

Q.Qosimov, Z.K.Norboyev, Z.A.Karimova

# AMALIY RINOLOGIYA



O'QUV QO'LLANMA

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA  
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI**

**Q.Qosimov, Z.K.Norboyev Z.A.Karimova**

# **AMALIY RINOLOGIA**

**(OQUV QO'LLANMA)**

**Andijon – 2022**

**Tuzuvchilar:**

**Q.Qosimov**-Andijon davlat tibbiyot instituti  
"Otorinolarinologiya kafedrası" mudiri t.f.d.

**Z.K.Norboyev** - Andijon davlat tibbiyot instituti  
"Otorinolarinologiya kafedrası" dotsenti,t.f.n.

**Z.A.Karimova**- Andijon davlat tibbiyot instituti  
"Otorinolarinologiya kafedrası" ассистенти

**Taqrizchilar:**

**X.E. Shayxova**-Toshkent tibbiyot akademiyasi  
"Otorinolarinologiya" kafedrası professori, t.f.d.

**S.S.Arifov**-Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti  
"Otorinolarinologiya "kafedrası mudiri" t.f.d. professor

**A.F.Ikramov**- Andijon davlat tibbiyot instituti "Oftalmologiya  
kafedrası" mudiri t.f.d.,professor

2



## O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus  
ta'lim vazirligining 2022 yil 19 " iyul " dagi  
233 " -sonli buyrug'iga asosan

Q.Q.Qosimov, Z.K.Norboyev, Z.X.Karimova

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)  
510100-Davolash ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

*Amaliy rinologiya nomli o'quv qo'llanmasi*

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan  
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat  
berildi.



Vazir

A. Toshkulov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

233-1140





## MUNDARIJA

Kirish so'zi

Otorinolaringologiya fanni rivojlanish tarixi

### **Burun kasalliklari**

#### **1. Burun va burun yondosh bo'shliqlari klinik anatomiyasi**

##### **1.2. Tashqi burun klinik anatomiyasi**

##### **1.3. Burun yondosh bo'shliqlari klinik anatomiyasi**

##### **1.4. Burun va burun yondosh bo'shliqlari klinik fiziologiyasi**

##### **1.5. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini tekshirish usullari**

#### **2. Tashqi burun kasalliklari**

##### **2.1. Tashqi burunni tug'ma nuqsonlari**

##### **2.2. Burun chipqoni**

##### **2.3. Burun yolini**

##### **2.4. Burunni kirish qismi sikozi**

##### **2.5. Burun ekzeması**

##### **2.6. Burunni kuyishi**

##### **2.7. Burunni sovuq urishi**

#### **3. Burun bo'shlig'ini o'tkir kasalliklari**

##### **3.1. O'tkir tumov**

#### **4. Burun bo'shlig'ini surunkali kasalliklari**

##### **4.1. Surunkali kataral rinit**

##### **4.2. Surunkali gipertrofik rinit**

##### **4.3. Surunkali atrofik rinit**

##### **4.4. Sassiqliq tumov**

##### **4.5. Vazomotor rinit**

##### **4.6. Burun to'sig'ini qiyshtayishi**

##### **4.7. Burun to'sig'iga qon quyilishi va xo'ppozı**

##### **4.8. Burun va burun yondosh bo'shliqlari jaroxati**

##### **4.9. Burun bo'shlig'ida yot jismlar**

##### **4.10. Rinolitlar 196**

##### **4.11. Burundan qon ketishi**

#### **5. Burun yondosh bo'shliqlarini o'tkir kasalliklari**

##### **5.1. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi**

##### **5.2. G'alvirsimon suyak bo'shliqlarini o'tkir yallig'lanishi**

##### **5.3. Peshona suyagi bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi**

##### **5.4. Asosiy suyak bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi**

#### **6. Burun yondosh bo'shliqlarini surunkali yallig'lanishi**

##### **6.1. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi**

##### **6.2. G'alvirsimon suyak katakchafini surunkali yallig'lanishi**

##### **6.3. Peshona suyagi bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi**

##### **6.4. Asosiy suyak bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi**

#### **7. Burun yondosh bo'shliqlarini kasalliklarini ko'zga asorati**

#### **8. Burun yondosh bo'shliqlarini kasalliklarini miya ichi**

##### **asoratlari**

#### **9. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini o'smalari**

##### **9.1. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini xafsiz o'smalari**

##### **9.2. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini xafli o'smalari**

#### **10. Burun zaxmi**

#### **11. Burun silli**

#### **12. Burun skleromasi**

#### **13. Mavzu oid vaziyat masalalari va test savollari.**

**Shifokor bo'lishimga yo'llanma bergan, mashaqatlarida  
xamdard bo'lgan, marxum otam Iminov Qosimjon va Iminova  
O'lmasxonlarni yorqin xotirasiga bag'ishlayman**

