

**QO'ZIYEV O.J.,
YUSUPOV M.A**

BURUN VA YUZ SKELETI SUYAKLARI JAROHATLARINI SUD - TIBBIY BAHOLASH MEZONLARI



Tashkent 2021

816.244+816.416-816-004:340.6
D-89

**O'ZBEKISTRN RESPUBLIKASI SOG'LIKNI SAQLASH
VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI**

375243

**BURUN VA YUZ SKELETI
SUYAKLARI JAROHATLARINI
SUD - TIBBIY BAHOLASH
MEZONLARI**

Monografiya



Toshkent – 2021

UDK: 58.122.44

KBK: 56.8(5736)

Monografiyada sud tibbiyoti amaliyotida burun va yuz skeleti suyaklarini sinishi bilan bog'liq tan jarohatlarining og'irlik darajasini baholashdagi muammolar to'g'risida so'z yuritiladi. Bunda burun suyaklarini alohida va yuz skeleti suyaklari bilan qo'sh jarohatlarining klinik manzarasi, tashhisoti asosida jarohatni yetkazilish muddatni aniqlashdagi muammaolar o'z vechimini topgan. Mavzuga oid adabiyotlar tahlilidan kelib chiqqan holda muammoni hal qilishga qaratilgan burun suyaklarini alohida va qo'sh jarohatlarini to'liq tavsiflab beruvchi algoritm tavsiya qilinadi. Taqdim qilingan tasnif sud tibbiyoti amaliyotida burun va yuz skeleti suyaklarini jarohatlanishi bilan bog'liq ekspertizalarni o'tkazishda, sud tibbiy ekspertlariga tan jarohatlarini og'irlik darajasini xolisona baholashda qo'l keladi.

Monografiya sud tibbiyoti amaliyotida faoliyat ko'rsatayotgan soha vakillariga mo'ljallangan. Shu bilan bir qatorda mazkur ma'lumotlar burun suyaklarining jarohati bilan bog'liq faoliyat ko'rsatuvchi tibbiyotning turli jabha vakillarida ham qiziqish uyg'otadi.

Mualliflar:

Qo'ziyev O.J. - Toshkent pediatriya tibbiyot instituti sud tibbiyoti va tibbiyot huquqi kafedrasida dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi.

Yusupov M.A. - Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali fiziologiya va patologik fiziologiya kafedrasida assistenti.

Taqrizchilar:

Baxriev I.I. – Toshkent tibbiyot akademiyasi sud tibbiyoti va tibbiyot huquqi kafedrasida mudiri dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi.

Amonov Sh.E. – Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti bolalar otorinolaringologiyasi kafedrasida mudiri professor, tibbiyot fanlari doktori.

Toshkent Pediatriya instituti ilmiy kengashi tavsiyalari asosida chop etishga ruxsat etildi. 2021-yil, 3-noyabr, №3 sonli bayonnoma.

ISBN : 978-9943-601-49-9

© «Fan ziyosi» nashriyoti 2021

KIRISH

Muammoning dolzarbligi. Burun suyaklari va yuz skeleti jarohatlari yuz-jag' sohasi jarohatlari orasida aksariyatni tashkil qilishi hamda oqibatda turli shakliy o'zgarishlar bilan namoyon bo'lishi, boshqa a'zo va tizimlarda funksional norasoliklar keltirib chiqarishi bilan hanuz o'z dolzarbligini saqlab, ko'plab ilmiy izlanishlar olib borilishini talab qilmoqda. O'rganilgan adabiyotlar tahliliga ko'ra zamonaviy ishlab chiqarish, texnika va sportning jadal ravnaq topib borishi, jarohatlanishlarning, xususan burun suyaklarining sinishlari ortib borayotganligi, ayniqsa, aholining yoshlar va o'rta yoshdagi mehnatga layoqatli qatlamlari orasida ko'p uchrashi e'tirof etilgan [6, 84,104].

Ko'pchilik olimlarning fikricha, burunning o'tkir jarohatlanishi umumiy otorinolaringologik bemorlarning 3,6-4,6 foizini tashkil etib, alohida burun jarohatlari-8 foiz va 18,8 foiz hollarda yuz suyagining aralash jarohatini, 42,9 foizi esa, boshqa suyaklar bilan birga jarohatlanishlarini tashkil qiladi [10,49]. Bu jarohatning ijtimoiy ahamiyatga ega jihati - burun suyagi jarohatidan so'ng qoladigan turg'un deformatsiyalarning yuzaga kelishidir. Deformatsiyalar natijasida burun faoliyatining izdan chiqishi, keyinchalik boshqa organ va tizimlar vazifasining buzilishi, jamiyatning ishga layoqatli a'zolari orasida nogironlik sonining oshishiga sabab bo'ladi.

Tirik shaxslar ekspertizasi amaliyotida burun sohasi jarohatlarini sud-tibbiy baholashda aniq ko'rsatmalarning yo'qligi, tan jarohatlarining og'irlik darajasini baholashda ekspertlarga ko'plab qiyinchiliklar tug'dirmoqda. SHu bilan birga jarohatning og'irlik darajasini baholashning aniq diagnostik mezonlari yo'qligi sababli jarohatni noto'g'ri baholash sud-tibbiy ekspertlarini noto'g'ri yo'nalish tanlashlariga sabab bo'lmoqda.

Muammoning o'rganilganlik darajasi. O'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar natijasida burun suyaklari jarohatlarining alohida va aralash jarohatlarida tan jarohatlarining og'irlik darajalarini ishlab

chiqdilar. Bunga ko'ra, burun suyaklari sinishining og'irlik darajasini quyidagi belgilarga tayanib baholash zarur: "Hayot uchun xavfliligi", "Sog'liqning yo'qotilish muddati", "Umumiy ish qobiliyatining turg'un buzilishi". Bu mezonlarga tayanib burun suyaklari sinishlarini "Engil", "Qisqa vaqtga sog'liqni yo'qotilishi bilan kechuvchi, yengil tan jarohati", "O'rta og'ir" va "Og'ir tan jarohati" deb baholash mumkin, degan fikr oldinga surilgan [35,51]. Hozirga kelib adabiyotlarda burun suyaklari jarohatlarining etiologiyasi, patogenezi, tashhislash hamda zamonaviy davolash usullarini o'rganishga bag'ishlangan ko'plab ilmiy izlanishlar yoritilmoqda. Ammo jarohatning bitish davomiyligi, bitish davomida boshqa a'zo va tizimlarga bevosita ta'siri hamda uning asorati sifatida yuqoridagilarning funksiyasiga aks ta'siri to'g'risida aniq ma'lumotlar, ular asosida sud-tibbiy ekspertlari uchun to'laqonli baholash mezonlarining ishlab chiqish masalalariga kam e'tibor berilgan.

I BOB. ADABIYOTLAR SHARHI

Burun jarohatlari, ularning kelib chiqishi, tashhislash, klinik manzarasi, davolash uslubiga oid masalalar azaldan ko'pgina olimlarni qiziqtirib kelgan. Ammo burun suyaklari sinishilari qo'sh jarohatlar bilan uchraganda boshqa ustun jarohatlar tufayli travmatologiya, neyroxirurgiya va xirurgiya bo'limlarida, yoki jarohatlanishlar alohida kuzatilganda ambulator ravishda davolanganligi sababli ularni statistik va klinik tahlil qilishni imkoniyati bo'lmagan. Bundan tashqari tashqi burun jarohatlarida kuzatiladigan kosmetik nuqsonlar, burun bo'shlig'ining yondosh bo'shliqlar va tizimlar bilan aloqadorligining buzilishi ayrim funksional o'zgarishlarga sabab bo'lishi mazkur holatda burunning anatomik strukturasining qay darajada buzilganligini o'rganishni talab qiladi. Dastavval burunning anatomofiziologik va topografik xususiyatlarini chuqurroq o'rganish, yetkazilgan tan jarohatlarining og'irlik darajasini tahlil qilishda yetakchi zamin bo'ladi.

1.1. Burun tuzilishining anatomo-fiziologik xususiyatlari

Burun - kallaning yuz qismida joylashgan a'zo bo'lib, burun devorlari va bo'shlig'idan iborat. Burunning suyak asosini ikkala burun suyaklari, dimog', g'alvir, tanglay, yuqori jag' va peshona suyaklarining burun o'siqlari tashkil etishi burunning murakkab tuzilganligidan ya'ni bir nechta suyaklarning o'zaro mutannosib birikkanligidan dalolat beradi. Burun devorlari asosini hosil qilgan suyaklarning o'zaro birikishi kalla suyaklarining birlashish qonuniyatlariga mos ravishda, aniqrog'i sinmembranoz birikish (sutura planta) turiga mansub. Bu hol jarohatlanish vaqtida osteoreparativ faoliyatning (qadoqlanish jarayonining) o'ta sust yoki izsiz kechishiga sabab bo'ladi. Suyaklar orasidagi membrananing biriktiruvchi – fibroz to'qimalar turiga oidligi jarohat natijasida aynan shu to'qimalardagi almashinuv jarayonlari tananing boshqa suyaklardagidan tamoman o'zgacha kechadi [78, 98, 101]. Burun

devorlarining yumshoq to'qimalari tashqaridan tog'ay asosli silliq mushak tolalari hamda teri qoplamlari hosil qiladi va burun tashqi teshiklari chegarasida shilliq qavatga aniq chegaralangan tartibda davom etadi.

A.M.Talishinskiy hammual., [95] bolalarda burun suyaklari rivojlanishining yoshga xos xususiyatlarini o'rganib, quyidagilarni aniqladilar: burun to'sig'i va uning asosiy anatomik tuzilmalari 3-8 va 9-14 yoshli bolalarda bir-biriga o'xshashligi e'tirof etilgan. To'rtburchakli tog'ay 3-4 yoshda burun to'sig'ining katta maydonini egallaydi va uning rivojlanishini 3 davri bo'lib: 1-davri 5 yoshda, bunda tog'ay bo'yiga o'sib, uzunligi qisqaradi. 2-davr- 7-8 yoshda tog'ay bo'yiga o'sishi hisobiga uning maydoni kengayadi. 3-davr - 11-12 yoshga to'g'ri kelib, 14 yoshgacha davom etadi. Tog'ay bo'yiga qayta o'sadi, lekin maydoni kengaymaydi. 14 yoshga qadar uning uzunligi eng yuqori cho'qqiga yetadi. 5,7,12 yoshlarda dimog' suyagini jadal o'sishi kuzatiladi. Uning rivojlanishida ham yuqoridagi davrlar takrorlanib, 1 davr - 5 yoshda, 2 davr - 7 yoshda va 3 davr - 12 yoshda kuzatiladi.

S.Z.Piskunovning [77] fikricha, dimog' suyagini bunday yoshga bog'liq o'zgarishi, uni burun suyaklari jarohatida deformatsiyasini o'ziga xos xususiyatlarini tushuntirib berishi mumkin, ya'ni dimog' suyagini oldingi-orqa yo'nalishga o'sishidan burun bo'shlig'ining ko'ndalang o'lchamini qisqarishiga olib kelib, natijada dimog' suyagining sagital tekislikda qiyshayishiga sabab bo'ladi. Bundan kelib chiqadiki, dimog' suyagini tez o'sishi davrlarida (5,7,12 yoshlar) uni deformatsiyasi yuzaga kelishi mumkin. Bu uchala davrda ham dimog' suyagini oldingi-orqa yo'nalishda o'sishi kuzatiladi, bu davrlarda deformatsiya ko'ndalang yo'nalishda yuzaga kelishi mumkin (eshkaksimon, yon plastinkalarni qiyshayishi). 7-12 yoshda dimog' suyagi vertikal yo'nalishda o'sib, uning ko'ndalang o'sish bilan qo'shilishida frontal tekislikda deformatsiyaga uchraydi, 2-3-davrlarda esa sagital qiyshayish bilan uyg'unlashadi.

T.G.Kuznetsova hammual., [39] g'alvirsimon suyak rivojlanishini o'rganish davomida g'alvirsimon suyakni

perpendikulyar plastinkasi o'sishini 2 davri bo'lib, 1 davr - 5 yoshda, uning bo'yiga, eniga o'sishi va maydonini kengayishini aniqladilar. 6-8 yoshda perpendikulyar plastinka o'sishi sekinlashadi, 2 davr - 11-13 yoshda, plastinka uzunligi va maydoni kattaligi eng yuqori darajaga yetadi. 13-14 yoshda uning o'sishi yana sekinlashadi.

YUqoridagilarga asoslanib, burun to'sig'ining o'sishini 3 davrga ajratish mumkin: 1 davr - 5 yoshda, uning maydoni kengayadi. 2 davr - 7 yoshda, uzunligi va maydoni kattalashadi. 3 davr - 12-13 yoshda uning bo'yiga o'sishi va maydoni kengayishi yuqori darajaga yetadi.

Aksariyat adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, burunning asosiy vazifasi – yuqori nafas yo'llari shilliq qavatini tashqi muxit zararli omillaridan himoyalashdir. Asosiy himoya vazifasi bu - olinayotgan havoni isitish va namlashdir. Burun aerodinamikasini buzilishi uning boshqa vazifalarini buzilishiga ham olib keladi, bu esa burun va burun yondosh bo'shliqlarini aksariyat kasalliklarining etiologiyasi va patogenezida yetakchi o'rin tutadi [78, 98, 99, 100, 101, 123].

Ul'yanov YU.P. [100] kuzatuvlariga ko'ra, sog'lom inson nafas olishida, havo burun dahlizidan o'tayotganida 3 ta yo'lga ajraladi, pastki nafas yo'lidan 20 shartli birlik (SHB), o'rta nafas yo'lidan 70 SHB va yuqorigi nafas yo'lidan 10 SHB havo taqsimlanadi. Havoni nafas yo'lida shunday taqsimlanishi olinayotgan havoni maksimal darajada namlanishi va ilitilishiga sabab bo'ladi, ya'ni havoning katta qismi yuqorigi va o'rta nafas yo'llaridan o'tadi. Bu nafas yo'llariga esa burun yondosh bo'shliqlarini teshiklari ochilgan. Pastki nafas yo'lidan o'tayotgan havo bunday qayta ishtanishga uchramaydi, shuning uchun ham bu yo'lning shilliq qavati olinayotgan havoni qurituvchi va sovituvchi ta'siridan ko'proq zo'riqadi. Ammo nafas chiqarish vaqtida havoni taqsimlanishi sababli, ya'ni chiqarilayotgan havoning 70 SHB pastki nafas yo'lidan, 20 SHB o'rta va 10 SHB yuqorigi nafas yo'lidan o'tadi. Bunda pastki nafas yo'lidan o'tayotgan, o'pkadan chiqayotgan nam va issiq havo uning shilliq qavatini namlaydi va ilitadi [43, 76, 78, 98, 101].

Ilmiy adabiyotlardan ma'lumki, o'rta nafas yo'li tuzilishining tipik varianti bu - ilmoqsimon o'simta o'rta nafas yo'li chig'anog'ini oldingi qismiga birikkan sohasidan boshlanib, orqa va pastki tomonga qiyshaygan holda davom etadi. Uning orqasida yarimoysimon teshik joylashgan bo'lib, yuqori qismi peshona bo'shlig'iga, pastki qismi yuqori jag' bo'shlig'iga ochiladi. 3-4 mm masofa oralig'ida esa g'ovaksimon bulla joylashgan [76, 79, 96].

V.S.Piskunov (79) tekshiruvlariga ko'ra, olinayotgan havo oqimi burun bo'shlig'ining eng tor sohasi - burun klapanidan o'tadi. Bu klapan og'zi pastga qaragan 10-15° burchak ko'rinishida bo'lib, yuqorigi va pastki qismida turli xil kesishuvlarga ega. Gaz va suyuqliklarning turli diametrga ega trubalardan o'tish harakati qonuniga binoan, havo burun klapanining turli qismidan har xil tezlikda, spiralsimon o'ralib o'tadi. Havo oqimini bu klapandan o'tish vaqtida havo titrab, undagi yot zarralar va mikroorganizmlarni burun bo'shlig'ining oldingi qismi shilliq qavatida cho'kishiga sabab bo'ladi. Turbulent harakatga ega havo oqimi laminar turga o'tib, o'rta nafas yo'li chig'anog'i orqali xoanaga o'tadi. Burun bo'shlig'ining lateral devorida, o'rta nafas yo'li chig'anog'i birikkan joyda joylashgan burun do'mbog'i va ilmoqsimon o'simta havo oqimini o'rta nafas yo'liga o'tishini to'sadi va olingan havo oldingi burun yondosh bo'shliqlaridan chiqayotgan havo bilan aralashib ketmaydi va uni chiqishiga to'sqinlik qilolmaydi. Ammo, burun do'mbog'ini yoki ilmoqsimon o'simtani nuqsoni va gipoplaziyasi me'yoriy aerodinamikani buzilishiga sabab bo'ladi. Nafas olish jarayonida havo oqimi xoana orqali burun bo'shlig'iga tushadi va diffuz holda umumiy, yuqori, o'rta va pastki nafas yo'llariga tarqaladi. Klapan bo'shlig'ini xoana bo'shlig'idan 3-4 marta torligi hisobiga, burun bo'shlig'ida bosim oshadi va nafas olishda bo'shagan burun yondosh bo'shliqlariga o'tib, ularni to'ldiradi [78, 99, 101, 111, 117].

Yu.P.Ulyanov [98] o'tkazgan tadqiqotlari natijalariga ko'ra, burun aerodinamikasining ikki xil: «shimoliy» va «janubiy» turi mavjud. SHimoliy turga mansub insonlar o'rta va shimoliy

kengliklarning qattiq havosiga chidamli bo'lib, shuning uchun ham ular kam, yiliga 4-5 marotaba kasallanadilar. Janubiy turdagilar esa, aksincha, aerodinamikasi himoyasiz bo'lganligi sababli yilning kuz-qish oylarini kasallik bilan o'tkazadilar. Bunga sabab olingan havo oqimini burun bo'shlig'ida taqsimlanishiga bog'liq. Agar havo oqimi pastki nafas yo'li yoki pastki va o'rta nafas yo'lidan teng taqsimlanib o'tsa, burun aerodinamikasining himoya xususiyatlari yetarli bo'lmasdan, inson ko'p kasallanadi, shilliq qavatlarning subatrofik va atrofik o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

Adabiyotlardan ma'lumki, burun bo'shlig'i shilliq qavati tomir va nervlarga boy bo'lib, qon bilan ta'minlanishi ichki va tashqi uyqu arteriyalarining shoxlari hisobiga bo'ladi. Burun bo'shlig'i arteriyalari o'zaro va qo'shni arteriyalar bilan anastamozlanib, tomir to'rini hosil qiladi. Burun bo'shlig'i venalari shu nomli arteriyalarni takrorlaydi. Venalar ham o'zaro va qo'shni venalar bilan anastamozlar hosil qilishi, infeksiyani boshqa organlarga o'tish ehtimolini oshiradi [9, 15, 37, 106].

Burun to'sig'ining oldingi-pastki tog'ay qismida «Kissel'baxov sohasi» bo'lib, bu sohada qon - tomirlar, bir-birini ustida 3 qator bo'lib joylashgan: yuqorigi epitelial qavatda mayda tomirlar, o'rta bezsimon qavatda – o'rta kalibrli tomirlar, chuqur perixondral qavatda – yirik tomirlar joylashgan va bu yerda epitelial qavat nozik bo'ladi. Bundan tashqari burun to'sig'i tog'ayining yuqori qismida, o'rta nafas yo'li chig'anog'ini oldingi tomonida venoz to'rga boy bo'lgan do'mboqcha mavjud [8, 43, 81, 124].

SHunday qilib, burunning tuzilishida mezenximal taraqqiyotning turli bo'g'inlari maxsullarining (biriktiruvchi, fibroz, tog'ay va suyak to'qimalari) ishtiroki uning anatomofiziologik xususiyatlarining murakkabligidan dalolat beradi. Fiziologik jihatdan burun bo'shlig'ining aloqalari burun yondosh bo'shliqlari (yuqori jag' yoki Gaymor, peshona, ponasimon), ko'z kosasi (ko'z yosh kanali orqali), og'iz bo'shlig'i (kurak kanali orqali), kalla qutisi (g'alvir suyagidagi hidlov naylari orqali), burun-xalqum (xoanalar orqali) tutashligi sababli, jarohatlanishlarda u yoki bu aloqalarining

anatomik tuzilmasining buzilishi, o'sha faoliyatining pasayishi yoki yo'qolishiga olib keladi.

1.2. Burun suyaklari jarohatlarining etiologiyasi, diagnostikasi, klinikasi va davolash masalalarining zamonaviy yechimlari

Adabiyotlarda keltirilishicha, burunning o'tkir jarohatlanishi umumiy otorinolaringologik bemorlarning 3,6-4,6%ini, alohida burun suyagining sinishi esa - 8%, ularning 18,8% da yuz suyaklarining aralash jarohati, 42,9% hollarda boshqa suyaklar jarohati bilan birga kelishiga to'g'ri keladi. Bunday jarohatga duchor bo'lgan bemorlar sonining oshishini, asosan maishiy zararlanish va avtomobil halokatlarining ko'payishi bilan bog'laydilar. Ularning fikricha jarohatning ijtimoiy ahamiyatga ega tomoni, burun suyagi jarohatidan so'ng qoladigan turg'un deformatsiyalar va uning natijasida burun faoliyati buzilishi, keyinchalik esa boshqa organ va tizimlarning vazifasi buzilib, jamiyatning mehnatga layoqatli a'zolari orasida nogironlik soni oshadi [5, 7, 49, 65, 70, 72, 145].

Bundan tashqari N.F. Fedun [103] burun jarohatidan so'ng qoladigan deformatsiyalar ko'p hollarda psixogen jarohatga sabab bo'lib, uning kuzatishicha inson uyatchan, kamgap bo'lib qoladi. Keyinchalik jamiyatdan o'zini olib qochadigan, ya'ni shaxsning patoxarakterologik o'zgarishlariga sabab bo'ladi.

L.V.Jerenkova [27] tekshirishlarida LOR – a'zolarini o'q otar qurollar bilan yaralanishi tinchlik davrida ham uchrab turib, uning kuzatuvlari natijasiga ko'ra, umumiy alohidalangan yaralanishning 25,2% LOR - a'zolarini yaralanishi tashkil qiladi.

B.V. SHEvrigin hammual. [107] ning kuzatishlaricha, turli xildagi tashqi omillar, ya'ni kuch, turtki va uzoq vaqt bachadon devorini homila yuzi va burniga bosilishi natijasida burun suyaklarini jarohati homila ichi davrida yuzaga chiqishi mumkin. "Keser" kesish yo'li bilan tug'ilgan bolalarda burun to'sig'ini qiyshayishi (7,0%) uchrab, tug'ruq yo'li orqali tug'ilgan bolalardan (21,0%) 3-4 marta kam uchraydi. Ular bu holatni quyidagilar bilan

bog'laydilar: tug'ruq yo'lidan chiqish davrida kalla suyagining bo'rtib turgan qismlari (chakka va yonoq) katta bosimga uchraydi. Kompression kuch pastga yuqori jag' suyagiga beriladi va bunda suyakni biri ikkinchisiga yopishib, bosim qattiq tanglay yoyiga o'tadi, u esa kranial tomonga qiyshayadi va burun asosi ko'tariladi. Burun to'sig'i egallagan bo'shliq kichrayib, to'siq S- yoki S- simon qiyshayadi.

Tashqi burunni yuzda himoyasiz joylashganligi, uning suyak asosini nozikligi, bolalik davrini o'ziga xosligi sababli bu patologiya bolalar o'rtasida keng tarqalgan. Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, bolalar o'rtasida burun jarohati 8,5-28% ni tashkil qiladi va yuz suyaklari jarohati orasida birinchi o'rinda turadi. Mualliflarning fikricha, kasalxonaga yotqizilgan bolalarni aksar qismini o'g'il bolalar (8-12 yosh oralig'ida) tashkil etib, asosan jarohatlanish kuz va yoz oylaridan farqli ravishda qish oylarida ko'p uchraydi [11, 45, 61, 66, 68, 85, 88, 106, 120, 122, 128, 143].

B.V. Shevrigin hammual., [106] ma'lumotiga ko'ra, 7 yoshgacha bolalarda suyaklar elastik bo'lganligi sababli yuz suyaklarining jarohati kam uchraydi, maktab yoshidagi bolalarda esa suyaklar mineralizatsiyasi va bola faolligi oshganligi tufayli burun suyagini jarohati ko'p uchrab, asosan qon quyilishlar, yumshoq to'qima zararlanishi, burunning tog'ay va suyak qismini sinishi kuzatiladi.

S.V. Ribalkin xammualiflari [84] kuzatuvlaridan ma'lumki, bolalarda kattalardan farqli ravishda burun jarohatida asosan, (16,5%) burun to'sig'ining tog'ay qismidagi to'rtburchakli tog'ay chiqishi ko'rinishida zararlanadi, bu esa burun faoliyatini buzilishiga sabab bo'ladi.

S.B. Bezshapochniy [10] fikricha esa, maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda suyak choklari suyakka nisbatan rezistent bo'lganligi sababli, burun suyagi jarohatida choklar ajralishi kuzatiladi.

Kattalarda burun to'sig'ini zararlanishi bolalardan farqli ravishda kam uchraydi (6,5%). Bolalarda burun suyaklari

jarohatlanishi bilanoq burunning fiziologik faoliyatini turli xil darajada buzilishlari yuzaga keladi, 2-3 sutkada yuqori cho'qqiga yetib, 7-10 sutkada burun faoliyatida deformatsiya kuzatilmasa, tiklana boradi [3, 45, 85].

Ko'pgina olimlarning fikricha, burun jarohatida qon ketish asosan yuqorigi bo'limda, ya'ni oldingi g'alvirsimon arteriya qon bilan ta'minlaydigan sohada kuzatiladi [48, 55, 61, 96].

L.V. Jerenkova [27] fikricha burun suyagi jarohati ayollarga nisbatan erkaklar o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, asosan 21-30 yoshlarda ko'p uchraydi. Bunga sabab ko'p hollarda noto'g'ri tarbiya, ya'ni alkogolizm, yoshlar o'rtasidagi urishishlardir.

Qator olimlarning fikricha yumshoq to'qima, suyak va tog'aylarning jarohatlanish darajasi, jarohat turi, zararlovchi omil kuchi, yo'nalishiga bog'liq bo'ladi. Kattalarda ko'proq burun suyagi va to'sig'i, kam hollarda peshona o'simtasining yuqori qismi hamda burun yondosh bo'shliqlari devori jarohatlanadi. Ba'zida burun jarohati burun qanoti yoki uchini uzilishi bilan kechishi mumkin. Burun jarohati aksariyat hollarda ko'p miqdorda qon ketish bilan kechadi. Bunda asosiy shikoyatlar: og'riq, qon ketish, yumshoq to'qimalar zararlanishi va shishi, nafas olishni qiyinlashishi yoki buzilishi, ba'zan hid bilishni buzilishi hisoblanadi [1, 4, 10, 12, 20, 21, 49, 107, 125, 147].

Galkin I.V. [19] fikricha aerodinamika buzilishidan miya po'stloq qismini faoliyati pasayadi, miyada qon aylanishi buziladi va xotira, diqqat pasayishi, bosh og'rishi, astmatik xurujlar, uch shoxli nerv nevralgiyasi va burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

Ko'pgina olimlarning fikricha, burundan qon ketishi burun suyaklari jarohatida yetakchi belgilardan biridir. Bunda qon ketish bir yoki ikki tomonlama, qisqa yoki uzoq vaqt davom etishi, kam yoki ko'p bo'lishi mumkin [2, 20, 25, 113, 121, 132, 145].

