

СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: МҰРЫН ЖӘНЕ МҰРЫН ҚОЙНАУЛАРЫНЫҢ
ҚҰРЫЛЫМЫ МЕН ТОПОГРАФИЯСЫНЫҢ ЖАСҚА
БАЙЛАНЫСТЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ МҰРЫН
ҚОЙНАУЛАРЫНЫҢ ПОТОЛОГИЯСЫНДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Орындаған: Шалқарбай Т.Ж

Группа: 408Б

Тексерген: Есеналиева Р.Н

ЖОСПАРЫ:

1. МҰРЫН ЖӘНЕ МҰРЫН ҚОЙНАУЛАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ МЕН ТОПОГРАФИЯСЫНЫҢ ЖАСҚА БАЙЛАНЫСТЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
2. МҰРЫН ЖӘНЕ МҰРЫН ҚОЙНАУЛАРЫНЫҢ ПОТОЛОГИЯСЫНДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Бала туылуы кезеңге дейін тыныс жолдары сұйықтыққа толы, туғаннан кейін бірден жойылады.

Тыныс алу жолдары үшке бөлінеді: үстіңгі (мұрын, жұтқыншақ), орта (көмей, кеңірдек, бронхтар), төменгі (бронхиолдар және альвеолдар).

Сәбидің мұрын қуыстары шала дамыған, жолдары тар (1мм). Төменгі мұрын қуысы жоқ. Мұрын шеміршектері жұмсақ. Мұрын шырышты қабығы өте нәзік, қан тамырларына бай. 4 жасында ғана төменгі мұрын жолы пайда болады. Мұрын жолдарының тарлығы және қан тамырларға байлығы пайда болған қабыну процесс кезінде мұрын жолдарының тарылуына әкеліп соқтырады, сондықтан бала мұрын арқылы дем ала алмайды. Ауыз арқылы дем алу мүмкінсіз, себебі көмей үстілік жалпақ тілмен артқа ысырылады. Қосымша мұрын қуыстары тек 3-4 айда пайда болады, сондықтан жаңа туған балада гайморит, фронтит, т.б. синуситтер кездеспейді. Мұрын арқылы дем алғанда ауа жылынады, ылғалданады, тазарады. Мұрын арқылы дем алғанда тыныс бұлшық еттерінің жұмысы жоғарылайды, осыған байланысты тыныс алу тереңдейді. Атмосфералық ауа мұрын арқылы өтіп, жылынады, ылғалданады, тазарады. Даланың температурасы төмендеген сайын мұрында ауа жылына береді. Мұрын қуысына тәулікке 0,5-1л шырыш бөлінеді, оның ішінде бактерицидтік заттар, иммуноглобулин А пайда болады.

Мұрын кеңістігі балаларда жетілмеген және тар. Шырышты қабаты қабынған кезде ол ісініп, тыныс жолдары тарылып, демалысы нашарлайды, тыныс алуы нашарлап, ему қабілеті де нашарлайды

Тыныс алу жиілігі жасына байланысты:
ЖТБ-да минутына 40-60 рет.

1 жасында	35 рет
5 жасында	25 рет
10 жасында	20 рет
15 жасында	16-18 рет

Жаңа туған нәрестелерде торлы сүйектің перпендикулярлы пластинкасы жарғақты құрылым болып келеді, тек алты жасына қарай оның сүйектенуі бітеді. Перпендикулярлы пластинканың желбезекпен және төртбұрышты шеміршекпен қосылған жерлерінде бір тілім (жолақ) шеміршек бар - өсу зонасы. Кейде бұл жерде мұрын далдасының жотасы және тікенекке ұқсас шошағы пайда болады, бұлардың өзі мұрынмен тыныс алуды қиындатады және олардың мұрын кеуілжірлеріне (қалқандарына) жанаса тиюі неврозбен және бастың ауруын шақыруы мүмкін. Әдетте мұрын далдасы дәл ортаңғы жазықтықтың бойында болмайды. Мұрын далдасының ортаңғы сызықтан әжептәуір қисаюы, мұрын арқылы тыныс алудың бұзылуына әкеледі.

Жаңа туған нәрестелерде мұрынның төменгі кеуілжірі мұрынның түбіне дейін төмен түседі, барлық мұрын жолдарының біршама енсіздігі байқалады, бұл жағдайлар кішкентай балаларда мұрын сілемейлі қабығының аздаған ісінуінің өзінде тез басталатын мұрын арқылы тыныс алудың қиындауына себепші болады

Мұрынның төменгі жолының латералды қабырғасында, төменгі кеуілжірдің алдыңғы шетінен артына қарай 1-1,5см аралықта мұрын-көзжас каналының шығарушы тесігі бар. Бұл тесік туғаннан кейін пайда болады, оның ашылуының кідіруі көз жасының қайтуын (ағылуын) бұзады, бұның өзі каналдың киста тәрізді ұлғаюына және мұрын жолының тарылуына әкеледі

Мұрынның төменгі жолының латералды қабырғасында, төменгі кеуілжірдің алдыңғы шетінен артына қарай 1-1,5см аралықта мұрын-көзжас каналының шығарушы тесігі бар. Бұл тесік туғаннан кейін пайда болады, оның ашылуының кідіруі көз жасының қайтуын (ағылуын) бұзады, бұның өзі каналдың киста тәрізді ұлғаюына және мұрын жолының тарылуына әкеледі

Жаңа туған нәрестелерде тек екі ғана қойнау болады - жоғарғы жақсүйек және торлы лабиринт, ал маңдай және сына тәрізді қойнаулар болмайды, олардың қалыптасуының басталуын 3-4 жасқа жатқызады.