**Qobiljon Qosimov.**

**KIRISH SO'ZI**

Mamlakatimizda har yili davlat byudjetini qabul qilishda ayni ijtimoiy sohani rivojlantirishga alohida ahamiyat beriladi. 2022 yilda bu sohaga ajratilgan mablag'lar byudjetimiz umumiy xarajatlarining 60 foizini tashkil etdi.

Yana bir ustuvor vazifamiz deb ko'rsatib o'tdi, muhtaram prezidentimiz SH.M.Mirziyoyev- xalqimiz salomatligini muhofaza qilish, sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish va samarasini oshirish, profilaktika ishlarini kuchaytirishdan iboratdir.

Bo'lajak tibbiyot xodimlarini tarbiyalash va o'qitishda, zamon talabiga javob beradigan va ilg'or tibbiyot yutuqlarini aks ettirgan, o'quv qo'llanma va darsliklar yaratishimiz bilan javob berishimiz kerak.

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan so'ng o'zbek tiliga davlat tili maqomi berildi. SHundan kelib chiqqan xolda, barcha soxada ish yuritish o'zbek tilida olib borilmoqda. Tibbiyot soxasida xam zamon talabiga javob beradigan yangi o'quv adabiyotlari yaratilishiga extiyoj tug'ildi. Xozirgi kungacha respublikamizni tibbiyot insitutlarini talabalarini otorinolaringologiya fani bo'yicha o'qitishda asosan Rossiya olimlari tomonidan yaratilgan adabiyotlardan foydalanib kelinmoqda. Otorinolaringologiyadan dastlabki o'zbek tilida o'quv adabiyoti prof.A.I.Mo'minov (1994) "Quloq, tomoq va burun kasalliklari" va A.N.Dadamuxamedov, M.Mirzarasulovlar (1999) «Bolalar otorinolaringologiyasi», xamda S.A.Xasanov, N.X.Voxidovlar tomonidan "Quloq,burun,xalqum va xiqildoq kasalliklari" (2011) darsliklari yaratilgan va o'quv jarayoniga tadbiiq etilgan. Bu adabiyotlar o'z vaqtida o'quvchilar tomonidan mamnuniyat bilan qabul qilingan. Bu nashrlardan so'ng o'tgan davrlarda LOR ahzolarini tekshirish, tashxis qo'yish va davolash masalalarida bir qancha yangiliklar paydo bo'ldi. O'qitishni yangi texnologiyalari yaratildi,kasalliklarni o'rganishda zamonaviy nazariyalar va amaliyotlar paydo bo'ldi,shuning uchun xam otorinolaringologiyadan yangi o'quv adabiyotini yaratilishiga extiyoj tug'ildi.

1996 yili davlatimizda ish yuritishni lotin alifbosiga olib borishga o'tilgandan so'ng, respublika miqyosida davlat idoralari qatorida, boshlang'ich va o'rta maktab,kasb-xunar kolejlari va oliy o'quv yurtlarida ishlar lotin alifbosida olib borilmoqda. O'z-o'zidan mahlumki, xozirgi kunda tezlik bilan lotin alifbosida o'quv adabiyotlarini yaratib, o'quvchilar ehtiboriga xavola etish zarur.

O'z-o'zidan savol tug'iladi quyidagi darslikni yozilib nashr etishga qanday zaruriyat tug'ildi?

**Birinchi**dan otorinolarigologiyadan o'quv adabiyotlarini davlat tilida chop etilganligiga ancha vaqt o'tganligi.

**Ikkinchi**dan xar 3-4 yilda tibbiyotda mahlumotlar 20% yangilanib turishligini xisobga olindi.

**Uchinchi**dan oxirgi yillarda LOR azolarini bahzi bir kasalliklarini sabablarini aniqlashda, klinik kechishini o'rganishda, taxislashda zamonaviy asbob-anjomlar qo'llanilayotganligi va davolash masalalarida bir qancha yangi dori moddalarini amaliyotga tatdbiq qilindi. Bunday o'zgarishlar Menher kasalligi, otoskleroz, eksudatli o'rta otit, surunkali tonzillit, o'tkir laringotraxeitni davolash, LOR ahzolarida SPID kaslligidagi o'zgarishlar xamda ularni davolashga oiddir.

