятлари № 3. 1 жадвалда акс этилган.

Жадвал 3. 1

ТТН булган беморларнинг шикоятлари

| Шикоятлари | Бемор шикоятларининг учраш частотаси | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | Асосий гуруҳ (n=50) | Назорат гуруҳ (n=20) |
| Нафас олишнинг бурун орқали қийинлиги | 3,12±0,3 | 1,03± 0,08 |
| Ринорея | 3,59± 0,4 | 1,11± 0,03 |
| Ҳид билишнинг пасайиши | 2,15±0,03 | - |
| Эшитишнинг пасайиши | 1,22±0,07 | 1,05±0,04 |
| Нутқ бузилиши | 4,68± 0,9 | - |
| Бош оғриғи | 1,46±0,05 | - |

Жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг асосий шикоятлари учраш даражаси таққосланган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг шикоятларини нутқ бузилиши, эшитишнинг пасайиши, анамнездан отит ва синусит билан тез тез касалланиб туриш ташкил этади.

Анамнестик маълумотларни ўрганилганида, тугма танглай ва лаб кемтиги билан асосан биринчи туғруқдан 37 нафар (73%), иккинчи туғруқдан 12 нафар (24%) болалар туғилди. Учинчи туғруқда эса бу кўрсаткич 1 нафар (3%) болада кузатилди. ТТН билан туғилиш кўрсаткичи апрель март ойларида 10%, шунингдек август, сентябр ва октябр ойларида 18% ни ташкил этди. ТТЛК билан энг кўп туғилиш ноябр ва декабр ойларига 24% тўғри келади. Қолган ойларда бу кўрсаткич ўртача 58% ни ташкил этади.

Оналарнинг туғруқгача бўлган касаллик таҳлиллари шуни кўрсатадики, улардан кўпчилиги 27 нафари (53%) хомиладорликнинг биринчи 8 инчи ҳафтасида ўткир респиратор касалликлар ўтказишган. Ошқозон ичак касалликлари, пневмония, гинекалогик касалликлар билан оналарнинг 9 нафари (18%) касалланган.

Ўзини жисмоний жиҳатдан соғлом, хомиладорликка ҳеч қандай касаллик билан касалланмаган оналар 14 нафар (29%) ни ташкил этади.

Хомиладорликнинг биринчи 2 ойи яхши ўтган оналар 8 нафар (16%), 4 нафар (8%) эса бу даврда ўткир респиратор касалликлар билан касалланган. Хомиладорликнинг биринчи ярим йиллигида токсикоз ўтказган 11 нафар (22%), сурункали касалликларнинг хуруж даври 5 нафар (10%) ташкил этади. Бу ҳолат билан боғлиқ хомиладорликда дорилар қабул қилган оналар 3 нафар (6%) ни ташкил этади. Хомиладорликнинг биринчи икки ойида стресс ўтказган оналар 7 нафар (14%), 6 нафар (12%), бемор боланинг отаси томонидан қариндошларида наслий касалликлар қайд этилган. , улардан 3 нафар (6%) беморда туғма гўнг карлик ва ТТК аниқланди. Кўкрак сути билан овқатлантириш таҳлиллари натижаларига

кўра, 13 нафар (25,9%) суний овқатланишда, 1 ойгача 12 нафар (25,0%), 3 ойгача 10 нафар (20,0%), 6 ойгача 7 нафар. (13,2%), бир ёшгача– 3 нафар (6%) оналар сути билан овқатлантиришган.

Бир ёшгача бўлган болалар касалланиш таҳлилларига кўра, 3 нафар (6%) бемор 3 ёшгача умуман касалланмаган. Бу даврда юқумли касалликлар билан касалланганлар 7 нафар (14%), ўткир респиратор касалликлар 12 нафар (24%), бронхит пневмония –8 нафар (16%), ва бошқа ЛОР касалликлари билан 20 нафар (40%) бемор касалланган.

Анамнез маълумотларига кўра, 44 нафар (88%) беморларда айнан туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилишнинг аниқ сабаблари аниқланмади. Фақат 6 нафар беморларда касаллик наслий мойиллик туфайли келиб чиққанлиги аниқланди.

Бурун бўшлиғи эндоскопик текшируви 36 нафар ТТК бўлган болаларда ўтказилди. Барча текширилган беморларда уранопластика жарроҳлик амалигача ташқи бурун ва бурун ички тузилишида турли хил патологик ҳолатлар аниқланди. Асосий гуруҳ болаларида бурун тўсиғининг эгрилиги БТТТЛК бўлган болаларда бурун орқали нафас олишда қийинчиликлар кузатилди. Бунинг сабаби шундаки, уларда хейлопластика жарроҳлик амалидан кейин жароҳат соҳасида бурун қанотларининг яссиланганлиги, шунингдек бурун тўсиғининг эгрилиги туфайли пастки бурун йўлини ёпиб, бурун орқали нафас олишни қийинлаштиради. ТТК бўлган барча болаларда ҳалқум танглай ҳалқаси етишмовчилиги туфайли, бурун пастки чиғаноқлари орқа қисми гипертрофияси кузатилади



Расм 1 Бемор Ш.

Бир томонлама тўлик танглай ва лаб кемтиги. Ташқи бурун деформацияси. Бурун ўнг қанотининг пастга тушиши. Бурун тўсиғи эгрилиги

Реуранопластика учун муруожаат қилган беморларда бурун ички тузилишида бурун тўсиғи эгрилиги ва бурун пастки чиғаноқлари катталашуви яққол ифодаланган бўлади ва хейлоуранопластика жарроҳлик амалидан сўнг уларда бурун орқали нафас олишни қийинлашгани яққол ифодаланган бўлади.Бунинг сабаби улар жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда ЛОР хаками назоратида бўлмаганлиги билан тушунтириш мумкин.

Бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар реуранопластика учун муруожаат қилган болаларда кучли ифодаланган. Уларда уранопластика жарроҳлик амалидан олдин ва кейин ЛОР врач назорати ўтказилмаганлиги сабабли,бурун тўсиғи эгрилиги бурун чиғаноқлари катталашуви билан биргаликда яққол ифодаланиб,пастки нафас йўлини ёпади ва беморга бурун орқали нафас олишга қийинчилик туғдиради.



Расм 2.Бемор Ў.Чап томонлама тўлиқ танглай ва лаб кемтиги.
Хейлопластика жарроҳлик амалидан кейинги ҳолат.Чап томон ташқи бурун қанотининг пастга тушиши.

Бурун ҳалқум муртаги гипертрофияси ташҳисини бемор онасининг шикоятлари,анамнез маълумотлари,олдинги ва орқа риноскопия текшириш усуллари,рентгенография, КТ орқали аниқладик.Сурункали тонзиллит ташҳисини шикоятлари,анамнез маълумотлари,фарингоскопия,лабаратор таҳлиллар асосида қўйдик.

Олдинги риноскопик текширув натижаларига кўра, бурун шиллик қавати ҳолати беморнинг ёши ва мурожаат қилиш вақтига боғлиқ. Бурун шиллик қавати морфологик ва функционал ҳолати ТТГ булган 1 ёшгача бўлган болаларда соғлом боланикидан деярли фарқ қилмайди. Чунки уларда патологик жараён ривожланиб улгурмаган бўлади. 7 ёшдан катта уранопластика операцияси ўтказилмаган беморларимизда бурун шиллик қавати атрофияга учраган, бурун шиллик қаватида қон айланиш бузилган ва шиллик қавати юпқалашгани кузатилди. Катта ёшли беморларимизда бурун шиллик қавати гиперимиялашган, юзаки томирлар кенгайган.

ТТЛК бўлган болаларда ташқи бурун ва бурун бўшлиғида анатмик топографик ва функционал ўзгаришлар қайд этилди, унга кўра ташқи бурун деформацияси, бурун бўшлиғи рельефининг ўзгариши, бурун даҳлиз қисмининг ассиметрияси, учбурчаксимон тоғай олдинги оёқчаси деформацияси туфайли бурун даҳлиз қисмига кириш жойининг топографик ўзгариши, бурун тоғайи медиаль оёқчаси бирикиш қисми дистопияси, бурун даҳлиз қисми терисининг тортилиб, бурма ҳосил қилиш кузатилди. ТТЛК бўлган болаларда нуқсон томонида бурун тўсиғи ўрта қисмининг эгрилиги туфайли, бурун йўли торайган, бурун йўлига кириш қисмида чандиқ, шиллик қаватида эгриликлар бор. Эндоскопик текширув натижаларига кўра барча беморларимизда турли даражадаги бурун бўшлиғининг медиал девори эгрилиги кузатилди. Бурун тусиғи эгрилиги нуқсон турига боғлиқ. Бир томонлама ТТЛКда бурун тусиғи қия текисликда жойлашган ва тўлиқ нуқсон томонга йўналган. Эрта ёшли болаларда маълум вақт давомида бир қанча факторлар натижасида (бурун тўсиғининг иккала томонида ҳаво босимининг турлича бўлиши, юқори жағ суягининг танглай устигининг анатомик жойлашувининг ўзгариши, юз ўрта қисмининг миодинамикасининг ўзгариши) бурун тўсиғининг ўрта қисми нуқсон томонга силжиган бўлади.

ТТЛК бўлган эрта ёшдаги болаларнинг бурун бўшлиғи шиллик қавати соғлом боланикидан фарқ қилмайди. Эрта ёшдаги болаларда шиллик қават

субатрофияланган ва тез қонайдиган, катта ёшдаги болаларда шиллик қават калинлашганлиги, унинг юзасида бурма лар бўлиб, нотекис тузилишга эга.

Олд риноскопияда бурун тўсиғи суяк ва тоғай қисмида тожсимон қийшайиши, тоғай қисмининг тикансимон қийшайиши, суяк ва тоғай қисмида S- и C-симон турдаги эгрилик, бурун тўсиғи проксимал қисмининг тўлиқ чиқиши ва мураккаб кўринишдаги деформациялар кузатилди.

