



FUNCTIONAL FEATURES OF THE NASAL AND NASAL CAVITIES WITH CONGENITAL MALFORMATIONS

Ikramova Firangiz Suleymanovna ¹, Alimova Shakhnoza Azamatovna ²

¹ Otorhinolaryngology and ophthalmology / Bukhara State Medical Institute

² Anatomy / Bukhara State Medical Institute

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4725238>

ARTICLE INFO

Received: 23rd April 2021

Accepted: 25th April 2021

Online: 27th April 2021

KEY WORDS

congenital cleft
palate, congenital cleft
lip, nasal congestion.

ABSTRACT

Functional features of the nasal and nasal adjacent cavities were studied in 50 patients with congenital malformations. Clinical-functional, radiological, computed tomography, endoscopic and microbiological examinations were performed in these patients, and the results were statistically analyzed. In children with congenital palate and lip defect, in 100% of cases on the defective side, only in 54% of children with palate defect (complete, incomplete, submucosal) curvature of the nasal barrier to the opposite side of the defect was observed. In addition, 32 (64%) children were found to have enlarged compensatory nasal lobes.

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ

Икрамова Фирангиз Сулеймановна ¹, Алимова Шахноза Азаматовна ²

¹ Оториноларингология ва офтальмология/ Бухоро Давлат тиббиёт институт

² Анатомия/ Бухоро Давлат тиббиёт институт

MAQOLA TARIXI

Qabul qilindi: 23-aprel 2021

Ma'qullandi: 25-aprel 2021

Chop etildi: 27-aprel 2021

KALIT SO'ZLAR

туғма танглай кемтиги,
туғма лаб кемтиглиги,
бурун ёндош бўшлиғи

ANNOTATSIYA

Туғма танглай кемтиги бўлган 50 нафар беморда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари функционал хусусиятлари ўрганилди. Ушбу беморларда клиник-функционал, рентгенологик, компьютер томография, эндоскопик ва микробиологик текширувлар ўтказилди, ҳамда натижалар статистик таҳлил қилинди. Туғма танглай ва лаб кемтиги бўлган болаларда 100% ҳолатда нуқсон томонда, фақат танглай нуқсони (тўлиқ, нотўлиқ, субмукоз) бўлган 54% болаларда нуқсон томонга қарама қарши томонга бурун тўсиги эгрилиги кузатилди. Шу билан бир қаторда 32 нафар (64%) болаларда компенсатор бурун пастки чиганоқлари катталашганлиги аниқланди.

Бугунги кунда туғма юз жағ соҳаси аномалиялари орасида туғма танглай ва лаб кемтиги 4-ўринни эгаллайди [13;15]. Хар йили бундай беморларни туғилиш

кўрсаткичи 1:750 чақалокка тўғри келмоқда. Статистик маълумотларга кўра, тўлиқ танглай ва лаб кемтиги 36.8%, бир томлонлама танглай ва лаб кемтиги 27.3%,



бир томонлама лаб кемтиги 23.3%, икки томонлама тўлиқ танглай ва лаб кемтиги 10.9% ташкил этади. Ўнг томонлама туғма танглай кемтиги, чап томонга нисбатан кўпроқ учрайди. Туғма танглай ва лаб кемтигининг биргаликда учраши, унинг турли оғир вариантларда кечиши, кўпроқ ўғил болаларда кузатилади [1;14].

Оториноларингологларнинг асосий диққат эътиборини туғма танглай кемтиги (ТТК) билан туғилган болалар гуруҳи жалб этади [3;18]. Туғма танглай кемтиги барча туғма нуқсонларнинг 30%ни, юз-жағ соҳаси аномалияларининг 86% ни ташкил этади [2;6].

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда 20-40% дан 90-100% гача кулоқ ва бурун қасалликлари учрайди [4;12]. Кулоқ касалликлари соғлом болага нисбатан, ушбу нуқсон билан туғилган болаларда 1-1,5 % кўп учрайди [5;16]. Туғма танглай ва лаб кемтиги юз-жағ соҳаси патологиясининг 70-90% ни ташкил этади [7;11].

Туғма танглай ва лаб кемтиги билан қиз болаларга нисбатан ўғил болалар кўпроқ туғилади, аксинча туғма танглай кемтиги ўғил болаларга нисбатан қизларларда икки марта кўпроқ учрайди [8]. Туғма танглай ва лаб кемтиги билан туғилган болаларда хаётининг биринчи кунидан нафас олиш, сўриш, ютиниш функциялари бузилган бўлиб, бу боланинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Бола катта бўлган сари, унинг руҳияти ҳам ўзгариб, бола жисмоний ривожланишдан орқада қолади [9;10].