Surunkali yiringli o'rta otit, adgeziv otit, rinosinusitlar, burun polipini davolashda yangicha yondoshish paydo bo'ldi.

Otorinolaringologik bemorlarga tashxis qo'yish va davolashda yangi endoskopik mikroxirurgiya yo'lga qo'yildi. Bular xaqidagi ma'lumotlar xam kitobni tegishli saxifalarida keng yoritildi. Tashxisda YaMR, komphyuter tomograf keng qo'llanilayotganligi, davolash amaliyotida turli fizik tahsirlar, krio davolash, ulhtratovush, magnit maydoni orqali tahsir etish, lazer davolar xaqida ma'lumot berilgan.

**To'rtinchi**dan kitobni LOR ahzolari anatomiyasiga bag'ishlangan bo'limlarda, klinik tashxislashda 2007 yili O'zbekiston olimlari tomonidan chop etilgan xalqaro anatomik terminologiyadan foydalanilgan bu esa talabalar tomonidan o'zlashtirish jarayonini ancha yengillashtiradi.

**Beshinchi**dan LOR ahzolarini fiziologiyasi masalasi bo'limiga zamonaviy fan yangiliklari natijalarini kiritish bilan boyitildi.

**Oltinchi**dan kitobda keltirilgan rasm va suratlarini asosiy qismini o'zimizni kuzatishlarimiz natijalari bilan boyitilgan.

**Ettinchi**dan LOR kasalliklarni bartaraf etishni asosiy yo'nalishi uni oldini olish va surunkali ko'rinishiga o'tganda dispanser nazoratiga olish xaqidagi ma'lumotlar batafsil yoritildi.

**Sakkizinchi**dan asr vabosi xisoblangan SPID, uni LOR ahzolariga bergan asoratlarini xaqida ma'lumotlar kitobni aloxida bo'limida berilgan.

**To'qqizinchi**dan xar bir bo'lim oxirida, shu bo'limga tegishli bemorlarni kasallik tarixidan misollar keltirilgan va test savollari va vaziyat masalalari berilgan. Bu esa o'quvchilarni o'tilgan darslar bo'yicha mavzuni qanday darajada o'zlashtirishga erishganligini aniqlashda yordam beradi.

**O'ninchi**dan darslikda o'quvchilarga nafaqat tibbiy bilim berishga xarakat qilindi, balki ularga tibbiy madaniyat xaqida xam tushuntirish berishga xarakat qilindi.

**O'n birinchi**dan ushbu yaratilgan o'quv adabiyotida LOR kafedrasini xodimlarini 52 yillik to'plagan tajribalari, kuzatishlari mualliflarni shaxsiy fikr muloxazalari natijalari xam aks ettirilgan.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlarga asoslangan xolda ushbu darslikni yozib chop etishga xarakat qildik.

O'quv adabiyotini yaratishda ayrim kamchiliklar, xatoliklar, qarama-qarshi fikrlardan xoli bo'lmadi. SHuning uchun xam o'quvchilar tomonidan bildirilgan fikr muloxazalar va takliflar mualliflar tomonidan mamnuniyat bilan qabul qilinadi.

T.f.d. professor Q.Q.Qosimov



## **OTORINOLARINGOLOGIYA FANNINI MAQSADI VA MOXIYATI, TIBBIYOTDA TUTGAN O'RNINI, RIVOJLANISH TARIXI.**

**Otorinolarologiya** fani tibbiyotni maxsus bo'limi xisoblanib quloq, tomoq va burunni klinik anatomiyasi, morfologiyasi, fiziologiyasi va kasalliklarini o'rganish, oldini olish va davolash masalalari bilan shug'ullanadi. Otorinolarologiya tibbiyotni barcha soxalari bilan chambarchas bog'lanib rivojlanadi. Tibbiyot soxasida murojat qilayotgan bemorlarni 30% ni LOR bemorlar tashkil qiladi, ularni 60% esa bolalardir. LOR soxasi tibbiyotni boshqa bo'limlariga qaraganda ancha yosh yo'nalish bo'lishiga qaramay rivojlanish pog'onasida jadallik bilan oldinga bormoqda.