Жадвал 3.3

Текширилган беморларда бурун бўшлиғининг анатомик хусусиятлари

| Нозологик шакллар | Асосий гуруҳ (n=50) | | Назорат гуруҳ (n=20) | |
|--|------------------------|---------|-------------------------|---------|
| | Асосий гуруҳ (n=50) | Процент | Назорат гуруҳ (n=20) | Процент |
| БТЭ | 37 | 74% | 4 | 20 % |
| Пастки бурун чиғаноғининг катталашishi | 32 | 56% | 6 | 30 % |
| Ўрта бурун чиғаноғи катталашishi | 11 | 4% | - | - |
| Бурун бўшлиғи полипи | 2 | 4% | - | - |
| Аденоидлар вегетацияси | 12 | 24% | 6 | 30% |

ТТК бўлган болаларнинг 2 нафарида бурун бўшлиғи полипи, 12 нафарида бурун ҳалқумда аденоидлар вегетацияси II-III даражаси аниқланди. Олинган натижалар диаграмма кўринишда ҳам тасвирланди.



ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғи эндоскопик текширишда, бурун шиллиқ қавати ҳолатига, бурун йўлларидаги ажралма характери, ажралманинг жойлашган жойи, бурун чиганоқлари, ҳалқум муртагининг ўлчамларига эътибор қаратилди.

Жадвал 3.4

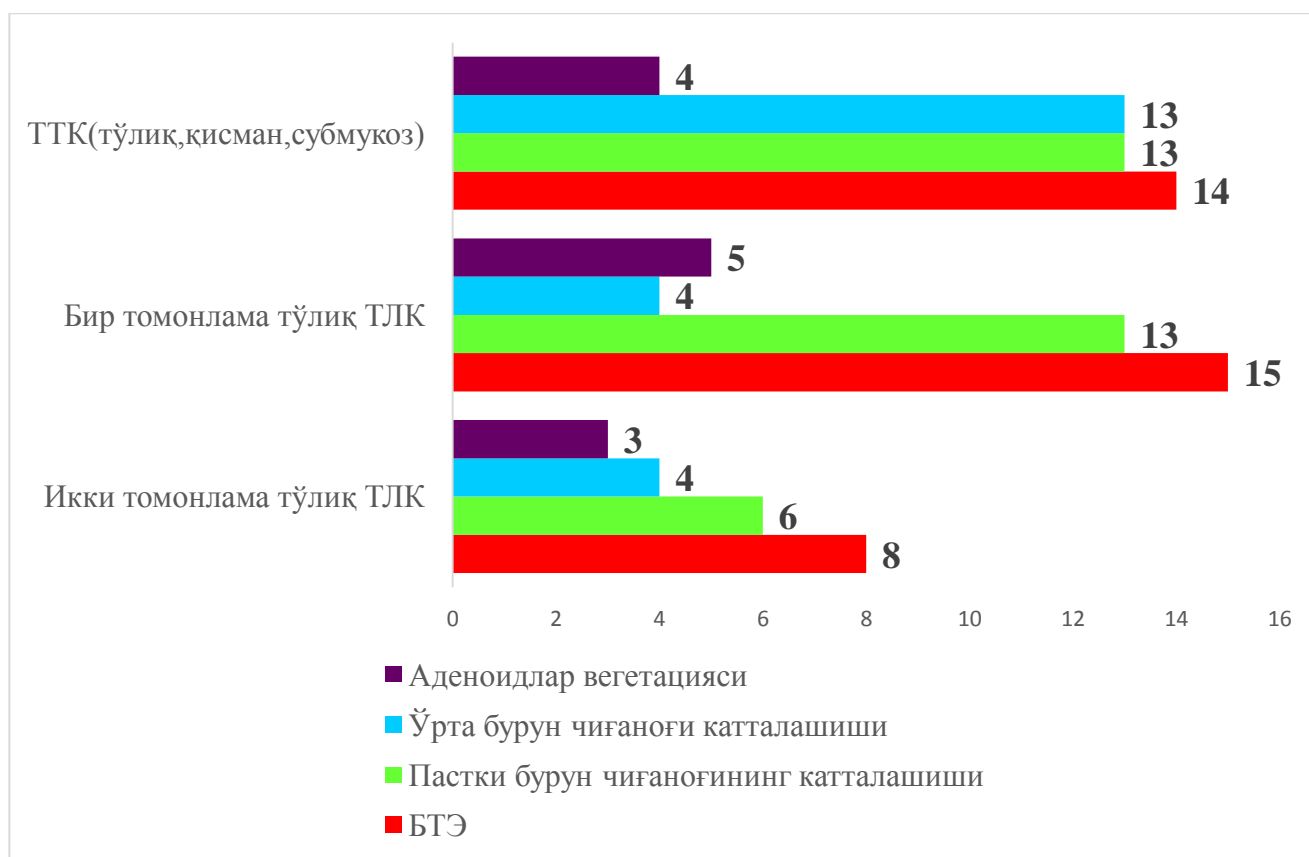
| Нозологик шакллар | Асосий гуруҳ | Назорат гуруҳи |
|---------------------------|--------------|----------------|
| Бурун шиллиқ қавати шиши | 1,57±0,09 | 2,88±0,01 |
| Бурун шиллиқ қават ранги | 1,65±0,04 | 2,84±0,01 |
| Ажралма характери | 1,89±0. 02 | 2,93±0,02 |
| Ажралма жойлашган жойи | 1,96±0,1 | 2,74±0,03 |
| БЁБ ҳаволилигини пасайиши | 2,11±0,02 | 2,86±0,04 |

Олинган натижалар 4 баллик тизимда баҳоланди. Олинган натижалар таҳлиliga кўра, ТТК бўлган болаларда овқат массаси доимий бурун

бўшлиғига ўтиб турганлиги сабабли, бурун бўшлиғи меъерий микрофлорасини ўзгартириб, бурун шиллик каватида ялиғланиш белгиларини чақиради. Бурун бўшлиғи эндоскопик кўрилганда, ТТК бўлган деярли барча беморларимизда бурун шиллик кавати шиши ва кизариши, бурун бушлиғида ажралма бўлиши кузатилди.

| Нуқсон шакллари | БТЭ | | ПБЧГ | | ЎБЧГ | | Аденоидлар р вегетацияси | |
|-----------------------------|--------------------------|----------|-----------|---------|---------|---------|--------------------------------|------|
| | Икки томонлама тўлиқ ТЛК | 8 | 21,7 % | 6 | 19 % | 4 | 19 % | 8 |
| Бир томонлама тўлиқ ТЛК | 15 | 41 % | 13 | 41 % | 4 | 19 % | 5 | 26% |
| ТТК(тўлиқ, қисман, субмуко) | 14 | 38 % | 13 | 41 % | 13 | 62 % | 6 | 32% |
| Жами | 37 | 100 % | 32 | 10 0 | 21 | 100 | 19 | 100% |

Асосий гуруҳ беморларимизда деярли барчасида БТЭ учраганлиги сабабли, компенсатор равишда бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси ҳам биргаликда кўшилиб келади. Бу эса беморларни бурун орқали нафас олишини қийинлаштиради. Шунинг учун бундай беморларда ЛОР патологиясини оператив даволаш шарт бўлади.



ТТК ва ТТЛК бўлган болаларда деярли барчасида бурун тўмиғи эгрилиги кузатилди. Улар ҳам оғиздан ҳам бурундан нафас олишлари ,овқат маҳсулотларининг оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтиб турганлиги сабабли бурун чиғаноқлари катталашуви кузатилди. ТТК ва ТТЛК бўлган болаларда уранопластика ,хейлоуранопластика жарроҳлик амалларидан сўнг бурун орқали нафас олиш тикланмаса ЛОР ҳакими томонидан режали равишда бурундан нафас олишни тиклаў мақсадида,септопластика ,аденотомия,вазотомия жарроҳлик амаллари ўтказилади.

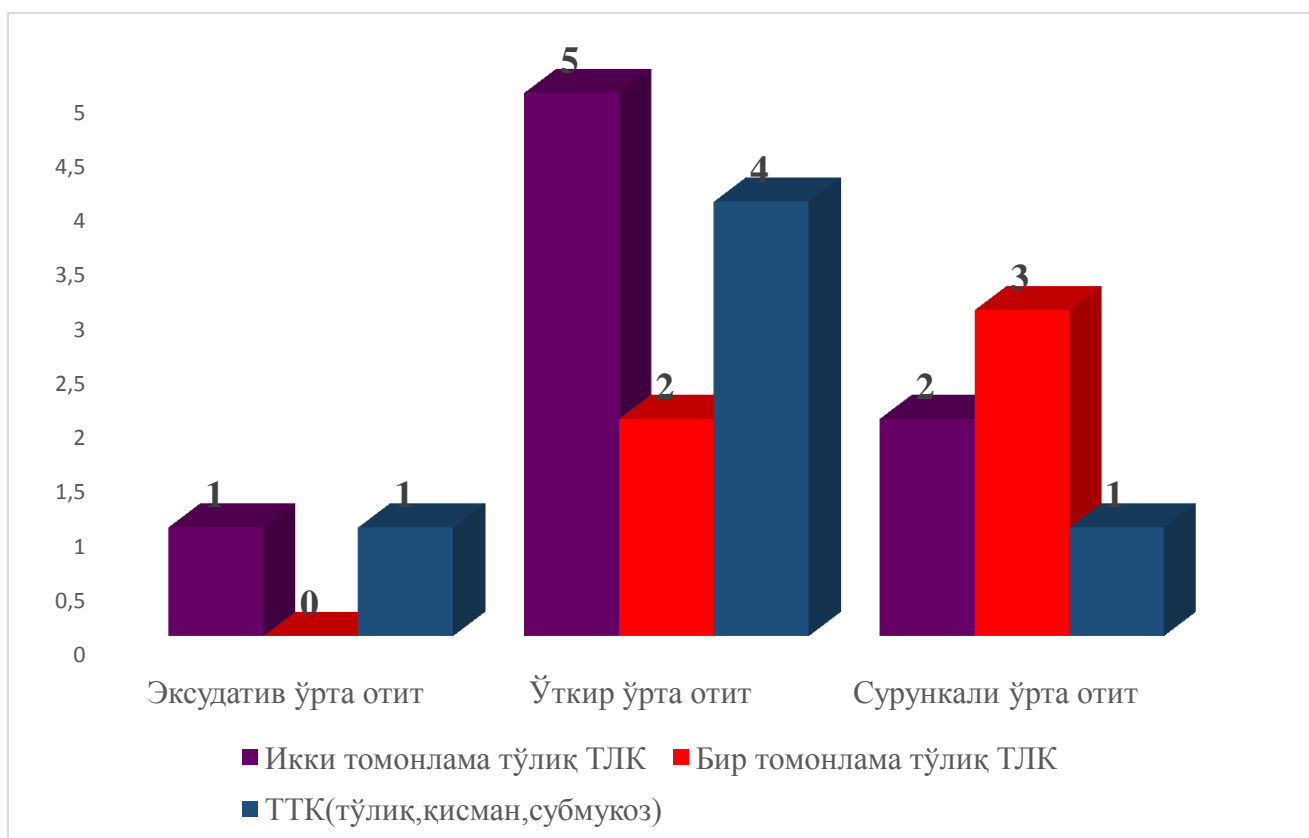
Отоскопия. Барча болаларда отоскопия текшириш усули ўтказилди. Отоскопияда қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, ноғора парда ҳолати ўрганилди. Анамнез маълумотларига кўра ТТК бўлган болаларда реуранопластика жарроҳлик амалигача 28% болада ўткир катарал отит кузатилган, уранопластика учун бирламчи муруожаат қилган болаларнинг 7% ида ўткир катарал отит аниқланди..