Туғма танглай кемтиги билан туғилган болаларда, бурун орқали нафас олиш бузилиши билан бирга эшитиш, вестибуляр анализаторда бузилишлар, манқалик, сўрғичсимон ўсимта соҳасида пневматизациянинг бузилиши, шу билан

биргаликда кўп ҳолатларда чап мия ярим шарларда ўзгариш кузатилиб, жисмоний ва аклий ривожланишдан орқада қолади [17]. Гипоксия ва гипоксемия оқибатида юкори нафас йуллари анатомик тузилиши бузилади, болада бурун ва оғиз орқали нафас олиш шаклланади, юкори нафас йуллари ялиғланишга мойил бўлади, организмда кислород етишмовчилиги натижасида нафас олиш тизимида ва юрак қон- томир тизимида ҳам қон айланиш бузилади [1;9].

ТТК бўлган болаларда юкори нафас йулларининг ялиғланишига сабаб бўлувчи асосий омил, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши ҳисобланади. Бурун орқали нафас олишнинг бузилиши оқибатида ўрта кулоқ бўшлиғида патологик ҳолат ривожланиб, болаларда ўрта кулоқ касалликлари ривожланишига ҳам сабаб бўлади [10].

Текшириш мақсади. Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари функционал хусусиятларини баҳолашни ўз олдимишга мақсад қилиб қўйдик.

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

Бухоро вилоят кўп тармокли болалар тиббиёт маркази оториноларингология ва юз-жағ бўлимида текшириш ва даволанишда бўлган 50 та беморда клиник текширувлар ўтказилди. Шу билан бир каторда, назорат гуруҳига $n=20$ та кичик ўрта ва мактаб ёшдаги юз жағ соҳасида ҳеч қандай нуқсонни бўлмаган болалар олинди.



Жадвал №1. Беморларни ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Беморлар ёши бўйича гурухланиши	Беморлар сони					
	Қизлар		Ўғиллар		Жами	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
3-5 ёшгача	6	23. 0%	8	33,3%	8	16%
5-10ёшгача	13	50. 0%	10	41. 6%	23	46%
10-14 ёшгача	4	15. 3%	3	12. 5%	7	14%
14 ёшдан катта	3	11. 54%	3	37. 5%	6	12%
Жами	26	100%	24	100%	50	100%

1-Жадвал маълумотларига кўра, қизлар орасида 10-14 ёшгача беморлар 4 нафар (15,3%) ни ташкил этади . Ўғил болалар орасида бу кўрсаткич 3 нафар (12. 5%) ни ташкил этди. Қизлар ва ўғиллар орасида ҳам 14 ёшдан катта болалар, энг

кам миқдор 3 нафарни(12 %) ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам 5-10 ёшгача бўлган болалар энг кўп миқдорни қизлар 13 нафарни (50. 0%), ўғил болаларда 10 нафарни (41. 6%) ташкил этди.

Жадвал №2. Болаларни нуқсон кўриниши бўйича тақсимланиши

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

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

Олдимизга қўйилган вазифаларни амалга ошириш мақсадида, клиник

текшириш учун олинган болаларни 2 та гуруҳга тақсимладик.

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

2 Назорат гуруҳи. Юз жағ соҳасида ҳеч қандай нуқсонни бўлмаган болалар.

Жадвал №3. ТТК бўлган беморларнинг шикоятлари

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

3-Жадвал маълумотларидан кўришиб турибдики, асосий гуруҳдаги беморлар асосан нутқ бузилиши, эшитишнинг пасайишидан шикоят қилишган.

Анамнестик маълумотлар ўрганилганда, туғма танглай ва лаб кемтиги билан асосан биринчи туғруқдан 37 нафар (73%), иккинчи туғруқдан 12 нафар (24%) болалар туғилди. Учинчи туғруқда эса бу кўрсаткич 1 нафар (3%) болада кузатилди.