ЛОР ауруларының ішінен 20-30% мұрын маңы қойнауларының қабыну аурулары (гайморит, фронтит, сфеноидит, этмоидит) құрайды. Бұлардың ішінен ең жиі гайморит кездеседі.

Гаймориттің негізгі көріністері *жергілікті және жалпы* болып бөлінеді. Жергілікті симптомдарға зақымдалған қойнау маңындағы ауру. Ауру әр түрлі интенсивтілікте болуы мүмкін. Пальпация кезінде күшейіп, әртүрлі аймақтарға, кей жағдайда барлық бет аумағына иррадиация беруі мүмкін. Бас ауруы туындайды. Жергілікті белгілердің тағы біреуі, мұрын арқылы тыныс алудың бұзылуы. Көп жағдайда бұл зақымдалған қойнау жақта болса, кей кездерде толықтай екі мұрынның да тыныс алуы бұзылуы мүмкін. Мұның себебі, мұрынның шырышты қабатының үлкеюі (набухание) және тыныс жолдарының тарылуымен болады. Мұрыннан сұйықтық бөліну бас кезінде сұйық, серозды болса, кейіннен түссіз және тұтқыр іріңді түрге ауысады. Кейде бірден іріңді түрі бөлінуі мүмкін.

Клиникалық көрінісі. Жалпы симптомдарға дене температурасының субфебрильді және фебрильді деңгейде дейін жоғарылауы. Науқас жағдайының нашарлауы. Кейбір жағдайда тыныс алуы екі мұрын арқылы қиындағандықтан науқас ауызымен дем алуа мәжбүр болады.

Ринит, мұрын бітелу — мұрын қуысының шырышты қабатының қабынуы. Ауруды мұрын қуысына түскен микробтар мен вирустар тудырады. Қоздырғыштардың дамуына организмнің мұздауы, ауаның құрамында шаң-тозаң мен зиянды газдар мөлшерінің артуы, гүл тозаңдары (қ. Поллиноз) әсер етеді. Көп жағдайда Ринит жұқпалы аурулардың (тумау, дифтерия) әсерінен де болады. Риниттің жедел және созылмалы түрлері бар. Кейде вазомоторлы (вегетативті жүйке жүйесінің қабынуы) және аллерг. (организмнің аса сезімталдығы) түрлері де кездеседі. Аурудың бастапқы кезінде мұрынның шырышты қабаты ісінеді, науқастың тамағы қызарып, құрғайды. Бірнеше күннен кейін мұрыннан сұйық ірің ағады. Бұл кезде дене темп-расы аса көтерілмейді, бірақ ауру адамның басы ауырып, тыныс алуы қиындайды, көздің шырышты қабатының қабынуынан көзден жас ағады. Әсіресе мұрын бітелу нәрестелерде қиын өтеді, себебі, олардың мұрын қуысы тар болады да, мұрын ішіндегі болар-болмас ісіну олардың дем алуына, емшек емуіне кедергі жасайды. Кейде қабыну мұрын-жұтқыншақтың шырышты қабатына, есту түтікшесіне, көмейге, кеңірдекке, тіпті өкпеге де таралуы мүмкін. Ауруды дер кезінде емдемесе, асқынып, созылмалы түріне ауысады.

Жедел ринит

Жедел ринит-мұрынның шырышты қабатының қабынуы. **Этиологиясы:** вирустар, микроорганизмдер, аллергиялық, механикалық, химиялық, гипертермиялық тітіркендіргіштер. Осы этиологиялық факторлардың әсерінен мұрынның шырышты қабатының ісінуі және гиперсекрециясы дамиды.

Клиникалық көрінісінің 3 кезеңі бар:

1. Құрғақ ринит, ұзақтығы 1 тәулік.
2. Серозды бөліністер кезеңі- 2-3 тәулік.
3. Іріңді бөліністер кезеңі- 3-4 тәулік, кейде бірнеше аптаға созылады.

Үлкен жастағы балаларда мұрнында және жұтқыншағында құрғақтық сезімі пайда болады. Тыныс алу қиындайды, жас ағу, бас ауыру байқалады, иіс сезуі төмендейді. Жалпы жағдайы нашарлайды. Тыныс алудың нашарлауы емудің нашарлауына әкеледі. Дұрыс тамақтанбауы ұйқынуының бұзылуына, мазасыздыққа әкеледі. Дене қызуының көтерілуі бірнеше тәулікке созылады.

Әдебиеттер тізімі:

- ▣ Атлас Адам анатомиясы. 2 том. Ү.Ж. Жұмабаев, Ә.Б.Әубәкіров, Т.М.Дасаев, Т.С. Қосманбетов, М.З. Шайдаров
- ▣ Адам анатомиясы. АТЛАС. Том 3. Ә.Б. Әубәкіров, Ф.М. Сүлейменова, М.З. Шайдаров, Т.М. Дасаев, Ғ.З. Хайрли. 2010
- ▣ [Kk.Wikipedia.com](http://kk.wikipedia.com)