.Отоскопик текширув натижалари;

Жадвал 3. 5Беморларни эшитиш тизими патологияси бўйича нозологик шаклда тақсимланиши (аба, %)

| Нозологик шакллар | 1 гуруҳ | | 2 гуруҳ | |
|---------------------------------|---------|------|---------|------|
| | абс | % | абс | % |
| <i>Мезотимпанит</i> | 3 | | 3 | |
| <i>Катарал отит</i> | 5 | | 6 | |
| <i>Эксудатив ўрта отит</i> | 1 | | 1 | |
| <i>Сурункали тубоотит</i> | 5 | | 6 | |
| <i>Кондуктив қулоқ огирлиги</i> | 3 | | 10 | |
| <i>Жами</i> | 16 | 100% | 10 | 100% |

Отомикроскопия 21 нафара болада ўтказилди. Улардан 2 нафарида ноғора бўшлиғида сероз суюқлик ,13 нафарида ноғора пардада перфорация,17 нафарида ноғора пардада ҳаракатчанлигини пасайганлиги аниқланди.





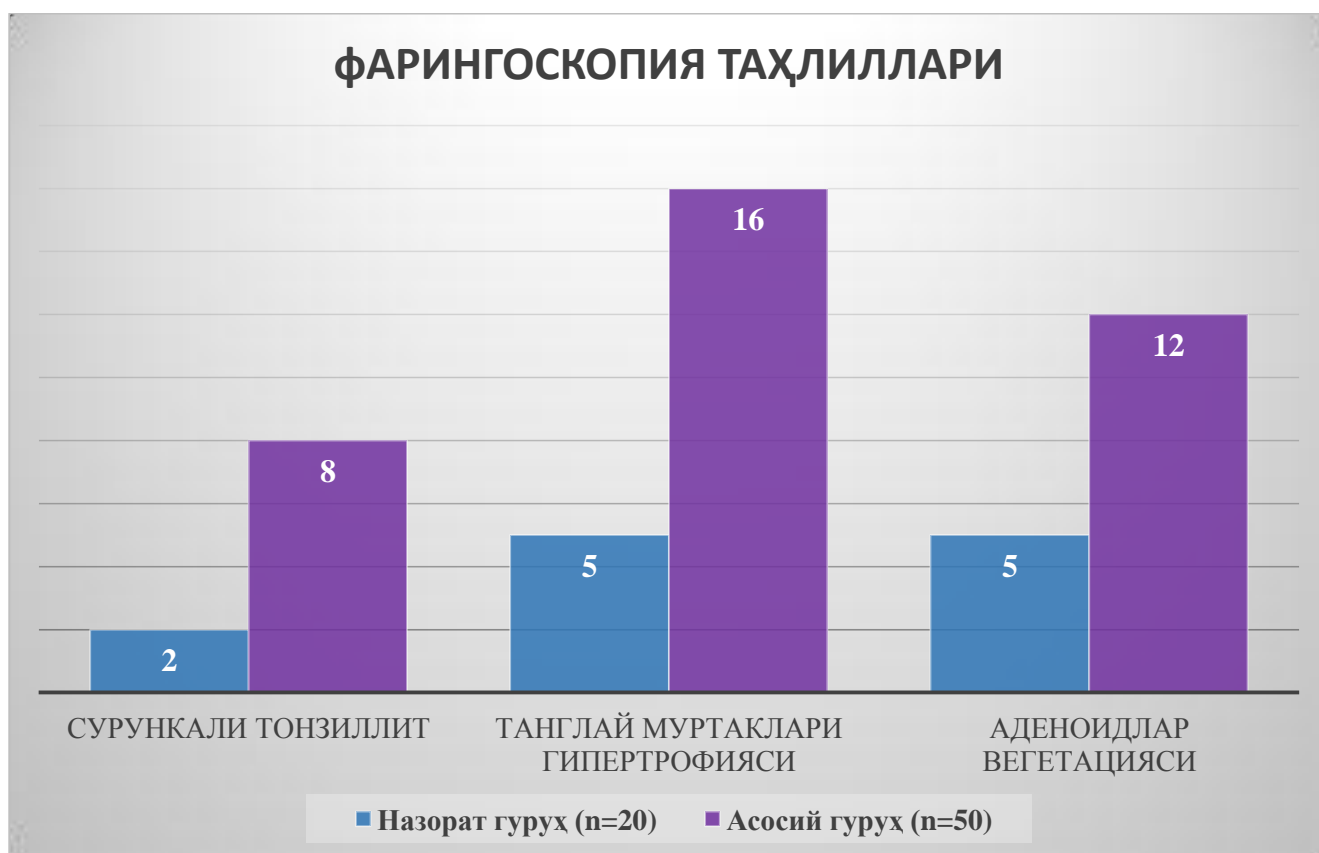
Расм 3 Отомикроскопия (ўткир евстахит,ўткир катараль ўрта отит, Ўткир ноперфоратив ўрта отит,перфоратив ўрта отит,курук мезотимпанит).

Аудиометрия текшириш усули 5 10 ёшли болаларнинг 5 нафарида ,10 14 ёшли болаларнинг 3 нафарида, 14 ёшдан катта болаларнинг 4 нафарида ўтказилди.Шулардан 3 нафарида аралаш типдаги, 8 нафарида кондуктив типдаги эшитиш пасайиши аниқланди.Улардан 5 нафарида кемтик томонда эшитиш пастлиги аниқланди.

Уранопластика жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда танглай ҳалқум ҳалқаси етишмовчилиги туфайли,ўрта кулоқ бўшлиғида аэрация бузилиб,кулоқ касалликларига олиб келади.

Мезофарингоскопияда оғиз шиллиқ қавати,танглай ҳолати,танглай муртаклари, ҳалқум орқа девори баҳоланди.ТТК бўлган болаларда сурункали тонзиллит 8 нафарида (16%),аденоидлар вегетацияси 12нафар (24%) кузатилди. Назорат гуруҳида ҳам кулоқ, томоқ ва бурун ҳолати кўздан кечирилди. Назорат гуруҳидаги ЛОР аъзоларидаги ўзгаришлар қуйидагича :сурункали тонзиллит 2 нафар (10%),аденоидлар вегетацияси ва

танглай муртаклари гипертрофияси 5 нафар (25%), бурун тўсиғи эгрилиги 2 нафар (10%), катарал отит 2 нафар (10%) болада кузатилди.



Асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан аденоидлар вегетацияси 6 баробар, бурун тўсиғи эгрилиги 7 баробар кўп кузатилди. Сурункали тонзиллит БТТЛК бўлган болаларда (5 нафар), ТТК (3 нафар) бўлган болаларга нисбатан кўп учрайди. Бурун тўсиғи эгрилиги ҳам БТТЛК бўлган болаларда кўпроқ кузатилди. Қўшма патологияни учраши боланинг ёшига боғлиқ, яни 1-3 ёшгача бўлган болаларда ҳалқум ва бурун ҳалқум муртаклари гипертрофияси, 3-6 ёшли болаларда ҳалқум муртаклари гипертрофияси билан биргаликда бурун пастки чиганоқлари гипертрофияси, 7 ёшдан катта болаларда бурун тўсиғи эгрилиги, бурун пастки чиганоқлари гипертрофияси, шу билан биргаликда гипертрофик фарингит каби қўшма патология кузатилди.

Бурун бўшлиғи функционал фаолиятини текишириш натижалари.

Хилпилловчи эпителийнинг ҳаракат функциясини аниқлаш учун биз сахарин синамасидан фойдаландик.

Жадвал 3. 6

Хилпилловчи эпителийнинг ҳаракат функцияси ўртача натижалари

| Кемтик шакллари | Ўртача курсаткичлар (мин) | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Асосий гуруҳ (n=50) | Назорат гуруҳ (n=40) |
| ИТТЛК | 21,34 + 2,2 | 16,2± 1,4 |
| Бир томонлама ТЛК(тўлик) | 22,24 + 2,2 | |
| ТТК тўлик, нотўлик, субмукоз | 20,6 ± 2,4 | |

Жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ТТК бўлган болаларда бурун шиллиқ қавати шикастланиши оқибатида бурун шиллиқ қавати мукоцилиар функцияси бузилади.