### **Otorinolarologiya fanini rivojlanish yo'llari va uning boshqa klinik fanlar orasida tutgan o'rni**

Otorinolarologiya klinik ta'limot bo'lib, lotincha so'zdan olingan (otos - quloq, rhinos - burun, laringos - tomoq).

Otorinolarologiya - quloq, burun, tomoq ahzolarini, ularni tuzilishi, vazifalari yahni eshitish, xid sezish va nutq xosil bo'lishini, shuningdek quloq, burun, tomoq kasalliklarini, ularning boshqa ahzolar bilan chambarchas bog'liqligini o'rgatuvchi fandir.

Otorinolarologiyani - hozirgi kundagi vazifasi quloq, burun, tomoq kasalliklarini oldini olish, ularni erta aniqlash, davolash, shuning bilan birgalikda eshitish, muvozanat va xid bilish analizatorlarni xolati va uzgarishi darajasini ham aniqlashdan iboratdir. Quloq, burun, halqum va hiqildoq butun bir organizmning bir qismi hisoblanib, markaziy nerv sistemasi tomonidan boshqarilib turiladi. Bu ahzolar kasalliklarini butun organizmdan ajratib olib o'rganish va davolash maqsadga muvofiq emasligi bo'lgani kabi, boshqa ahzolarini ham LOR ahzolaridan ajratib davolash foydasizdir.

I.P.Pavlov ta'limotiga asosan analizatorlar periferik (quyi) qismidan toki bosh miya yarim sharlar (markaz) po'stlog'igacha butun bir tizimni (sistemani) tashkil qiladi.

Eshitish va muvozanat analizatorlarning quyi (periferik) qabul qiluvchi markazini retseptorlari ichki quloqda joylashgan. Xid sezish analizatorlariniki esa burunda joylashgan. Bu analizatorlarning markaziy qismi bosh miya yarim sharlari po'stlogida joylashgan.

Quloq va yuqori nafas yo'llarini tuzilishi, vazifasi, kasalliklari xakidagi dastlabki mahlumotlarni yaratilishida, Gippokrat (460-377) keyinchalik TSelg's (I asr), Galen (I-II asr) ishlari axamiyatlidir.

O'rta asrning yirik, mashhur entsklopedist -olimi Abu Ali Ibn Sino (980-1057) o'zini «Tib qonunlari» nomli kitobida: quloq, burun va tomoq, og'iz bo'shlig'i, tish kasalliklariga katta bo'limini bag'ishlagan. Bo'limda karlik, quloqda paydo

bo'ladigan shovqin, bosh aylanishi, nutqda nafas olishning axamiyati kabi ma'lumotlar batafsil yoritib berilgan.

XVI asrning yirik olimlaridan A. Vezaliy (1510-1534y.) quloq bo'limlarini tuzilishi va ularni vazifasi haqida o'z asarlarida keng ma'lumot bergan.

Evstaxiy (1540-1574y) eshitish nayi tuzilishi va uni eshitish jarayonidagi o'rni to'g'risida yozgan.

Falopiy (1523-1562y) yuz nervi kanali, quloq labirinti, nog'ora bo'shlig'i to'g'risida ma'lumotlarga katta axamiyat bergan.

A. Valg'salg'v (1666-1723) o'zini «Odam qulog'ini tuzilishi» nomli kitobida (1704) quloqning anatomik va patologoanatomik tuzilishlari haqida yozgan. U amaliyotda o'rta quloqqa burun-halqum orqali xavo yuborish usulini kashf etdi. Bu usul hozirgi vaktida amaliyotda keng qo'llanilmoqda.

LOR mutaxassisligini faoliyati va uni vazifalari keng yoritilib berilgan.

CHex olimi Purking'e (1820) bosh aylanishi bilan nistagmi bir-biriga bog'likligini aniqladi. Fluran (1842) quloq labirintini, yorib yarim oysimon kanallarni faoliyatini buzilishi bilan tana xolatini buzilishi orasidagi bog'likligini isbotladi.

U chig'anoqni eshitish apparatiga tegishligini, yarim oysimon kanallarni esa muvozanat apparatga tegishli ekanligini ko'rsatib berdi. Bunga o'shahsh bir qancha ma'lumotlarni umumiy qonuniyatlariga suyangan xolda ichki quloq yarim oysimon kanallarining vazifalari to'g'risidagi nazariyani Evalg'd yaratdi (Evalg'd konuni). Italiya olimi Kort (1822-1876) chig'anoqni tuzilishini o'rganib chiqdi, uni eshitish jarayonidagi o'rni ko'rsatib berdi, shuning uchun xam chig'anoqni bu qismini Kortiev ahzosi deb nomlanadi. Gelg'mgolg'ts (1821-1894) o'z tekshirishlariga asoslanib eshitish nazariyasini yaratdi.