B.V. SHEvrigin hammual., [106]; A.P.Kravchuk, [37]; I.V. Galkin [19] fikricha, burun jarohatini o'ziga xos xususiyati, burun shakli, aerodinamikasini buzilishi bilan birga ba'zida yoki ko'p

hollarda burunning hid bilish vazifasini ham buzilishidir. Hid bilishning turg'un buzilishiga sabab, tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'ini qiyshayishi, siljishli sinishlarda suyak bo'lagi bilan hid bilish analizatorlarini ezilishi va hid bilish sohasiga qon quyilganda, keyinchalik shu sohada chandiq hosil bo'lganda hid bilish ipchalarini bosilishidir.

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

Olimlarning fikricha burun jarohati turi zararlovchi omilning kuchi, turi (o'tkir, to'mtoq buyum) va yo'nalishiga bog'liq. Burun suyagini jarohati darz ketishi, suyak yoki tog'ay sinishi va chiqishi ko'rinishida bo'ladi. Zararlovchi kuch oldindan kelsa, burun suyaklarining ajralishi yoki sinishi ko'ndalang yo'nalishda bo'lib, bunday hollarda burun cho'kishi namoyon bo'ladi. Kuch yon tomonlardan kelsa, burun suyagi va urilgan kuch tomonidagi peshona o'sig'i o'rtasidagi chok ochilib ketadi, urilgan kuchga qarama-qarshi peshona o'sig'i sinadi, natijada burun skoliozi va albatta burun to'sig'ini sinishi yoki chiqishi kuzatiladi, burun yonga siljiydi. Bunday bemorlarga ko'p hollarda o'z vaqtida yoki to'liq hajmda davolash o'tkazilmaganligi burun to'sig'ini qiyshayishlariga sabab bo'ladi (jarohatdan keyingi deformatsiya). Bolalarda burun to'sig'ining sinishi uning suyak-tog'ay qismida chandiqli o'zgarishlarni chaqiradi, to'siq deformatsiyasi turg'un bo'lib, burun to'sig'i va yuz skeleti suyaklarining to'g'ri o'sishi buziladi. Deformatsiya natijasida burunning respirator va boshqa vazifalarini buzilishi surunkali ko'rinishda bo'lib, bolaning jismoniy va ruhiy o'sishiga ta'sir qiladi [45,80].

G.S Protasevich hammual., [81] burun to'sig'i tog'ay qismini qiyshayishida undagi patomorfologik o'zgarishlarni aniqlashga qaratilgan ishlaridan ma'lum bo'lishicha, patologik jarayon davomiyligi bilan tog'aydagi distrofik o'zgarishlar intensivligi o'rtasida bog'liqlik bo'lib, kasallik qanchalik uzoq davom etsa, tog'aydagi patologik o'zgarishlar shunchalik jadaldir. Burun to'sig'ini burchaksimon qiyshayishida, uning oziqlanishi buzilganligi tufayli tog'ayda kuchli distrofik o'zgarishlar yuzaga chiqadi.

Ko'pgina adabiyotlardan ma'lumki, burun to'sig'ini qiyshayishi nafas chiqarish jarayoniga ta'sir etadi. Agar qiyshayish to'siqning tog'ay qismi boshlangan sohada bo'lsa, havo oqimi qiyshayish sohasiga urilib, orqaga, pastki nafas yo'li chig'anog'iga urilib, umumiy nafas yo'liga o'tib ketadi. Qiyshayish burun to'sig'ining orqa qismida bo'lsa, havo oqimi pastki nafas yo'li chig'anog'ining orqa qismiga uriladi, bunda burun bo'shlig'i shilliq qavatida kichik jarohatlar kuzatilib, uning butunligi va to'siq vazifasi buziladi. Natijada shilliq qavatga mikroorganizmlar, allergenlar va boshqa zararlovchi omillar kirishiga sabab bo'ladi va yallig'lanishlar kelib chiqadi. Torayish joylarida havo bosimi oshib, shilliq qavatning funksional holatiga ta'sir etib, vazomotor yoki gipertrofik rinitga sabab bo'ladi [78, 98, 99, 119, 133, 146].

V.P.Zaxarov hammual. [28] kuzatishicha, burun yo'llaridan birini torayishida ham, bosh miya burun shilliq qavatida joylashgan nerv-reflektor oxiri shu sohadagi yallig'lanish borgan o'xshab signal oladi, natijada reflektor ravishda burun shilliq - suyuqlik ajrata boshlaydi. Bunday burun bitishi bemorni yillab bezovta qiladi va noto'g'ri tashhis qo'yib, keyinchalik noto'g'ri davolanishiga sabab bo'ladi. Vaqtida o'tkazilgan choralar esa ularni oldini oladi.

Oxirgi yillarga kelib bosh miya - kalla suyagi jarohatini doimiy oshishi kuzatilmokda. Asosan avtomobil halokatlari soni oshib bormokda, u ko'p hollarda yosh va o'rta yoshli insonlar, ya'ni jamiyatning ishga layoqatli qatlamlari o'rtasida keng tarqalgan. SHunga ko'ra bunday jarohatlar tibbiy jihatidan emas, balki ijtimoiy

jihatdan ham dolzarbdir. Kalla suyagining oldingi-parabazal qismning o'ziga xos anatomik tuzilishiga ko'ra, aralash jarohatlar kuzatiladi. Aralash jarohatlar - bir yoki bir nechta jarohatlovchi omil bilan ikkitadan ko'p anatomik sohaning jarohatlanishidir. YUzning aralash jarohati 15,1%-15,6% tashkil qilib jarohatning og'ir turi hisoblanadi. Aralash jarohatlar jarohatning og'ir shakli bo'lib, bunga sabab «o'zaro moyillik sindromini» shakllanishiga bog'liq. Bunday bemorlar asosan hushsiz holatda bo'lishadi, to'liq anamnez yig'ish va tekshirish imkonini bermaydi, shu bilan birga ularni qimirlatish mumkin bo'lmaganligi sababli, rentgenologik va boshqa tekshiruv usullarini o'tkazish imkonini bermaydi. Alohidalangan jarohatdan farqi, aralash jarohatda asoratlar soni yuqori bo'ladi, ya'ni ahamiyatga ega asoratlar: sepsis va bosh miyani zararlanishidir [2, 30, 34, 40, 50, 83, 105].

Olimlarning fikricha, aralash sinishlarda nevrologik hamda oftal'mologik buzilishlar yaqqolligi va xususiyati, kalla suyagi jarohatining tarqoqligiga, turiga va urilgan sohasiga, urilgan predmet ta'sir kuchiga bog'liq bo'ladi. Peshona sohasini keng yuzali buyum bilan urilishi holatida, kichik yuzali buyum bilan urilishga nisbatan hushdan ketish ko'p kuzatiladi va bir necha minutdan bir soatgacha davom etadi. Bundan urilish sohasi qanchalik peshona bo'shlig'iga yaqinroq bo'lsa, hushdan ketish holati shunchalik kam uchraydi. Bu asosan bo'shliqlarni qayishqoqlik xususiyatiga bog'liq. Bosh og'rish, bosh aylanish, ko'ngil aynish va qayt qilish kabi belgilarga ega umumiy miya belgilari faqatgina 75% holatdagina uchraydi, 25% hollarda esa bu belgilar aniqlanmaydi. Fronto-bazal sinishda kalla suyagi bo'shlig'ini burun yondosh bo'shliqlari bilan patologik aloqasi paydo bo'lib, natijada ko'pgina yiringli asoratlarga sabab bo'ladi. Oldingi parabazal soha jarohatida esa, bazal-gipotalamik sindrom rivojlanadi: eyforiya, teri qoplamlarida gipergidroz holatlari, taxikardiya [2, 28, 34, 40, 50, 64, 74, 83, 105].

B.V SHEvrigin [106] fikricha, bolalarda ham aralash jarohatlar ko'p kuzatiladi, lekin ularda kattalardan farqli ravishda jarayon belgilersiz kechadi, asosan erta yoshdagi bolalarda. Bu ularda kalla

suyagi gumbazini elastikligi, liqildoq mavjudligi hisobiga miya ichi bosimi oshishi sekin kechishi bilan bog'liq.

Burun suyaklarini ochiq sinishi va yuqorigi lab jarohati bilan aralash kelishida uchraydigan asorat, bu vestibulonazal oqmadir. Bu asorat infeksiya qo'shilishidan burun bo'shlig'i tubi va to'sig'i ho'ppoz bilan asoratlanishi mumkin [85, 97].

Burun suyaklarining sinishlarining siniq bo'laklari siljishining xususiyatiga qarab, klinik ko'rinishi yoki rentgen tekshiruvlari ma'lumotlariga asoslangan holda bir necha xil tasniflar mavjud.

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

- 1) ko'ndalang sinishlar
- 2) bo'ylamasiga sinishlar
- 3) keng parchalanib sinishlar

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

- 1) bo'ylamasiga va qiyshiq oddiy sinishlar
- 2) mayda bo'lakli sinish
- 3) parchalanib sinish

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

- 1) siniqlarning ikki tomonlama siljishi bilan;
- 2) siniqlarning bir tomonlama siljishi bilan;
- 3) siniqlarning siljishsiz va nafasning buzilishisiz.

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

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

375243

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

- 1) sezilsiz (zo'rg'a aniqlanadi), rentgenogrammada suyak siniqlarining qalinligi 0,5 kattalikda siljigan;
- 2) o'rtacha siljish (aniq ifodalangan, lekin ravshan emas), rentgenogrammada siljish suyak sinishi qalinligida;
- 3) aniq ifodalangan siljish, rentgenogrammada suyak sinishining qalinligi kattaligidagi siljish.

Tasnifga shuningdek, burun to'siqlari sinishlari ham kiritilgan.

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

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

1. Burun deformatsiyasiz va siniqlar siljishsiz sinishlar:
 - a) yopiq; b) ochiq.
2. Burun deformatsiyasi va siniqlar siljishi bo'lgan sinishlar:
 - a) ochiq; b) yopiq.
3. Burun to'siqlarining jarohatlanishi.

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

- 1) burun skeletini ichkariga tushishi
- 2) burun yonga siljishi
- 3) siniqlarning tashqariga siljishi
- 4) burun to'siqlarining sinishi

Bu tasniflashda siniqlar siljishining xarakteri aks etilgan, lekin ma'lumki, siniqlar siljishining muddati va ularni turli muddatlarda o'rniga tushishi mumkinligi siniqlar siljishining xarakteriga bog'liq. Bundan tashqari muallif siniqlar orasida «ochiq» va «yopiq» ni ajratib, burun orqa yumshoq to'qimalari jarohatlanishining bor yoki yo'qligini nazarda tutgan [32, 140].

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

Burun jarohati asoratlarini oldini olish va o'z vaqtida davo choralari o'tkazishda to'g'ri qo'yilgan tashhisot katta ahamiyatga ega. Oxirgi yillarda fan va texnikaning jadal rivojlanishi bilan birga elektrentgenodiagnostika sohasi rivojlandi. Bu usul oddiy rentgen usuliga nisbatan ko'p ustunliklarga ega, olingan suratlarni 2-3 daqiqa oralig'ida tayyor bo'lishi, yuqori kontrastlikka egaligi tufayli, tasvir aniq va har qanday kichik o'zgarishni aniqlashi mumkin va ayniqsa, bolalarda burun suyagi sinishini tashhisotida katta yordam beradi [17, 26, 31, 33, 36, 43, 64, 106].

YUz suyaklari jarohatida kerakli diagnostik usullardan biri, bu rentgenologik usuldir. Bu usul orqali nafaqat sinish bor yo'qligini aniqlash mumkin, balki siniq bo'laklarini siljishini ham to'liq aniqlash imkonini beradi. Bemor bolalarni bezovtaligi, tinch turmasligidan rentgenologik tekshirishni o'tkazish imkonini bermaydi, shu bilan birga erta yoshdagi bolalarda yuz suyagi yupqaligi sababli, tasvirda kuchsiz soya beradi va tishlar soyasi bilan qo'shilib aniq tasvir ko'rinmaydi [31, 38, 42, 46, 47, 83, 106, 139].

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

L.V. Martinkenas [46] burun jarohatida okklyuzion rentgenografiya usulidan foydalangandi. Bunda bemorga o'tirgan hoida 4-5sm qora qog'ozga o'ralgan plenka og'izga solinib, tishlar yordamida ushlab turiladi va rentgenogramma o'tkaziladi. Bu uculni

oddiy rentgenogrammadan ustun tomoni sinish turini aniqlash bilan birga lateral va medial siljishlarni ham to'liq aniqlab beradi.

Aksincha, Clayton M.J., [118] o'z ishlarida burun suyagi sinishida rentgenologik tekshiruv usuli ijobiy natija berishini inkor etadi.

Rentgenologik usul bilan bir qatorda burun suyaklarini sinish turini aniqlash maqsadida oldingi rinoskopiya o'tkaziladi [62, 67, 141].

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

S.B. Bezshapochniy S.B. [7] bunday hollarda reoensefalografiya va elektroensefalografiyadan foydalandi, uning kuzatuvlari natijasiga ko'ra, burun suyagining sinishining hamma turida nevrologik buzilishlar, ya'ni bosh miya gemodinamikasi va bioelektrik faolligi o'zgaradi, yengil darajadagi miya chayqalishi belgilari kuzatiladi.

Zamonaviy diagnostik usullardan biri, bu - komp'yuter tomografiya (KT) va magnit-rezonans tomografiya (MRT) usulidir. Bu usullardan so'ngi yillarda burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari diagnostikasida ham keng qo'llanib kelinmokda. MRT – inson organizmi a'zolarini ikki o'lchamda tasvirini olish usulidir. Bu usul boshqa tekshiruv usullarining samarasizligida va tashhis qo'yish qiyin bo'lgan vaqtlarda katta yordam beradi [42, 137, 138].

Burun jarohatida ko'p uchraydigan belgilardan biri qon ketishdir. Burun bo'shlig'ida qon aylanishni tekshiruvchi usul, bu rinoreografiyadir. Bunda yonoq va burun yon qanotlari tashqi qismiga elektrodlar quyib aniqlaniladi [45, 90, 136, 148].

Oxirgi yillarda LOR – a'zolari kasalliklari diagnostikasida keng qo'llanib kelinayotgan yangi usullardan biri endoskopik usuldir. Endoskopni diagnostik maqsadda qo'llash tashhisni ishonarligini oshiradi. An'anaviy usullarda tekshirilib, "sog'lom" deb baholangan

tekshiriluvchilarning 40%da endoskopik usulda patologik o'zgarishlar aniqlanganligi tekshiruv usulining qimmatini belgilaydi [47, 62, 63, 126, 129, 134, 142].

Burun suyaklari jarohatida burunning fiziologik vazifalari buzilishi sababli, nafas olish vazifasini o'rganish turli patologik holatlarni tashhisoti, konservativ va jarrohlik usullarida davolash choralari samaradorligini baholashda katta ahamiyatga ega. Buni aniqlashni bir necha usullari mavjud bo'lib, ularga quyidagilar kiradi: taxometriya – burun bo'shlig'idagi havo oqimi tezligini aniqlash, pressometriya - burunga kirish qismi yoki burun-halqumda bosimni aniqlash, volyometriya - burun bo'shlig'idan o'tayotgan havo hajmi o'lchanadi, akustik rinometriya - burun bo'shlig'iga yuborilgan impul'slar burun ichi tuzilmalarida aks etib, maxsus mikrofon yordamida yig'ilib, grafik ko'rinishda chiqariladi [24, 45, 57, 58, 59, 60, 63, 89, 111, 127, 131, 144].

Tahlil qilingan adabiyotlar ma'lumotlariga binoan aksariyat olimlarning fikricha, burun suyagi yoki burun to'sig'i sinishiga shubha bo'lganda, ko'ruv vaqtida aralash jarohat va asoratlari: suyak sinishi va shilliq qavat zararlanishida ko'p mikdorda qon ketishi, ko'z va ko'z yosh kanali jarohatlanganda ko'p ko'z yosh oqishi; g'alvirsimon suyak zararlanganda orqa miya suyuqligini oqishi kabi belgilarni e'tiborga olish kerak. Mutaxassis bo'lmagan insonlar ko'z yoshi bilan likvor farqini bilmaydilar. SHuning uchun burundan oqayotgan tiniq yoki qon aralash suyuqlik bo'lganda katta e'tibor bermoq kerak. Bunday hollarda tezda malakali yordam ko'rsatmoq kerak va albatta bemor maxsus, yuz-jag' sohasi jarrohligi bo'limida davolanishi kerak. Burun suyaklarini repozitsiyasi kosmetik va funksional samara berishi uchun jarohatlanishning birinchi soatlaridanoq o'tkazish kerak [10, 13, 34, 40, 52, 53, 54, 56, 82, 83, 106, 110, 114]. Ularning fikricha, o'z vaqtida o'tkazilgan redressatsiya va birlamchi jarrohlik ishlovini o'tkazish davolanish kunini qisqartiradi va og'ir asoratlarni oldini oladi.

Burun suyagi repozitsiyasini kechiktirish mumkin bo'lgan muddati M.F Mannapov [45] va Murrau [135] fikricha, 7-10 kundan kechiktirmasdan o'tkazilishi kerak.

I.SH.YAnov hammual. [112] fikricha, yuz suyaklarini aralash jarohatlarini erta kompleks davo choralari o'tkazish bemor hayotini saqlab qolish va asoratlar oldini olishga olib keladi. SHuning uchun ham, jarohatlanishni o'tkir davrida nafas va yurak-qon tomir yetishmovchiligini oldini olish, qon aylanish, energetik almashinuvni korrektsiyalashga qaratilgan simptomatik muolajalarni o'tkazilishi kerak.

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

Tez davoni 2 sutka ichida o'tkazish kerak: yarani birlamchi ishlov berish, yuz suyaklari siniqlarini to'g'rilash, vaqtincha yoki butunlay mustahkamlab qo'yish. Kechiktirib bo'ladigan maxsus davoni 48 soatdan keyin o'tkaziladi. Bunday davo bemor ahvoli o'ta og'ir bo'lganligi sababli, erta davo choralari o'tkazilmagan bemorlarda o'tkaziladi: asoratlarni davolash, singan suyak siniqlarini turg'un to'g'rilash [6, 34, 40, 50, 83, 115, 124, 130, 141, 148].

Ko'pgina olimlarning fikricha, bemorni ahvoliga qarab davo immobilizatsiyasini 3-5 kunga qoldirish mumkin. Ammo, kalla suyagi va yuqori jag' suyagini aralash jarohatida jag' suyagini turg'un fiksatsiyasi erta o'tkazilmasa, ajralgan shilliq suyak siniqlari orasidan bosh miyaga quyilib, yiringli asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. YOnoq suyaklarini 4-6 haftagacha repozitsiyasini o'tkazish mumkin, chunki siniqlar oralig'ida yupqa fibroz chandiq hosil bo'lib, yonoq suyagini osonlik bilan joyiga to'g'rilash imkonini beradi [16,18, 34, 69, 82, 83, 131].

Aralash va alohida jarohatlarda yuzaga chiqadigan asoratlarga: travmatik osteomiyelit, burundan qon ketish, aspiratsion zotiljam bo'lib, travmatik osteomiyelit suyak siniqlarini o'z vaqtida, to'g'ri va yetarlicha mustahkamlanmaganligidan kelib chiqadi. Jarohatni

o'tkir davrida eng og'ir asoratlardan biri aspiratsion zotiljam bo'lib, kasalxonaga bemor murojat qilishi bilan, klinik belgilar yuzaga chiqmasdan traxeobronxial shoxlarni vaqti-vaqti bilan sanatsiya qilish va yallig'lanishga qarshi davo choralari o'tkazish kerak [6, 34, 50, 75, 83, 87, 104].

SHunday qilib, burun suyaklarining alohida va aralash jarohatlarining kelib chiqishi, ularni o'z vaqtida muqobil tashhislash usullari, to'g'ri maqsadga yo'naltirilgan davo choralari qo'llash va reabilitatsiya qilish masalalari adabiyotlarda keng yoritilgan. Ularni atroflicha tahlili klinik va paraklinik tekshirishlar natijasiga ko'ra tizimga solingan, ammo masalaning tasnifiy jihatlariga kam e'tibor berilgan.

1.3. Sud tibbiyotida burun suyaklari jarohatlarini baholash qirralarini o'rganilganlik holati

Hozirgi kunga kelib ham tirik insonda sud-tibbiy ekspertiza o'tkazishda ekspertlar aniq amaliy ko'rsatmalar bo'lmaganligi sababli, burun sohasidagi jarohatlarni baholashganda katta qiyinchiliklarga uchramoqdalar.

Inson tanasi jarohatlari orasida, xususan LOR a'zolari va yuz skeleti jarohatlari orasida burun suyaklari jarohatlari yetakchi o'rin tutadi. Turmushda va sportda sodir bo'layotgan jarohatlar ichida mazkur jarohatlar sonining ortishi boshqa jarohatlarga qaraganda 80% ni tashkil etmoqda [8, 91, 102, 104, 109].

YUz skeletining jarohatlari kuzatilgan jabrlanuvchilarda tan jarohatlarining og'irlik darajasini aniqlash bo'yicha o'tkazilgan tekshiruvlarning 30% burun suyaklari sinishiga to'g'ri keladi. Burun suyaklari qirrasini siljimasdan sinishi tan jarohatining yengil darajasiga kirib, bunda ko'pincha burun suyaklarining chetlarini sinishi natijasida shilliq parda yirtilishlari nafas olishning buzilishiga, qon ketishiga, nafaqat sog'liqning buzilishiga, balki umumiy mehnat qobiliyatining yo'qotilishiga sabab bo'ladi [2, 22, 27, 41, 86, 108].

SHu bilan birga jarohatni og'irlik darajasini baholashni aniq diagnostik mezonlari yo'qligi sababli, jarohatni noto'g'ri baholash va sud-tibbiy ekspertlarni noto'g'ri yo'nalish tanlashlariga sabab bo'lmokda. SHu maqsadda qator mualliflar tekshiruvlar olib borib, ularning alohidalangan va aralash jarohatlarni og'irlik darajalarini ishlab chiqdilar. Bunga ko'ra, burun suyagini sinishi og'irlik darajasini quyidagi belgilarga ko'ra baholash zarur: "Hayot uchun xavfliligi", "Sog'liqning yo'qotilish muddati", "Umumiy ish qobiliyatining turg'un buzilishi". Bu mezonlarga tayanib burun suyaklari sinishlarini "Engil", "Qisqa vaqtga sog'liqni yo'qotilishi bilan kechuvchi, yengil tan jarohati". "O'rta og'ir" va burun suyagini boshqa yuz suyaklari bilan birga sinishini esa "Og'ir tan jarohati" deb baholanib, keyinchalik yuzaga chiqadigan deformatsiyani hisobga olish kerak degan fikr ilgari surilgan [23, 35, 39, 44, 71, 73, 92, 93, 97].

Ko'pgina olimlarning fikricha, ishga layoqatsizlik kunlari o'rtacha 25,5 kunni tashkil etib, uning uzayishi yoki qisqarishi o'tkazilgan davo choralariga bog'liq [22, 24, 27, 29, 41, 86, 94].

Sud-tibbiy ekspertlari oldidagi muammolardan biri burun suyagi sinishi vaqtini aniqlashdir.

K.A. Sivolapov va hammual. [87] fikricha, yangi jarohatni rentgenologik ko'rilganda, siniq yuzalari aniq, ular oralig'ida yoriq mavjud, suyak va plastinka qalinligi o'zgarmagan bo'ladi, bu holat 10 kun davom etadi. Keyinchalik jarayon 2 bosqichda kechadi, birinchisida, siniqlar oralig'ida nozik bulutsimon soya paydo bo'ladi, ikkinchi bosqichda ular qalinlashadi. Bu 1,5-2 oy davom etadi.

S.B. Bezshapochniy [9] o'tkazgan klinik kuzatuvlari, topografo-anatomik tuzilishlar va rentgenologik tekshiruvlar ma'lumotlariga asoslanib, quyidagi fikrni oldinga surdi, burun suyaklarini alohida sinishi deyarli kuzatilmaydi. Chunki singan suyak sinig'i siljib albatta g'alvirsimon suyakni perpendikulyar plastinkasini, yuqori jag' suyagini peshona o'sig'ini jarohatlaydi. Uning fikricha, tashhis qo'yilgandan so'ng o'tkaziladigan davo choralarini hisobga olib,

unga biroz o'zgartirish kiritish kerak. Suyak doimo siljib singanligi tufayli, siljishli va siljishsiz sinish atamasini olib tashlab, uning o'rniga tashqi burun deformatsiyasi bilan va deformatsiyasiz atamasini ishlatish kerak

P.I. Novikov., hammual. [29] fikricha, aralash jarohatlarda jarohatni ko'rinishiga qarab, jarohatlovchi buyum va uni kuchini, urishlar soni va qaysi tomondan urilganligini aniqlash mumkin.

V.N. Gubin [23] 105 ta klinik kuzatuv hamda 498 ta sud-tibbiy ekspertiza xulosalarini tahlili asosida burun suyaklari sinishida tan jarohati og'irlik darajasini aniq ko'rsatish uchun jabrlanuvchini batafsil klinik ko'rikdan o'tkazishdan tashqari qator maxsus va laborator tekshiruvlarni o'tkazishni taklif etadi: rinoskopiya, rentgenografiya (turli sathlarda), nevrologik statusni aniqlash, neyroxirurg va oftal'molog ko'ruvi, bakteriologik, burun shillig'i pH-metriyasi, sitologik, elektrotermometriya, rinopnevmometriya, ol'faktometriya, EEG.

SHunday qilib, tirik shaxslarda burun suyagi va yuz skeleti sinishi ko'rinishidagi tan jarohati og'irlik darajasini aniqlash holatlari tez-tez uchrab turadi. Bu borada ilmiy adabiyotlarda ko'plab tavsiyalar, uslublar keltirilishiga qaramasdan sud-tibbiy jihatlar to'liq yoritilmagan. Sud tibbiyoti amaliyotida mazkur jarohatlar og'irlik darajasini ob'yektiv baholash mezonlari aniq ifodalanmagan.

Birinchi bob yuzasidan xulosalar

Adabiyotlar tahlilidan ko'rinib turibdiki, burunning anatomo-fiziologik, topografik xususiyatlari fundamental ravishda chuqur o'rganilgan.

Jarohatning etiologiyasi, mexanizmi, tashhislash, klinikasi, davolash yuzasidan ko'plab tekshirishlar olib borilgan.

Ko'plab klinik tasniflar taklif etilgan, lekin barchasi ayrim juz'iy kamchiliklardan xoli emas. Sud tibbiyoti va klinik jihatlarini o'zida mujassamlashtirgan yagona tasnif yaratilmagan.

Rentgenologik tekshirishlar faqat diagnostik hamda davolash dinamikasida olib borilgan bo'lib, jarohatlarning xususan, sinish muddatini aniqlashga e'tibor qaratilmagan.

Burun suyaklarining sinishlarida jarohat og'irlik darajasini baholash mezonlari taklif qilingan, lekin ilmiy jihatdan asoslanmagan va aniqlik kiritishni talab qiladi.

II BOB TADQIQOTNING MATERIAL VA USULLARI

2.1. Xususiy materiallarning umumiy tavsifi

Mazkur tadqiqotda kallaning yuz qismi, xususan burun suyaklari jarohatlanishi aniqlangan 597 holat yuzasidan aniqlangan ma'lumotlar ilmiy tahlil qilindi.