Бурун бўшлиғида водород ионларининг концентрациясини махсус Рифан индикатори ёрдамида аниқладик. Натижалари қуйидаги жадвалда берилган.

Жадвал 3. 7

ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғида водород ионларининг концентрацияси натижалари

| Кемтик шакллари | Ўртача курсаткичлар (мин) | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | Асосий гуруҳ (n=50) | Назорат гуруҳ (n=40) |
| ИТТЛК | 7,31-7,54 | 6,50-7. 15 |
| Бир томонлама ТЛК(тўлик) | 7. 65-8. 0 | |
| ТТК тўлик, нотўлик, субмукоз | 7. 30-7. 58 | |

Юқоридаги жадвал 3. 6 кўриниб турибдики, ТТК бўлган беморларда бурун шиллик қавати водород ионларининг концентрацияси бурун бўшлиғи ва оғиз бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли, оғиз бўшлиғидаги ишқорий муҳит ҳисобига ишқорий томонга силжиган бўлади. Бу эса бизга бурун шиллик қавати мукоциляр клиренс функцияси бузилганлигидан ва бундай беморларда бу кўрсаткич синусит билан касалланишдан далолат беради.

Бурун шиллик қавати ажратиш фаолиятини текшириш учун биз 20 мг/ли пахтали шарикни бурун бўшлиғига киритдик. Олинган пахтали шарикни махсус ўлчагичда ўладик. Олинган натижалар 3. 8 жадвалда келтирилган.

Жадвал 3. 8

ТТК бўлган болаларда бурун шиллик қавати ажратиш фаолияти натижалари

| Кемтик шакллари | Ўртача кўрсаткичлар (мин) | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Асосий гуруҳ (n=50) | Назорат гуруҳ (n=20) |
| ИТТЛК | 58,4±0,8 | 40,2±0,4 |
| Бир томонлама ТЛК(тўлик) | 61,7±0,6 | |
| ТТК тўлик, нотўлик, субмукоз | 45,4±0,02 | |

Берилган маълумотларга кўра, ТТН бўлган беморларда бу кўрсаткич 58,4±0,8 мг ни ташкил этади. Текширувлар натижаларига кўра, ТТН билан туғилган беморларда бурун шиллик қавати шиллик ва семиз хужайраларнинг секретор фаолияти ошиши натижасида, бурун шиллик қавати транспорт, ажратиш фаолиятлари шунингдек, рН миқдори ҳам ўзгарган бўлади.

Бурун бушлиғи хид билиш фаолиятини текшириш

Бурун бушлиғи хид билиш фаолиятини текширишда биз сифат (махсус эритмалардан) усулидан фойдаландик.

ТТН бўлган болаларда ольфактометрия натижалари абс. (%)

| Хид билишнинг даражалари | ТТК (n=20) | | Назорат гурухи (n=20) | |
|--------------------------|------------|-----|-----------------------|-----|
| | Абс. | % | абс. | % |
| Нормосмия | 12 | 60% | 16 | 80% |
| Гипосмия: | | | | |
| - I даража | 5 | 25% | 4 | 20% |
| - II даража | 2 | 10% | - | - |
| - III даража | 1 | 5%- | - | - |
| Аносмия | - | - | - | - |

3. 8 Жадвал маълумотларига асосланиб, ТТН бўлган болаларда бурун бўшлиғи ҳид билиш фаолиятида сезиларли ўзгаришлар кузатилмайди. Текширилган болаларда 5 нафарида (25%) гипосмия I даража, 2 нафарида (10%) II даража, 1 нафарида (5%) III даража (полип ҳисобига) аниқланди.

ТТК бўлган болаларда инструментал текшириш натижалари

Бурун соҳаси шиллиқ қавати организм ҳимоя кучи ва бактерияль флора ўртасида турғунликни сақлаб туради. Организмнинг маҳаллий ва умумий резистентлиги пасайиши натижасида, бурун бўшлиғида мувозант бузилади ва шиллиқ қаватда инфекция ўчоғи шаклланиши учун шароит яратиб беради.

ТТН бўлган болаларда бурун бўшлиғи микробиологик текшируви Бухоро Вилоят ДСЭНМ бактериология лабораториясида текширилди.

ТТН бўлган беморларда уранопластика жарроҳлик амалигача бурун соҳаси микробиологик текширув натижалари

| Микроорганизм | Беморлар сони | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------|---------------------|-----|
| | Асосий гуруҳ(30) | | Назорат гуруҳи(30). | |
| Лактобактерия | 1 | 3% | 2 | 6% |
| Сапрофит стафилококк | - | - | 10 | 30% |
| Эпидермаль стафилококк | - | - | 15 | 50% |
| Тилларанг стафилококк | 7 | 23. 3% | - | - |
| Ногемолитик стрептококк | 2 | 6% | - | - |
| Гемолитик стрептококк | - | - | - | - |
| Ичак таёқчаси | 4 | 14. 3% | 1 | 3% |
| Протей | 2 | 6% | - | - |
| Кандида гуруҳига кирувчи замбуруғлар | 18 | 60% | 2 | 6% |

ТТН билан бўлган болаларда бурун бўшлиғи ва оғиз бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли, микроорганизмлар ривожланиши учун қулай шароит ҳисобланади. Бундай беморларда ҳеч қачон сапрофит микрофлора учрамайди. Бу нуқсон туфайли ТТН беморларимизда бурун бўшлиғида дисбактериоз II, III даражалари устунлик қилади.

Бурун ҳалқум шиллиқ қаватида шартли патоген микроорганизмларни устунлик қилиши, ЛОР органларида иккиламчи иммунодефицит ҳолати ривожланишига олиб келади.

ТТК бўлган болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан олдин оториноларинголог томонидан кўрилди . Оториноларинголог томонидан ТТК бўлган болаларга антибактериаль даво муолажалари билан

биргаликда, оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси ўтказиш тавсия этилди. Оғиз бўшлиғи санацияси учун (Натрий хлорнинг изотоник эритмаси, мойчечак дамламаси, горлозин, фурациллин эритмаси), бурун бўшлиғи санацияси учун (Натрий хлорнинг изотоник эритмаси, метрогил, фурациллин эритмаси) каби антисептик воситалардан фойдаланилди.

3.2 ТТК БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ УРАНОПЛАСТИКА АМАЛИЁТИДАН СЎНГГИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Уранопластика жарроҳлик амалидан 4 кундан сўнг ЛОР ҳаким томонидан қайта кўрик ўтказилди. Жарроҳлик амалидан сўнг ҳам ЛОР ҳаким томонидан антибактериаль, умумқувватловчи муолажалар билан биргаликда, оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси тавсия этилди. Оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси уй шароитида ҳам бир ойгача давом эттириш тавсия этилди.

Уранопластика жарроҳлик амалидан 15 кундан сўнг беморлар БВБКТТМ оториларингология ва юз жағ жарроҳлиги бўлимига реабилитация қилиш мақсадида ётқизилди. Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг бемордаги шикоятлари юқоридаги махсус тузилган анкета сўровномаси орқали баҳоланди.

Жадвал 3. 10

ТТК булган беморларнинг уранопластика жарроҳлик амалиётидан сўнг беморлар шикоятлари

| Шикоятлари | Бемор шикоятларининг учраш даражаси | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Даволашдан олдин | Даволашдан кейин (15 кун) | Даволашдан кейин (30 кун) |
| Нафас олишнинг бурун орқали қийинлиги | 4,32±0,26 | 3,97±0,33 | 3,12±0,02 |
| Ринорея | 4,17±0,25 | 3,1±0,25 | 1,15±0,01 |
| Ҳид билишнинг пасайиши | 1,13±0,08 | 1. 0,±0,02 | 0,9±0,04 |
| Эшитишнинг пасайиши | 0,24±0,02 | 0,08±0,01 | 0,±0, |

| | | | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Нутқ бузилиши | 3,74±0,29 | 3,14±0,01 | 2,8±0,02 |
| Бош оғриғи | 1,09±0,06 | 0,04±0,01 | 0,02±0,01 |

Жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг шикоятлари махсус ишлаб чиқилган баҳолаш тизими орқали ақс эттирилган. Таҳлилларга асосланиб, бурундан нафас олиш жарроҳлик амалидан олдин 4,32±0,26ни, жарроҳлик амалидан 15 кундан кейин 3,97±0,33, бир ойдан кейин 3,12±0,02 ни ташкил этди. Нутқ ҳолати ҳам сериларли даражада яхши томонга ўзгарди. Нутқ бузилиш кўрсаткичлари жарроҳлик амалигача 3,74±0,29ни, жарроҳлик амалидан 15 кундан кейин 3,14±0,01, бир ойдан кейин 2,8±0,02 ни ташкил этди. Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, асосий гуруҳдаги болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг шикоятлар миқдори камайган.

ТТК бўлган беморларни уранопластикадан сўнг клиник-функционал текшириш усуллари.

Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг бурун бўшлиғи эндоскопик текширишда бурун шиллиқ қавати ҳолатига, бурун йўлларидаги ажралма характери, ажралманинг жойлашган жойи, бурун чиғаноқлари, ҳалқум муртагининг ўлчамларига эътибор қаратилди.