Бурун бўшлиғи эндоскопик текшируви 36 нафар ТТК бўлган болаларда ўтказилди. Барча текширилган беморларда уранопластика жарроҳлик амалигача ташки бурун ва бурун ички

тузилишида турли хил патологик ҳолатлар аниқланди. Асосий гуруҳ болаларида бурун тўсиғининг эгрилиги бир томонлама тўлиқ танглай кемтиклиги бўлган болаларда бурун орқали нафас олишда қийинчиликлар кузатилди. ТТК бўлган барча болаларда ҳалқум танглай ҳалқаси етишмовчилиги туфайли, бурун пастки чиғаноқлари орқа қисми гипертрофияси кузатилади

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

Диаграмма №1. ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғининг анатомик хусусиятлари





Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

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

Асосий гуруҳ беморларимизда деярли барчасида бурун тўсиғи эгрилиги учраганлиги сабабли, компенсатор равишда бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси ҳам биргаликда кўшилиб келганлиги аниқланди. Бу эса беморларни бурун орқали нафас олишини қийинлаштиради.

ТТК ва туғма тўлиқ лаб кемтиклиги (ТТЛК) бўлган болаларда деярли барчасида бурун тўсиғи эгрилиги кузатилди. Улар оғиздан ва бурундан нафас олишлари, овқат маҳсулотларининг оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига ўтиб турганлиги сабабли бурун чиғаноқлари катталашуви кузатилди. ТТК ва ТТЛК бўлган болаларда уранопластика, хейлоуранопластика жарроҳлик

амалларидан сўнг бурун орқали нафас олиш тикланмаса ЛОР ҳакими томонидан режали равишда бурундан нафас олишни тиклаш мақсадида, септопластика, аденотомия, вазотомия жарроҳлик амаллари ўтказилади.

Асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан аденоидлар вегетацияси 6 баробар, бурун тўсиғи эгрилиги 7 баробар кўп кузатилди. Сурункали тонзиллит бир томонлама туғма лаб кемтиклиги (БТТЛК) бўлган болаларда (5 нафар), ТТК (3 нафар) бўлган болаларга нисбатан кўп учрайди. Бурун тўсиғи эгрилиги ҳам БТТЛК бўлган болаларда кўпроқ кузатилди. Кўшма патологияни учраши боланинг ёшига боғлиқлиги 1-3 ёшгача бўлган болаларда ҳалқум ва бурун ҳалқум муртақлари гипертрофияси, 3-6 ёшли болаларда ҳалқум муртақлари гипертрофияси билан биргаликда бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси, 7 ёшдан катта болаларда бурун тўсиғи эгрилиги, бурун пастки чиғаноқлари гипертрофияси, шу билан биргаликда гипертрофик фарингит каби кўшма патология кузатилди.



Жадвал №4. Хилпилловчи эпителийнинг ҳаракат функцияси ўртача натижалари

Кемтик шакллари	Ўртача курсаткичлар (мин)	
	Асосий гуруҳ (n=50)	Назорат гуруҳ (n=40)
Икки томонлама туғма лаб кемтиклиги	21,34 + 2,2	16,2± 1,4
Бир томонлама тўлиқ туғма лаб кемтиклиги	22,24 + 2,2	
ТТК тўлиқ, нотўлиқ, субмукоз	20,6 ± 2,4	

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

Юқоридаги жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ТТК бўлган болаларда бурун шиллиқ қавати шикастланиши

оқибатида бурун шиллиқ қавати мукоцилиар функцияси бузилади.

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

Жадвал №5. ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғида водород

ионларининг концентрацияси натижалари

Кемтик шакллари	Ўртача курсаткичлар (мин)	
	Асосий гуруҳ (n=50)	Назорат гуруҳ (n=40)
Икки томонлама туғма лаб кемтиклиги	7,31-7,54	6,50-7. 15
Бир томонлама тўлиқ туғма лаб кемтиклиги	7. 65-8. 0	
ТТК тўлиқ, нотўлиқ, субмукоз	7. 30-7. 58	

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, ТТК бўлган беморларда бурун шиллиқ қавати водород ионларининг концентрацияси бурун бўшлиғи ва оғиз

бўшлиғи доимий алоқада бўлганлиги сабабли, оғиз бўшлиғидаги ишқорий мухит ҳисобига ишқорий томонга силжиган бўлади. Бу эса бизга бурун шиллиқ қавати мукоциляр клиренс функцияси бузилганлигидан ва бундай беморларда бу кўрсаткич синусит билан касалланишдан далолат беради.



Жадвал №6. ТТК бўлган болаларда бурун шиллик қавати ажратиш фаолияти натижалари

Кемтик шакллари	Ўртача кўрсаткичлар (мин)	
	Асосий гуруҳ (n=50)	Назорат гуруҳ (n=20)
Икки томонлама туғма лаб кемтиклиги	58,4±0,8	40,2±0,4
Бир томонлама тўлиқ туғма лаб кемтиклиги	61,7±0,6	
ТТК тўлиқ, нотўлиқ, субмукоз	45,4±0,02	

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

Берилган маълумотларга кўра, туғма танглай нуқсони бўлган беморларда бу кўрсаткич 58,4±0,8 мг ни ташкил этади.