Tadqiqotlar Toshkent shahar hokimiyati SSB qoshidagi STE byurosida 2000-2005 yillar mobaynida tan jarohatining og'irlik darajasini aniqlash maqsadida sud-tibbiy ekspertizasi o'tkazilgan 506 holatning ekspert xulosalari va Toshkent shahar tez-tibbiy yordam klinik shifoxonasining "YUz-jag' jarrohligi" bo'limida burun suyagi va yuz skeleti jarohati bilan davolanayotgan 91 nafar bemor hamda ularning tibbiy hujjatlari (kasallik tarixi)da bayon qilingan ma'lumotlar tahlili asosida o'tkazildi.

Jarohatlanganlarning yoshiga nisbatan taqsimoti 2.1-jadvalda keltirilgan.

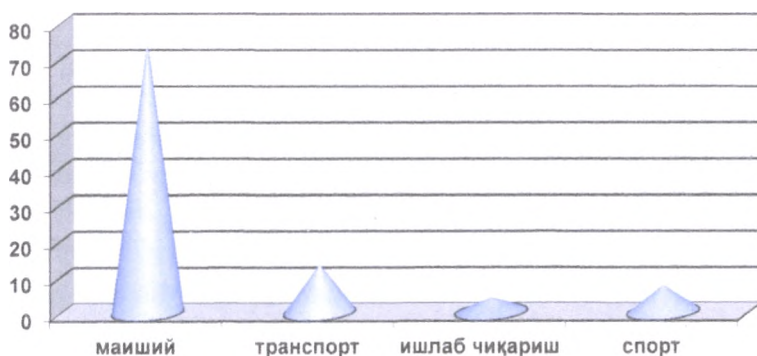
2.1 - jadval

Bemorlarning yoshiga nisbatan taqsimlanishi

No	YOshi	Bemorlar soni	%
1	15-yoshgacha	44	7.4
2	16-20 yosh	90	15.0
3	21-25 yosh	110	18.5
4	26-30 yosh	91	15.3
5	31-35 yosh	87	14.6
6	36-40 yosh	58	9.7
7	41-45 yosh	39	6.5
8	46-50 yosh	26	4.3
9	50 yoshdan yuqori	52	8.7
10	Jami	597	100

2.1-jadval ma'lumotlaridan ma'lumki, burun va yuz suyaklari jarohatlanishi 21-25 yoshda nisbatan ko'proq (18.5%), 46-50 yoshda esa birmuncha kamroq (4.3%) kuzatiladi. Buni yoshga xos hayot tarzi bilan tushuntirish mumkin.

Tahlil qilinayotgan holatlar bo'yicha ma'lum bo'ldiki, mazkur shikastlanishlarni kelib chiqish shart-sharoitlari o'ziga xos umumiylik va tafovudlar kasb etishi bois quyidagicha tavsifga ega (2.1-rasm):



2.1-rasm. Jarohatlanishlarning tavsifiga binoan taqsimlanishi

Aksariyat holatlar maishiy jarohatlar hisobiga to'g'ri kelsa (75.1%), transport jarohatlar 13.4%, ishlab chiqarishdagi jarohatlar 4%, sportga aloqador holatlar 7.5% ni tashkil qiladi.

Tibbiy hujjatlarni tahlil qilish mobaynida jarohat olingan vaziyatdan boshlab tibbiy muassasaga murojaat qilgunga qadar bo'lgan vaqt oralig'idagi jarayonlar, kasalxonada ko'rsatilgan birinchi tibbiy yordam, tashhislash usullari va o'tkazilgan maxsus davo muolajalariga e'tibor qaratildi. SHuningdek klinik-laborator tekshiruvlar, jarrohlik hamda terapevtik davo choralarining samarasini qiyosiy tafsilotlari o'rganildi. Dastavval tashhislash klinik simptomlar va rentgenologik tekshiruvlar asosida qo'yilgan bo'lib, jarohatlanganlarning jinsi, yoshi, jarohat olgandagi holati, o'rni, vaqti,

jarohatlanish omillari orasida alkogolning ta'sir darajasiga e'tibor qaratildi.

Jarohatlanganlarning kasalxonaga kelishi tez tibbiy yordam orqali (8%), kasalxonagacha davo muassasalarining yo'llanmasi bilan (22%) va mustaqil (70%) kelganligi aniqlandi (2.2-jadval).

2.2 - Jadval

Bemorlarning kasalxonaga murojaati

(Kasallik tarixi tahlili asosida)

№	Kasalxonaga murojaat turi	Abs	%
1.	Tez tibbiy yordam orqali	7	8
2.	Poliklinika yo'llanmasi bilan	20	22
3.	Mustaqil	64	70
Jami		91	100

Jabrlanganlarning ayrimlari kasalxonaga jarohat olganining birinchi haftasida (24%), aksariyati ancha vaqt o'tgandan keyin (76%) murojat qilganligi, 2.8% hollarda esa bemorlar tibbiy muolajalardan bosh tortganligi e'tirof etildi.

SHu bilan bir qatorda burun va yuz skeleti jarohatlangan bemorlarda dastlabki kunlardagi umumiy ahvoli ya'ni holsizlik yoki kuchli qo'zg'alish, bosh og'rig'i, yuqori harorat, aksariyat xollarda mahalliy morfologik o'zgarishlar: og'riq, yumshoq to'qimalarning shishishi, burundan nafas olishning buzilishi, qon ketishi bilan namoyon bo'lishiga e'tibor qaratildi. Ko'pgina hollarda (76,3%) yuzdagi shilinishlar, qontalashlar, lat yegan (ba'zida kesilgan) jarohatlar, burunning shilliq qavatiga va yuzning yumshoq to'qimasiga qon quyilishlari kuzatildi.

2.2. Tekshirish usullari

2.2.1 Rentgenografiya usuli

Kasallik tarixi tahliliga asosan bolalarda burun suyaklarini sinishlari quyidagi suyak bo'laklarining aniq belgilarga ega, ya'ni

tashqi burun qiyshiqligi (deformatsiya), harakatchanligi, (krepitatsiya). Bu bemorda jarohatning birinchi sutkasida oson aniqlanadi, kechroq esa, vizual ko'rish reaktiv shish hisobiga qiyinchilik tug'diradi. Bemorlardagi boshqa xususiyatlar burun to'sig'ini tez-tez jarohatlari hisobiga kuzatiladi. Bizning ma'lumotimiz bo'yicha shunday bemorlar barcha tekshirilayotgan bemorlarning 88,2% ini tashkil etdi.

Burun suyaklari va yuz skeleti sinishlarini tashhislashda rentgenologik tekshiruvlar katta rol o'ynaydi. U bizga sinishning xarakteri haqida tasavvurga ega bo'lib, bo'laklarning repozitsiyasi va ularni birlashtirish ustidan to'g'ri nazorat qilishga xizmat qiladi.

O'rganilgan 50 holatning rentgen suratlari bizga dinamikada suyaklarning regenerativ bosqichlarini kuzatishga imkon berdi. Kuzatuvlar maqsadidan kelib chiqqan holda burun suyaklarining rentgenogrammasi to'g'ridan va yonlama proyeksiyalarda olindi. Burun suyaklarining yonlama proyeksiyasining rentgenogrammasida burun siniq bo'laklarining tomonlarini siljishining old-orqa, yuqori-past yo'nalishi, yuqori jag'-peshona o'sig'i jarohatlanishini aniqlashga imkon berdi. Burun suyaklarining to'g'ri proyeksiyasi siniq bo'laklari sinishini yon tomonga, burun to'sig'ini yuz skeleti - qo'shni suyak hosilalariga siljishini ko'rsatadi. Burun peshona sohasining rentgenogrammasini bir qancha afzalliklari aniqlandi. Ularda ayniqsa bolalar jarohatida asosiy bo'lgan noksimon teshik konturi, burun to'sig'i, burun bo'shlig'i yumshoq to'qimalarning barcha yo'nalishi va tuzilmalari aniq kuzatiladi. Tahlil qilingan rentgenogrammalar muddatiga qarab 3 qismga ajratildi va rentgenometrik kattaliklar: siljish masofasi (markaziy bo'lak sathidan periferik bo'lakning uzoqlashishi), sinish masofasi (singan bo'laklar orasidagi masofa) hamda qadoq tarqalgan masofa o'lchandi hamda variatsion qator tuzildi. 1-guruhni 1-10 kun ichida tushirilgan rentgen suratlardan 50 tasi tashkil qilgan bo'lsa, 2-guruhni 20-30 kunlik rentgenogrammalar 37 ta, 3 - guruh 45-60 kun muddatda 14 ta, 4 - guruhni esa 6 oy va undan uzoqroq davrda 9 ta rentgenogrammalar tashkil etdi.

2.2.2. Elektrentgenologik tekshirish usuli

Tahliliy tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, shunday keng imkoniyatlarga qaramasdan bolalardagi burun jarohatlarining diagnostikasida rentgenografiya usulining bir qancha yetishmovchiliklari mavjud. Rentgenogrammada har doim ham burunning suyak asosini sinishi belgilarini, yuqori jag'ning peshona o'simtasini tuzilishi, burun chig'anoqlarining tog'aylari va burun to'sig'i, yumshoq to'qimalarni ko'rib bo'lmaydi. Bundan tashqari suratlarda yumshoq to'qimalarning reaktiv shishi rentgenologik jihatdan burun suyaklarining sinish tavsifini aniqlashga monelik qiladi. SHunga asoslanib, biz sud tibbiyot ekspertizasiga murojat qilgan 32 jarohatlanganlar orasida elektrentgenogramma tahlilini o'tkazdik. Elektrentgenografiya usulining bir qator qulayliklari (tasvir aksining chegaraviy effektivligi) chegaraviy samaradorlik, tasvirning kontrastligi, bir vaqtning o'zida suyak, tog'ay va yumshoq to'qimalari tasviridan to'liq ma'lumot olishga yordam beradi. Bunda suyak tuzilishi oddiy sur'atlarga nisbatan anchagina kontrastlikka ega bo'ladi. SHuni aytib o'tish joizki, elektrentgenogramma tasvirida suyakning zich sohalari anchagina aniq tuzilishiga ega bo'lib, bunda yumshoq to'qimalarning soyasi suyak elementlarini o'rganishda haqiqiy bo'lmaydi, bu esa burun suyaklarini birlamchi baholashda anchagina ahamiyatga ega.

Rentgenografiya bilan bir qatorda burunning bir qancha maxsus tekshirish usullarini: rinopnevmometriya, ol'faktometriya, elektrotermometriya usullarini o'rganib chiqib, tahlil qildik. Burun funksiyasini kompleks tekshiruvni kasalxonaga tushgan 91 nafar bemorda o'tkazilgan. Bemorlarni davolashning usul va uslublari tibbiy xujjatlar tekshiruvining asosiy ob'yekti bo'ldi. Davolash usuliga asoslangan holda hamma jabrlanuvchilar 2 guruhga bo'lindi:

1 - guruhga quyidagi bemorlar: burun va yuz suyaklarini jarrohlik usuli bilan to'g'rilash;

2 - guruhga jarrohlik usulisiz konservativ muolaja olgan bemorlar.

Jarrohlik korreksiya usulini tanlashga tashqi burun suyaklarini va tog'ayini sinib siljishi, suyaklarning deformatsiyasi ko'rsatma qilib olindi. Konservativ davolash, aksincha suyak bo'laklarining siljimaganligi hamda shakliy o'zgarishlar kuzatilmaganda yopiq repozitsiya usulida o'tkazildi. Ko'p hollarda suyaklarni repozitsiyasi jarohatlanishdan so'ng erta davrlarda o'tkazildi. Biroq 14 holatda repozitsiya kechroq muddatda amalga oshirilgan bo'lib (14 kungacha), suyak bo'laklarining qayta birikishi uzoq vaqtgacha cho'zilgan (21 kundan ortiq).

Burun suyaklarining ochiq sinishida siniq bo'laklarining repozitsiyasi jarohatni birlamchi jarrohlik ishlovi va chok qo'yilgandan so'ng amalga oshirildi, bu esa bo'laklarni ishonchli fiksatsiyasi va infeksiya tushishining oldini oldi. Suyak bo'laklarini repozitsiyasiga qarshi ko'rsatma bo'lib: ho'ppoz, burun to'sig'ining gematomasi va oldingi tamponadani talab qiladigan burundan kuchli qon ketish holati kiritildi. Burun jarohati bilan murojat qilgan 147 bemorlarga jarrohlik korreksiya usulisiz yallig'lanishga qarshi, densensibillovchi va umum quvvatlovchi dori vositalari yordamida muolaja olib borildi. SHulardan 108 bemorda burun suyaklarining jarohati suyak va tog'ayni sinib siljishsiz, 30 ta bemorda sinish ko'rsatilmay, faqatgina darz ketish alomatlari mavjudligi qayd qilindi. Qolgan 9 nafar jarohat olganlarda bo'laklarni sinib siljish belgilari mavjud bo'lib, bemorlarni o'zlari repozitsiyaga qarshilik ko'rsatganlar. YUqorida ko'rsatib o'tilgan tibbiy hujjatlardagi ma'lumotlardan tashqari bemorlarga hamma kliniko-laborator, instrumental tekshiruvlar olib borilib, jabrlanuvchilardagi ichki organlardagi mavjud yo'ldosh jarohatlar ko'rsatib o'tildi.

2.2.3. Ul'tratovush tekshirish usuli

Rentgenografiya usulining ko'p ma'lumot berishiga qaramasdan burun bo'shlig'i, to'sig'i va alohida suyaklarning o'zaro bitishmalari, ayniqsa bolalardagi mazkur tuzilmalarning holatini aniq baholashda buning o'zi yetarli bo'lmaydi. Faqat topografik tasavvurlar yordamida

qisman fikr yuritish, klinik ma'lumotlarni uyg'unlashtirib bir to'xtamga kelish mumkin. SHu kamchiliklarni to'ldirish maqsadida tekshirishlarimizda ul'tratovush tekshirish usulini qo'lladik. Ul'tratovush tekshirishlarda ikki o'lchamli exogrammlar olinib, travmadan keyingi kechki deformatsiyalarda burun suyaklarining o'zaro va kallaning yuz qismi suyaklari bilan hosil qilgan bitishmalari, sinish chizig'ining reparativ holati va biriktiruvchi to'qimali tuzilmalarning maromi xususida ikki sathda giperexogen sohalarning gipoexogen sohalar bilan almashinishi chiziq tarzida aniqlanib, bu yoppasiga yo'nalgan chiziq yordamida burun yon devorlarining simmetriyasini baholash mumkin bo'ladi. Tekshirish o'tkazish texnikasi burun tashqi devorida maxsus gel yordamida ul'tratovush o'tishini ta'minlashdan boshlanadi. Dastavval gipoexogen teri va yuz mimik muskullari ekranda ifodalanadi. Qo'shimcha signallar qaytishi gematoma borligidan dalolat beradi. Tog'ay to'qimasi exogenligi tashqi qoplamlardan biroz yuqori, lekin unga birikkan burun suyaklaridan past bo'ladi. Ikki o'lchamli ul'tratovush tekshiruv usulida suyak sinish chizig'i va bitish jarayonidagi qadoqlanish hamda jarohatning kelib chiqish muddatini aniqlashni imkonini beradi.

2.3. Statistika usuli

Olingan ma'lumotlar IBM Pentium-4 komp'yuterida tayanch dastur paketini qo'llab statistik tahlil qilinganda o'rta arifmetik miqdor (M), o'rta kvadrat og'ish (σ), standart xatolik (m), nisbiy kattaliklar uchrashi (%), olingan o'lchamlarni o'rtacha kattaliklar bilan taqqoslanib statistik ahamiyatini aniqlash uchun St'yudent (t) mezonidan foydalanildi. Ishonarlilik darajasi $R < 0,05$ bo'lganda o'zgarishlar statistik ahamiyatli deb hisoblandi.

Ikkinchi bob bo'yicha xulosalar

Mazkur bobda tadqiqot o'tkazilgan materiallar va shu materiallarda olib borilgan tekshirish uslublari yoritilgan.

Tekshirishlar sud-tibbiy ekspertizasi tekshiruvidan o'tgan 506 holatning ekspert xulosalari va 91 nafar bemorlar hamda ularning tibbiy hujjatlari ma'lumotlari, jami 597 holat bo'yicha tahlil o'tkazildi. Tekshirish usullaridan rengenografiya, elektrorentgenogramma, ul'tratovush va burunning maxsus instrumental tekshirish usullari yordamida kompleks tekshirishlar natijasida bemorlar jarohatlanish muddatlari, davrlari va oqibatlari sud-tibbiy baholandi. Ushbu bobda har bir tekshirish usullariga mufassal to'xtalib o'tildi.

III BOB. BURUN SUYAKLARI SINISHLARINING UMUMIY TAHLILI

3.1. Burun suyaklari sinishlarini o'rganish bo'yicha xususiy tekshirishlar tavsifi

Burun suyaklari sinishi bo'yicha yetarli statistik ma'lumotlarni ishlab chiqish va tan jarohatlarini og'irlik darajasini baholab beruvchi aniq mezonlarning yo'qligi sud tibbiyoti amaliyotida ma'lum qiyinchiliklar tug'diradi.

Burun sinishlarida deformatsiyalar uncha sezilarli bo'lmaganda va burun faoliyatida buzilishlar kuzatilmaganda bemorlarning hammasi ham tibbiy muassasalarga murojat qilmaydilar. Jarohat kriminal ko'rinishga ega bo'lmasa ular sud tibbiyoti ekspertlari tomonidan ko'rikdan o'tkazilmaydi. Bundan tashqari, teri qatlami butunligi buzilmaganda va sinishlarda suyak bo'laklari siljishi unchalik sezilarli bo'lmagan hollarda sinishlarning barchasini aniqlash imkoni bo'lavermaydi. Ayrim mualliflarning ma'lumotlari bo'yicha burun suyaklarining sinishi yuz skeleti suyaklarini barcha sinishlarining 12 - 42,89% ni tashkil qiladi [49].

Tekshirishlarimizda 2000-2005 yillar oralig'idagi Toshkent shahar hokimiyati SSB qoshidagi STE byurosiga qarashli II-sud-tibbiy ekspertizasi shahobchasidagi 506 ta burun suyaklari sinishi tashhisi tasdiqlangan sud-tibbiy xulosalari, hamda Toshkent shahar tez-tibbiy yordam klinik shifoxonasining "YUz-jag' jarrohligi" bo'limida burun suyagi va yuz skeleti jarohati bilan davolanayotgan 91 nafar bemor hamda ularning tibbiy hujjatlari (kasallik tarixi)da bayon qilingan ma'lumotlar tahlili o'rganildi.

Burun suyaklari sinishi bilan kelgan bemorlarning yillar bo'yicha tahlili shuni ko'rsatdiki, ularning soni so'ngi yillarda ortib bormoqda [85]. Buni aholi sonining ko'payganligi, texnika, sport, sanoat va qurilishlarning jadal suratda rivojlanib borayotganligi bilan izohlash mumkin. Bizning ma'lumotlarimiz bo'yicha burun suyaklarining sinishlari ayollarga (31.0%) nisbatan, erkaklarda ko'proq uchrashi aniqlandi (69.0%). Burun suyaklari sinishi bilan kasalxona sharoitida

davolangan bemorlarning yoshi va jinsiga oid ma'lumotlar 3.1-jadvalda keltirilgan.

3.1 - jadval

Bemorlarning yoshi va jinsiga qarab taqsimlanishi

№	YOshi	Jinsi				Jami	
		Erkak		Ayol			
		abs	%	abs	%	abs	%
1.	14-yoshgacha	32	5.4	12	2.0	44	7.4
2.	15-20 yosh	67	11.2	23	3.8	90	15.0
3.	21-25 yosh	84	14.1	26	4.4	110	18.5
4.	26-30 yosh	51	8.5	40	6.7	91	15.3
5.	31-35 yosh	55	9.2	32	5.4	87	14.6
6.	36-40 yosh	33	5.5	25	4.2	58	9.7
7.	41-45 yosh	27	4.5	12	2.0	39	6.5
8.	46-50 yosh	26	4.4	-	-	26	4.3
9.	50 yoshdan yuqori	37	6.2	15	2.5	52	8.7
Jami:		412	69.0	185	31.0	597	100

Xuddi shu yoshda odamlar mehnat jarayonida, jamoat hayotida, sportda ancha faol bo'lishadi.

14 yoshgacha bo'lgan bemorlar sonini nisbatan kam bo'lishi (7.4%) shu bilan izohlanadiki, burun suyagi singan bolalarning ko'pchiligi yordam uchun bolalar kasalxonalariga murojat qilishgan.

Burun suyaklarining sinish tavsifiga binoan bemorlar 2 guruhga ajratildi:

1. Burun suyagining alohida sinishi - 319 ta (53.4%)
2. Burun suyagining yuz skeleti suyaklari bilan birga sinishi - 278 ta (46.6%)

Batafsil yig'ilgan anamnez ma'lumotlariga binoan bemorlarning aksariyati voqea joyida qisqa vaqt hushini yo'qotganligi qayd etilgan. Bu tafsilotlar 3.2-jadvalda keltirilgan.

3.2-jadval**Hush darajasi**

Jinsi	Yo'qotgan		Yo'qotmagan	
	abs	%	abs	%
Erkak	57	9.5	355	59.5
Ayol	19	3.2	166	27.8
Jami	76	12.7	521	87.3

Jadval ma'lumotlaridan ko'rinib turibdiki, bemorlarning hushini yo'qotishi unda nevrologik o'zgarishlar sodir bo'lganligi, bu esa bosh miya jarohatidan dalolat beradi. Bundan tashqari burun jarohatlari ko'pincha organizmning boshqa qismlari jarohatlari bilan birga uchrashi kuzatiladi. Bunday hollarda davo choralarini munosib belgilash uchun boshqa jarohatlarning bor yoki yo'qligiga aniqlik kiritish lozim bo'ladi. SHu maqsadda jarohat natijasida klinik belgilarining kechishiga qarab jami bemorlarning 71.9 % i ya'ni 429 nafari (erkaklar - 316; ayollar - 113) tor mutaxassisliklar maslahatidan o'tkazilgan. Bu quyidagi 3.3-jadvalda aks etgan.

3.3- jadval**Tor mutaxassisliklar maslahati**

№	Tor mutaxassisliklar	Jinsi		Jami
		Erkak n=316	Ayol n=113	
1.	Stomatolog	33	48	81
2.	Okulist	57	19	76
3.	Nevropatolog	68	55	123
4.	Neyroxirurg	57	19	76
5.	Kardiolog	46	18	74
6.	Travmatolog	22	12	34
7.	Xirurg	32	21	53

Kasalxona sharoitida davolangan 91 nafar bemorlarning jarohat tavsifi (yakuniy tashhisi) va dinamik holatidan kelib chiqib ayrim hollarda qayta maslahat tavsiya qilingan.

Kasallik tarixi va ekspert xulosalarida shikastlanishlarning turiga ko'ra taqsimoti 3.4. jadvalda keltirilgan.

3.4-jadval ma'lumotlaridan ko'rinib turibdiki, burun suyaklarining siljib sinishi (344 ta) bilan kasalxonada davolangan bemorlar ko'pchilikni tashkil etadi. Ularning 40 tasi erkaklar hisobiga to'g'ri keladi. Bosh miya chayqalishi, burun suyagi siljib sinishi bilan birgalikda kelish holati 6.5 %, aynan bosh miya chayqalishi bilan faqatgina suyak bo'laklarining siljimaganligi 7.9 %, qo'sh jarohatlar esa (56 ta) 9.4 % holatda kuzatildi.

3.4-jadval

SHikastlanishlarning turiga binoan uchrashi

№	Jarohat turi	Jinsi		Jami
		Erkak	Ayol	
1.	Burun suyaklarini siljib sinishi	252	92	344 (57.6%)
2.	Burun suyagini sinishi (s/b qoniqlik turishi)	41	22	63 (10.6%)
3.	Bosh miya chayqalishi, burun suyagi siljib sinishi bilan	23	16	39 (6.5%)
4.	Bosh miya chayqalishi, burun suyagi sinishi bilan (s/b qoniqlik turishi)	25	22	47 (7.9%)
5.	Burun suyaklarini sinishi	36	12	48 (8.0%)
6.	Qo'sh jarohat	35	21	56 (9.4%)
Jami:		412	185	597

Tahlil davomida shikastlanishlar sutkaning qaysi soatlarida sodir qilinganligiga ahamiyat berilganda, jarohatlanish kunning ikkinchi yarmida ko'proq kuzatilganligi ma'lum bo'ldi (3.5-jadval).

3.5-jadval**Jarohat olgan vaqtiga qarab taqsimlanishi**

Jarohat olgan vaqti, soat	Erkak	Ayol	Jami
6 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	147	35	182
13 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	99	62	161
18 ⁰⁰ -24 ⁰⁰	134	67	201
24 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	32	21	53
Jami	412	185	597

Burun jarohatlarining kelib chiqish sabablari kriminal holatlarda aksariyat spirtli ichimliklar iste'mol qilish oqibatida sodir bo'ladi. Biz tahlil qilgan materiallarda ham 12.2 % holatda jarohatlanishlarga mastlik holati sabab bo'lgan (3.6. jadval).

3.6-jadval**Mastlik holatining kuzatilishi**

Jinsi	Mastlik holati	Nomastlik holati
Erkak	67	345
Ayol	6	179
Jami	73(12.2%)	524 (87.8%)

Kasalxona sharoitida davolangan 91 nafar bemorlarning aksariyati jarohatlangan zahoti kasalxonaga murojaat qilmaganligi aniqlandi. Tahlil davomida shu narsa ma'lum bo'ldiki, kasallik anamnezida (anamnesis morbi) dastavval sovuq qo'yib, o'z-o'zini davolash uchun uyda harakat qilib, samara bermagach turli muddatlarda kasalxonaga kelganlar (3.7. jadval).

3.7-jadval**Kasalxonaga murojaat qilgan muddati**

Jinsi	O'sha vakt- ni o'zida	1 sutka- gacha	2-3 sutka	4-5 kun	6-7kun	8-kun- 1-oy ichida
Erkak	1	3	13	11	25	15
Ayol	-	3	2	6	10	2
Jami	1	6	15	17	35	17

Jadval ma'lumotlaridan ma'lumki, bemorlarning ko'pchiligi shikastlangandan keyin 6-7 kunlarida kasalxonaga murojat qilishgan.

Kasalxonada qabul qilingan zahoti bemorlarga ixtisoslashgan yordam ko'rsatilgan. Bemorlarning 73 nafarida suyak bo'laklari repozitsiyasi u yoki bu og'riqsizlantirish yo'li bilan amalga oshirilgan. Ushbu ma'lumotlar 3.8. jadvalda berilgan.

Jadval 3.8.**Og'riqsizlantirish bo'yicha ma'lumot**

Jinsi	Umumiy	Maxalliy
Erkak	44	10
Ayol	13	6
Jami	57	16

Jabrланuvchilarning murojaati vaqtida yoshi, umumiy ahvoli, jarohatning og'irlik darajasi, asoratlarning kuzatilish moyilligiga qarab davolash muolajalari oldidan og'riqsizlantirish amalga oshirilgan. Umumiy og'riqsizlantirish asosan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda hamda o'rta, og'ir darajadagi jarohatlar, bosh miya shikastlanishlari yoki tananing boshqa qismlarida bir nechta jarohatlarning qo'shilgan holatlarida amalga oshirildi. Bunda bosh

miyaning turli darajadagi (chayqalishi - 31, lat yeyishi - 7) jarohatlari vaqtida aksariyat hollarda dastlab 3-5 kun muddat og'riqsizlantirish ostida yotoq tartibi joriy qilinib, umumiy ahvoli stabillashgandan so'ng burun suyaklari repozitsiyasi o'tkazilgan. Umumiy og'riqsizlantirilgan bemorlarning 16 nafarida kallaning yuz qismi suyaklari (yuqori jag' - 2, pastki jag' - 7, burunning pastki chig'anog'i - 6, peshona o'sig'ining oldingi plastinkasi - 1) jarohatlari birga uchragan bo'lsa, 11 holatda esa tananing boshqa qismi suyaklarida bir nechta jarohatlari bilan birga kuzatilgan.