Олинган натижалар 4 баллик баҳолаш тизимида баҳоланди. 0-самара йўқ; 1-ўртача самарали; 2-самарали; 3- юқори самарали;

Жадвал 3. 11

Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг бурун ҳалқумнинг эндоскопик таҳлил натижалари. (M+m)

| Нозологик шакллар | Уранопластика жарроҳлик амалидан 30 кундан сўнг |
|--|---|
| Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шиши | 2,56±0,02 |
| Бурун бўшлиғида ажралма характери | 2,31±0,02 |
| Ажралманинг жойлашган жойи | 1,64±0,02 |
| Бурун бўшлиғи ўрта ва пастки чиғаноқлари | 2,67±0,01 |
| Аденоидлар вегетацияси | 1,55±0,03 |
| Хоана билан алоқадорлиги | 1,68±0,01 |

Уранопластика жарроҳлик амалидан олдин ва кейинги давда ЛОР хаким кўриги ва тавсиялари асосида ижобий натижага эришилди. . Бурун бўшлиғи шиллиқ қават шиши камайиши,бурун чиғаноқларининг кичрайиши, бурун йўлларида ажралманинг бўлмаслиги, бурун ҳалқумдаги аденоид муртагининг кичрайиши ва бурун орқали нафас олишнинг тикланиши, шу билан биргаликда умумқувватловчи даво муолажаларининг биргаликда ўтказилиши операцион жароҳатнинг битиши тезлаштирди,жарроҳлик амалидан кейинги асоратлар кузатилмади.

Реуранопластика ўтказилган 6 нафар беморимизда анамнез маълумотлари сўралганда уларда жарроҳлик амалидан олдин ЛОР хаким томонидан кўрилмаганлиги, оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси ўтказилмаганлиги аниқланди. Натижада операцион жароҳатнинг битиши жарроҳлик амалидан сўнг 20 23 кунга тўри келганлиги, операцион жароҳатнинг яхши битмаганлиги, жароҳат соҳасидаги чокларнинг қисман очилишига, бола овқатланганда овқат массалари яна бурун бўшлиғига ўтиши, ва бурун бўшлиғидан тез тез ажралма келиши тез тез шамоллаш аломатлари кузатилганлиги аниқланди.

Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг юқори нафас йуллариининг функционал хусусиятлари

Хилпилловчи эпителийнинг ҳаракат функцияси ўртача натижалари

Жадвал3. 12

| Нуқсон шакллари | Ўртача кўрсаткичлар |
|------------------------------------|----------------------------|
| Икки томонлама ТЛК | 19,3 ± 1,1 |
| Бир томонлама ТЛК | 19,14 ± 2,0 |
| ТТК (тўлив,қисман,субмукоз) | 18,6 ± 1,3 |

| | |
|-----------------------|------------------|
| Назорат гурухи | 16,2± 1,4 |
|-----------------------|------------------|

Жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, жарроҳлик амалидан сўнг бурун шиллиқ қавати мукоцилиар фаолияти бироз тикланган. .

Бурун бўшлиғида водород ионларининг концентрациясини натижалари .

Жадвал3. 13

| Нуқсон шакллари | Ўртача курсаткичлар |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Икки томонлама ТЛК | 7. 15-7,22 |
| Бир томонлама ТЛК | 7. 25- 7. 32 |
| ТТК (тўлив,қисман,субмукоз | 7. 11-7,0 |
| Назорат гурухи | 6,50-7. 15 |

Юқоридаги жадвал курииб турибдики, ТТК бўлган уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг, беморларда бурун шиллиқ қавати водород ионларининг концентрацияси бурун ва огиз бўшлиғи герметик бутунлиги тикланганлиги туфайли бурун шиллиқ қавати рН кўрсаткичи кучсиз ишқорий томонга силжиган.

Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг бурун шиллиқ қавати ажратиш фаолияти натижалари

Уранопластика жарроҳлик амалидан 30 кундан сўнг бурун шиллиқ қавати ажратиш фаолияти

Жадвал3. 14

Текширилган беморларда бурун шиллиқ қавати ажратиш фаолияти натижалари

| Нуқсон шакллари | Ўртача курсаткичлар |
|---------------------------|----------------------------|
| Икки томонлама ТЛК | 53,1±0,01 |
| Бир томонлама ТЛК | 49,2+0,05 |

| | |
|-------------------------------------|------------------|
| <i>ТТК (тўлив, қисман, субмукоз</i> | <i>44,1±0,02</i> |
| <i>Назорат гуруҳи</i> | <i>40,2±0,4</i> |

Уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг асосий гуруҳ болаларда бурун шиллик қавати транспорт ва ажратиш фаолияти яхшиланди. Жарроҳлик амалидан сўнг транспорт фаолияти ўртача $18,3 \pm 1.9$ гача ўзгарди. Ажратиш фаолияти эса $44,35 \pm 0,09$ ташкил этди.

ТТН бўлган беморларда уранопластика жарроҳлик амалидан сўнг бурун соҳаси микробиологик текширув натижалари

| Микроорганизм | Беморлар сони | |
|--------------------------------------|------------------|-------|
| | Асосий гуруҳ(30) | |
| Лактобактерия | 1 | 3% |
| Сапрофит стафилококк | 8 | 26.7% |
| Эпидермаль стафилококк | 2 | 6% |
| Тилларанг стафилококк | 2 | 6% |
| Ногемолитик стрептококк | - | |
| Гемолитик стрептококк | - | - |
| Ичак таёқчаси | 4 | 13.3% |
| Протей | - | |
| Кандида гуруҳига кирувчи замбуруғлар | 2 | 6% |

Уранопластика жарроҳлик амалиётидан сўнг, бурун бўшлиғи микрофлорасида сапрофит микроблар 10 (32.8%) ни ташкил этди.

Инструментал текшириш натижалари

Рентгенография натижаларини таҳлил этганимизда асосий эътиборни бурун ёндош бўшлиқлари ҳолатига, бурун тўсиғига, шаклига, ўлчамларига қаратдик. Рентгенография текшириш усули кам маълумот беради, аммо ЛОР аъзолари касалликларини бирламчи диагностикаси учун муҳим

аҳамият касб этади.

Рентгенографияда 5 ёшдан катта бўлган болаларда ўтказилди. Бунда 8 нафар беморимизда ЮЖБ да девор олди қалинлашиш (субъектив шикоятлари йўқ), 2 нафар беморимизда пешона бўшлиқлари ривожланмаганлиги, 5 нафар беморимизда икки томонлама этмоидиаль



Расм 3. 1. ТТК бўлган 6 ёшли боланинг бурун ва БЁБ лар рентгенографияси.

Хейлопластикадан жарроҳлик амалидан кейинги ҳолат.

Шунингдек рентгенография текшириш усули ёрдамида бурун ҳалқумдаги аденоидлар вегетациясини даражасини ҳам аниқладик.



Расм 3. 2 ТТК бўлган 5 ёшли боланинг ён томондан бурун ҳалқум рентгенографияси

Реуранопластика жарроҳлик амалидан кейинги ҳолат

Шунингдек рентгенография орқали ТТК бўлган болаларни ЮЖБ ривожланишини, ўсишини соғлом болаларникига таққослаш мақсадида

ЮЖБ лари ўлчанди. Текширув натижаларига кўра, унг томон ЮЖБ чапига нисбатан ўлчамлари катталиги аниқланди. Натижалар қуйидаги жадвалда кўрсатилган.

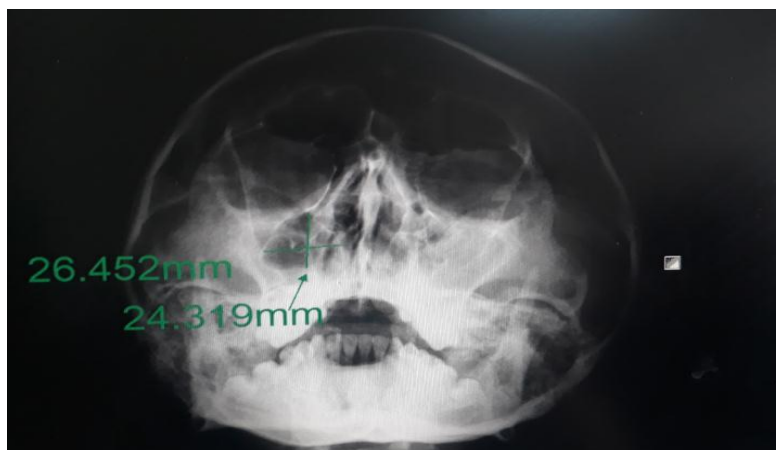
Жадвал № 3. 15

ТТН билан туғилган болаларда ўнг ЮЖБ ўлчамлари

| Бемор ёши | Бўшлиқ баландлиги | | Бўшлиқ кенглиги |
|-----------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Беморлар сони | Ўртача ўлчами см | Ўртача ўлчами, см |
| 5 | 1 | 1,28±1 | 1,85±0,14 |
| 6 | 1 | 1,55±0,04 | 1,9±0,09 |
| 7 | 1 | 1,74±0,05 | 2±0,02 |
| 8 | 1 | 1,82±0,14 | 2,41±0,14 |
| 9 | 1 | 1,87±0,07 | 2,37±0,18 |
| 10 | 1 | 1,94±0,13 | 2,56±0,21 |
| 12 | 1 | 2,17±0,38 | 2,47±0,37 |
| 13 | 1 | 2,05±0,05 | 2,7±0 |
| 14 | 1 | 2,68±0,28 | 2,62±0,3 |
| 15 | 1 | 2,42±0,04 | 2,72±0,2 |
| 16 | 1 | 2,62±0,19 | 3,22±0,31 |
| 17 | 1 | 3,5±0 | 3,5±0 |

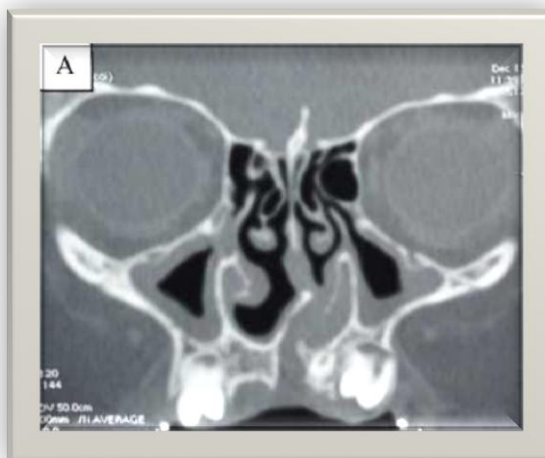
Текширув натижаларига кўра, ЮЖБ ҳажми ёшга хос катталашиб боради. ТТН билан туғилган беморларимизнинг ЮЖБ лари ҳам ҳудди соғлом боланикидек ривожланиб боради. Кўп учрайдиган бўшлиқлар ассиметриясини ТТН билан туғилган болаларда бурун бўшлиғи шиллик каватида сурункали ялиғланиш жараёнлари оқибатида руй берадиган пневматизация жараёнларининг сусайиши ёки орқада қолиши шунингдек

(моддалар алмашинувининг бузилиши, озикланишнинг бузилиши юқумли касалликлар билан тез-тез касалланиш) билан тушинтириш мумкин.