A. Polittser (1885-1920) - Garbiy Yevropada otorinolaringologiyani asoschilaridan biri bo'lib, ilmiy ishlari quloq kasalliklarini o'rganishga, jarroxlilik usullarni kengaytirishga asoslangan.

XIX asrning ikkinchi yarmidan otorinolaringologiya tibbiyot fanlari orasidan aloxida fan bo'lib ajralib chiqdi.

Nemis vrachi Gofman LOR ahzolarini tekshirish uchun o'rtasida kichkina yumalak teshik bor oynak kashf qilib, shu oynakdan qaytgan yorug'lik nurini LOR ahzolarini ko'rishni taklif etgan.

Bu ichi yassi oynak boshning peshona qismiga, teshigi esa chap ko'z soxasiga to'g'rilanib maxkamlanadi va «peshona reflektori» deb ataladi.

Muzika o'qituvchisi, professor Manuelg' Garsiya (1804-1904) 1854 yili bilvosita laringoskopiya uchun «xiqildoq oynasi» usulini ixtiro qildi.

K. A. Rauxfus birinchi bo'lib subxordal laringitni (soxta bo'g'ma) klinik ko'rinishini yozdi. U dunyoda birinchi bo'lib (1861y) laringoskopiya asoslangan xolda traxeotomiya qildi va xiqildok o'smasini oldi.

Rossiyada birinchi bo'lib N. V. Sklifosovskiy (1836-1904) xiqildoqni yarim rezektsiyasini bajardi. Venalik xirurg Bilg'rot 1875 yili xiqildoqni to'la eksterpatsiyasini qildi. Rus olimi V. N. Nikitin (1850-1921) adenoidni klinik kechishini, uni tashxisi va jarroxlilik muolajasini ishlab chiqdi.



Germaniyalik otolog G. SHvartse (1837-1910) so'rg'ichsimon o'simtani oddiy trepanatsiyasini taklif etdi.

XIX asrning ikkinchi yarmida otorinolaringologiya fanini rivojlanishiga munosib xissa qo'shgan g'arbning buyuk otorinolaringologlari Betsol'g'd (Myung'xena) uning shogirdi Denker, otolog SHvartse (Galledda), SHtake (Erfurtda), Killian (Freybergda), TSAufalg' (Pragada) va boshkalar xisoblangan.

N. P. Simanovskiy (1854-1922) Rossiyada birinchi marotaba 1892 y. quloq, burun va tomoq kasalliklarini birlashgan klinikasini tashkil qildi.

Kelgusida otorinolaringologiyani ravnaqida uning shogirdlari V. I. Voyachek, M. F. TSitovich, N. V. Belogolov, N. M. Aspisovlar xam salmoqli ishlar olib bordilar.

Professor, L. T. Levinni (1869-1944) «Quloqning xirurgik kasalliklari» nomli qo'lyozmasi hozirgi vaqtgacha LOR mutaxassislariga eng kerakli qo'llanmalardan biri bo'lib xisoblanmokka.

Akademik, Soldatov Igorg' Borisovich (1923) ilmiy izlanishlari quloq patologiyasiga bag'ishlangan, «Meyordagi (normadagi) bodomcha bezlarini nerv apparati», «Quloq kasalligida quloq shovqini», kabi to'plamlar va «Otorinolaringologiyadan qo'llanma» yaratdi.

Professor Andrey Gavrilovich Lixachyov (1899-1985) «Quloq, burun va tomoq kasalliklari» darsligi, «Burun halqum rakining klinikasi», «Surunkali allergik rinosinusitlar» va boshqa monogarfiyalar muallifidir.

Akademik, Preobrajenskiy Boris Sergeevich (1892-1970) - 1941 yildan umrini oxirigacha u Moskva Tibbiy oliygoxi LOR kafedra mudiri lavozimida ishladi. Uning «Angina», «Surunkali tonzillit», «Kar va soqovlik», «Rinoxirurgiyaning rivojlanish tarixi», «Quloq, burun va tomoq kasalliklari» to'plamlari mahlum.