Bemorlarning statsionarda davolanish kunlari bo'yicha taqsimoti 3.9. jadvalda keltirilgan.

Jadval 3.9.

Kasalxonada davolanish muddatlari

Jinsi	1-3 kun	4-6 kun	7-10 kun	11-15 kun
Erkak	19	24	22	3
Ayol	5	10	8	-
Jami	24	34	30	3

Jadval ma'lumotlaridan ma'lumki, burun jarohatlari bilan bemorlar kasalxonada ko'pincha bir haftagacha bo'lgan muddatda davolanib, sog'ayib uylariga qaytadilar.

SHunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot natijalaridan ma'lum bo'ldiki, burun suyaklari jarohatlarida muolaja-tahlil harakatlari quyidagi umumiylikni kasb etadi:

1. Aksariyat hollarda burun suyaklarining sinishi boshqa jarohatlar bilan qo'shilib kelishi tibbiy yordam ko'rsatish xajmini baholashda inobatga olinadi.

2. Ko'z kosasi sohasiga e'tibor qaratish: ko'z kosasi atrof yumshoq to'qimasida qon quyilishlarning bo'lishi kalla suyagi asosining singanligidan dalolat beradi (ko'zoynak belgisi).

3. Burundagi likvoreya kallaning asos qismidagi g'alvirsimon suyakning sinishidan dalolat berib, bemor ahvolining og'irlashuviga sabab bo'ladi.

4. SHoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish: qon oqishini to'xtatish, og'riqlantirishni amalga oshirish.

5. Bemorga ixtisoslashgan yordam ko'rsatishni tashkil qilish.

6. Ko'ruv vaqtida (paypaslab ko'rishda) og'riq lokalizatsiyasi, tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'ining holati, burundan nafas olishning qiyinlashish darajasiga hamda burundan qon ketishi.

Tahlil materiallari asosan yuqoridagi umumiylikka yondoshilgan, lekin jabrlanuvchilarning murojaat davri, birlamchi ambulator ma'lumotlar sayozligi, diagnostik maqsadda faqat bir yon tomondan rentgen tasvirga tushirilishi hamda rinoskopiya usulidan foydalanish yetarli bo'lmasligi ma'lum bo'ldi. Bunda jarohatlangan burun nafas faoliyatining buzilishi va suyak bo'laklarining faqat bir sath bo'yicha siljishini aniqlash mumkin bo'ladi. Ushbu jarohatlarni har tomonlama chuqur tahlil qilish, aniq bir tizimga solish maqsadida tadqiqot materiallari ma'lumotlariga tayanib klinik va sud-tibbiy jihatlarini ochib beruvchi tasnifni taklif etdik.

3.2. Burun suyaklari sinishlari tasnifi

Burun suyaklari sinishining suyak bo'laklarining siljishi, klinik ko'rinishi, rentgenologik manzarasi va burun faoliyatining buzilishini ifodalovchi bir qancha tasniflar tavsiya qilingan va amaliyotda keng foydalaniladi. Mavjud tasniflarda jarohatlarning klinik jihatlariga keng e'tibor qaratilib, tan jarohatining og'irlik darajasi inobatga olinmagan. Bundan tashqari tasniflarning birida jarohatning rentgenologik belgilariga e'tibor qaratilgan bo'lsa, boshqalarida suyak bo'laklarining siljish tavsifi yoritilgan. YU.N.Volkov (1958) ishlab chiqqan tasnifida jarohatning ochiq yoki yopiqqligi, suyak bo'laklarining siljish turlarini qisman keltirib, boshqa jihatlarini e'tibordan chetda qoldirgan. Amaliyotda qo'llaniladigan F.S.Bokshteyn (1982) tomonidan taklif

etilgan tasnifda suyaklarning sinib siljishi keltirilgan xolos. Sinish turlari, sinish chizig'i yo'nalishi xususida so'z yuritilmagan.

Zamonaviy adabiyotlar ma'lumotlari atroflicha tahlil qilinganda amaliyot uchun qulay, tushunarli hamda jarohat tavsifini to'liq ifodalovchi tasnifni topish imkoni bo'lmadi.

Bugungi kunda sud-tibbiy ekspertizasida burun suyaklari jarohati oqibatida jabrlanuvchining holatini aniq baholash ekspertlar oldida ayrim qiyinchiliklar tug'dirayotganligini hisobga olib, biz tahlil qilingan materiallar natijalariga tayanib, o'zimiz ishlab chiqqan tasnifni taklif etdik:

1. Tavsifiga ko'ra:

A. Ochiq sinishi

B. YOpiq sinishi

2. Suyak bo'laklarining holatiga binoan:

A. Suyak bo'laklarining siljishi (ichkariga, tashqariga, yonlama, qiyshiq);

B. Suyak bo'laklari siljimagan (siniq chizig'i ko'ndalang, yonlama, qiyshiq yo'nalgan);

3. Joylashishiga qarab:

A. Ikki tomonlama (ko'ndalang, qiyshiq, parchalanib, ko'p parchalanib);

B. Bir tomonlama (ko'ndalang, qiyshiq, parchalanib, ko'p parchalanib);

4. Nafas olish faoliyatining buzilishiga ko'ra:

A. Burun orqali nafas olish buzilmagan

B. Burun orqali nafas olish qiyinlashgan

V. Burun orqali nafas ololmaydi

5. Asoratlari:

A. Erta: a) burundan qon ketishi; b) travmatik (postgemorragik) shok.

B. Kechki: a) burun to'sig'ining qiyshayishi; b) nafas yo'llarining torayishi; v) ko'z yosh kanalining berkilib qolishi; g) hid bilish funksiyasining buzilishi.

Burun suyaklari jarohatlarida jabrlanuvchilar olgan tan jarohatlarining og'irlik darajasiga qarab:

1. yengil tan jarohatlari:

A. Burun devorlarining tashqi kichik jarohatlari (shilinish, qontalash, kichik yuzaki yaralar) kirib, bunday bemorlar ambulator sharoitida davolanadilar.

B. Burun qanot tog'aylarining lat yeyishi (nafas olish jarayoniga monelik kuzatilmaydi), 7 kungacha sog'lig'i tiklanadi.

Engil tan jarohatlari guruhiga qisqa vaqt sog'liqning buzilishi yoki mehnatga layoqatlilikning ahamiyatsiz kamayishi kiradi:

a) burun devorlarining kichik jarohatlari, singan suyak bo'laklarining siljimagan sinishlari;

b) burun suyaklarining bir tomonlama yopiq sinib, suyak bo'laklarining siljimagan holati;

v) burun yon devori tog'aylarining lat yeyishi;

g) burun suyaklari yopiq sinib, suyak bo'laklarining siljimagan yoki qoniqarli holati;

d) burun to'sig'ining siljimagan sinishlari.

Bu guruhga kiritilgan jarohatlar quyidagicha umumiylik kasb etadi:

1) Sog'liqning qisqa vaqt buzilishi 6 kundan - 21 kungacha davom etadi.

2) Mehnat qobiliyatining turg'un yo'qotilishi 10% gacha bo'ladi.

2. O'rtacha og'irlikdagi tan jarohatlari:

1. Burunning hayot uchun havf tug'dirmaydigan jarohatlari.

2. Sog'liqning buzilishi davomiyligi 21 kundan ko'p davom etadi.

3. Mehnat qobiliyatining turg'un uchdan bir qismigacha (10 % dan ko'p 33% gacha) yo'qotilishi bilan kuzatiladigan jarohatlar kiritiladi.

Ularga quyidagilar kiradi:

a) sinish oqibatida burunning yarmida deformatsiyalar kuzatilishi, shilliq qavat shishib, burun yo'lini qisman to'sib qo'yishi;

b) suyak bo'laklari siljishi natijasida burun shilliq qavatining butunligi buzilib qon ketishi;

v) burun suyaklarining ochiq siljib sinishi;

g) burun devori tog'aylari va suyaklarining bir tomonlama sinishi;

d) burun suyaklarining yopiq siljib sinishi natijasida tashqi teshiklarining qisman berkilishi;

- e) burun suyaklarining ochiq, parchalanib sinishi;
- j) nafas olish, ko'z yosh kanali, g'alvirsimon suyak teshiklari faoliyatining to'liqsiz buzilishlari bilan kechadigan sinishlar;
- z) burun suyaklarining kallaning yuz qismi suyaklari bilan birgalikda sinishi;

3. Og'ir tan jarohatlari:

- 1) Hayot uchun havf tug'dirgan jarohatlar, travmatik shokning og'ir darajasi, ko'p qon yo'qotish natijasida postgemorragik shok rivojlanishi;
- 2) Mehnat qobiliyatini turg'un uchdan bir qismini yo'qotish (33% dan ortiq) bilan kuzatiladigan jarohatlar kiritiladi;

Ularga quyidagilar kiradi:

- a) burun suyaklarining ko'plab parchalanib sinishi oqibatida travmatik shok kelib chiqish holati;
- б) suyak bo'laklarining siljishi natijasida yirik qon tomirlarning jarohatlanishi natijasida gemorragik shokning yuzaga kelishi;
- в) burun suyaklari sinishi oqibatida yumshoq to'qimalarning keng jarohati tufayli yuzaga keladigan tiklanmaydigan o'zgarishlar (qo'pol chandiqlar), (sud-tergov vakillari tomonidan baholanadi);
- г) burun suyaklari va burun to'sig'ining sinib, ichkariga siljishi hamda burun yondosh bo'shliqlari butunligining buzilishi;
- д) burun suyaklarining kallaning asos qismi suyaklari bilan birgalikda sinishi;
- e) nafas olish, ko'z yosh kanali, g'alvir teshiklari faoliyatining to'liq buzilishlari bilan kechadigan sinishlar;
- ж) burun devorlarining to'liq deformatsiyalari (burun funksiyasining to'liq tiklanmaydigan buzilishi).

SHunday qilib, biz taklif etgan burun suyaklari jarohatlari tasnif mazkur jarohatlanishlarda klinik tashhislash, davolash va salomatlikni tiklash tadbirlarini muvofiqlashtirishda, shuningdek sud-tibbiy ekspertizasida jarohatning tavsifi hamda tan jarohatining og'irlik darajasini tez va aniq ifodalashda munosib ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot materiallarining mazkur tasnif bo'yicha tahlili beshinchi bobda keltiriladi.

Taklif etilgan tasnif burun suyaklari jarohatlarida tan jarohatining og'irlik darajasi holati yuzasidan ekspertiza amaliyotida kuzatiladigan muzokarali jarayonlarni tartibga solish hamda amaliy tibbiyotda soha mutaxassislari faoliyatida ancha qo'l keladi.

Uchinchi bob yuzasidan xotima

Mazkur bobda 597 nafar burun jarohatlari aniqlangan jabrlanuvchilarning kasallik tarixlari ekspert xulosalari ma'lumotlari retrospektiv tahlil qilingan. Bunda asosan jarohat sabablari, bemorlarning yoshi, jinsi, jarohatning umumiy tavsifi, jarohatlanish vaqti va murojaat muddati, ko'rsatilgan yordam va og'riqsizlantirish o'tkazilishi hamda davolash davomiyligi xususidagi tadqiqotlar keltirilgan.

Bobning ikkinchi qismida burun jarohatlarini har tomonlama chuqur tahlil qilish, aniq bir tizimga solish maqsadida tadqiqot materiallari ma'lumotlariga tayanib klinik va sud-tibbiy jihatlarini o'zida mujassam etgan tasnif taklif etilgan hamda batafsil asoslab berilgan.

IV BOB. BURUN SUYAKLARI SINISHLARINI SUD-TIBBIY BAHOLASH

4.1. Burun suyaklari jarohatlarini sud-tibbiy baholash

Burun suyaklari va yuz skeleti sinishlarini tashhislashda rentgenologik tekshiruvlar yetakchi o'rin tutadi. Rentgenologik usul yordamida sinishning xarakteri to'g'risida aniq to'xtamga kelinib, suyak bo'laklarini repozitsiyasi va ularni birlashtirishni bevosita nazoratga olish imkonini beradi.

O'rganilgan 50 ta rentgen suratlari bizga dinamikada suyaklarning regenerativ bosqichlarini kuzatishga yordam berdi. Kuzatuvlar maqsadidan kelib chiqqan holda burun suyaklarining rentgenogrammasi to'g'ridan va yonlama proyeksiyalarda olindi. Burun suyaklarining yonlama proyeksiyasining rentgenogrammasida burunni siniq bo'laklarining tomonlarini siljishining old – orqa, yuqori – past yo'nalishi, yuqori jag'-peshona o'sig'i jarohatlanishini aniqlashga imkon berdi. Burun suyaklarining to'g'ri proyeksiyasi siniq bo'laklari sinishini yon tomonga, burun to'sig'ini yuz skeleti – qo'shni suyak hosilalariga siljishini ko'rsatadi. Burun peshona sohasining rentgenogrammasini bir qancha afzalliklari aniqlandi. Ularda ayniqsa bolalar jarohatida asosiy bo'lgan noksimon teshik konturi, burun to'sig'i, burun bo'shlig'i yumshoq to'qimalarning barcha yo'nalishi va tuzilmalari aniq kuzatiladi.

Rentgenologik tadqiqotlarda asosan burun bo'shlig'i va uni hosil qilgan anatomik tuzilmalarning rentgenolik munosabati ikkala tomonidagi simmetriklik holati, burun to'sig'ining qiyshayishi, burun bo'shlig'i tubining holati, burun chig'anoqlarining soni va o'lchamlari tahliliga e'tibor qaratildi.

O'rganilgan o'zgarishlar ko'rsatgichlarining har tomonlama tahliliga binoan burun bo'shlig'i va burun ichki tuzilmalarining normal anatomik tuzilishining buzilishlari va uning natijasida kuzatiladigan travmatik deformatsiyalar umumiylik kasb etmaydi, balki har bir alohida holat uchun mavjud o'zgarishlarni birgalikda tahlil qilishni talab etadi (4.1- jadval).

4.1- jadval

Burun suyaklarining alohida jarohatlanishida burun bo'shlig'i anatomik tuzilmalaridagi rentgenologik o'zgarishlar

№	Burun bo'shlig'i anatomik tuzilmalari	Tahlil qilingan o'zgarishlar	Bemorlar soni, nafar
1.	Burun bo'shlig'i	ikkala yarimlari asimmetriyasi	29
		tubining asimmetriyasi	14
2.	Burun to'sig'i	Qiyshayishi	11
		nuqsonlar paydo bo'lishi	4
3.	Pastki burun chig'anog'i	uzilishi (yo'qligi)	6
		Gipertrofiyasi	22
4.	O'rta burun chig'anog'i	uzilishi (yo'qligi)	3
		Gipertrofiyasi	15
5.	Burun qirradi	Ikkilanishi	14
		Deformatsiyasi	32
6.	Burun suyaklari	bir tomonlama yo'qligi	3
		ikki tomonlama yo'qligi	1
		siniq bo'lagining rotatsiyasi	9
		turg'un sinish bo'laklari	17

Jadval ma'lumotlaridan ko'rinib turibdiki, 50 holat rentgenogrammalari sinchiklab o'rganilganda asosiy rentgenologik belgi – burun bo'shlig'i qarama-qarshi yarimlari asimmetriyasi barcha bemorlarning 29 nafarida kuzatilib, aynan shu bemorlarda burun to'sig'ida qiyshayish (11), turli darajadagi defektlar ochilishi (4), chig'anoqlar uzilishi (pastki - 5, o'rta - 2) va burun suyagi siniq bo'laklarining rotatsiyasi (to'g'ri chiziq bo'yicha aylanishi) (7) holatlari qo'shilib kelganligi aniqlandi. Burun suyaklarining alohida jarohatlarida rentgenografiya usulida sinish muddatini aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Kalla suyaklari birlashishining anatomofiziologik jihatlar va ularda kechadigan reparativ-regenerativ xususiyatlarini

inobatga olsak, normal birikish sinmembranoz, ya'ni suyaklar o'zaro fibroz parda vositasida birikishi hamda singan suyak bo'laklarida hosil bo'lgan suyak qadog'i qarama-qarshi tomondan qo'shilmasdan, ular orasiga dastavval biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishi, keyinchalik fibroz pardaga aylanishi xuddi odatiy suyak bitishmasiga o'tishi bilan kechadi. Bu jarayon butun umr davomida saqlanib qoladi. SHunday qilib, kallaning boshqa suyaklari singari burun suyaklari jarohatlari butunlay bitib ketmasdan, balki bitishma hosil qiladi. Vaqt o'tishi bilan mazkur bitishma mustahkamlanib boradi. Suyak siniqlari qirralarida alohida hosil bo'lgan qadoq so'rilishi tananing boshqa suyaklaridagi singari jarayonlarni qaytaradi. Mazkur tayanch ma'lumotlardan kelib chiqib, biz o'z tadqiqotimizda burun suyaklarining sinish muddatlarini aniq ko'rsatishga qaror qildik. Quyidagi misolda burun suyagining alohida sinish muddatlari haqida tushuntirish beramiz:

Misol 1. Bemor R.N. Kasallik tarixi № 14968

Jinsi: Ayol, 28 YOsh, Kasbi – shifokor, Kasalxonaga yotgan kuni - 7.12.2002y soat 23⁵⁵, Kasalxonadan chiqqan kuni - 18.12.2002y, Kasalxonada davolangan muddati - 11 kun, Dastlabki tashhis: Burun suyagini sinishi, YAkuniy tashhis: Burun suyagini parchalanib sinishi, Operatsiya №740, 8.12.2002y, Birlamchi jarrohlik ishlovini berish. Og'riqsizlantirish usuli – mahalliy, Jarohat olgan vaqti, 1,5 soat oldin. Tor mutaxassislar ko'rigi: Okulist, Stomatolog, Xirurg, Neyroxirurg, Nevropatolog,

Qon tahlilida: Eritrotsitlar- $3,6 \cdot 10^{12}$, Nv-115, rang ko'rsatkich-0.9 Leykotsitlar- $5,0 \cdot 10^9$, Eozonofillar – 1, Neytrofil tayyoqcha-1, segment-60, Limfotsitlar-35, Monotsit-3, ROE-6mm, PTI-100%, FIB-2,4 g/l, tromb - Vst. Peshob tahlili: Rangi-somon rang, tiniq, reaksiya-kislotali, solishtirma og'irligi-1020, oqsillar - avs, Leykotsit-7-8, yassi epiteliy-5, eritrotsitlar – avs. Instrument tekshirishlar: Rentgenografiya (1-rasm), EKG.



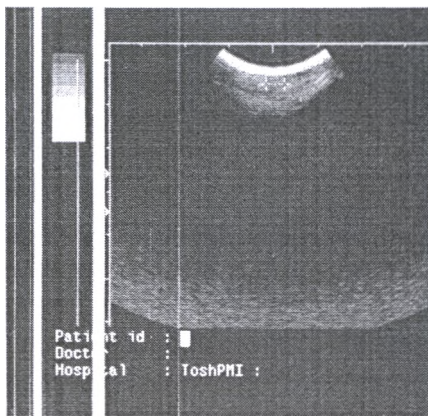
1-rasm. Bemor R.N. K/t № 14968. Burun suyagi yon proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyagi parchalanib sinishi (Jarohatlangan kuni)

Bemor davolanib, burunning barcha funksional holati tiklangan, burun jarohatiga oid klinik belgilar yo'qolgandan (faqat chuqurroq paypaslaganda og'riq saqlangan) keyin nazorat uchun qayta rentgen tasvirga tushirildi (2-rasm).



2-rasm. Bemor R.N. Burun suyagi yon proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyagi parchalanib sinishi (Jarohat muddati 1 oy).

Ul'tratovush tekshiruvi tahlil suyak bo'laklaridagi giperexogen zonalar hamda ularning siljib notabiiy proyeksiyalarda turishi rentgen ma'lumotlarini tasdiqlaydi. Suyak bo'laklarining siljish masofasi aniq o'lchamni kasb etadi (3-rasm).



3 rasm. Bemor R.N. K/t № 14968. Burun sohasi ul'tratovush tekshiruvi. Burun suyagi parchalanib sinishi (Jarohatlangan kuni).

Rentgen tasvirda markaziy va periferik bo'lak qirralarida birlamchi suyak qadoqlari soyasi ko'rinadi. Tananing boshqa qismlarida bu muddat ikki marta ertaroq paydo bo'lishiga guvoh bo'lamiz. Demak burun suyaklari sinib, suyak bo'laklarining muvaffaqiyatli repozitsiya qilinganidan keyin faqat bir oy muddatda dastlabki qadoq hosil bo'ladi. Uning rentgen pozitivligi birmuncha sustligi sinish muddatini aniq baholashda qiyinchilik tug'diradi.

Singan sohada burun suyaklarining keyingi manzarasini kuzatish natijasida tadqiqot uchun qiziqarli ko'rinish aniqlandi. Suyak bo'laklari orasidagi masofa qisqarib, qadoqlanish orqaga siljiganligi, ya'ni qadoq so'rilishi, lekin rentgenopozitivligi ortganligi ko'zga tashlanadi (4-rasm).



4-rasm. Bemor S.I. Burun suyagi yon proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyagi parchalanib sinishi (Jarohat muddati 2 oy).

Bu holat shundan dalolat beradiki, burun suyaklari sinishida keyinchalik kechroq muddatga o'tishi bilan rentgenologik ko'rinishida jarohatning o'tkir davridagidek siniq chizig'i ko'rina boshlaydi, lekin siljish kuzatilmaydi. Chunki qadoqlarni birlashtiruvchi biriktiruvchi to'qima (chandiqlik) borgan sari mustahkamlanib boradi.

Tekshirishlarimizda yanada aniqlikka erishish uchun rentgenometriya usulidan foydalanishga jazm etdik. Barcha rentgen suratlarda jarohat muddatini aniqlashda burun suyaklaridagi deformatsiyalar katta ahamiyat kasb etmasligini hisobga olib, siljish masofasi (markaziy bo'lak sathidan periferik bo'lakning uzoqlashishi), sinish masofasi (singan bo'laklar orasidagi masofa) hamda qadoq tarqalgan masofaga e'tibor qaratdik va uni statistik tahlil qilib, aniq muddat uchun umumiylik tomonlarini birlashtirdik(4.1-jadval).

4.2-jadval

**Burun suyaklari alohida sinishida ayrim rentgenometrik
ko'rsatgichlarning dinamik o'zgarishi**

№	O'rganilgan ko'rsatgichlar mm.	1-10 kun (n=50)	20-30 kun (n=37)	45-60 kun (n=14)	6 oy va keyin (n=9)
1.	Sinish masofasi	2,1 $\pm$ 0,002	1,3 $\pm$ 0,011*	1,9 $\pm$ 0,024*	1,7 $\pm$ 0,005**
2.	Qadoq masofasi	-	2,6 $\pm$ 0,023	2,1 $\pm$ 0,012	1,2 $\pm$ 0,004
3.	Siljish masofasi	3,4 $\pm$ 0,035	1,8 $\pm$ 0,044*	1,2 $\pm$ 0,013	0,9 $\pm$ 0,003*

Izoh: *- P<0.05; *- P<0.001; Qadoqlanish masofasi o'tkir muddatlarda aniqlanmaydi.

4.1-jadvalda keltirilgan burun suyaklari sinishida aniqlangan rentgenometrik ma'lumotlardan kelib chiqib, 1-10 kunlik jarohatlarni sud-tibbiy baholash qiyinchilik tug'dirmaydi (sinish masofasi - 2,1 $\pm$ 0,002; siljish masofasi - 3,4 $\pm$ 0,035), chunki rentgenogrammadagi ko'rinish mavjud anamnez va klinik belgilar bilan birgalikda asoslanadi. 1 oydan 2 oygacha muddatda klinik belgilar butunlay qaytib, faqat rentgenometrik tahlil asosida bir to'xtamga kelish imkonini beradi.

Eng ahamiyatligi shundaki, o'ta kechki muddatda rentgenologik belgilarning burun suyagi sinishining (siljimagan turiga) erta belgilariga o'xshashligi (sinish masofasi - 1,7 $\pm$ 0,005; siljish masofasi - 0,9 $\pm$ 0,003), ekspertiza amaliyotida birmuncha qiyinchilik tug'diradi. YA'ni eski sinishning keyingi olingan yumshoq to'qimalar lat yeyishiga qo'shib baholanishi tan jarohati og'irlik darajasini ortib ketishiga olib keladi. Buning uchun eski jarohatdan qolgan qadoq izlarini topish kifoya qiladi (qadoqlanish masofasi - 1,2 $\pm$ 0,004). Uzoq muddat o'tgach (6 oy va undan keyin) yana bir jihati, ya'ni qadoqning

kichik masofada bo'lishiga qaramasdan, uning rentgen nurlarini ko'p tutishi zichligi yuqoriliga ishora bo'ladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, shuni ta'kidlash lozimki, burun suyaklari sinishlarida rentgenologik tekshirish jarayonida siniq bo'laklarining joylashishiga emas, ma'lum sath bo'yicha orasidagi masofaga e'tibor qaratishni taqozo etadi.

4.2. Burun suyaklari va yuz skeletining birgalikda shikastlanishlarining sud-tibbiy baholash jihatlari

Burun suyaklarining hech biri burun yondosh bo'shliqlarining anatomik tuzilishida ishtirok etmaydi. Bundan kelib chiqib, burun yondosh bo'shliqlari jarohatlari xususida so'z yuritishda kallaning yuz va miya qismi suyaklari jarohatlarining inobatga olinishi lozim bo'ladi. Biz tahlil qilgan ma'lumotlarda burun yondosh bo'shliqlaridan asosan yuqori jag' (Gaymor) bo'shlig'ining travmatik shikastlanishi, hidlov nervi periferik tolalari jarohatlari kuzatilganligi o'laroq, burun suyaklarining kallaning yuz qismi suyaklari bilan qo'shilgan jarohatlari keng muhokama qilindi.

Tahlil qilingan rentgenologik materiallarda burun suyaklari jarohatlariga kallaning yuz qismi suyaklari jarohatlari qo'shilishi 24 nafar bemorda kuzatilib, dinamikada kuzatilgan bemorlarning 48,0%ini tashkil etdi.

4.3 - jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan aniqlandiki, burun suyagi sinishiga kallaning yuz qismi suyaklari qo'shilgan holatlar ichida yuqori jag' suyagining jarohatlari, xususan uning peshona o'sig'ining sinishi ko'pchilikni tashkil etadi. SHunday ekan yuqorida tahlil qilingan sinish muddatlarini aniqlashga qaratilgan tekshirishlarni burun suyaklariga kallaning yuz qismi suyaklarining qo'shilishida ushbu mezon qanday manzara kasb etishini aniqlashga harakat qildik.