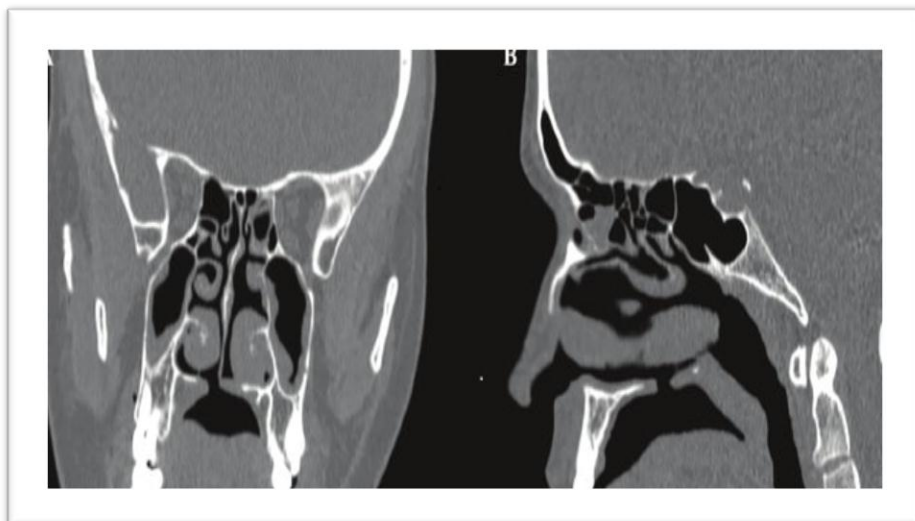


Текшириш натижалари ТТК бўлган болаларнинг ЮЖБ ўсиши ва ривожланиши соғлом боланикидан деярли фақланмайди.

ТТН бўлган болаларда бурун бушлиғи эндоскопик текширганимизда, реуранопластика мақсадида даволанаётган 2 нафар беморимизда ўрта бурун йўлларида ажралма кўплиги хисобига, ота онасининг розилиги билан компьютер томография текшируви ўтказилди



Расм 4 Мултиспираль компьютер томография. Бемор 12 ёшда. Хейлоуранопластика жарроҳлик амалидан кейинги ҳолат Расмда бурун тўсиғи тоғай қисмининг чап томонга қийшайганлиги,пешона бўшлиғи ривожланмаганлиги,ЮЖБ лари деворининг қалинлашганини тасвирланган. . (1. 2 расм)



Расм 5 Мултиспираль компьютер томография. Бемор 6 ёшда. Расмда ўнг томон танглай соҳасида кемтик, бурун пастки чиганоқлари катталашганлиги, иккала томон ЮЖБ ларида деворининг қалинлашганлиги тасвирланган.

Мисол: Бемор Бойжонова Умрия 11. 06. 2011йил. Кассаллик тарихи №8073 789 811 795 Бемор 14. 08. 2018 дан 23. 08. 2018 йилда БВБКТТМ. Оториноларингология ва юз-жағ жарроҳлиги бўлимида текшириш ва даволаниш мақсадиди ётқизилди. Ташҳис: Қаттиқ ва юмшоқ танглай туғма кемтиги. (Расм 3,1)



Расм 6 Туғма танглай кемтиги бўлган болада Аденоидлар вегетацияси III даража

Шикоятлари онасининг сўзидан болада доимий бурун ҳалқумдан шиллик йирингли ажралма келишига, ухлаганда хуррак отишига, манқаланишга, овқатни оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтишига, тез тез шамоллашга. Об'ектив кўрганимизда чап томон юқори лабда хейлопластика жарроҳлик амалидан кейинги чандиқ бор. Риноскопияда ташки бурун деформацияланган. Бурун бўшлиғида ҳалқум орқа деворида ўрта бурун йўлида шиллик йирингли ажралма аниқланади. Бурун шиллик қавати қизарган, шишган, бурун тўсиғи ўнг томонга қийшайган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган. Фарингоскопияда чап томонда юмшоқ ва қаттиқ танглайда кемтик (0.5) бор. Бурун ҳалқумда аденоидлар вегетацияси III даража аниқланади. Юзаси шиллик йирингли ажралма билан қопланган. Танглай муртаклари ўртача катталиқда, лақуналар кенг, юзаси эркин. Беморга уранопластик жарроҳик амалидан олдин лор ҳаким кўриги ўтказилди. Лор врач тавсиясига кўра антибактериаль муолажалар билан бирга бурун бўшлиғини Проец усулида ювиш, ва оғиз бўшлиғи санацияси тайинланди. Даво муолажаларидан сўнг, бурун ҳалқумдан шиллик йирингли ажралма йўқолди, бурун бўшлиғи шиллик қавтида қизариш ва шиш кетди, пастки бурун чиғаноқлари кичиклашди. 18.08.2018 йилда уранопластика жарроҳлик амали ўтказилди. Жарроҳлик амалидан сўнг оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси уй шароитида яна 10 кун қилиниши тавсия этилди. Жарроҳлик амалидан кейинги давр асоратсиз кечди. Жароҳат 10 кун битди. Жарроҳлик амалидан сўнг чокларнинг очилиб кетиши кузатилмади.



Расм 7. Уранопластикадан кейинги ҳолат.

Шундай қилиб жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда, ЛОР хақимининг назорати ТТК бўлган болаларда жарроҳлик амалидан кейинги асоратларни олдини олади.

Хотима

ТТК бўлган болаларда ЛОР аъзоларида юзага келадиган патологик ҳолатлар муаммолигача сақланмоқда. Айниқса бурун ва БЁБларида юзага келадиган анатомик ва функционал ўзгаришлар ҳаётий муҳим аъзоларнинг ҳам фаолиятига таъсирини ўтказмоқда. Ҳозирги кунда ТТК бўлган болаларни эрта диагностика ва замонавий даволаш усуллари ишлаб чиқилган. Жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг бундай беморларни реабилитация қилишда жарроҳлик амалидан кейин юзага келадиган асоратларни олдини олиш мақсадида, комплекс ёндошиши керак бўлади.

ТТК бўлган болаларда бурун орқали нафас олишни тиклаш оториноларингологлар олдида турган энг муҳим вазифа ҳисобланади. Бизни олдимизга қўйилган мақсадимиз ТТК бўлган болаларда бурун орқали нафас олишни тиклаш ва уранопластика жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда бурун ва БЁБ лари касаликларини олдини олишга қаратилган.

Олдимизга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун биз 2017-2020 йиллар давомида БВБККТМ оториноларингология ва юз жағ жарроҳлиги бўлимида ТТК бўлган 50 нафар 3-17 ёшдаги болаларда клиник текширишлар олиб бордик. Олинган натижаларни таққослаш мақсадида 20 нафар 3-17 ёшдаги юз жағ соҳасида нуқсонли бўлмаган болалар олинди. Бизда 2 та гуруҳ шакллантирилди. 1 Асосий гуруҳ ТТК бўлган болалар, 2 Назорат гуруҳи юз жағ соҳасида нуқсонли бўлмаган болалар олинди.

Барча болаларда олдимизга қўйилган вазифаларга мувофиқ равишда умумклиник, оториноларингологик, микробиологик ва инструменталь текширишлар ўтказилди. Олинган натижалар махсус ишлаб чиқилган тематик картага қайд этиб борилди. Барча болаларнинг онасидан

шикоятлари, анамнез маълумотлари тўпланди. Барча болаларда риноскопия, фарингоскопия, отоскопия эндоскоп орқали амалга оширилди. Шу билан биргаликда бурун бўшлиғи функционал текширувлари (транспорт, рН, ажратиш, сўриш), микробиологик текширувлар ўтказилди, ҳамда натижалар статистик таҳлил қилинди. Бурун ёндош бўшлиқлари ҳолатини баҳолаш мақсадида рентгенологик, компьютер томография каби инструментал текширишлар ўтказилди.

ТТК бўлган беморларнинг онасининг сўзидан шикоятлари: манқаланишга, овқатни оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтишига, ҳам оғиз ва бурун билан нафас олишга, тез-тез шамоллашга шикоят қилади.

Бурун бўшлиғи эндоскопик текширилганда ТТК бўлган болаларда ва ҳейлопластика жарроҳлик амалидан кейинги ТТК бўлган болаларда бурун тўсиғи тоғай ва суяк қисмининг тожсимон, бурун тўсиғи тоғай қисмининг тикансимон деформацияси, бурун тўсиғининг С ва S симон эгрилиги аниқланди. Шунингдек тўртбурчак тоғайнинг проксималь қисмининг тўлиқ чиқиши ҳам аниқланди. Назорат гуруҳидаги болаларда ҳам бурун тўсиғи эгрилиги кўпчиликни ташкил этди. Шунингдек эндоскоп орқали бурун ҳалқум ҳолати ва аденоидлар вегетацияси даражалари аниқланди.

Уранопластика жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда бурун бўшлиғи шиллик қават ранги, ҳолати, ажралма бор йўқлиги, унинг характери, жойлашган жойи объектив кўрилди. Олинган натижалар 4 баллик тизимда баҳоланди.