Uning shogirdi V. T. Palg'chun 1972 yildan kafedrani boshkardi. V. T. Palg'chun (1980) «Quloq, burun va tomoq kasalliklari» nomli darslikni muallifi.

O'zbekistonda ilmiy kadrlar tayyorlashda Akademik B. S. Preobrajenskiy, professor L. B. Daynyak, xizmat ko'rsatgan fan arbobi I. I. Patapovlarni ulkan xizmatlarini aloxida ko'rsatish mumkin.

## O'ZBEKISTONDA OTORINOLARINGOLOGIYA RIVOJLANISH TARIXI

O'zbekistonda birinchi bo'lib 1918 yilda Toshkentning eski shaxridagi kasalxona qoshida A.M. Juravlev tomonidan 25 o'rinli ko'z va LOR kasalliklari uchun bo'lim ochilgan. O'rta Osiyo Universiteti qoshida tibbiyot fakul'teti ochilish munosabati bilan Toshkentning xarbiy gospitalida LOR kafedrasini tashkil qilinadi va uning birinchi mudiri etib Maskvadani kelgan professor S.F. SHteyn tayinlanadi. S.F. SHteyn tashkiliy ishlar bilan shug'ullandi va uzoq ishlamasdan sog'ligi yomonlashganligi tufayli Yessentuki shaxriga ketib qoladi.

1922 yilda kafedra mudiri etib S.F.Kaplan tayinlanadi. SHu davrda Respublikada LOR xizmatini rivojlantirish uchun vrachlardan I.B.Blyum, N.A.Novikov, V.I. Suravetskiy, I.M. Rozenfelg'd, A.A. Migrinskayalar katta xizmat qildilar.

1925 yilda O'rta osiyo otorinolariningologlar ilmiy jamiyati tuzildi va uning birinchi raisi etib S.P. Kaplan saylandi.

1927 yilda LOR kafedrasini mudiri etib dotsent I.M. Ruzenfelg'd saylanadi.

1930-1937 yillar kafedrasini professor S.G. Borjim boshqaradi. Bu davrni kafedrasini rivojlanish davri deb atash mumkin, chunki kafedrada quloq, tomoq va burun kasalliklarini jarroxlik yo'li bilan davolashni yangi usullari ishlab chiqildi va tashxis ishlari yaxshi yo'lga qo'yildi.

1939-1945 yillarda Toshkent tibbiyot institutining LOR kafedrasini professor V.P. CHikurin boshqardi. Bu davrda LOR kasalliklarini konservativ usulda davolash ishlariga katta ehtibor qaratildi.

1945-1955 yillari kafedrasini professor S.I.SHumskiy rahbarligida boshqarildi va shu davrda 6 ta nomzodlik dissertatsiyalari yoqlandi. S.I SHumskiy ko'pgina maxalliy millat vrachlarini ishga jalb qildi (S.A. Agzamov, R.A. Xamraeva, A.G. Ganiev, K.D. Mirazizov, R.N. Kayumova, A.U. Usmanova va boshqalar).

Laskov Izrail Yulg'evich (1897-1968) professor 1955-1968 yillarda Toshkent tibbiyot instituti LOR kafedrasini boshqardi. O'zini ish faoliyatida xikildoqning surunkali qisilishlarda protez dilyatatorlar yordamida davolash usulini yo'lga qo'ydi.



**Mirazizov Qo'chkor Juraevich** (1925-2011) professor. O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi. Toshkent davlat tibbiyot instituti LOR kafedrasini (1969-1998) mudiri, oddiy assistentlikdan kafedra mudiri darajasigacha bo'lgan yo'lni bosib o'tdi va 1998 yilgacha kafedra mudiri lavozimida ishladi. Ilmiy izlanishlari otogen bosh miya asoratlari tashxisi va davolash yo'llari, LOR kasalliklari rivojlanishini oldini olish xamda ularni tashxisi masalalariga bag'ishlangan. Q.J.Mirazizov raxbarligi ostida 40 dan ortiq fan doktorlari va fan nomzodlari tayyorlangan. Vatanimizda otorinolaringologiya fanini rivojlanishini asoschilaridan biri xisoblanadi.

Kafedrani (1997-2005) yillar professor Xodjaeva Qunduz Asadullaevna boshqardi, bu davrda kafedra LOR kasalliklarini tashxisi va davolash ishlarida yangi texnologiyalarni amaliyotga kiritish bo'yicha ulkan ishlarini amalga oshirdilar. "Amaliy otorinolaringologiya" o'quv qo'llanmasi muallifi. Q.A.Xodjaeva raxbarligida 2 ta fan doktori va 12 ta fan nomzodlari tayyorlangan. Kafedrada Vatanimizga yuqori malakali ilmiy va amaliy xodimlar tayyorlashda xaqiqiy LOR maktabi yaratildi.