4.3-jadval

Burun suyaklarining kallaning yuz qismi suyaklari bilan qoʻshilib kelgan jarohatlar tahlili

№	Jarohatlarda qoʻshilgan yuz qismi suyaklari	Uchragan soni, ta	Uchrash darajasi, foiz
		abs.	%
1	2	3	4
1.	YUqori jagʻ suyagi	18	75.0
	Tanasi	3	12.5
	Peshona oʻsigʻi	9	37.5
	Tanglay oʻsigʻi	1	4.2
	2	3	4
	YOnoq oʻsigʻi	1	4.2
	Katak oʻsigʻi	4	16.7
2.	Dimogʻ suyagi	1	4.2
3.	Pastki jagʻ	2	8.3
4.	YOnoq suyagi	-	-
5.	Burunning pastki chigʻanogʻi	3	12.5
Jami:		24	100

Quyidagi misolda burun suyagining kallaning yuz qismi suyaklari sinishi qoʻshilgan misolida sinish muddatlari haqida tushuntirish beramiz:

Misol 2. Jabrlanuvchi M. M. Kasallik tarixi № 14630/14636

Jinsi: Erkak, YOshi 22, Kasbi – omborchi. Kasalxonaga yotgan 27.11.2003y kuni soat 19¹⁵, kasalxonadan chiqqan kuni - 3.12.2003y. Kasalxonada davo-langani muddati 12 kun.

Dastlabki tashhis: Burun suyagi sinishi, YAkuniy tashhis: Burun suyagi va yuqori jagʻ suyagi peshona oʻsigʻining sinib, suyak boʻlaklarining siljishi. Operatsiya №717, 28.11.2002y., Burun va jagʻ suyaklarini toʻgʻrilash. Ogʻriqsizlantirish usuli - Umumiy narkoz, v/i.

Jarohat olgan vakti - 23.11.2002y. Tor mutaxassislar okulist, stomatolog, xirurg, neyroxirurg va nevropatolog maslahatidan o'tkazilgan.

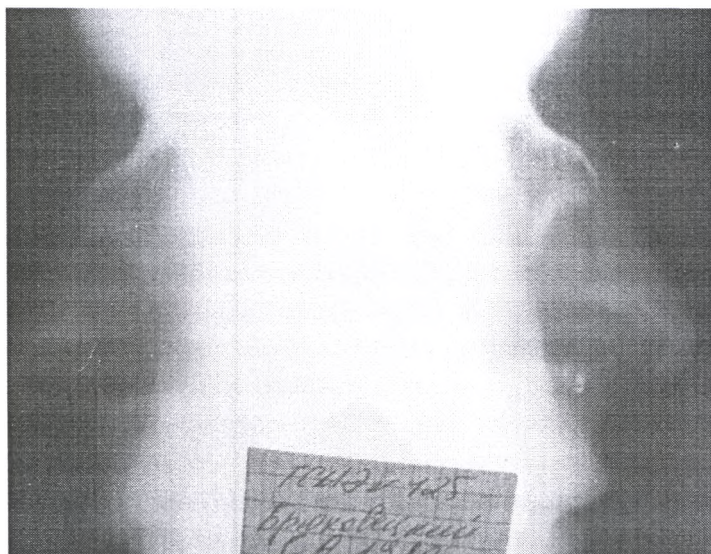
Labarator tekshiruvlarda: qon tahlilida Eritrotsitlar- $5,0 \cdot 10^{12}$, Nv-160, rang ko'rsatkich-0.9, Leykotsitlar- $8,0 \cdot 10^9$, Eozonofillar -, Neytrofil tayokcha-2, segment-56, Limfotsitlar-29, Monotsit-7, ROE-15. Koagulogramma PTI-94%, FIB- 2,42 g/l, tromb- IVst. Peshob tahlilida: Rangi-somon rang, tiniq, reaksiya-kislotali, solishtirma og'irligi-1020, oqsillar-abs, Leykotsit-0,02, yassi epiteliy-0,01, eritrotsitlar – abs. Bioximik tahlilda: Mochevina-3,9, kreatinin-53,2, umumiy bilirubin-11,11, bog'langan bilirubin - AST- 0,35, ALT-0,48.

Quyidagi instrumental tekshirish usullari qo'llanilgan: Rentgenografiya (5- rasm), ul'tratovush tekshiruvi, spirografiya, EKG.



**5-rasm. Bemor M. M. (Toshkent SHSTE arxividan № 62/33)
Burun suyagi yon proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyagi
va yuqori jag' suyagining peshona o'sig'i sinishi (Jarohatning 3-
kuni).**

chizig'i ko'rinishi kechikibroq boshlanadi, bunda ikkilamchi siljish, deformatsiya kuzatilishi ham mumkin. Buni burun suyagi o'z shaklini, mustahkam joylashishini yuqori jag' suyagiga tayanib turishi bilan tushuntirish mumkin.



8-rasm. Bemor B. S. (Toshkent sh.STE arxividan № 125) Burun suyagi yon proyeksiyadagi rentgenogrammasi. Burun suyagi va yuqori jag' suyagining peshona o'sig'i sinishi (Jarohat muddati 2 oy).

Rentgen suratlarda tahlil qilingan o'zgarishlar burun suyagining alohida sinishidagiga nisbatan yuz suyaklarining aksariyati qo'shilgan jarohatlarda farq qilmaydi. Faqat yuqori jag' suyagi sinishlari qo'shilganda rentgenometrik ko'rsatgichlarda sezilarli siljishlar aniqlandi. CHunki kallaning yuz qismidagi boshqa suyaklar burun suyaklari bilan bevosita birikmasligi hisobiga uning shakli va topografik tuzilishida tayanch vazafasini o'tamaydi. SHuni hisobga olib rentgenometrik tekshirishlarimizda burun suyaklari sinishining

yuqori jag' suyagi sinishi bilan birga uchragan holatlar uchun alohida tahlil qilindi (4.4-jadval).

4.4-jadval

Burun suyaklarining yuqori jag' suyaklari bilan birga sinishida ayrim rentgenometrik ko'rsatgichlarning dinamik o'zgarishi

№	O'rganilgan ko'rsatgichlar mm.	1-10 kun (n=24)	20-30 kun (n=16)	45-60 kun (n=12)	6 oy va keyin (n=10)
1.	Sinish masofasi	2,6±0,004	2,2±0,032*	2,2±0,012*	1,9±0,002*
2.	Qadoq masofasi	-	3,1±0,083	3,0±0,012	1,6±0,002
3.	Siljish masofasi	3,7±0,035	1,9±0,021	1,3±0,003*	1,1±0,004*

Izoh: *- $P < 0.05$; Qadoqlanish masofasi o'tkir muddatlarda aniqlanmaydi.

4.4-jadvalda keltirilgan rentgenometrik ma'lumotlardan kelib chiqib, burun va yuqori jag' suyaklari birgalikda sinishida jarohatlarni sud-tibbiy baholash rentgenologik ma'lumotlar mezonida dastlabki 1-10 kunlik burun suyagining alohida sinishi bilan anologik tavsif kasb etadi. (sinish masofasi - $2,6 \pm 0,004$; siljish masofasi - $3,7 \pm 0,035$), chunki rentgenogrammadagi ko'rinish xuddi yuqoridagidek to'plangan anamnez va klinik belgilar bilan kompleks baholanadi. 45-60 kun muddatda klinik belgilar ortga qaytadi. SHuning uchun bu davrda rentgenometrik ko'rsatgichlar tahliliga asoslanib baholanish taqozo etiladi. 6 oy va undan uzoq muddatlarda burun suyaklaridagi rentgenologik belgilarning o'ziga hosligi alohida sinishiga nisbatan qoldiq qadoqning qo'polligi, suyak bo'laklari orasidagi masofaning uzoqligi va patologik siljish darajasi sezilarliligi (sinish masofasi - $1,9 \pm 0,002$; qadoqlanish masofasi - $1,6 \pm 0,002$; siljish masofasi - $1,1 \pm 0,004$) aniqlanadi.

SHunday qilib, burun suyaklarining alohida sinishi va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlari rentgenologik tahlili natijasida rentgenologik tekshiruv yordamida jarohatlanish muddatini aniq ifodalash mumkin bo'ladi. Ushbu imkoniyat burun suyaklari jarohatlarini sud-tibbiy baholashda eng muhim mezon bo'ladi.

To'rtinchi bob yuzasidan xulosalar

Ushbu bobda burun suyaklarining jarohatlarida hamda burun suyaklarining kallaning yuz qismi suyaklari jarohatlari bilan qo'shilgan jarohatlarida burun suyaklarida kuzatiladigan o'zgarish misollar yordamida davriy suratda tahlil qilindi.

1. Burun suyaklari sinishida osteoreparatsiya jarayoni o'ziga xos kechib, skeletning boshqa sohaları suyaklaridan o'zgacha, ya'ni suyak qadog'i butunlay qo'shilib ketmasdan alohida-alohida ravishda bitadi. Buning natijasida har qaysi davrda sinish chizig'ini aniqlash mumkin bo'ladi.

2. Burun suyaklarining alohida sinishlarini sud-tibbiy baholashda rentgenologik tekshirish natijasiga qarab, sinig bo'laklarining joylashishiga emas, ma'lum sath bo'yicha orasidagi masofaga etibor berish lozim.

3. Jarohatlanishning erta (1-10 kun) davrlarida rentgenologik ma'lumotlarni anamnez va klinik belgilarga tayanib jarohatning og'irlik darajasi to'g'ri belgilanadi.

4. Uzoq muddat oldingi burun jarohatlarini yangi jarohat bilan differensiallash uchun qoldiq qadoq belgisi aniqlash kerak bo'ladi. SHundaygina boshqa sub'yektiv belgilar xususida fikr yuritish mumkin.

5. Burun suyaklari yuzning boshqa suyaklari bilan birga singanda sinish muddatida aytarli tafovutlar bo'lmaydi. Bundan yuqori jag' suyagining sinishi mustasno.

6. YUqori jag' suyagining, ayniqsa uning peshona o'sig'ining sinishi burun jarohatiga qo'shilib kelganda burun suyagining tiklanish jarayoni birmuncha cho'ziladi, ayrim holatlarda burchak ostida deformatsiyalar hamda yolg'on bitishmalar rivojlanadi.

V BOB. BURUN VA YUZ SKELETI SUYAKLARI JAROHLARIDA ZAMONAVIY TASHHISLASH VA DAVOLASHNING EKSPERT BAHOLANISHI

Burun murakkab tuzilishdagi a'zoliqi burun suyaklari jarohatlari vaqtida tashhislash jarayoni kompleks yondoshishni talab etadi. Tahlil qilingan kasallik tarixlari va ekspert xulosalarida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, dastlabki tashhislash jarayonida klinik va rentgenografik tekshirish asosida burun suyagi sinishi tashhisi qo'yilgan. Ushbu an'anaviy tekshirish usullariga ham to'liq e'tibor berilmagan holatlar ham mavjud.

Ko'pchilik hollarda birlamchi ko'ruv vaqtida g'alvirsimon suyak sinishi, ko'z kosasi devorining sinishi, kallaning yuz qismi suyaklarining sinishlari, peshona va yuqori jag' bo'shliqlarining oldingi devori plastinkalarining sinishi, kallaning oldingi chuqurligining asosi yoki qattiq pardaning jarohatlanishi, subdural qon quyilishi, burun lateral devorlari arteriyalari devorining yorilishi kabi holatlar ko'zdan qochiriladi. Bunday diagnostik xatoliklarni oldini olish uchun hamda kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish uchun qator diagnostik maxsus va laborator tekshirishlar o'tkazish hamda munosib davolash vaqti va usulini belgilash lozim bo'ladi.

YUqoridagi tasnif va ushbu tasnif asosida tahlil qilingan mezonlarga asoslanib quyidagi algoritmni taklif etdik (5.1-jadval).

Burun suyaklarining alohida va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlarida tan jarohatining og'irlik darajasini aniqlash algoritmi asosida tahlilimizdagi barcha materiallarni tan jarohatlarining og'irlik darajasi bo'yicha taqsimotini quyidagi jadvalda keltiramiz (tabl. 5.2).

5.1-jadval

Burun suyaklarining alohida va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlarida tan jarohatining og'irlik darajasini aniqlash ALGORITMI

	Mezonlar	Burun suyaklari jarohatlari	
		Burun suyaklarining alohida sinishi	Kallaning yuz qismi (yondosh) suyaklari bilan birga sinishi
1	2	3	4
Engil daraja	Tashqi klinik ko'rinishi	Burun terisida timalish, qontalash va yaralanishlar, biroz shish, lokal og'riq	Burun va yuz terisida tirnash, qontalash va yaralanishlar, biroz shish, tarqoq og'riq
	Nafas olish funksiyasi	Dastlabki 2-3 kun mobaynida reflektor buzilish, tez tiklanadi.	3-4 kun travmatik reaksiya ta'sirida buzilgan, og'iz orqali qoplanadi. 4-5 kunlarda deyarli tiklanish boshlanadi.
	Hid bilish funksiyasi	Travmatik reaksiya natija-sida 2-6 soat chamasi susayadi, asoratsiz tiklanadi.	Travmatik reaksiya oqibatida 1 sutkagacha susayishi mumkin, asoratsiz tiklanadi.
	Rinoskopik belgilar	Burun bo'shlig'i shilliq qavatida qizarish vaqtinchalik giperemiya hisobiga, kapillyarlar butunligi buzilmagan	Burun bo'shlig'i shilliq qavatida qizarish, vaqtinchalik giperemiya aniqlanadi, ayrim yuzaki venoz kapillyarlar butunligi buzilgan qisqa vaqt va kam qon oqishi
	Rentgenologik belgilar	Burun suyaklari lat yeyish yoki darz ketish belgilari aniqlanishi mumkin. Sinish muddati o'tkir davrga mos.	Burun suyaklari lat yeyish yoki darz ketish belgilari yuqori jag' suyagining peshona o'sig'i-dan boshqa yuz suyaklarida darz ketishlar bo'lishi mumkin. Sinish muddati singan yondosh suyaklarda

			analogik o'tkir davrga mos.
Boshqa tizimlar holati	O'zgarishsiz		Aniq o'zgarishlar topilmaydi.
Tiklanish muddati	5-6 kungacha, to'liq		6 kungacha
Asoratlar	Kuzatilmaydi.		Terida kichik chandiqlar qolishi mumkin.

Davomi

1	2	3	4
O'rta og'irlik darajasi	Tashqi klinik ko'rinishi	Burun terisida timalish, qontalash va yaralanishlar, shish, deformatsiyalar, tar-qoq og'riq, burundan qon ke-tishi 200 mlgacha, qisqa vaqt hushini yo'qotishi, dispeptik belgilar	Burun va yuz terisida timalish, qontalash va yaralanishlar, shish, kuchli tarqoq og'riq, butun yuz deformatsiya-si, burun va og'izda kapillyar kon ketishlar 200-250 ml ga-cha, hush yo'qotish, dispeptik belgilar
	Nafas olish funksiyasi	Shish, deformatsiyalar hisobiga burundan nafas olish buzilishi, yo'qolishi kuzatiladi. Tiklanishi uzoq davom etadi. To'liq og'iz orqali nafas oladi.	Tarqoq travmatik reaksiya ta'sirida burundan nafas olish to'liq buzilgan, faqat og'iz orqali qoplanadi.
	Hid bilish funksiyasi	Travmatik reaksiya natija-sida 5-6 kungacha susayadi, asoratlanishi mumkin.	Travmatik reaksiya oqibatida 6 -10 sutkagacha susayishi mumkin, asorat qoladi.
	Rinoskopik belgilar	Burun bo'shlig'i shilliq qavatida shish, rel'yefi o'zgargan, qizarish, giperemiya, tomirlar o'zilishi, sizayotgan qon aniqlanadi. Burun yo'li berkilib qolgan bir yoki ikkala tomonda.	Burun bo'shlig'i shilliq qavatida shish, rel'yefi o'zgargan, qizarish, giperemiya, shilliq qavat hamda tomirlar o'zili-shi qon oqishi ko'rinadi. Burun yo'li shilliq qavat travmatik shishi hisobiga berkilib qolgan bir yoki ikkala

		tomonda, orqa rinoskopiyada ham shu manzara.
Rentgenologik belgilar	Burun suyaklari sinib siljigan, suyak bo'laklari parchalanib ketishi, turli tekislikda turishi, siljish masofasi kattaligi (0,5 sm) aniqlanadi. Burun to'sig'i deformatsiyasi, sinish muddati o'tkir davrga mos.	Burun suyaklari sinib, statikasi tubdan buzilgan, yuqori jag' bo'shlig'i butunligi buzilgan, yuz suyaklarida siljigan sinishlar bo'lishi mumkin. Burun to'sig'i va noksimon teshik deformatsiya-si, sinish muddati singan yondosh suyaklarda analogik o'tkir davrga mos.
Boshqa tizimlar holati	MNT, nafas olish, hid bilish, hazm buzilishlari	MNT, nafas olish, hid bilish, hazm buzilishlari, ko'z yoshi to'xtamasligi, eshitish, ta'm bilish buzilishlari.

Davomi

1	2	3	4
	Tiklanish muddati	21 kundan uzoq	21 kundan uzoq
	Asoratlari	Tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'i postravmatik deformatsiyasi, hid bilish sustligi, ikkilamchi infeksion-yallig'lanishlar, atrofik rinit	Tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'i postravmatik deformatsiyasi, hid bilish sustligi, ikkilamchi infek-tsiyon yallig'lanishlar, atro-fik rinit. YUz terisida kosmetik chandiqlar qolishi mumkin.

Og'ir tan jarohati	Tashqi klinik ko'rinishi	Tashqi burun devorida uzilish, yulinish, o'tkir yaralanishlar, shish, deformatsiyalar, o'ta kuchli og'riq, burun tashqi va ichki qon ketishi 500 ml dan ko'p, hushini yo'qotishi, yaqqol asab va dispeptik belgilar, travmatik yoki gemorragik shok holati	Tashqi burun devorida uzi-lish, yulinish, o'tkir yaralanishlar, shish, deformatsiyalar, yuzning boshqa sohalarida shish, qontalashlar, o'ta kuchli og'riq, burun tashqi va ichki qon ketishi 500 ml dan ko'p, hushini yo'qotishi, yaqqol asab va dispeptik belgilar, umu-miy ahvoli og'ir travmatik yoki gemorragik shok holati
	Nafas olish funksiyasi	Burundan nafas olish yo'q, Og'iz orqali passiv nafas oladi.	Burundan nafas olish yo'q. Og'iz orqali passiv nafas oladi.
	Hid bilish funksiyasi	Yo'q	Yo'q
	Rinoskopik belgilar	Faqat burun dahlizini baholash mumkin	Qarshi ko'rsatma

Rentgenologik belgilar	Burun suyaklari parchalanib sinib siljigan, suyak bo'laklari notabiiy joylashuvi, turli tekislikda turishi, siljish masofasi kattaligi aniqlanmaydi. Burun to'sig'i deformatsiyasi, sinish muddati o'tkir davrga mos.	Burun suyaklari sinib, stati-kasi tubdan buzilgan, yuqori jag' bo'shlig'i butunligi buzilgan, yuz suyaklarida siljigan parchalanib sinishlar bo'ladi. Burun to'sig'i va noksimon teshik deformatsiyasi, sinish muddati singan yondosh suyaklarda anologik o'tkir davrga mos.
------------------------	---	--

Davomi

1	2	3	4
	Boshqa tizimlar holati	MNT, nafas olish, hid bilish, hazm buzilishlari, barcha tizimlar kompensator holatda	MNT, nafas olish, hid bilish, hazm buzilishlari, ko'z yoshi to'xtamasligi, eshitish, ta'm bilish, buzilishlari, shok holatiga mos keladi.
	Tiklanish muddati	Uzoq, tiklanmasligi mumkin	Tiklanmasligi mumkin

Asoratlar	Burunning butunlay yo'qolishi, tashqi burun chuqur deformatsiyasi, burun to'sig'i postravmatik deformatsiyasi, hid bilish yo'qolishi, ikkilamchi infeksiyon-yallig'lanishlar, atrofik rinit, umumiy mehnat faoliyatining yo'qolishi	Burunning butunlay yo'qolishi, tashqi burun chuqur de-formatsiyasi, burun to'sig'i postravmatik deformatsiyasi, hid bilish yo'qolishi, ikki-lamchi infeksiyon –yallig'lanishlar, atrofik rinit, umu-miy mehnat faoliyatining yo'qolishi. YUz terisida kos-metik chandiqlar qolishi mumkin. Ortga qaytmas orga-nik o'zgarishlar.
-----------	---	---

5.2-jadval

Burun suyaklarining alohida va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlarida tan jarohatining og'irlik darajasi bo'yicha taqsimoti

Daraja	Burun suyaklari jarohatlari				Jami	
	Burun suyaklarining alohida sinishi		Kallaning yuz qismi (yondosh) suyaklari bilan birga sinishi			
	abs	%	Abs	%	abs	%
Engil	132	22.1	75	12.7	207	34.7
O'rta	166	27.8	167	27.9	333	55.8
Og'ir	21	3.5	36	6.0	57	9.5
Jami	319	53.4	278	46.6	597	100

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, materiallarimizning ko'pchiligida, ya'ni 319 (53.4%) nafarida burun suyagining alohida sinishi kuzatilgan. Ularning tan jarohatining og'irligi bo'yicha aksariyati yengil 132 (22.1%) va o'rta 166 (27.8%) og'irlik darajasiga mansubligi aniqlandi. Faqat 21(3.5%) holatdagina og'ir tan jarohati aniqlangan. Bu jihatdan yuzning boshqa suyaklari sinishi qo'shilgan

holatda alohida tahlil qilinganda ma'lum qonuniyatga mos kelgan o'xshashlikni kuzatish mumkin. Aniqrog'i, bunda ham o'rta og'irlik darajasi yetakchiligi ko'zga tashlansa (167 holat, 27.9%), og'ir daraja ham mos ravishda (6.0%) kamchilikni tashkil etadi. Lekin umumiy jihatdan qo'sh jarohatlanishlarda og'ir tan jarohati qariyb 2 barobarga ortishi ko'zga tashlanadi.

SHunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlar asosida xulosa qilish mumkinki, burun suyaklarining alohida sinishi ayrim hollardagina og'ir holatga molik bo'lsa, unga kallaning yuz qismi suyaklari jarohatlari qo'shib kelganda og'ir tan jarohati kelib chiqish ehtimolligi ikki hissa ortishi kuzatiladi.

Mazkur algoritm bo'yicha yaratilgan dastur uchun O'zbekiston Respublikasi Davlat patent idorasi tomonidan mualliflik guvohnomasi taqdim etildi (№ (11) DGU 01548, (21) DGU 2008 0095).

Biz taklif etgan usulning afzalliklari shundaki, R-4 komp'yuteri bazasida tayyorlangan dasturga kiritilgan ma'lumotlar asosida qisqa vaqt ichida hamda standart ravishda tan jarohatining og'irlik darajasini aniqlash imkonini beradi.

Tahlillar davomida tan jarohatining og'irlik darajasi o'zgarishiga, o'z vaqtida ekspert xulosasi tayyorlashga mone'lik qilgan qator holatlar aniqlandi. SHu bois keyingi navbatda biz ushbu jihatlarga e'tibor qaratdik.

Materiallar tahlili natijasida barcha kamchiliklar qayd etib, atroflicha tizimga solindi. O'rganilgan kamchiliklar oqibatida kelib chiqqan asoratlarga e'tibor qaratildi. SHuningdek ushbu kamchiliklarning sud tibbiyoti va ekspertlari amaliyotidagi ahamiyati chuqur o'rganildi.

Dastavval birlamchi tibbiy yordamgacha kuzatilgan (24 holat, 4.02%) moneliklar tahlil qilindi.

5.3-jadvalda keltirilgan ma'lumotlarga binoan o'rganilgan 597 nafar jabrlanuvchilarning 24 tasi (4.02%) poliklinika yoki kasalxonaga turli sabablar bilan jarohatlanishdan 3-7 kun keyin murojaat qilganlar. Ularning aksariyati (10 nafar) o'zlarini davolashga harakat qilganlar

(sovuq suv bilan qayta-qayta yuvish, nosteril paxta yoki bintlar bilan tiqin qo`yish bilan chegaralanganlar).

5.3-jadval

Jabrlanuvchilarning tibbiy muassasalarga kechikib murojaat qilish sabablari

№	Sabablar	Abs	%
1.	Tibbiy malaka yetishmasligi	7	29.2
2.	O`zicha davolanishga harakat qilish	10	41.7
3.	Hushsizlik holatida	2	8.3
4.	Javobgarlikdan o`zini chetga olish	3	12.5
5.	Boshqalar	2	8.3
	Jami:	24	100

Misol 3. Bemor T.N. Kasallik tarixi № 14754/2008 Jinsi: Ayol, YOshi – 22, Kasbi - talaba, Kasalxonaga yotgan kuni 1.12.2002y. Kasalxonadan chiqqan kuni - 9.12.2002y, Kasalxonada davolangan muddati - 8 kun, Anamnezidan faqat bosh og`rishi, aylanishi, ko`ngil aynib, qon qusganligi, ishtahasi yo`qligi. Bemor 1 hafta oldin burnidan jarohat olganini xafta davomida nosteroid preparat qabul qilganligini yashiradi.

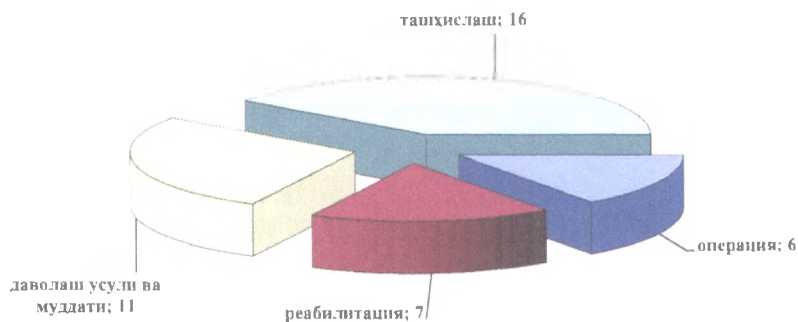
Klinik ko`ruvda – terisi rangpar, nafas olish og`iz orqali, dispeptik holat tufayli qorinda og`riq, jigar va taloq kattalashmagan.

Qon tahlili - Eritrotsitlar- $3,9 \cdot 10^{12}$, Nv-85, rang ko`rsatkich-0.8 Leykotsitlar- $6,5 \cdot 10^9$ , Eozonofillar – 2, Neytrofil tayogacha-1, segment-62, Limfotsitlar-32, Monotsit-3, ROE-11, Peshob tahlili - Rangi-somon rang, tiniq, reaksiya-kislotali, solishtirma og`irligi-1028, oqsillar-abs, Leykotsit-0,12, yassi epiteliy-0,25, eritrotsitlar – yo`q. “Qizilo`ngachdan qon ketish” dastlabki tashhisi bilan xirurgiya bo`limiga yotqizilgan. Ertalabki professor ko`ruvi vaqtida otorinolaringolog ko`ruvi tavsiya qilinadi. LOR ko`ruvida burun tubidan qon sizib turganligi aniqlanadi va rentgenografiya tekshiruvi o`tkaziladi. Rentgenogrammada burun suyagi va dimog` suyagi

singanligi aniqlandi va LOR bo'limiga o'tkazilib, operatsiya qilindi. Operatsiya №729, 3.12.2002y.

Tahlil davomida tibbiy yordam ko'rsatishga aloqador kamchiliklar tavsifiga qarab quyidagilarga ajratildi (ris. 5.1):

- 1) tashhislashdagi – 16;
- 2) davolash usuli va muddatini noto'g'ri tanlashga aloqador – 11;
- 3) operatsiya davomida yo'l qo'yilgan – 6;
- 4) reabilitatsiya davrida kuzatilgan kamchiliklar – 7.



5.1- rasm. Tibbiy yordam ko'rsatishga aloqador kamchiliklar

Tashhislashda kuzatiladigan xatoliklar

Tashhislash tadbirlarini tezkor va to'g'ri tashkil etish, kasallikning davolash natijasining samaradorligini oshiradi. O'rganilgan 597 holatdan tashhislashdagi kamchiliklar 16 (2.68%) nafar bemorda aniqlandi.