Мезофарингоскопияда оғиз шиллик қавати, ранги, юмшоқ ва қаттиқ танглай ҳолати, танглай равоқлари, танглай муртаклари, ҳалқум орқа девори кўрилди.

Отоскопияда қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, ноғора парда ҳолати баҳоланди. Унга кўра 3 нафарида мезотимпанит, 2 нафарида адгезив ўрта отит, 8 нафарида тубоотит касалликлари аниқланди.

Барча болаларда буруннинг функционал ҳолати уранопластика жарроҳлик амалидан олдин ва кейин текширилди. Уранопластика

жарроҳлик амалидан олдин ҳилпилловчи эпителий ҳаракати ўртача $21,2 \pm 1.1$, жарроҳлик амалидан бир ойдан сўнг $16,2 \pm 2,1$ ташкил этди. Бурун бўшлиғида водород ионларининг концентрацияси жарроҳлик амалидан олдин ишқорий (ўртача 7. 25), жарроҳлик амалидан бир ойдан сўнг кучсиз ишқорий (ўртача 7. 14) томонга ўзгарди. Ольфактометрия натижаларига кўра 7 нафар беморимизда гипосмия I II даражалари кузатилди. Жарроҳлик амалидан сўнг ҳид билиш фаолияти тикланди. Бурун бўшлиғи микробиологик ҳолати ўрганилганда жарроҳлик амалидан олдин оғиз бўшлиғидаги овқат массаси бурун бўшлиғига ўтганлиги сабабли *Candida* гуруҳига кировчи микроорганизмлар устунлик қилди. Жарроҳлик амалидан сўнг *Candida* топилмади ва сапрофит микрофлора тикланди.

ТТК бўлган барча болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан олдин ва кейин оғиз ва бурун бўшлиғи санацияси ўтказилди. Жарроҳлик амалидан сўнг жароҳат чокларининг тўлиқ ва эрта муддатларда битиши, ЛОР аъзоларининг фаолиятининг тикланишига эришилди.

Хулоса

1. Ўтказилган текширувларга асосланиб, туғма танглай ва лаб кемтиги бўлган болаларда 100% ҳолатда нуқсон томонда, фақат танглай нуқсони (тўлиқ, нотўлиқ, субмукоз) бўлган 54% болаларда нуқсон томонга қарама қарши томонга бурун тўсиғи эгрилиги кузатилди. Шу билан бир қаторда 32 нафар (64%) болаларда компенцатор бурун пастки чиғаноқлари катталашганлиги аниқланди.

2. Уранопластика жарроҳлик амалидан олдинги ва кейинги даврда бурун бўшлиғи функционал фаолиятини тиклаш мақсадида оғиз ва бурун бўшлиғи санациясини ўтказилиши, бурун бўшлиғида нафас олиш, транспорт, ажратиш фаолиятлари тикланди ва операцион жароҳатнинг тўлиқ битишига эришилди.

3. ТТК билан туғилган болаларда уранопластика жарроҳлик амалидан олдин ва жарроҳлик амалидан сўнг, ЛОР ҳакими томонидан ишлаб чиқарилган даволаш алгоритми 98% ҳолатда ўзининг ижобий самарасини

берди.ЛОР хаками билан биргаликда олиб борилган даволаш ишлари натижасида операцион жароҳатнинг битиши жарроҳлик амалидан сўнг 7-8 кунга тўғри келди. Жарроҳлик амалидан сўнг, жароҳат чоклари тўлиқ битди ва беморлар реуранопластика жарроҳлик амали учун қайта муруожаат қилишмади, ЛОР аъзоларининг функционал фаолияти яхшиланди.

Амалий тавсиялар

1. ТТН билан туғилган болаларга операциядан олдин ва кейин реабилитация қилишда комплекс ёндашиш керак бўлади. Бу беморларни даволашда юз-жағ жарроҳи, логопед, оториноларинголог, психолог, ортодонт мутахассислари иштирок этишлари лозим.

2. ЛОР аъзоларида гипертрофия жараёнларини олдини олиш мақсадида уранопластика операцияси қисқа муддат ичида ўтказилиши лозим. Иккиламчи кондуктик эшитиш пастлигини профилактикаси ва юқори нафас йулларининг ёшга хос патологик ривожланишини олдини олиш мақсадида ТТН билан туғилган беморлар уранопластика операциясиан сўнг доимий оториноларингоглар назоратида бўлишлари лозим.

Адабиётлар рўйхати

1. Азимов М. И. , Шокиров Ш. Т. Основные принципы лечения больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба с выступающей межчелюстной костью // Stomatologiya. - 2011. - №1. – С. 69-74.

2. Алиев М. У. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА СИНУПРЕТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2009. .

3. Агеева Л. В. Иванов А. Л. Первичная ринохейлосептопластика у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба //Усовершенствованная медицинская технология, ФГУ «Центральный научноисследовательский институт стоматологии Росздрава», - М. , 2017.

4. Агеева Л. В. Первичная ринохейлопериостеопластика в реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дисс. . . . канд. мед. наук //Агеева Л. В; ЦНИИС МЗ РФ - ДКБ св. Владимира - М. ,2013. -21с.

5. Азнаурян В. А. Современные аспекты лечения деструктивных заболеваний и комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. докт. мед. наук - М. , 2013. - 36 с.

6. Альтман Я. А. , Таварткиладзе Г. А. Клиническая аудиология. - М. : ДМК Пресс, 2012. – 360 с.

7. Амануллаев Р. А. Совершенствование медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Узбекистан: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005. – 38 с.

8. Амануллаев Р. А. Сравнительная оценка методов первичной хейлопластики у детей с односторонней врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2005. – 18 с.

9. Амануллаев Р. А. , Минисаев Д. А. Способы закрытия дефекта переднего отдела твердого неба и ротоносового соустья при сквозной

расщелине верхней губы и неба // Новое в стоматологии. – М. , 2005. - №2. – С. 107-108.

10. Аманулаев Р. А. Современные данные о частоте и распространенности врожденной расщелины верхней губы и неба // Вестн. врача общей практики (Самарканд). – 2015. - № 3. – С. 11-13.

11. Ананян Г. , Виссарионов В. А. Особенности оценки небно-глоточной дисфункции //Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица. Материалы Всероссийской конференции. - Москва, 2014 – С. 38

12. Артюшкевич А. С. , Руман Г. М. Раннее хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы и неба: Учеб. -метод. пособие. - Минск, 2012.

13. Баландина Е. А. Факторы риска возникновения врожденной расщелины губы и неба у детей, проживающих на территории города Перми и Пермской области: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2017 - 190 с.

14. Богомильский М. Р. , Поварова М. В. Состояние слуха у детей с задержкой речевого развития // Вестник оториноларингологии. - 2011. - №4. - 6-8.

15. Борзов Е. В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингол. и логопатол. – 2016. -№ 1 (29). – С. 3-8.

16. Бессонов С. Н. Давыдов Б. Н. Первичная ринохейлогнатопластика // Материалы VII Междунар. конф. Челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб. , 2012. - с. 28-29.

17. Бессонов С. Н. Ринопластика при врожденных расщелинах верхней губы // Стоматология. - 2015. - Т. 84, N3. - с. 64-67

18. Вадачкория З. О. Основные аспекты медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной неба: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук, - Тбилиси, 2010. – 90 с.

19. Васильева Е. Е. , Профилактика нарушений слуха у детей с врожденными расщелинами твердого и мягкого неба: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 21 с.
20. Водолацкий М. П. Пластика наружного носа у детей с врожденной расщелиной верхней губы //Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица. Материалы Всероссийской конференции. - 2012. – С. 69-70.
21. Волосовец В. К. Проблеме изучения детей с врожденными расщелинами губы и неба в дошкольном периоде // Актуальные проблемы фониатрии. Тез. докл. междунар. симпозиума 29-31 мая в г. Екатеринбург 2014. – С. 259
22. Гончаков Г. В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба. – М., 2002. Волошина И. А. , Завгородний А. Э.
23. Влияние возраста на течение и результаты лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов // Вестн. оториноларингол. – 2017. – № 2. – С. 20-21.
24. Гаджимирзаев Г. А. , Гамзатова А. А. , Джамалудинов Ю. А. , Гаджимирзаев Р. Г. К оценке некоторых положений хирургической коррекции деформации перегородки и наружного носа // Российская ринология. -2010. - №3. - С. 2829.
25. Гаращенко Т. И. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей у детей. Автореф. дисс. . . . докт. мед. наук - М. , 2006. - 29 с.
26. Гофман В. Р. , Киселев А. С. , Герасимов К. В. Диагностика носового дыхания. - СПб. : «Контур-М», 2014. - 93 с.
27. Гоппе В. И. Реконструкция твердого неба при врожденных расщелинах // Стоматология. -2011. -№1. – С. 62-64.

28. Готь И. М. , Кицера А. А. , Винарчук-Патерега В. В. , Кицера А. А. Исследование состояния среднего уха и слуха у детей с врожденной расщелиной неба // Acta Medica Leopoliensia. - 2011. - V. 7, № 2. - С. 14-16.
29. Гаращенко Т. И. , Шишмарева Е. В. Оптимизация тактики проведения эндоскопического исследования носоглотки у детей // Рос. ринолог. – 2013. – № 2. – С. 58-59.
30. Дмитриева В. С. , Ландо Р. Л. Хирургическое лечение врожденных и послеоперационных дефектов неба. - М. ,2010. – С. 65-69.
31. Дусмухамедов М. З. Комплексное лечение детей с врожденной расщелиной неба, прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2016. – 29 с.
32. Дусмухамедов М. З. Актуальные аспекты лечения детей с врожденной расщелиной неба // Мед. журн. Узбекистана. – 2015. - № 3. – С. 109-114.
33. Дусмухамедов М. З. , Азимов А. М. Значение традиционных методов обследования детей с ВРН в прогнозировании ранних местных осложнений после уранопластики // Проблемы современной стоматологии Казахстана. – Алматы, 2014. – С. 128-131.
35. Заболотный Д. И. , Готь И. М. , Кицера А. А. , Винарчук-Патерега В. В. , Ильницкий Я. М. Диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний среднего уха и нарушений слуха у детей с врожденными расщелиной неба // Журн. ушных, носовых, горловых болезней. - 2015. - № 1. - С. 2-6.
36. Зиборова Н. В. , Маккаев Х. М. Опыт оперативного лечения искривления носовой перегородки в детской оториноларингологии // Российская ринология. - 2008. - Приложение 2. - С. 59.
37. Кицера А. А. Влияние врожденных дефектов неба на состояние среднего уха и функцию слуха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2011. - № 5 (приложение). - С. 3

38. Кицера А. А. Диагностика и лечение болезней среднего уха у детей с врожденными расщелиной неба // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2014. - № 3. - С. 206-207.