**Mo'minov Akram Ibragimovich** (1937-2001) professor, o'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi. 1976 yildan II-Toshkent davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrasini mudiri bir vaqitni o'zida shu instituti o'quv ishlari bo'yicha prorektori lavozimida ishladi. 1989 yildan yangi tashkil qilingan Buxoro tibbiyot instituti LOR kafedrasini mudiri va shu bilan birga institut rektori lavozimida ishladi. 1994 yildan Samarqand Davlat tibbiyot instituti rektori etib tayinlandi. Ilmiy ishlari burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklari va ularni o'pka kasalliklariga aloqadorligi, surunkali tonzillit, quloqning yiringli kasalliklarida, aloxida surdologik xizmatni tashkil kilishga, kasbiy kasalliklar muammolariga bag'ishlangan. Quloq, tomoq va burun kasalliklari bo'yicha talabalar uchun o'quv adabiyoti muallifi xisoblanadi, bundan tashqari bir necha ilmiy monografiyalar yaratgan, xamda 40 ortik ilmiy kadrlar tayyorlagan.



**Xakimov Abdumalik Maxmudovich** (1941 y.) tibbiyot fanlari doktori, professor 1992 yildan avval ikkinchi TOSHM Lor kafedrasini, so'ngra tibbiyot akademiyasi Lor kafedrasini mudiri lavozimida faoliyat ko'rsatgan. Ilmiy yo'nalishi neyrosensor karlik muammolariga bag'ishlangan. 2000 yildan Respublikada otorinologlar jamiyatini raisi, barcha o'tkazilgan otorinologlar shezdini asosiy tashkilotchilaridan xisoblanadi. "Sog'liqni saqlash ahlochisi" nishoni bilan taqdirlangan. 300 dan ortiq ilmiy ishlar muallifi, 2ta fan doktori va 12 ta fan nomzodlari tayyorlagan. Respublikamizda otorinologiya xizmatini rivojlanishida ulkan xizmat qilgan olim sifatida xurmatga sazavordir.

Tibbiyot akademiyasini 2011 yildan boshlab, tibbiyot fanlari doktori, professor SHayxova Xolida Erkinovna (1954 y.) va 2015 yildan U. S. Xasanov boshqarmoqda. Kafedrada professor X.E. SHayxovadan tashqari 8 nafar tibbiyot fanlari doktori professorlar faoliyat ko'rsatmoqda. Professor X.E. SHayxovani ilmiy yo'nalishi yuqori nafas yo'llari va o'rta quloqni yiringli yallig'lanish muammolarini xal qilish masalalariga bag'ishlanagn, 200 ortiq ilmiy ishlar muallifi, bir qancha ilmiy xodimlarga raxbarlik qilgan. Kafedrada kelajagi porloq professor X.M. Matquliev faoliyat ko'rsatmoqda. Olimni ilmiy yo'nalishi rekonstrktiv plastik va eshitish zaifligini sabablarini aniqlash va ularni bartaraf etish muammolariga bog'ishlangan. 100 ortiq ilmiy ishlar muallifi.

1930 yilda Samarqand tibbiyot instituti ochildi va LOR kafedra tashkil etildi va mudiri etib professor Gamayunov Semen Fedorovich (1896-1931) tayinladi. S.F. Gamayunovni ilmiy ishlari yuqori nafas yo'llari kasalliklariga bag'ishlangan.

1939 yildan 1950 yilgacha Samarqand tibbiyot instituti LOR kafedrasini professor Savelg'ev Aleksandr Vasilg'evich (1898-1985) boshqardi. Ilmiy ishlari quloqni yiringli kasalliklarini konservativ davolash ishlariga bag'ishlangan.

Lurg'e Miron Samoylovich (1894-1967) professor, 1951-1956 yillarda Samarqand tibbiyot instituti LOR kafedra mudiri bo'lib ishladi. M. S. Lurg'e va Bolotina B. M. bilan birgalikda 1938 yili xiqildoq kasalligini yangi klinik shaklini yaniiy «noksimon chuqurcha anginasi»ni to'liq klinik ko'rinishini yozdi. Dunyoda birinchi marta tonzilyar patologiyani o'rganish bo'yicha (eksperimental) tajriba ishlarni olib bordi.