16 nafar tashhislashda kuzatilgan kamchiliklarning aksariyati (5 nafar bemorda (31,25%)) bosh miya chayqalishi alomatlariga e'tibor berilmagan. Ularga poliklinika sharoitida jarroh tomonidan birinchi yordam ko'rsatilgan. Ushbu bemorlarning 4 nafarida rentgenogrammada burun suyaklari sinib, suyak bo'laklari qoniqarli turishi tashhisini tasdiqlagan. Neyroxirurg yoki nevropatolog maslahati buyurilmagan (5.4-jadval).

5.4-jadval

Tashhislash jarayonida aniqlangan kamchiliklar

№	O`rganilgan kamchiliklar turi	Uchrashi	%
1.	Hidlov nervining jarohatlanishini aniqlanilmasligi	1	6.25
2.	Bosh miya yopiq jarohatiga e`tibor bermaslik	5	31.25
3.	Burun tubi qon ketishini e`tibordan chetda qoldirish	3	18.75
4.	Kallaning yuz qismi suyaklaridagi sinishlarni aniqlanmasligi	4	25
5.	Eski sinish alomatini yangidan hisobga olish	3	18.75
Jami:		16	100

Sud-tibbiy eksperti tomonidan neyroxirurg va nevropatolog maslahatiga yuborilganda “Bosh miya yopiq jarohati, bosh miya chayqalishi” tashhisi qo`yilgan. Burun suyaklari alohida rentgenografiyasi yon proyeksiyada buyurilgan bemorlarning 4 tasida yuqori va pastki jag` suyaklari sinishlari aniqlanmasdan davolash boshlab yuborilgan. Nazorat rentgenografiyasida old proyeksiyasida mazkur sinishlar va 2 ta holatda burun to`sig`ining deformatsiyasi aniqlangan. Faqat bitta bemorda davolanishdan keyin nafas sezgisi yo`qolganligi, ya`ni hidlov nervi jarohati neyroxirurg qabulida aniqlangan bo`lsa 3 holatda burun tubi qon ketishini e`tibordan chetda qoldirilgan. Burun sohasida tiralish, shilinish va milklari lat yegan 3 bemorda rentgen tasvirda “Burun suyagi sinishi” deb baholangan. Keyingi kuzatuv va qayta anamnez yig`ish natijasida “Burun suyaklarining eski jarohati” deb baholandi.

Davolashda yo`l qo`yilgan kamchiliklar 11 ta holatda yuzaga kelgan bo`lib, buning oqibatida yotoq kuni va davolanish muddati uzayganligi kuzatilgan.

Tibbiy dori vositalarni ishlatmaslik yoki chala qo`llash (antibiotiklar, qon to`xtatuvchi va diuretiklar) – 5.

Faqat burun bo`shlig`ini tamponlash bilan chegaralanish – 4;

Bosh miya jarohatlarini davolash maqsadida burun suyaklarini repozitsiya qilish jarayonini orqaga surish – 2 nafar bemorda kuzatilgan.

Reabilitatsiya jarayonida bemorlar jarohatining asoratli yoki asoratsiz kechishi ma'lum bo'ladi. Bemorlarning shifokor tavsiyalariga amal qilmasligi, yohud o'z vaqtida nazoratga kelmasligi yoki boshqa sabablar tufayli kuzatuvdagi bemorlarning kasallik tarixlarining 7 tasi reabilitatsiyaga oid deb hisobladik. Bularda reabilitatsiyaga oid tavsiyalar chiqaruv epikrizining "tavsiyalar" qismida ko'rsatilmagan.

Bundan tashqari deformatsiya, shish, qon ketish kabi klinik belgilarning to'liq bartaraf qilinishini kutib, suyak bo'laklari siljishiga, burun yondosh bo'shliqlari devori butunligi buzilishlari, burun devoridagi gematomalarga e'tibor bermaslik hollari kuzatilishi mumkin, lekin mazkur holatlar biz tahlil qilgan materiallarda aniqlanmadi.

Operatsiya jarayonida sodir etilishi mumkin bo'lgan xatoliklar adabiyotlarda ko'plab yoritilgan. Biz tahlil qilgan materiallarda faqat 6 nafar bemorda operatsiya jarayonida burun to'sig'i asossiz olib tashlangan va ikkilamchi deformatsiya va operatsiyadan keyingi atrofiya kuzatilgan.

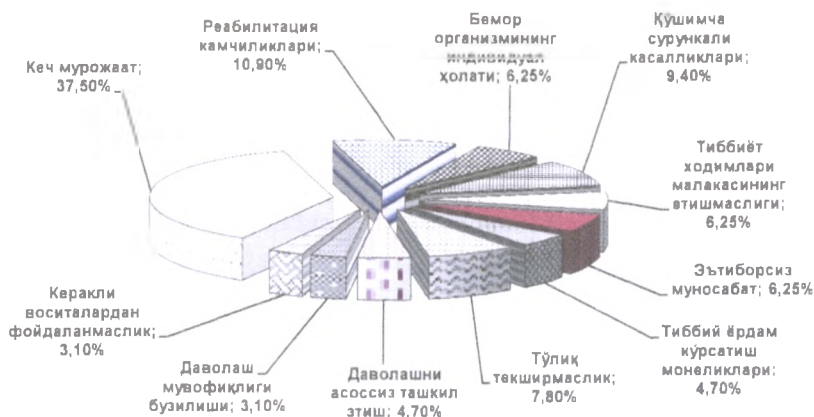
Bundan tashqari, tibbiy muolajalarni tayinlash va o'tkazishda, tashhis qo'yishni kechikishi, dispanser kuzatuv hamda tibbiy hujjatlarini to'lg'azishda yo'l qo'yilgan kamchiliklar ham atroflicha o'rganildi. Bunda, ayniqsa, kasallik tarixini qisqartirib yozilishi, ayrim yozuvlarning bo'lmasligi, har xil qarama-qarshi so'zlarning ishlatilishi kabi holatlar atroflicha o'rganildi. SHuningdek, har xil travmatologik davolash muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatishda yo'l qo'yilgan xato va kamchiliklar ham yetarlicha tahlil qilindi hamda buning sabablariga ahamiyat berildi.

Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda yo'l qo'yilgan kamchiliklarning sabablari 5.2-rasm va 5.5- jadvalda keltirilgan (64 holat, 10.72%).

5.5-jadval

Tibbiy yordam ko'rsatish nuqsonlari yuzaga kelishining sabablari

No	Sabablar	Uchrash soni	%
1.	Tibbiyot xodimlari malakasining yetishmasligi	4	6,25
2.	E'tiborsiz munosabat	4	6,25
3.	Tibbiy yordam ko'rsatishdagi ob'yektiv moneliklar	3	4,7
4.	Tekshirish ishlarini to'liq o'tkazmaslik	5	7,8
5.	Davolashni asossiz tashkil etish	3	4,7
6.	Davolashda muvofiqlikka rioya qilmaslik	2	3,1
7.	Kerakli vositalardan foydalanmaslik	2	3,1
8.	Kech murojaat qilish	24	37,5
9.	Reabilitatsiya kamchiliklari	7	10,9
10.	Bemor organizmining individual holati	4	6,25
11.	Qo'shimcha surunkali kasalliklar	6	9,4
	Jami:	64	100



5.2-rasm . Tibbiy yordam ko'rsatish nuqsonlari yuzaga kelishining sabablari

Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishdagi xato va kamchiliklarni aniqlashda komission sud tibbiyoti ekspertizasi tayinlanishi, o'tkazilishidagi tashkiliy – protsessual, metodik va ekspertiza muammolari hamda komissiya faoliyatida kuzatiladigan kamchiliklarni o'rganish ham muhim vazifalardan biridir.

YUqorida keltirilgan savollarni yechilishida tahlil qilingan barcha materiallar komission sud tibbiyoti ekspertizasi o'tkazishni sifatini yaxshilashda, ekspertlar komissiyasi xulosasini isbotlash va asoslashni oydinlashtirishda ko'maklashadi.

SHunday qilib, tibbiy yordam ko'rsatishda yo'l qo'yilgan xatoliklarni tahlili shuni ko'rsatadiki, Lor-jarrohlari ko'pincha burun suyaklari jarohatlangan bemorlarga yordam ko'rsatayotganda ushbu sohani anatomik xususiyatlarini yaxshi bilmasligi, qon tomir va nervlari jarohatlarini diagnostik usullari, birlamchi xirurgik qayta ishlash texnikasi hamda bu sohada tiklanish operatsiyalari bilan yetarlicha tanish bo'lmaganliklari uchun bemorlarni operatsiyadan keyingi holatini kuzatishga yaxshi yondosha olmaydilar. SHuning uchun ham burun jarohatlanishida qilingan birlamchi yondoshuvlarda yo'l qo'yilgan xatoliklar tufayli jabrlanuvchi ish qobiliyatini tiklanish imkoniyatini kamaytiradi. O'z navbatida, keltirilgan ma'lumotlar sud tibbiyoti ekspertlari faoliyatida komission ekspertiza o'tkazishda aniq yo'llanma beradi.

Beshinchi bob yuzasidan xulosalar

Burun va kallaning yuz qismi jarohatlarini tashhislash va davolashda yo'l qo'yilgan kamchiliklar sud-tibbiy ekspertiza natijalari ishonarliligiga ob'yektiv ta'sir qiladi.

Yo'l qo'yilishi mumkin kamchiliklar asosan bemorning tibbiy madaniyati, tashhislashning kompleks olib borilishi, davolashning asoslanganligi va sud-tibbiy baholashning aniq mezonlariga ta'sir qiladi.

XOTIMA

Burun jarohatlarida bemorlar boshqa ustun jarohatlar tufayli travmatologiya, neyroxirurgiya va xirurgiya bo'limlarida, yoki alohida kuzatilganda ambulator ravishda davolanganligi sababli ularni na statistik, na klinik tahlil qilinishiga imkoniyat kamchilikni tashkil etadi. Bundan tashqari burun jarohatlarida kuzatiladigan kosmetik noqulayliklar, burun bo'shlig'ining yondosh bo'shliqlar va tizimlar bilan aloqadorligining buzilishi ayrim funksional o'zgarishlarga sabab bo'lishi mazkur holatda burun anatomik tuzilmasining qay darajada buzilishini o'rganishni talab etadi.

Adabiyotlar ma'lumki, burun bo'shlig'i shilliq qavati tomir va nervlarga boy bo'lib, qon bilan ta'minlanishi ichki va tashqi uyqu arteriyalari shoxlari hisobiga bo'ladi. Burun bo'shlig'i arteriyalari o'zaro va qo'shni arteriyalar bilan anastamozlanib, tomir to'rini hosil qiladi. Burun bo'shlig'i venalari shu nomli arteriyalarni takrorlaydi. Venalar ham o'zaro va qo'shni venalar bilan anastamozlar hosil qilib, bu infeksiyani boshqa a'zolarga o'tishida katta ahamiyatga ega [9, 15, 37, 106].

Ko'pgina olimlarning fikricha, burundan qon ketishi burun suyaklari jarohatida yetakchi belgilardan biridir. Bunda qon ketish bir yoki ikki tomonlama, qisqa yoki uzoq vaqt davom etishi, kam yoki ko'p bo'lishi mumkin [2, 20, 25, 113, 121, 132, 145].

B.V. Shevrigin hammual., [106]; A.P.Kravchuk, [37]; I.V. Galkin [19] fikricha, burun jarohatini o'ziga xos xususiyati, burun shakli, aerodinamikasini buzilishi bilan birga ba'zida yoki ko'p hollarda burunning hid bilish vazifasini ham buzilishidir. Hid bilishning turg'un buzilishiga sabab, tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'ini qiyshayishi, siljishli sinishlarda suyak bo'lagi bilan hid bilish analizatorlarini ezilishi va hid bilish sohasiga qon quyilganda, keyinchalik shu sohada chandiq hosil bo'lganda hid bilish ipchalarini bosilishidir.

Burundan nafas olishni buzilishi oshqozon - ichak yo'llari faoliyatiga ta'sir etishi natijasida burunning boshqa vazifasi, oshqozon

– ichak traktiga bog'liq hid bilish faoliyatini buzilishiga sabab bo'ladi. O'tkazilgan ko'pgina ishlardan ma'lumki, hid bilishning buzilishi asosan, burun suyaklarini sinishi va suyak bo'laklarini siljishi (yonga, burun bo'shlig'iga) aralash turida, burun to'sig'ini gematomasi, ho'ppози bilan asoratlangan suyak sinishida ko'proq kuzatiladi [14, 19, 106].

Burun suyaklarining sinishlarining siniq bo'laklari siljishining xususiyatiga qarab, klinik ko'rinishi yoki rentgen tekshiruvlari ma'lumotlariga asoslangan holda bir necha xil tasnifi mavjud.

V.N.Okunev (1917) burun suyagi sinishining 3 turini farqlashni tavsiya qiladi. Bu tasnif siniqlar siljishining xarakterini aks ettirmaydi. V.G.Ginzburg (1944) rentgen suratlari xususiyatlaridan kelib chiqqan holda sinishlarga tasnif beradi. S.A.Proskuryakov (1947) tomonidan esa sinishlarning yetarli darajada to'liq va anchagina murakkab tasnifi tavsiya etiladi. Ushbu tasnif burun sinishining barcha turlarini o'zida mujassamlashtiradi, lekin juda katta bo'lmaganligi sababli undan klinikada foydalanish ancha qiyin. Ushbu tasniflash oddiy bo'lib, amaliyot shifokorlari uchun qulay, lekin u sinishlarning siljishi xususiyatlarini aks ettirmaydi, xususan burun devori tushishi bilan bo'lgan sinishlarni kiritmaydi.

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

Rentgenologik tekshiruv ma'lumotlariga asoslangan tasniflash ye.U.Fomicheva (1955) tomonidan tavsiya etilgan bo'lib, sinishlar siljishining 3 darajasini farqlaydi. Tasnifga shuningdek, burun to'siqlari sinishlari ham kiritilgan. Ko'rinish turibdiki, bunda klinikada rentgenologik tasnifni birlashtirishga harakat qilingan. Lekin bu tasnif ko'proq burun orqasini orqa tomonga tushishi kabi siniqlarga taaluqli bo'lib, buni siniqlarni yon tomonlama siljishda qo'llash qiyinchilik tug'diradi.

YU.N.Volkov (1958) sinishlarni ochiq yoki yopiqligi, asoratlariga qarab bo'lishini taklif etadi. F.S.Bokshteyn (1982) tasnifi alohida

diqqatga ega bo'lib, bunda sinishlar turi qanday bo'lmasin, barcha deformatsiyalarni 4 turga bog'laydi.

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

Demak, burun suyaklarining alohida va aralash jarohatlarining kelib chiqishi, ularni o'z vaqtida muqobil tashhislash usullari, to'g'ri maqsadga yo'naltirilgan davo choralarini qo'llash va reabilitatsiya qilish masalalari adabiyotlarda keng yoritilgan. Ularini atroflicha tahlili klinik va paraklinik tekshirishlar natijasiga ko'ra tizimga solingan, ammo masalaning tasnifiy jihatlariga kam e'tibor berilgan. YUz skeletining jarohatlari kuzatilgan jabrlanuvchilarda tan jarohatlarining og'irlik darajasini aniqlash borasida ularning 30% i burun sohasiga to'g'ri keladi.

Burun suyaklari qirrasi siljimasdan sinishi tan jarohatining "Engil" darajasiga kirib, bunda ko'pincha burun suyaklarining chetlarini sinishi natijasida shilliq parda yirtilishlari nafas olishning buzilishiga, qon ketishiga, nafaqat sog'liqning buzilishiga, balki umumiy mehnat qobiliyatining yo'qotilishiga sabab bo'ladi [2, 22, 27, 41, 86, 108].

Burun suyagini sinishi og'irlik darajasini quyidagi belgilarga ko'ra baholash zarur: "Hayot uchun xavfli", "Sog'liqning yo'qotilish muddati", "Umumiy mehnat qobiliyatining turg'un buzilishi". Bu mezonlarga qarab burun suyagi sinishlarini "Engil", "Qisqa vaqtga sog'liqni yo'qotilishi bilan kechuvchi, yengil jarohat", "O'rta og'ir" deb baholash mumkin. Burun suyagini boshqa yuz suyaklari bilan birga sinishini esa "Og'ir" deb baholanib, keyinchalik yuzaga chiqadigan deformatsiyani hisobga olish kerak [23, 35, 39, 44, 71, 73, 92, 93, 97].

Ko'pgina olimlarning fikricha, ishga layoqatsizlik kunlari o'rtacha 25,5 kunni tashkil etib, uning uzayishi yoki qisqarishi o'tkazilgan davo choralariga bog'liq [22, 24, 27, 29, 41, 86, 94]..

V.N. Gubin [23] 105 klinik kuzatuv hamda 498 sud-tibbiy ekspertiza xulosalarini tahlili asosida burun suyaklari sinishida tan jarohati og'irlik darajasini aniq ko'rsatish uchun jabrlanuvchini batafsil klinik ko'rikdan o'tkazishdan tashqari qator maxsus va laborator tekshiruvlarni o'tkazishni taklif etadi: rinoskopiya, rentgenografiya (turli sathlarda), nevrologik holatini aniqlash, neyroxirurg va oftal'molog ko'ruvi, bakteriologik, burun shilig'i pH-metriyasi, sitologik, elektrotermometriya, rinopnevmometriya, ol'faktometriya, EEG.

SHunday qilib, tirik shaxslarda burun suyagi va yuz skeleti sinishi ko'rinishidagi tan jarohati og'irlik darajasini aniqlash holatlari tez-tez uchrab turadi. Bu borada ilmiy adabiyotlarda ko'plab tavsiyalar, uslublar keltirilishiga qaramasdan sud-tibbiy jihatlarini to'liq yoritilmagan. Sud tibbiyoti amaliyotida mazkur jarohatlar og'irlik darajasini ob'yektiv baholash mezonlari aniq ifodalanmagan.

Ko'plab klinik tasniflar taklif etilgan, lekin barchasi ayrim juz'iy kamchiliklardan holi emas. Sud tibbiyoti va klinik jihatlarini o'zida mujassamlashtirgan yagona tasnif yaratilmagan.

Burun suyaklarining sinishlarida jarohat og'irlik darajasini baholash mezonlari taklif qilingan, lekin ilmiy jihatdan asoslanmagan va aniqlik kiritishni talab qiladi.

Tekshirishlar sud-tibbiy ekspertizasi qilingan 506 holatning ekspert xulosalari va 91 nafar bemorlar hamda ularning tibbiy hujjatlari ma'lumotlari, jami 597 holat bo'yicha tahlil o'tkazildi. Tekshirish usullaridan: rentgenografiya, elektrentgenografiya, ul'tratovush tekshiruv va burunning maxsus instrumental tekshirish usullari yordamida bemorlarning jarohatlanish muddatlari, davrlari va oqibatlari sud-tibbiy baholandi. Bobda har bir tekshirish usullariga mufassal to'xtalib o'tildi.

2000-2005 yillar oralig'idagi Toshkent shahar hokimiyati SSB qoshidagi STE byurosiga qarashli II-sud-tibbiy ekspertizasi

shahobchasidagi 506 ta burun suyaklari sinishi tashhisi tasdiqlangan sud-tibbiy xulosalari, hamda Toshkent shahar tez-tibbiy yordam klinik shifoxonasining “YUz-jagʻ jarrohligi” boʻlimida burun suyagi va yuz skeleti jarohati bilan davolanayotgan 91 nafar bemor xamda ularning tibbiy xujjatlari (kasallik tarixi)da bayon qilingan maʼlumotlar, jami 597 holat tahlili oʻrganildi..

Tahlil natijasida burun suyaklarining sinishlari ayollarga (31.0%) nisbatan, erkaklarda koʻproq uchrashi aniqlandi (69.0%). Xuddi shu yoshda odamlar mehnat jarayonida, jamoat hayotida, sportda ancha faol boʻlishadi.

Burun suyaklarining siljib sinishi (344 ta) bilan statsionarda davolangan bemorlar koʻpchilikni tashkil etadi. Ularning 40 tasi erkaklar hisobiga toʻgʻri keladi. Bosh miya chayqalishi, burun suyagi siljib sinishi bilan birgalikda kelish holati 6.5 %, aynan bosh miya chayqalishi bilan faqatgina suyak boʻlaklarining siljimaganligi 7.9 %, qoʻsh jarohatlar esa (56 ta) 9.4 % holatda kuzatildi.

Burun jarohatlarining kelib chiqish sabablari kriminal holatlarda aksariyat spirtli ichimliklar isteʼmol qilish oqibatida sodir boʻladi. Biz tahlil qilgan materiallarda ham 12.2 % holatda jarohatlanishlarga mastlik holati sabab boʻlgan.

Aksariyat bemorlar jarohatlangan zahoti kasalxonaga murojaat qilmaganlar. Tahlil davomida shunisi maʼlum boʻldiki, kasallik anamnezida (anamnesis morbi) dastavval sovuq qoʻyib, oʻz-oʻzini davolash uchun uyda xarakat qilib, samara bermagach turli muddatlarda kasalxonaga kelganlar. Bemorlarning koʻpchiligi shikastlangandan keyin 6-7 kunlarida kasalxonaga murojat qilganlar.

Jabrlanuvchilarning murojaati vaqtida yoshi, umumiy ahvoli, jarohatning ogʻirlik darajasi, asoratlarning kuzatilish moyilligiga qarab davolash muolajalari oldidan ogʻriqsizlantirish amalga oshirilgan. Umumiy ogʻriqsizlantirish asosan 10 yoshgacha boʻlgan bolalarda hamda oʻrta, ogʻir darajadagi jarohatlar, bosh miya shikastlanishlari yoki tananing boshqa qismlarida koʻplamchi jarohatlarning qoʻshilgan holatlarida amalga oshirildi. Bunda bosh miyaning turli darajadagi (chayqalishi - 31, lat yeyishi - 7) jarohatlari

vaqtida aksariyat hollarda dastlab 3-5 kun muddat og'riqsizlantirish ostida yotoq tartibi joriy qilinib, umumiy ahvoli yaxshilangandan so'ng burun suyaklari repozitsiyasi o'tkazilgan. Umumiy og'riqsizlantirilgan bemorlarning 16 nafarida kallaning yuz qismi suyaklari (yuqori jag' - 2, pastki jag' - 7, burunning pastki chig'anog'i - 6, peshona o'sig'ining oldingi plastinkasi - 1) jarohatlari birga uchragan bo'lsa, 11 holatda esa tananing boshqa qismi suyaklarida bir nechta jarohatlari bilan birga kuzatilgan.

SHunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot natijalaridan ma'lum bo'ldiki, burun suyaklari jarohatlarida muolaja-tahlil harakatlari quyidagi umumiylik kasb etadi:

1. Aksariyat hollarda burun suyaklarining sinishi boshqa jarohatlar bilan qo'shilib kelishi tibbiy yordam ko'rsatish xajmini baholashda inobatga olinadi.

2. Ko'z kosasi sohasiga e'tibor qaratish: ko'z kosasi atrof yumshoq to'qimasida qon quyilishlarning bo'lishi kalla suyagi asosining singanligidan dalolat beradi (ko'zoynak belgisi).

3. Burundagi likvoreya kallaning asos qismidagi g'alvirsimon suyakning sinishidan dalolat berib, bemor ahvolining og'irlashuviga sabab bo'ladi.

4. SHoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish: qon oqishini to'xtatish, og'riqlantirishni amalga oshirish.

5. Bemorga ixtisoslashgan yordam ko'rsatishni tashkil qilish.

6. Ko'ruv vaqtida (paypaslab ko'rishda) og'riq lokalizatsiyasi, tashqi burun deformatsiyasi, burun to'sig'ining holati, burundan nafas olishning qiyinlashish darajasiga hamda burundan qon ketishi.

Tahlil materiallarida asosan yuqoridagi umumiylikka yondoshilgan, lekin jabrlanuvchilarning murojaat davri, birlamchi ambulator ma'lumotlar sayozligi, diagnostik maqsadda faqat bir yon tomondan rentgen tasvirga tushirilishi hamda rinoskopiya usulidan foydalanish yetarli bo'lmasligi ma'lum bo'ldi. Bunda jarohatlangan burun nafas faoliyatining buzilishi va suyak bo'laklarining faqat bir sath bo'yicha siljishini aniqlash mumkin bo'ladi. Ushbu jarohatlarni

har tomonlama chuqur tahlil qilish, aniq bir tizimga solish maqsadida tadqiqot materiallari ma'lumotlariga tayanib klinik va sud-tibbiy jihatlarini ochib beruvchi tasnifni taklif etdik.

Bugungi kunda sud-tibbiy ekspertizasida burun suyaklari jarohati oqibatida jabrlanuvchining holatini aniq baholash ekspertlar oldida ayrim qiyinchiliklar tug'dirayotganligini hisobga olib, biz tahlil qilingan materiallar natijalariga tayanib, o'zimiz ishlab chiqqan tasnifni taklif etdik:

1. Tavsifiga ko'ra:

A. Ochiq sinishi

B. YOpiq sinishi

2. Suyak bo'laklarining holatiga binoan:

A. Suyak bo'laklarining siljishi (ichkariga, tashqariga, yonlama, qiyshiq);

B. Suyak bo'laklari siljimagan (siniq chizig'i ko'ndalang, yonlama, qiyshiq yo'nalgan);

3. Joylashishiga qarab:

A. Ikki tomonlama (ko'ndalang, qiyshiq, parchalanib, ko'p parchalanib);

B. Bir tomonlama (ko'ndalang, qiyshiq, parchalanib, ko'p parchalanib);

4. Nafas olish faoliyatining buzilishiga ko'ra:

A. Burun orqali nafas olish buzilmagan

B. Burun orqali nafas olish qiyinlashgan

V. Burun orqali nafas ololmaydi

5. Asoratlari:

A. Erta: a) burundan qon ketishi; b) travmatik (postgemorragik) shok.

B. Kechki: a) burun to'sig'ining qiyshayishi; b) nafas yo'llarining torayishi; v) ko'z yosh kanalining berkilib qolishi; g) hid bilish funksiyasining buzilishi.

Burun suyaklari jarohatlarida jabrlanuvchilar olgan tan jarohatlarining og'irlik darajasiga qarab:

1. yengil tan jarohatlari:

A. Burun devorlarining tashqi kichik jarohatlari (shilinish, qontalash,

kichik yuzaki yaralar) kirib, bunday bemorlar ambulator sharoitida davolanadilar.

B. Burun qanot tog'aylarining lat yeyishi (nafas olish jarayoniga monelik kuzatilmaydi), 7 kungacha sog'lig'i tiklanadi.

Engil tan jarohatlari guruhiga qisqa vaqt sog'liqning buzilishi yoki mehnatga layoqatlilikning ahamiyatsiz kamayishi kiradi:

a) burun devorlarining kichik jarohatlari, singan suyak bo'laklarining siljimagan sinishlari;

b) burun suyaklarining bir tomonlama yopiq sinib, suyak bo'laklarining siljimagan holati;

v) burun yon devori tog'aylarining lat yeyishi;

g) burun suyaklari yopiq sinib, suyak bo'laklarining siljimagan yoki qoniqarli holati;

d) burun to'sig'ining siljimagan sinishlari.

Bu guruhga kiritilgan jarohatlar quyidagicha umumiylik kasb etadi:

1) Sog'liqning qisqa vaqt buzilishi 6 kundan - 21 kungacha davom etadi.

2) Mehnat qobiliyatining turg'un yo'qotilishi 10% gacha bo'ladi.