39. Кицера А. А. Динамика аудиометрических данных у детей с врожденными расщелиной неба после реконструктивной операции // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2013. - № 5. - С. 100.

40. Кицера А. А. Лечение оториноларингологической патологии у детей с врожденными расщелиной неба - этические аспекты // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 2012. - № 3. - С. 173

41. Кицера А. А. Принципы оториноларингологического лечения детей с врожденными расщелиной неба и его результаты // Журн. ушных, носовых, горловых хвороб. - 2014. - №5. - С. 125.

42. Ковалев В. Г. Исправление деформаций верхней губы и носа и моделирование ринопластических операций у больных с односторонними расщелинами: Дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2012..

43. Ковалев В. Г. Исправление деформаций носа у больных с односторонними расщелинами верхней губы // Материалы конференции наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М. : МГМСУ, 2014, - С. 131-132.

44. Козин Н А. Радикальный расщелин лица способ реконструктивной хейлориносептопластики у взрослых и подростков после устранения асимметричных //Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица // Материалы Всероссийской конференции. - Москва, 2012. – 78-79.

45. Леонов А. Г. , Ткаченко А. Е. . Исследование состояния среднего уха у детей раннего возраста с врожденной расщелиной неба. Обоснование необходимости шунтирования барабанной полости перед уранопластикой. В кн. : материалы юбилейной конференции. - Екатеринбург, 2011. – С. 50.
Мамедов Ад. А.

46. Клинико-анатомическая классификация врождённой расщелины губы и нёба // Материалы VII международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, 28 - 30 мая 2012. - Санкт- Петербург. – С. 92.

47. Лопатин А. С. , Пискунов Г. З. , Горячкина Л. А. и др. Ведение предоперационного и послеоперационного периода при функциональных внутриносовых вмешательствах: Учебное пособие. - М. , 2011. - 20 с.

48. Мамедов Ад. А. Комплексная реабилитация больных с нёбноглоточной недостаточностью и нарушением речи после уранопластики: Дис. ... д-ра мед. наук. - Екатеринбург, 2007.

49. Мамедов Ад. А. , Сутулов В. В Вопросы организации специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба // Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Стоматология сегодня и завтра. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 233-235

50. Матвеев К. А. Особенности патологических состояний ЛОР-органов у больных после уранопластики // Автореф. дисс. . . . канд. мед. наук. - СПб. , 2009. - 26 с.

51. Махкамов М. Э. , Мамедов Ад. А. Регистрационно-статистическая программа для центра реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба в Узбекистане // Стоматология. - 2012. - №6. – С. 48-52.

52. Махкамов Э. У. Зайнабидинова С. М. Современные методы хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба // Stomatologiya. - 2014. - №3-4. – С. 68-72.

53. Махкамов М. Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 32 с

54. Махкамова Н. Э. Восстановление носового дыхания у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба одномоментной хейлопластикой // Stomatologiya. – 2005. – № 1-2. – С. 98-100.

55. Медведовская Н. М. Реабилитация детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Мир медицины. - 2011. - № 1-2. - С. 22
56. Останин А. В. Особенности строения носо- и ротоглотки у детей с врожденными расщелинами неба и их клиническое значение: Автореф. дисс. . . . канд. мед. наук. 2011. - 20 с.
57. Оптимизация тактики проведения эндоскопического исследования носоглотки у детей // Рос. ринол. – 2013. – № 2. – С. 58-59.
58. Пискунов В. С. Исследование аэродинамики воздушного потока в полости носа // Российская ринология. - 2010. - №1. - С. 12-15.
59. Пискунов В. С. Клиническое значение деформации перегородки носа на границе хрящевого и костного отделов // Российская ринология. - 2012. - №2. - С. 159-161. Пискунов Г. З. , Лопатин А. С. Основные виды разрезов при риносептопластике // Российская ринология. - 2004. - №3. - С. 41-45.
60. Пискунов Г. З. , Пискунов С. З. Клиническая ринология. - Миклош, 2012. - 390 с.
61. Попова О. И. Клинико-диагностическая значимость акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в выборе тактики и объема хирургического вмешательства при искривлении перегородки носа у детей: Автореф. дисс. . . . канд. мед. наук. - М. , 2018. - 26 с.
62. Правосудова Н. А. , Мельников В. Л. Микробиология полости рта Учебнометодическое пособие ПГУ 2011 г. - 89 с.
63. Пшениснов К. П. Осложнения в эстетической хирургии носа, и вторичная ринопластика// Избранные вопросы пластической хирургии. - 2011. - Т. 1, № 6. - 84 с.
64. Пшениснов К. П. Эстетическая ринопластика для лор-врача. // Материалы Национального конгресса Пластическая хирургия, 12 - 14 декабря 2012г. -М. : ООО «Бионика Медиа», 2012. - С. 172.

65. Принципы организации специализированной помощи детям с ВРГ и Н в современных условиях развития Здравоохранения в России / Мамедов Ад. А. , Маирова О. А. , Бондарюк Т. Н. и др. / Stomatologiyu. – 2016. - №1-2. – С. 42-144.
66. Соколова А. В. Нарушение слуха у детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. , 2013.
67. Соколова А. В. , Дмитриев Р. С. , Мамедов Ад. А. Состояние ЛОРорганов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - Москва, 2012. – С. 237-238.
68. Супиев Т. К. , Мамедов Ад. А. , Негаметзянов Н. Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба (этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации). - Алматы, 2013. - 496 с.
69. Сравнительная оценка результатов пластики врожденных расщелин неба / Махкамов М. Э. , Дустмухамедов М. З. , Амануллаев Р. А. и др. / Stomatologiya. – 2013. - №3 – С. 20-22.
70. Соколова А. В. Лечебная тактика при экссудативном среднем отите у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестн. оториноларингол. – 2013. – № 6. – С. 55-57.
71. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей / Ю. В. Пронина, С. Г. Вахрушев, Г. М. Буренков, М. М. Зырянов // Рос. ринолог. – 2013. – № 3. – С. 56-59.
72. Убайдуллаев М. Б. Лечение больных с врожденными и приобретенными анатомо-функциональными нарушениями носомаксиллярного комплекса: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Ташкент, 2011. – 31 с.
73. Ходжаева К. А. , Якубова Р. К. , Шарипова А. У. Оценка состояния уха, горла и носа у детей с деформациями челюстей // Stomatologiya. – 2015. – № 1-2. – С. 23.

74. Черныш Н. Н. Этиология детской тугоухости в Челябинской области в сравнительном аспекте // Вестник оториноларингологии. - 2014. - №6. - 34

75. Юмашев Д. П. , Дьякова С. В. , Агаева В. Е. Диагностика небно-глоточной недостаточности у детей и подростков после уранопластики // Российский стоматологический журнал. - 2015. - №6. - С. 18-21.

76. Терентьев АБ. Муратов И. В. Семенов М. Г. Роль восстановления анатомических взаимоотношений между мимическими мышцами носа и верхней губы в профилактике формирования остаточных деформаций после хейлоринопластики у больных с орофациальными расщелинами // Материалы XII и XIII Всерос. науч. -практ. конф. и IX съезда СтАР. - М. , 2014. - с. 488489.

77. Федун Н. Ф. Восстановительная хирургия наружного носа и носовой перегородки // Российская ринология. -2016. - Приложение 2. - С. 85.

78. Фоменко И. В. , Краевская Н. С. , Вологина М. В. , Касаткина А. Л. Особенности психологического состояния и самооценки детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2016. - №1. - с. 91-93.

79. Чистякова В. Р. Искривление носовой перегородки у новорожденных // Фельдшер и акушерка. -2014. - №8. - С. 60-61.

80. Чуйкин С. В. , Персии Л. С. , Давлетшин Н. А. Врожденная расщелина верхней губы и неба (под ред. акад. РАЕН, проф. С. В. Чуйкина). - М. : МИА, 2018. - 363 с.

81. Эзрохин В. М. , Безденежных Д. С. Коррекция деформаций носа после операций по поводу полных одно- и двусторонних расщелин верхней губы // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 2-ой

Всероссийской научно-практической конференции. - М. : МГМСУ, 2016. - С. 315-317.

82. Юнусов А. С. , Тарасова Г. Д. Физиология носового дыхания и искривления перегородки носа // V конгресс педиатров России: Тез. доклады. - М. ,2017. - С. 552-553.

83. Юнусов А. С. , Богомилский М. Р. Риносептопластика в детском и подростковом возрасте. – М. : ООО Изд-во «Гамма», 2010. – 144 с.

84. Якушенкова А. П. Обоснование и эффективность новых методов хирургического лечения хронических болезней носа, околоносовых пазух и глотки у детей: Автореф. дисс. . . . докт. мед. наук. - М. , 2016. - 58 с.

85. Яковенко А. В. Роль магнитно-резонансной томографии в оценке состояния небно-глоточного кольца у детей с врожденной расщелиной неба: Дис. . . . канд. мед. наук. - Ташкент. - 2018. – 125 с.