Текширувлар натижаларига кўра, ТТН билан туғилган беморларда бурун шиллик қавати шиллик ва семиз хужайраларнинг секретор фаолияти ошиши натижасида, бурун шиллик қавати транспорт, ажратиш фаолиятлари шунингдек, рН кўрсаткичи ҳам ўзгаргарди.

Жадвал № 7. ТТН бўлган болаларда ольфактометрия натижалари абс. (%)

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

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

7-Жадвал маълумотларига асосланиб, ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғи ҳид

билиш фаолиятида сезиларли ўзгаришлар кузатилмайди. Текширилган болаларда 5 нафариди (25%) гипосмия I даража, 2 нафариди (10%) II даража, 1 нафариди (5%) III даража (полип ҳисобига) аниқланди.



Хулоса. Ўтказилган текширувларга асосланиб, туғма танглай ва лаб кемтиги бўлган болаларда 100% ҳолатда нуқсон томонда, фақат танглай нуқсони (тўлик, нотўлик, субмукоз) бўлган 54% болаларда нуқсон томонга қарама қарши томонга

бурун тўсиғи эгрилиги кузатилди. Шу билан бир қаторда 32 нафар (64%) болаларда компенсатор бурун пастки чиғаноқлари катталашганлиги аниқланди.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Азимов М.И., Шокиров Ш. Т. Основные принципы лечения больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба с выступающей межчелюстной костью // *Стоматология*. - 2011. - №1. – С. 69-74.
2. Баландина Е. А. Факторы риска возникновения врожденной расщелины губы и неба у детей, проживающих на территории города Перми и Пермской области // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2017 - 190 с.
3. Борзов Е. В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // *Новости оториноларингологии и логопатол.* – 2016. -№1 (29). – С. 3-8.
4. Вадачкорья З. О. Основные аспекты медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной неба // Автореф. дисс. д-ра мед. наук, - Тбилиси, 2010. – 90 с.
5. Васильева Е. Е. Профилактика нарушений слуха у детей с врожденными расщелинами твердого и мягкого неба// Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 21 с.
6. Влияние возраста на течение и результаты лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов // *Вестн. оториноларингол.* – 2017. – № 2. – С. 20-21.
7. Дусмухамедов М. З. Актуальные аспекты лечения детей с врожденной расщелиной неба // *Мед. журн. Узбекистана*. – 2015. - № 3. – С. 109-114.
8. Дусмухамедов М. З. , Азимов А. М. Значение традиционных методов обследования детей с ВРН в прогнозировании ранних местных осложнений после уранопластики // *Проблемы современной стоматологии Казахстана*. – Алматы, 2014. – С. 128-131.
9. Кицера А. А. Влияние врожденных дефектов неба на состояние среднего уха и функцию слуха // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. - 2011. - № 5 (приложение). - С. 3
10. Кицера А. А. Диагностика и лечение болезней среднего уха у детей с врожденными расщелиной неба // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. - 2014. - № 3. - С. 206-207.
11. Кицера А. А. Лечение оториноларингологической патологии у детей с врожденными расщелиной неба - этические аспекты // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. - 2012. - № 3. - С. 173
12. Махкамов М.Э., Мамедов А. А. Регистрационно-статистическая программа для центра реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба в Узбекистане // *Стоматология*. - 2012. - №6. – С. 48-52.
13. Махкамов Э. У. Зайнабидинова С. М. Современные методы хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба // *Стоматология*. - 2014. - №3-4. – С. 68-72.
14. Махкамов М. Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба// Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 32 с
15. Оптимизация тактики проведения эндоскопического исследования носоглотки у детей // *Рос. ринолог.* – 2013. – № 2. – С. 58-59.
16. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. - Миклош, 2012. - 390 с.
17. Ходжаева К. А., Якубова Р. К., Шарипова А. У. Оценка состояния уха, горла и носа у детей с деформациями челюстей // *Стоматология*. – 2015. – № 1-2. – С. 23.
18. Юмашев Д. П. , Дьякова С. В. , Агаева В. Е. Диагностика небно-глоточной недостаточности у детей и подростков после уранопластики // *Российский стоматологический журнал*. - 2015. - №6. - С. 18-21.