2. O'rtacha og'irlikdagi tan jarohatlari:

1. Burunning hayot uchun havf tug'dirmaydigan jarohatlari.

2. Sog'liqning buzilishi davomiyligi 21 kundan ko'p davom etadi.

3. Mehnat qobiliyatining turg'un uchdan bir qismigacha (10 % dan ko'p 33% gacha) yo'qotilishi bilan kuzatiladigan jarohatlar kiritiladi.

Ularga quyidagilar kiradi:

a) sinish oqibatida burunning yarmida deformatsiyalar kuzatilishi, shilliq qavat shishib, burun yo'lini qisman to'sib qo'yishi;

b) suyak bo'laklari siljishi natijasida burun shilliq qavatining butunligi buzilib qon ketishi;

v) burun suyaklarining ochiq siljib sinishi;

g) burun devori tog'aylari va suyaklarining bir tomonlama sinishi;

d) burun suyaklarining yopiq siljib sinishi natijasida tashqi teshiklarining qisman berkilishi;

e) burun suyaklarining ochiq, parchalanib sinishi;

- j) nafas olish, ko'z yosh kanali, g'alvirsimon suyak teshiklari faoliyatining to'liqsiz buzilishlari bilan kechadigan sinishlar;
- z) burun suyaklarining kallaning yuz qismi suyaklari bilan birgalikda sinishi;

3. Og'ir tan jarohatlari:

- 3) Hayot uchun havf tug'dirgan jarohatlar, travmatik shokning og'ir darajasi, ko'p qon yo'qotish natijasida postgemorragik shok rivojlanishi;
- 4) Mehnat qobiliyatini turg'un uchdan bir qismini yo'qotish (33% dan ortiq) bilan kuzatiladigan jarohatlar kiritiladi;

Ularga quyidagilar kiradi:

- a) burun suyaklarining ko'plab parchalanib sinishi oqibatida travmatik shok kelib chiqish holati;
- б) suyak bo'laklarining siljishi natijasida yirik qon tomirlarning jarohatlanishi natijasida gemorragik shokning yuzaga kelishi;
- в) burun suyaklari sinishi oqibatida yumshoq to'qimalarning keng jarohati tufayli yuzaga keladigan tiklanmaydigan o'zgarishlar (qo'pol chandiqlar), (sud-tergov vakillari tomonidan baholanadi);
- г) burun suyaklari va burun to'sig'ining sinib, ichkariga siljishi hamda burun yondosh bo'shliqlari butunligining buzilishi;
- д) burun suyaklarining kallaning asos qismi suyaklari bilan birgalikda sinishi;
- е) nafas olish, ko'z yosh kanali, g'alvir teshiklari faoliyatining to'liq buzilishlari bilan kechadigan sinishlar;
- ж)burun devorlarining to'liq deformatsiyalari (burun funksiyasining to'liq tiklanmaydigan buzilishi).

SHunday qilib, biz taklif etgan burun suyaklari jarohatlari tasnif mazkur jarohatlanishlarda klinik tashhislash, davolash va salomatlikni tiklash tadbirlarini muvofiqlashtirishda, shuningdek sud-tibbiy ekspertizasida jarohatning tavsifi hamda tan jarohatining og'irlik darajasini tez va aniq ifodalashda munosib ahamiyat kasb etadi.

Taklif etilgan tasnif asosida burun suyaklari jarohatlarida tan jarohatining og'irlik darajasi va mehnat qobiliyatining yo'qotish holati yuzasidan ekspertiza amaliyotida kuzatiladigan muzokarali

jarayonlarni tartibga solish hamda amaliy tibbiyotda soha mutaxassislari faoliyatida ancha qo'l keladi.

Burun suyaklarining alohida jarohatlanishida burun bo'shlig'i anatomik tuzilmalaridagi rentgenologik o'zgarishlar, 50 holatning rentgenogrammalari sinchiklab o'rganilganda asosiy rentgenologik belgi – burun bo'shlig'i qarama-qarshi yarimlari asimmetriyasi barcha bemorlarning 29 nafarida kuzatilib, aynan shu bemorlarda burun to'sig'ida qiyshayish (11ta), turli darajadagi nuqsonlar ochilishi (4 ta), chig'anoqlar uzilishi (pastki-5 ta, o'rta-2 ta) va burun suyagi siniq bo'laklarining rotatsiyasi (to'g'ri chiziqli bo'yicha aylanishi-7 ta) holatlari qo'shilib kelganligi aniqlandi.

Tekshirishlarimizda yanada aniqlikka erishish uchun rentgenometriya usulidan foydalanishga jazm etdik. Barcha rentgen suratlarda jarohat muddatini aniqlashda burun suyaklaridagi deformatsiyalar katta ahamiyat kasb etmasligini hisobga olib, siljish masofasi (markaziy bo'lak sathidan periferik bo'lakning uzoqlashishi), sinish masofasi (siniq bo'laklar orasidagi masofa) hamda qadoq tarqalgan masofaga e'tibor qaratdik va uni statistik tahlil qilib, aniqlik muddat uchun umumiylik tomonlarini birlashtirdik.

Burun suyaklari sinishida aniqlangan rentgenometrik ma'lumotlardan kelib chiqib, 1-10 kunlik jarohatlarni sud-tibbiy baholash qiyinchilik tug'dirmaydi (sinish masofasi - $2,1 \pm 0,002$; siljish masofasi - $3,4 \pm 0,035$), chunki rentgenogrammadagi ko'rinish mavjud anamnez va klinik belgilar bilan birgalikda asoslanadi. 1 oydan 2 oygacha muddatda klinik belgilar butunlay qaytib, faqat rentgenometrik tahlil asosida bir to'xtamga kelish imkonini beradi. Eng ahamiyatligi shundaki, o'ta kechki muddatda rentgenologik belgilarning burun suyagi sinishining (siljimagan turiga) erta belgilariga o'xshashligi (sinish masofasi - $1,7 \pm 0,005$; siljish masofasi - $0,9 \pm 0,003$), ekspertiza amaliyotida birmuncha qiyinchilik tug'diradi. YA'ni eski sinishning keyingi olingan yumshoq to'qimalar lat yeyishiga qo'shib baholanishi tan jarohati og'irlik darajasini ortib ketishiga olib keladi. Buning uchun eski jarohatdan qolgan qadoq izlarini topish kifoya qiladi (qadoqlanish masofasi - $1,2 \pm 0,004$). Uzoq

muddat o'tgach (6 oy va undan keyin) yana bir jihati, ya'ni qadoqning kichik masofada bo'lishiga qaramasdan, uning rentgen nurlarini ko'p tutishi zichligi yuqoriliga ishora bo'ladi.

SHuni ta'kidlash lozimki, burun suyaklari sinishlarida rentgenologik tekshirish jarayonida siniq bo'laklarining joylashishiga emas, ma'lum sath bo'yicha orasidagi masofaga e'tibor qaratishni taqozo etadi.

Tahlil qilingan materiallarda burun suyaklari jarohatlariga kallaning yuz qismi suyaklari jarohatlari qo'shilishi 278 nafar bemorda kuzatilib, jami bemorlarning 46.6% ini tashkil etdi.

Burun suyagi va yuqori jag' suyagining burun o'sig'i birga sinishida singan sohalarda burun suyaklarining davolashdan keyingi ko'rinishi alohida sinish holatiga nisbatan regeneratsiya jarayoni biroz ortda qolishi aniqlandi. Suyak bo'laklari orasidagi masofa qisqarishi sust, qadoqlanish yanada ortgan, ya'ni tayanch vazifasini bajaruvchi yuqori jag' suyagida sinish bo'lganligi odatdagi nafas olish jarayonida ham suyak bo'laklari orasida nostabillikni chaqiradi. Bu o'z-o'zidan suyak bo'laklari bir-biriga stimullovchi mexanik ta'sir etishi natijasida regeneratsiyaning dastlab tezlashishini, lekin keyingi patologik xarakatchanlik qadoq so'rilishini susaytirib rentgenopozitivligi o'zgarishi uzoq davom etayotganligi ko'rinadi.

Rentgenometrik ma'lumotlardan kelib chiqib, burun va yuqori jag' suyaklari birgalikda sinishida jarohatlarni sud-tibbiy baholash rentgenologik ma'lumotlar mezonida dastlabki 1-10 kunlik burun suyagining alohida sinishi bilan analogik tavsif kasb etadi. (sinish masofasi - $2,6 \pm 0,004$; siljish masofasi - $3,7 \pm 0,035$), chunki rentgenogrammadagi ko'rinish xuddi yuqoridagidek to'plangan anamnez va klinik belgilar bilan kompleks baholanadi. 45-60 kun muddatda klinik belgilar ortga qaytadi. SHuning uchun bu davrda rentgenometrik ko'rsatgichlar tahliliga asoslanib baholanish taqozo etiladi. 6 oy va undan uzoq muddatlarda burun suyaklaridagi rentgenologik belgilarning o'ziga xosligi alohida sinishiga nisbatan qoldiq qadoqning qo'polliqi, suyak bo'laklari orasidagi masofaning uzoqligi va patologik siljish darajasi sezilarlilik (sinish masofasi -

1,9±0,002; qadoqlanish masofasi - 1,6±0,002; siljish masofasi - 1,1±0,004) aniqlanadi.

SHunday qilib, burun suyaklarining alohida sinishi va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlari rentgenologik tahlili natijasida rentgenologik tekshiruv yordamida jarohatlanish muddatini aniq ifodalash mumkin bo'ladi. Ushbu imkoniyat burun suyaklari jarohatlarini sud-tibbiy baholashda eng muhim mezon bo'ladi.

Materiallarimizning ko'pchiligida, ya'ni 597 nafaridan 319 (53.4%) nafarida burun suyagining alohida sinishi kuzatilgan. Ularning tan jarohatining og'irligi bo'yicha aksariyati 132 (22.1%) nafari yengil va 166 (27.8%) nafari o'rta og'irlik darajasiga mansubligi aniqlandi. Faqat 21(3.5%) nafar holatdagina og'ir tan jarohati aniqlangan. Bu jihatdan yuzning boshqa suyaklari sinishi qo'shilgan holatda alohida tahlil qilinganda ma'lum qonuniyatga mos kelgan o'xshashlikni kuzatish mumkin. Aniqrog'i, bunda ham o'rta og'irlik darajasi yetakchiligi ko'zga tashlansa (167 holat, 27.9%), og'ir daraja ham mos ravishda (6.0%) kamchilikni tashkil etadi. Lekin umumiy jihatdan qo'sh jarohatlanishlarda og'ir tan jarohati qariyb 2 barobarga ortishi ko'zga tashlanadi.

SHunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlar asosida xulosa qilish mumkinki, burun suyaklarining alohida sinishi ayrim hollardagina og'ir holatga molik bo'lsa, unga kallaning yuz qismi suyaklari jarohatlari qo'shilib kelganda og'ir tan jarohati kelib chiqish ehtimolligi ikki hissa ortishi kuzatiladi.

Mazkur algoritm bo'yicha yaratilgan dastur uchun O'zbekiston Respublikasi Davlat patent idorasi tomonidan mualliflik guvohnomasi taqdim etildi (№ (11) DGU 01548. (21) DGU 2008 0095).

Materiallar tahlili natijasida barcha kamchiliklar qayd etib, atroflicha tizimga solindi. O'rganilgan kamchiliklar oqibatida kelib chiqqan asoratlarga e'tibor qaratildi. SHuningdek ushbu kamchiliklarning sud-tibbiy ekspertlari amaliyotidagi ahamiyati chuqur o'rganildi.

Dastavval birlamchi tibbiy yordamgacha kuzatilgan moneliklar tahlil qilindi. O'rganilgan holatlarning 24 tasida (4.02%) bemorlar

poliklinika yoki kasalxonalarga turli sabablar bilan jarohatlanishdan 3-7 kun keyin murojaat qilganlar. Ularning aksariyati (10) o'zlarini davolashga harakat qilganlar (sovuq suv bilan qayta-qayta yuvish, nosteril paxta yoki bintlar bilan tiqin qo'yish bilan chegaralanganlar).

Tahlil davomida tibbiy yordam ko'rsatishga aloqador kamchiliklar tavsifiga qarab quyidagilarga ajratildi:

- 1) tashhislashdagi – 16;
- 2) davolash usuli va muddatini noto'g'ri tanlashga aloqador – 11;
- 3) operatsiya davomida yo'l qo'yilgan – 6;
- 4) reabilitatsiya davrida kuzatilgan kamchiliklar – 7.

Tashhislash tadbirlarini tezkor va to'g'ri tashkil etish, kasallikning davolash natijasining samaradorligini oshiradi. Tashhislashdagi kamchiliklar 16 nafar bemorda aniqlandi.

Tashhislashda kuzatilgan kamchiliklarning aksariyati (5 nafar bemorda (31,25%)) bosh miya chayqalishi alomatlariga e'tibor berilmagan. Ularga poliklinika sharoitida xirurg tomonidan birinchi yordam ko'rsatilgan. Ushbu bemorlarning 4 nafarida rentgenogrammada burun suyaklari sinib, suyak bo'laklari qoniqarli turishi tashhisini tasdiqlagan. Neyroxirurg yoki nevropatolog maslahati buyurilmagan. Sud-tibbiy eksperti tomonidan neyroxirurg va nevropatolog maslahatiga yuborilganda "Bosh miya yopiq jarohati, bosh miya chayqalishi" tashhisi qo'yilgan. Burun suyaklari alohida rentgenografiyasi yon proyeksiyada buyurilgan bemorlarning 4 tasida yuqori va pastki jag' suyaklari sinishlari aniqlanmasdan davolash boshlab yuborilgan. Nazorat rentgenografiyasida old proyeksiyasida mazkur sinishlar va 2 ta holatda burun to'sig'ining deformatsiyasi aniqlangan. Faqat bitta bemorda davolanishdan keyin nafas sezgisi yo'qolganligi, ya'ni hidlov nervi jarohati neyroxirurg qabulida aniqlangan bo'lsa, 3 ta holatda burun tubi qon ketishini e'tibordan chetda qoldirilgan. Burun sohasida tirnash, shilinish va milklari lat yegan 3 nafar bemor rentgen tasvirda "Burun suyagi sinishi" deb baholangan. Keyingi kuzatuv va qayta anamnez yig'ish natijasida "Burun suyaklarining eski jarohati" deb baholandi.

Davolashda yo'l qo'yilgan kamchiliklar 11 holatda yuzaga kelgan bo'lib, buning oqibatida yotoq kuni va davolanish muddati uzayishi kuzatilgan.

Tibbiy dori vositalarni ishlatmaslik yoki chala qo'llash (antibiotiklar, qon to'xtatuvchi va diuretiklar) – 5.

Faqat burun bo'shlig'ini tamponlash bilan chegaralanish – 4;

Bosh miya jarohatlarini davolash maqsadida burun suyaklarini repozitsiya qilish jarayonini orqaga surish – 2 nafar bemorda kuzatilgan.

Reabilitatsiya jarayonida bemorlar jarohatining asoratli yoki asoratsiz kechishi ma'lum bo'ladi. Bemorlarning shifokor tavsiyalariga amal qilmasligi, yohud o'z vaqtida nazoratga kelmasligi yoki boshqa sabablar tufayli kuzatuvdagi bemorlarning kasallik tarixlarining 7 tasi reabilitatsiyaga oid deb hisobladik. Bularda reabilitatsiyaga oid tavsiyalar chiqaruv epikrizining "tavsiyalar" qismida ko'rsatilmagan.

Operatsiya jarayonida sodir etilishi mumkin bo'lgan xatoliklar adabiyotlarda ko'plab yoritilgan. Biz tahlil qilgan materiallarda faqat 6 nafar bemorda operatsiya jarayonida burun to'sig'i asossiz olib tashlangan va ikkilamchi deformatsiya va operatsiyadan keyingi atrofiya kuzatilgan.

Bundan tashqari, tibbiy muolajalarni tayinlash va o'tkazishda, tashhis qo'yishni kechikishi, dispanser kuzatuv hamda tibbiy hujjatlarini to'lg'azishda yo'l qo'yilgan kamchiliklar ham atroflicha o'rganildi. Bunda, ayniqsa, kasallik tarixini qisqartirib yozilishi, ayrim yozuvlarning bo'lmasligi, har xil qarama-qarshi so'zlarning ishlatilishi kabi holatlar atroflicha o'rganildi.

YUqorida keltirilgan savollarni yechilishida tahlil qilingan barcha materiallar komission sud tibbiyoti ekspertizasi o'tkazishni sifatini yaxshilashda, ekspert komissiyasi xulosasini isbotlash va asoslashni yaxshilashda ko'maklashadi.

SHunday qilib, tibbiy yordam ko'rsatishda yo'l qo'yilgan hatoliklarni tahlili shuni ko'rsatadiki, burun jarohatlanishida qilingan

birlamchi yondoshuvlarda yo'l qo'yilgan hatoliklar tufayli jabrlanuvchi ish qobiliyatini tiklanish imkoniyatini kamaytiradi.

XULOSALAR

1. Burun suyaklarining alohida va qo'sh sinishlarida tan jarohatining og'irlik darajasini aniq baholash uchun jarohat sabablari, bemorlarning yoshi, jinsi, jarohatning umumiy tavsifi, jarohatlanish vaqti va muddati, ko'rsatilgan tibbiy yordamni inobatga olish lozim bo'ladi.

2. Burun suyaklarining alohida va kallaning yuz qismi suyaklari bilan birga sinishlarida jarohat muddatini yig'ilgan anamnez, ul'tratovush va rentgenometrik tekshirishlar natijasiga qarab, ma'lum sath bo'yicha siniq bo'laklari orasidagi masofa va qadoqlanish belgisiga e'tibor berib aniqlanadi.

3. Tahlil ma'lumotlariga tayanib ishlab chiqilgan hamda amaliyotga taklif qilingan burun suyaklari sinishi tasnifi burun suyaklari sinishi oqibatida kuzatiladigan asoratlarning tan jarohatining og'irlik darajasiga uzviy bog'liqligini aniq ifodalaydi.

4. Burun suyaklari sinishida tibbiy yordam nuqsonlarini aniqlash, tahlil qilish va oldini olish shifokorlik faoliyati samaradorligini sud-tibbiy baholash mezonlarini ishlab chiqishda asos hisoblanadi.

5. Tadqiqot natijalariga asoslanib ishlab chiqilgan standart algoritm sud tibbiyoti ekspertlariga burun suyaklari sinishlarida tan jarohatining og'irlik darajasini sud-tibbiy baholashda yordam beradi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Burun suyaklarining alohida va yuzning boshqa suyaklari bilan birga sinishida jarohat muddatini aniqlashda rentgenometrik va ul'tratovush tekshirish usullaridan keng foydalanish hamda olingan natijalarni yig'ilgan anamnez ma'lumotlari va klinik belgilar bilan o'zaro muvofiqligini inobatga olish tan jarohatlarining og'irlik darajasini belgilashda muhim ahamiyat kasb etadi. Ayniqsa, burun suyaklari yuqori jag' suyagining peshona o'sig'i bilan birga sinishida regenerativ jarayonlar hamda asoratlarning kechroq kuzatilishini e'tiborga olish lozim bo'ladi.

2. Burun suyaklari sinishlari kuzatilgan jabrlanuvchilar holatini sud-tibbiy baholashda tibbiy yordamgacha yoki tibbiy yordam mobaynida yo'l qo'yilgan xatoliklar hajmini hisobga olish ob'yektiv xulosa chiqarishga ahamiyatli mezon bo'ladi.

3. Burun suyaklari jarohatlarida sud-tibbiy xulosalar berishda biz ishlab chiqqan va tatbiq etgan tasnif hamda burun suyaklari sinishlarida tan jarohatlarining og'irlik darajasini aniq belgilovchi mezonlarning standart algoritmidan foydalanish amaliy natija beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Aznauryan V.A. Sovremenniy aspekti lecheniya destruktivnykh zabolevaniy i kombinirovannykh deformatsiy narujnogo nosa i nosovoy peregorodki: Avtoref dis. ... d-ra med nauk. – Moskva, 2003. – 37 s.
2. Aleksandrov A.N., Plujnikov M.S., Chervinskaya A.V. Sovremenniy metod issledovaniya nosa i okolonosovix pazux. // Journ. ross. rinologiya.-1996. - №2-3. - S.42.
3. Aleksandrov N. M., Arjansev P. Z. Travmi chelyustno-litsevoy oblasti. - M.: Izd-vo "Meditsina". - 1986. - S. 41-55
4. Antonov V.A., Prokof'yeva Ye.E. Neposredstvennyy rezul'tat spetsializirovannogo lecheniya postradavshogo s mnojestvennymi perelomami kostey litsevoogo skeleta pri sochetannoy travme. // Journ. ushn. nos i gorl. bol. - 1982. - №3. - S. 93-95.
5. Arjansev P.Z., Ivashenko G.M., Lur'ye T.M. Lecheniye travm litsa. M: Meditsina, 1975. - 242 s.
6. Baronov A.I. Lecheniye postradavshix s izolirovannymi i mnojestvennymi perelomami litsevoogo skeleta pri sochetannoy travme: Avtoref. diss... kand. med. nauk. – Moskva, 1986. - S. 10-15.
7. Bezshapochniy S.B. O klassifikatsii perelomov kostey narujnogo nosa //Journ. ushn. nos i gorl. bol. - 1990. - №4. - S. 51-53.
8. Bezshapochniy S.B. Razrabotka i teoreticheskoye obosnovaniye metodov diagnostiki i lecheniya perelomov kostey nosa i stenok okolonosovix pazux: Avtoref dis. ... d-ra med nauk. – Kiyev, 1984. – 35 s.
9. Bezshapochniy S.B. Xirurgicheskaya anatomiya sosudov i nervov nadkostnitsei nosovix kostey cheloveka //Journ. ushn. nos i gorl bol. - 1982. -№3. - S.38-41.
10. Bezshapochniy S.B. Xirurgicheskaya korrektsiya posttravmaticheskix deformatsiy nosa. //Journ. ross. rinologiya. - 1999. - №1. - S. 23-25

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

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

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

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

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

16. Borzov ye.V., Lopatin S.B. Issledovaniye nosovogo dixaniya metodom komp'yuternoy pnevmotaxometrii // Jurn. ross. rinologiya. - 1996. - № 2-3.-S. 42-43.

17. Burkov V.P. Ortopantomografiya v rentgenodiagnostike zabolevaniy LOR-organov. //Vestnik Otorinolaringologii. - 1991. - №5. -S.71-72.

18. Gadjimirzayev G.A. Sochetanniye operatsii pri deformatsiyax narujnogo nosa. // Jurn. ross. rinologiya. - 1993. - №1. - S. 23-24.

19. Galkin I.V. Sostoyaniye dixatel'noy funktsii polosti nosa pri travmaticheskix perelomax nosovix kostey. //Voprosi fiziologii i patologii vernix dixatel'nix putey.- tom XX A.-M.-1976.-S.32-36.

20. Gorbachev V.N. Perelomi kostey nosa i ix lecheniye. //Laboratornaya diagnostika na slujbe sudebnoy meditsini. -Sb. nauchn. tr. obshey redak. prof. Konenko V.I. -Xar'kov.-1985.-S.68-69.

21. Gorbachevskiy V.N., Minin YU.V., Olude O.A. Taktika xirurgicheskogo lecheniya bol'nix s deformatsiyami narujnogo nosa. //Jurn. ushn. nos i gorl bol.-1993.-№3-S.30-32.

22. Grechkina A.K., Rashupkin B.S., Nosov V.D. K sudebno-meditsinskoy karakteristike perelomov nekotoryx kostey litsevoogo skeleta. //Voprosi sudebnoy meditsini i ekspertnoy praktiki.-1973.-Vipusk 5.-M. -S.231-233.

23. Gubin V.N. Kompleksnoye obsledovaniye bol'nix s travmami nosa. //Laboratornaya diagnostika na slujbe sudebnoy meditsini. –Sb. nauchnix trudov obshey redak. Prof Konenko V.I. -Xar'kov.-1985.-S.87-89.

24. Derjavina L.L. Rinomanometriya i akusticheskaya rinometriya //Jurn. ross. rinologiya.-1996.-№2-3.-S.48-49.

25. Dobritin V.E. Opredeleniye ob'yema xirurgicheskogo vmeshatel'stva pri vnutricherepnom rasprostranenii protsessov iz polosti srednego uxa i okolonosovix pazux po dannim komp'yuternoy tomografii. //Vestnik otorinolaringologii.-1996.-№3.-S.23-26.

26. Eryomina N.V., CHernishenko I.O., Rusetskiy YU.YU. Sravnitel'niy analiz diagnosticheskoy effektivnosti rentgenografii i ul'trasonografii pri perelomax kostey nosa // IV vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferensiya «Nadejnost' i dostovernost' nauchnoy informatsii v otorinolaringologii» M.,- 2005 – S. 43-44.

27. Jerenkova L.V. O povrejdeniyax kostey nosa //Materiali rasshirennoy nauchno-prakticheskoy konferensii Smolenskogo nauchnogo obshestva sudebnix medikov i byuro sudebno-meditsinskoy ekspertizi Smolenskogo oblzdravotdela.- vipusk 2.-1974.-S.37-39.

28. Zaxarov V. P., Teterin A. V., Sinichina O. A. Perelomi verxney chelyusti i cherepno-mozgovaya travma. //M: Izd-vo "Meditsina", 1986. - s. 30-35

29. K sudebno-meditsinskoy otsenke sochetannix perelomov litsevoogo cherepa. /P.I.Novikov, L.V.Vaxrameyeva, A.G.Dmitriyeva i dr. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.50-52.

30. Kabakov B. D., Malishev V. A. Perelomi chelyustey. //M.: Izd-vo "Meditsina"- 1981. - S. 128-139
31. Kim V.N., Semenixin A.A. Rentgenodiagnostika pri perelomax kostey nosa. //Osnovniye stomatologicheskiye zabolevaniya.-vip 2. –Tashkent. -1976. -S. 133-134.
32. Kitsera A.E., Borisov A.A. O klassifikatsii i formulirovke diagnoza deformatsii skeleta narujnogo nosa. //Jurn. ross. rinologiya.-1993.-№1.-S.10
33. Koval'chuk S.D. Izolirovannaya i sochetannaya travma nosa i okolonosovix pazux.//Avref diss. na sois.uchen.step k.m.n.-M.-1998.-22st.
34. Kol'sov L. A., Ivanov V. V., Davudov I. A. Mnojestvenniye i sochetanniye povrejdeniya kostey litsa i ix lecheniye. //Moskva: Izd-tvo "Meditsina", 1981. - S. 210-211
35. Kononenko V.I. Otsenka stepeni tyajesti nekotorig travm litsa. //Sud-med ekspertiza.-1996.-№2.-S.44-45
36. Kosovoy A.L. Sposob rentgenodiagnostiki perelomov kostey nosa. // Jurn. ushnix, nosovix i gorlovix bolezney.-1991.-№1.-S.70
37. Kravchuk A.P., Kryukov A.I., Korepanova M.V. Gemodinamika slizistoy obolochki polosti nosa, nosovoye dixaniye i mukotsiliarniy transport v norme i patologii. //Vestnik Otorinolaringologii.-2001.-№6.-S.38-40
38. Krotov A.YU. Sovremenniye metodicheskiye podxodi pri otsenki funktsii nosovogo dixaniya. //Vestnik Otorinolaringologii.-1998.-№4.-S.51-52
39. Kuznetsova T.G., Zorina L.L. Mexanizm travmi litseвого skeleta //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.48-49
40. Kurmangaliyev A.D. Klinika i lecheniye sochetannix cherepno-litsevix travm. // Avtoref.diss na sois. uch. stepeni k.m.n.- Moskva - 1988. - S. 5-9
41. Levenets A.K. Perelomi kostey nosa i ekspertiza vremennoy utrati trudospособnosti. //Jurnal ushnix, nosovix i gorlovix bolezney.-1974.-№2.-S.97

42. Lopatin A.S., Arsibasheva M.V. Magnitno-rezonansnaya tomografiya v issledovanii polosti nosa i okolonosovix pazux. //Jurn. ross. rinologiya.-1996.-№2-3.-S.54-55
43. Lopotko A.I. Rinovazografiya v otsenki gemodinamiki slizistoy obolochki nosa u zdorovix lyudey molodogo i starcheskogo vozrasta //Jurn. Ross. Rinologiya.-1996.-№2-3.-S.56-57
44. Luchixin L.A. Vrachebniye oshibki kak sledstviye nekotorig ob'yektivnix prichin //Vestnik otorinolaringologii – 2008 – № 1 – S. 8-11.
45. Mannapov M.F. Voprosi etiologii, diagnostiki, kliniki i lecheniya travm nosa u detey. //Avtoref.diss na sois. uch. stepeni k.m.n.- Moskva.-1976.-20 st
46. Martinkenas L.V., Sklyut I.A. Okklyuzionnaya rentgenografiya pri travmaticheskix povrejdeniyax nosovogo skeleta. //Jurn. ushn. nos i gorl bol.-1974.-№3.-S.95-96
47. Mirazizov K.D., Xodjayeve K.A., SHamsiyev D.F. Endoskopicheskoye issledovaniye nosa //Uzbekiston tibbiyot jurnali.-2000.-№3.-S.5-6
48. Neskol'ko nablyudeniy profuznix nosovix krovotечeniy, potrebovavshix perevyazki narujnoy sonnoy arterii. /V.S. Pogosov, YU.V.Arhipova, N.A.Miroshnichenko, K.V.Akopyan. //Vestnik Otorinolaringologii.-2000.-№1.-S.36-37
49. Nikolayev M.P. O taktike lecheniya travm litsevo go skeleta. //Vestnik Otorinolaringologii.-1999.-№1.-S.28-30
50. Oglevnev K. YA., CHavtur A. G. Sochetannaya travma cherepa, orbiti i verxnix pridatochnix pazux nosa //Moskva: Izdatel'stvo "Meditsina", 1981. - s. 6-19
51. Otsenka stepeni tyajesti izolirovannix i sochetannix povrejdeniy nosa. /V.N. Gubin, V.I.Kononenko, N.M.Gubin, G.I.Garyuk //Jurn. Sud-med ekspertiza.-1997.-№5.-S.34-36
52. Pavlov V. V. Vliyaniye mnogokratnix sportivnix travm nosa na sportivnuyu rabotosposobnost' sportsmena / V. V. Pavlov // Rossiyskaya rinologiya. – 2001. - № 2. – S. 56.

53. Pavlov V. V. Kompleksniy podxod k lecheniyu bol'nix s povrejdeniyem okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // *Noviye texnologii v stomatologii i chelyustno-litsevoy xirurgii: materialy nauchno-prakticheskoy konf.*, Novokuznetsk, 5 maya 2006 goda. - Novokuznetsk: tipografiya GOU DPO «Novokuznetskiy GIUV», 2006. – S. 48-53.

54. Pavlov V. V. Kompleksniy podxod k xirurgicheskomu lecheniyu perelomov kostey verxney i sredney zoni litsa s povrejdeniyem stenok okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo sentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy Akademii meditsinskix nauk.* – 2006. - № 2. – S. 178-181.

55. Pavlov V. V. Kompleksniy podxod k xirurgicheskomu lecheniyu perelomov kostey verxney i sredney zoni litsa s povrejdeniyem stenok okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // *Nauka i praktika v otorinolaringologii: materialy V Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konf.*, Moskva, 14-15 noyabrya 2006 goda. - M.: Vestnik otorinolaringologii. - 2006. - № 5. Prilojenie. - S. 255-256.

56. Pavlov V. V. Lecheniye travm okolonosovix pazux u sportsmenov / V. V. Pavlov, K. A. Sivolapov // *Problema reabilitatsii v otorinolaringologii: trudi Vserossiyskoy konferentsii s mejdunarodnim uchastiyem, posvyashyonnoy pamyati i 80-letiyu so Dnya rojdeniya akademika I. B. Soldatova*, Samara, 15-16 maya 2003 goda. – Samara, 2003. – S. 309-311.

57. Pavlov V. V. Metod shadyashey xirurgicheskoy korrektsii v vosstanovlenii nosovogo dixaniya sportsmenov / V. V. Pavlov // *Meditsina i sport.* – 2005. - № 1. – S. 30.

58. Pavlov V. V. Patent na izobreteniya 2187261 Rossiyskaya Federatsiya, MPK 7 A 61 V 17/24. Sposob lecheniya deformatsii nosovoy peregorodki u sportsmenov / V. V. Pavlov // *Novokuznetskiy gosudarstvenniy institut usovershenstvovaniya vrachey.* – № 2001113823/14; zayavleno 21.05.2001; opublikovano 20.08.02, Byul. № 23. – 10s.

59. Pavlov V. V. Patent na izobreteniyе 2269311 Rossiyskoy Federatsii, MPK 7 A 61 V 17/00. Sposob fiksatsii xryasha nosovoy peregorodki pri yego podvivixe / V. V. Pavlov // Novokuznetskiy gosudarstvenniy institut usovershenstvovaniya vrachey. – № 2004116022/14; zayavleno 25.05.2004; opublikovano 10.02.2006, Byul. № 4. – 640 s.

60. Pavlov V. V. Patent na izobreteniyе 2299043 Rossiyskoy Federatsii, MPK 7 A 61 V 17/24. Endoprotez glaznitsi / V. V. Pavlov, K. A. Sivolapov, V. YU. V'yugov, ye. N. Kalashnikova // Novokuznetskiy gosudarstvenniy institut usovershenstvovaniya vrachey. – № 2005130606/14; zayavleno 3.10.2005; opublikovano 20.05.2007, Byul. - № 14.

61. Pavlov V. V. Perelomi kostey verxney zoni litsa s povrejdeniyem stenok lobnix pazux (klinika, diagnostika, lecheniye): Uchebno-metodicheskoye posobiye dlya vrachey otorinolaringologov, chelyustno-litsevix xirurgov, travmatologov. – Novokuznetsk, GIDUV. – 2005. – 40 s.

62. Pavlov V. V. Primeneniye endoskopicheskoy texniki v xirurgicheskom lechenii zakritix perelomov stenok okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // Materiali XVII s'yezda otorinolaringologov Rossii, Nijniy Novgorod, 7 - 9 iyunya 2006 goda. – Sankt - Peterburg, 2006. - S. 323-324.

63. Pavlov V. V. Primeneniye endoskopicheskoy texniki v xirurgicheskom lechenii povrejdeniy okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo sentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy Akademii meditsinskix nauk. – 2006. - № 4. – S. 237-241.

64. Pavlov V. V. Prinsip kompleksnosti v xirurgicheskom lechenii travm okolonosovix pazux / V. V. Pavlov // Mnogoprofil'naya bol'nitsa: problemi i resheniya: materialy II Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konf., Leninsk-Kuznetskiy SO RAMN, FGLPU «NKSOESH», 21-22 sentyabrya 2006 goda. - Novosibirsk: Izdatel', 2006. – S. 143-144.

65. Pavlov V. V. Proizvodstvennyy i sportivnyy travmatizm chelyustno-litsevoy oblasti: puti optimizatsii xirurgicheskogo lecheniya / V. V. Pavlov, K. A. Sivolapov // *CHelovek. Priroda. Obshestvo: sbornik materialov I mezhvuzovskoy nauchno-prakticheskoy konf.*, Novokuznetsk, 9 aprelya 2004 goda. – Novokuznetsk: RIO Kuz. GPA, 2004. – S. 12-15.

66. Pavlov V. V. Reabilitatsiya sportsmenov s posttravmaticheskoy deformatsiyey naruynogo nosa i nosovoy peregorodki s narusheniyem nosovogo dixaniya / V. V. Pavlov // *Rossiyskaya rinologiya*. – 2002. – № 2. – S. 164-166.

67. Pavlov V. V. Travmatizm chelyustno-litsevoy oblasti: usloviya effektivnogo xirurgicheskogo lecheniya / V. V. Pavlov // *Intensivnaya meditsinskaya pomosh' : problemi i resheniya: materialy II Vserossiyskoy nauchno – prakticheskoy konf.*, Leninsk – Kuznetskiy, 7-8 oktyabrya 2004 goda. – Novosibirsk: Izdatel', 2004. – S. 181-182.

68. Pavlov V. V. Travmi nosa (klinika, diagnostika, lecheniye): Uchebno-metodicheskoye posobiye dlya vrachey otorinolaringologov. – Novokuznetsk, GIDUV. – 2005. – 28 s.

69. Pavlov V. V. Travmi sredney i verxney zoni litsa: oshibki v lechenii politravmi / V. V. Pavlov // *Politravma: diagnostika, lecheniye i profilaktika oslojneniy: materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konf.*, Leninsk-Kuznetskiy SO RAMN, FGLPU «NKSOESH», 29-30 sentyabrya 2005 goda. – Novosibirsk: Izdatel', 2005. – S. 127.

70. Pavlov V. V. Xirurgicheskoye lecheniye perelomov kostnix stenok okolonosovix pazux s primeneniym endoskopicheskoy tekhniki / V. V. Pavlov // *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. – 2007. – Prilozheniye. – S. 380-384.

71. Pavlov V. V. Xirurgicheskoye lecheniye posttravmaticheskix narusheniy nosovogo dixaniya u sportsmenov / V. V. Pavlov // *Opit lechebnoy raboti i obucheniya v otorinolaringologii: materialy Rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konf.*, Moskva 18-19 noyabrya 2003 goda. – M.: Vestnik otorinolaringologii, 2003. – S. 72-73.

72. Pavlov V. V. Endoskopicheskaya rinosinusoхиrurgiya pri perelomax kostnix stenok okolonosovix pazux // Rossiyskaya rinologiya. – 2007. - № 2. – S. 96.

73. Pal'chun V.T. Vrachebniye oshibki — klassifikatsiya i preduprezhdeniye //Vestnik otorinolaringologii – 2008 – № 1 – S. 3-7.

74. Peredkov K. A., Xozyainov V. V., YAreshko S. V. Osobennosti kliniches-kogo techeniya sochetannoy kranio-fatsial'noy travmi. //Moskva: Izdatel'stvo "Meditsina", 1988. - S. 20-26

75. Pereligin F.S. Esteticheskaya rinoplastika. Sovremenniye voprosi kosmeticheskoy i funktsional'noy korrektsii narujnogo nosa. //Vestnik Otorinolaringologii.-1999.-№6.-S.50-54

76. Piskunov V.S. Issledovaniye aerodinamiki vozdušnogo potoka v polosti nosa. //Jurn. Ross.Rinologiya.-2000.-№2.-S.12-15

77. Piskunov S.Z. Nekotoriye voprosi fiziologii i patofiziologii nosa i okolonosovix pazux. //Materiali konferensii, posvyashennoy pyatiletiyu Rossiyskogo obshchestva rinologov. M.-1997.-S.12-15

78. Piskunov S.Z. Fiziologiya i patofiziologiya nosa i okolonosovix pazux. //Jurn. Ross. Rinologiya.-1993.-№1.-S.19-39

79. Piskunov S.Z., Xarchenko V.V., Piskunov V.S. Klinicheskoye znacheniye nekotorig anomalii polosti nosa i okolonosovix pazux. //Jurn. Ross. Rinologiya.-2000.-№4.-S.8-10

80. Polishuk V.I., Terexova L.G. Texnika i metodika reografii i reopletizmografii. //Moskva. -Meditsina.-1983.-175st

81. Protasevich G.S., Bodnar YA.YA., Klansa P.N. Patomorfologicheskkiye izmeneniya xryasha nosovoy peregorodki pri yee iskrivleniyax. //Vestnik Otorinolaringologii.-1980.-№4.-S.43-45

82. Proxvatilov G.I. Vosstanovitel'naya xirurgiya chelyustno-litseyvoy oblasti. //V sb materialov konferensii, posvyashennoy 90-letiyu so dnya rojdeniya prof. M.F.Xitrova.-1995.-S.49-52

83. Robustova T. G., Karapetyan I. S., Romacheva I. F. Xirurgicheskaya stomatologiya. //3-e izdaniye-Moskva: Izd-vo "Meditsina", 1996. - s. 479-483

84. Ribalkin S.V., Maslov E.YU. Redkoye oslojneniye otkritogo pereloma peregorodki nosa. //Vestnik Otorinolarinologii.-2003.-№2.-S.44

85. Ribalkin S.V., Maslov E.YU. Xirurgicheskoye lecheniye perelomov peregorodki nosa u detey v ostrom periode travmi. //Vestnik Otorinolarinologii.-2003.-№3.-S.32-34

86. Samoylichenko A.N., Galeyeva L.SH., Kirnos A.E. O sudebno-meditsinskoy otsenke povrejdeniy litsa. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.99-100

87. Sivolapov K.A. Ustraneniye posttravmaticheskix defektov okolonosovix pazux. //Vestnik Otorinolarinologii.-2002.-№4.-S.41-42

88. Sosedko YU.I. Travma kostey litsevoogo skeleta. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.69-70

89. Sostoyaniye dixatel'noy funktsii nosa pri svejix travmax po dannim peredney aktivnoy rinomanometrii /YU.YU.Rusetskii, I.O.CHernishenko, M.A.Popov i dr. //Vestnik otorinolarinologii – 2007 – № 5 – S. 23-28.

90. Sostoyaniye okolonosovix pazux u detey po dannim komp'yuternoy tomografii. /A.A.Lansov, L.M.Kovaleva, ye.K.Mefodovskaya, L.N.Moskalenko. //Vestnik Otorinolarinologii.-1998.-№5.-S.32-34

91. Statistika sudebno-stomatologicheskoy ekspertizi jivix lits. /V.P.Belyakov, V.A.Smirnova, ye.A.Krasovskaya i dr. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.23—34

92. Steshits V.K. Povrejdeniya kostey litsevoogo cherepa pri otbrasivanii poterpevshego posle sovershennogo nayeзда avtotransportom. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.68-69

93. Sudebno-meditsinskaya xarakteristika perelomov kostey litsevoogo skeleta, prichinennix tupimi predmetami. /P.P.SHegolov, M.V.Lisakovich, V.A.CHuchko, L.A.Efimov. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S.70-72

94. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza chelyustno-litsevykh povrezhdeniy. /V.A.Dunayevskiy, M.A.Dal', ye.G.Krivolutskaya, I.M.Nesmeyanova. //Sudebnaya stomatologiya.-1975.-Vipusk vtoroy.-S. 34-35

95. Talishinskiy A.M., Talishinskiy R.SH. Vozrastniye osobennosti razvitiya peregorodki nosa u detey. //Vestnik Otorinolaringologii.-1999.-№1.-S.19-23

96. Titov A. T. Lecheniye povrezhdeniy litsa u postradavshix s mnojestvennoy i sochetannoy travmoy // Avtoref.diss na sois. uch. stepeni k.m.n.- Moskva - 1986. - s. 7-11

97. Travmi chelyustno-litsevoy oblasti / pod red. Arjanseva P.Z. - M., «Meditsina», 1986.

98. Ul'yanov YU.P. Aerodinamika nosa. //Jurn. Vrach.-1996.-№11.-S.39-40

99. Ul'yanov YU.P. Bronxo-legochnaya zavisimost' ot narusheniy aerodinamiki nosa. //Vestnik sELT.-1997.-№1.-S.32-37

100. Ul'yanov YU.P. Varianti aerodinamiki nosa.//Mejdunarodniy meditsinskiy jurnal.-1998.-№5.-S.165-169

101. Ul'yanov YU.P. Sposob xirurgicheskoy rekonstruktsii aerodinamiki nosa. //Jurn. Vrach.-1997.-№7.-S.31-33

102. Usharova L. I. YUridicheskiye aspekty oformleniya dokumentatsii dlya provedeniya sudebno-meditsinskoy ekspertizi pri travme LOR-organov //Vestnik otorinolaringologii – 2008 – № 3 – S. 47-50.

103. Fedun N.F., Pashenko T.M. Osobennosti i techeniye psixogeniy pri travmaticheskoy deformatsii nosa. // Jurn. ushnik, nosovix i gorlovix bolezney.-1981.-№4.-S.6-9

104. Fedyaev I. M., Arxipov V. D., Lixatskaya A. I. Sovremenniy metody lecheniya sochetannix povrezhdeniy chelyustno-litsevoy oblasti. //Moskva: Izd-vo "Meditsina", 1986. - S. 50-63

105. CHavtur A.G. Sochetannaya cherepno – mozgovaya travma s povrezhdeniyem otbit i vernix pridatochnix pazux nosa. //Avtoref.diss na sois. uch. stepeni k.m.n.-Leningrad.-1983.-26st

106. SHEvrigin B.V., Tixonyuk V.P., Tarasova G.D. Travmi nosa u detey. //Jur. ushnix, nosovix i gorlovix bolezney.-1990.-№6.-S. 66-75
107. SHEvrigin B.V., SHeglov A.O., Manyuk M.K. Vrojdenniye poroki razvitiya nosa i okolonosovix pazux. //Vestnik Otorinolaringologii.-1998.-№2.-S.33-35
108. Ekspertiza vremennoy netrudosposobnosti bol'nix s tavnami chelyustno-litsevoy oblasti. /I.T.Kobilyatskiy, S.V.Kravchenko, V.I.SHabel'nik, V.G.Pomoyinskiy. //Vrachebno-trudovaya ekspertiza i reabilitatsiya invalidov.-1984.-Vipusk 16.-S.38-42
109. Epidemiologicheskiye aspekty perelomov kostey nosa v usloviyax sovremennogo promishlennogo goroda /YU. YU. Rusetskiy, I. O. CHernishenko, V. I. Bogatishov i dr. //Vestnik otorinolaringologii – 2007 – № 3 – S. 26-29.
110. YUdjn B.Kern, Tom D. Uong. Xirurgiya nosovogo klapana //Jurn. Ross. Rinologiya.-1995.-№1.-S.4-31
111. YUnusov A.S. Osobennosti rinomanometrii u detey pri iskrivlenii peregorodki nosa v oblasti vsasivayushey chasti nosovogo klapana. //Vestnik Otorinolaringologii.-2001.-№2.-S.15-16
112. YAnov YU.K., Grechko A.T., Glaznikov L.A. Sredstva kompleksnoy farmakoterapii pri tyazelay travme golovnogo mozga i LOR-organov. //Voyenno-meditsinskiy jurnal.-1999.-№12.-S.20-23.
113. Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients //K.Hwang, S.H.You, S.G.Kim //J. Craniofac. Surg. – 2006. – V. 17(2). – P. 261-4.
114. Ashoor AJ, Alkhars FA./ Nasal bone fracture. Saudi Med J. 2000 may; 21(5) :471-4.
115. Brain D.J. J Laryngol Otol 1981; 95: 5: 471-486.
116. Chen CT, Hu TL, Lai JB, Chen YC, Chen YR. Reconstruction of traumatic nasal deformity in Orientals. // J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008 -v -25

117. Chen W, Lu X / Diagnosis and restitution of nasal bone fracture // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. Article in Chinese 1999 Feb;13(2):68-9.

118. Clayton M.J., Lesser T.H. The role radiography in the management of nasal fractures. //J. Laringol, Otol.-1986.-Vol.100.-№7.-P.797-801

119. Cooke E.T.M. An evaluation and clinical study of severe epistaxis treated by arterial ligation //Journal of Laryngology and otology.-1985.-August-Vol.99.-P.745-749

120. Cox AJ 3rd / Nasal fractures--the details. Facial Plast Surg. 2000;16(2):87-94.

121. Djupesland P.G., Lyholm B. Technical abilities and limitations of acoustic rhymetry for infants. //Rhinology.-1998.-Vol 36:3.-P.104-113

122. Faber M., Desailly A., Piquet J., Decroix G. J France Oto-rhinolaryngol 1971; 20: 5: 679-684.

123. Gilberi S.E. Sokrasheniye riska posleoperatsionnix deformatsiy xryashevogo otdela nosa. //J. Okla State Med. Assos.-1996.-Vol 89-2. P.24-27

124. Grymer L.F., Foqstrup J., Stoksted P. J Laryngol Otol 1982; 96: 719-724.

125. Henry D.C., Riffer E., Sokol W.N., Chaudry N.I., Swanson R.N. Randomized double-blind study comparing 3- and 6-day regimens of azithromycin with a 10-day amoxicillin-clavulanate regimen for treatment of acute bacterial sinusitis. Antimicrob. Agents Chemother. 2003; 47: 2770-4.

126. Higuera S, Lee EI, Cole P, Hollier LH Jr, Stal S. / Nasal trauma and the deviated nose. Plast Reconstr Surg. 2007 Dec;120(7 Suppl 2):64S-75S.

127. Hilberg O, Grymer L.F., Pedersen O.F., Elbrond O. Turbinate hypertrophy Evaluation of the nasal cavity by acoustic rhinometry. Arch otolaryngology Head Neck Surg.-1990.-Vol.-116.-P.-283-289

128. Hwang K, You SH, Kim SG, Lee SI. / Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients. // J Craniofac Surg. 2006 Mar;17(2):261-4.
129. Kennedi D.W. Functional endoscopic sinus surgery. //Ibid.-1998.-Vol.-10.-P.643-649
130. Kim MG, Kim BK, Park JL, Minn KW / The use of bioabsorbable plate fixation for nasal fractures under local anaesthesia through open lacerations //J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008 Jun;61(6):696-9. Epub 2007 Jan 31.
131. Levine H. The office diagnosis of nasal and sinus disorders using rigid nasal endoscope. //Otolaryng.Head.Neck.Surg.-1990.-Vol 102.-P.370-373
132. Lindsey W.H., Ogle R.C., Morgan R.F. Rekonstruktsiya nosa s ispol'zovaniyem kollagenovoy, osteokonduktivnoy gelevoy matritsi. //Arch Otolaryngology Head Neck Surg.-1996.-Vol.-122-1.-P.18-22
133. Luisa F.Grymer, Carolina Gutierrez, Poul Stoksted. The importance of nasal fractures during different growth periods of the nose. //Journal of Laryngology and otology.-1985.-August-Vol.99.-P.741-744
134. Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A. / Management of nasal bone fractures.// Am J Otolaryngol. 2005 May-Jun;26(3):181-5.
135. Murrau J.A., Maran A.J. The treatment of nasal injuries by manipulation. //J. Laringol, Otol.-1980.-Vol.94.-№12.-P.1405-1410
136. Nasal trauma and the deviated nose /S.Higuera, E.I.Lee, P/Cole et all //Plast. Reconstr. Surg. – 2007. – V. 120. – P. 64-75.
137. Nunery W.R., Tao J.P. Medial canthal open nasal fracture repair //Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – V. 24(4). – P. 276-9.
138. Nunery WR, Tao JP. / Medial canthal open nasal fracture repair. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2008 Jul-Aug;24(4):276-9.
139. Pirsiq W. Ther Umsch 1975; 32: 10: 640-646
140. Pollock RA. Nasal trauma. Pathomechanics and surgical management of acute injuries. // Clin Plast Surg. 1992 Jan;19(1):133-47.

141. Reber M., Rahm F., Monnier Ph. The role of acoustic rhinometry in the pre- and postoperative evaluation of surgery for nasal obstruction. //Rhinology.-1998.-Vol 36:3.-P.184-187

142. Reconstruction of traumatic nasal deformity in Orientals /C.T.Chen, T.L.Hu, J.B.Lai et all //J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2008. – V. 11. – P. 40-43.

143. Rubinstein B, Strong EB./ Management of nasal fractures. // Arch Fam Med. 2000 Aug;9(8):738-42.

144. Stammberger H. Functional endoscopic nasal and paranasal sinus surgery. The Messerklinger technique. //B.C.Decker. Toronto-Phyladelphia.-1990.

145. The use of bioabsorbable plate fixation for nasal fractures under local anaesthesia through open lacerations. /M.G.Kim, B.K.Kim, J.L.Park et all //J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2008. – V. 61(6). – P. 696-9.

146. Wigand M.E. Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. // New York. Thieme.-1990

147. Wild DC, El Alami MA, Conboy PJ. / Reduction of nasal fractures under local anaesthesia: an acceptable practice? // Surgeon. 2003 Feb;1(1):45-7.

148. Williams J.W.Jr., Aguilar C., Cornel J., et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database Syst. Rev. 2003; 2: CD000243.

MUNDARIJA

KIRISH	3
I BOB. ADABIYOTLAR SHARHI	5
1.1. Burun tuzilishining anatomo-fiziologik xususiyatlari	5
1.2. Burun suyaklari jarohatlarining etiologiyasi, diagnostikasi, klinikasi va davolash masalalarining zamonaviy yechimlari	10
1.3. Sud tibbiyotida burun suyaklari jarohatlarini baholash qirralarini o'rganilganlik holati	22
Birinci bob bo'yicha xulosalar	24
II BOB. TADQIQOTNING MATERIAL VA USULLARI	26
2.1. Xususiy materiallarning umumiy tavsifi	26
2.2. Tekshirish usullari	28
2.2.1. Rentgenologik tekshirish usuli	28
2.2.2. Elektrentgenologik tekshirish usuli	30
2.2.3. Ul'tratovush tekshirish usuli	31
2.3. Statistika usuli	32
Ikkinchi bob bo'yicha xulosalar	32
III BOB. BURUN SUYAKLARI SINISHLARINING UMUMIY TAHLILI	34
3.1. Burun suyaklari sinishlarini o'rganish bo'yicha xususiy tekshirishlar tavsifi	34
3.2. Burun suyaklari sinishlari tasnifi	41
Uchinchi bob bo'yicha xulosalar	45
IV BOB. BURUN SUYAKLARI SINISHLARINI SUD TIBBIYOTIDA BAHOLASH	46
4.1. Burun suyaklari va burun yondosh bo'shliqlari jarohatlarining sud-tibbiy baholanishi	46

4.2.Burun va yuz skeletining birgalikda jarohatlanishlarining sud- tibbiy jihatlari	53
To'rtinchi bob bo'yicha xulosalar	60
V BOB. BURUN SUYAKLARI JAROHATLARIDA ZAMONAVIY TASHHISLASH VA DAVOLASHNING SUD-TIBBIY BAHOLANISHI	61
Beshinchi bob bo'yicha xulosalar	74
Xotima	95
Xulosalar.....	90
Amaliy tavsiyalar.....	91
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati.....	92

**O'ZBEKISTRN RESPUBLIKASI SOG'LIKNI SAQLASH
VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI**

BURUN VA YUZ SKELETI SUYAKLARI JAROHATLARINI SUD - TIBBIY BAHOLASH MEZONLARI

Monografiya

**Muharrir – Jamalov L.O.
Musahhih – Islomova H.S.
Texnik muharrir – Gulomov A.T.**

«Fan ziyosi» nashriyoti. Litsenziya № 3918

Nashriyot manzili: Toshkent shahar Navoiy ko'chasi, 30-uy.

E-mail: pachaxanovich@mail.ru. +998933764407.

Bosishga ruxsat etildi: 16.11.2021-yil
Bichimi 60x84 1/16. «TimesNewRoman»
garniturada raqamli bosma usulda chop etildi.
Shartli bosma tabog'i 6.8. Adadi 150. Buyurtma № 155

“Fan va talim poligraf” MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent shahri, Do'rmon yo'li ko'chasi, 24-uy

ISBN 978-9943-7468-3-1



9 789943 746831