Buev Petr Dmitrievich (1899- 1967y. ) professor, Samarqand tibbiyot institutining LOR kafedrasini mudiri bo'lib 1956-1957 yilgacha ishladi. Ilmiy ishlari xiqildoqni limfatik tizimini o'rganishga va xiqildoq qismlarida bo'ladigan o'zgarishlarga bag'ishlangan.

CHengeri Stanislav Kazimirovich (1893 y. ) dotsent. Samarqand tibbiyot instituti LOR kafedrasini 1957-1964 yilgacha boshqargan. Ilmiy ishlari quloqda surunkali yallig'lanish kasalliklari va uni oldini olish masalalariga bag'ishlangan.

Sadrieva R. V. professor (1918 y.) Samarqand tibbiyot institutining LOR kafedrasini mudiri bo'lib 1965 yildan 1970 yilgacha ishladi. Ilmiy ishlari yuqori nafas yo'llari kasb kasalliklarini aniqlash va ularni davolash masalalariga bag'ishlangan.

Gorchakov Veniamin Andreevich (1917 y. ) professor Samarqand tibbiyot instituti LOR kafedrasini 1970-1981 yillarda boshqardi. Ilmiy ishlari surunkali

tonzillit muammolariga, surunkali tonzillitni zardob yuborib davolash, uni oldini olish masalalariga bag'ishlangan.

Nasritdinov Taxsin Xamidovich (1944 - 2008) professor. Samarqand tibbiyot instituti LOR kafedrasini 1982 yilda boshqargan. Ilmiy izlanishlari xiqildok o'smalarini davolash masalasiga bag'ishlangan. 150 dan ortiq ilmiy ishlar muallifi, 6 nafar fan nomzodlari tayyorlagan.

Professor Lutfullaev Umrullo Lutfullaevich (1943 y.) hozirgi kunda Samarqand tibbiyot institutini LOR kafedrasini boshqarmoqda. Qobiliyatli va ilmiy saloxiyati yuqori bo'lgan mutaxassislardan xisoblanadi. Asosiy ilmiy yo'nalishi LOR ahzolarini o'smalari mavzusiga bag'ishlangan. Olimini shu kundagi faoliyati, yosh iqtidorli ilmiy xodimlarni tayyorlashga qaratilgan.

Tibbiyot institutlari ichida yosh xisoblangan (1989) Buxoro tibbiyot instituti LOR kafedrasini professor A.I. Mo'minovdan so'ng yosh, kelajagi porloq, ilmiy saloxiyati yuqori bo'lgan Voxidov Nuriddin Xikmatovich (1952 y.) boshqarmoqda. Ilmiy yo'nalishi issiq iqlim sharoitida yuqori nafas yo'llari kasalliklarini o'rganish va davolash masalalariga bag'ishlangan.

Toshkent tibbiyot malaka oshirish instituti tashkil etilishi bilan birga LOR kafedrasini ham tashkil qilindi.

Drennova Kapitolina Aleksseevna (1896-1962) professor, 1948 yildan 1962 yilgacha vrachlar malakasini oshirish instituti LOR kafedrasini birinchi mudirasi bo'lib ishlagan. Ilmiy izlanishlari yuqori nafas yo'llari retikulo-endotelial tizimi ish faoliyatini o'rganish, halqum va xiqildoqning ximoya vazifalarini aniqlashga bag'ishlangan.

Ladjinskaya Esfir' Abramovna (1905-1985) professor. 1963-1970 yillarda Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti LOR kafedrasini mudirasi, ilmiy ishlari o'rta va ichki quloq kasalliklariga va 8-juft nervining o'tkazuvchi yo'llari va uni markaziy nerv sistemasiga bog'liqlik vazifalarini o'rganishga bag'ishlangan.

Ibragimov Gayrat Tulanovich (1929-1995) professor. 1971-1995 yillarda Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti LOR kafedrasini mudiri bo'lib faoliyat ko'rsatdi. Ilmiy ishlari surunkali epitimpanitlarni konservativ (dori-darmon bilan) davolash va xiqildoq o'smalari tashxisiga bag'ishlangan. Vatanimizga otorinolarologiya soxasi bo'yicha bir qancha ilmiy va amaliy kadrlar tayyorlashda xizmatlari katta bo'lgan.

Kafedrani 2018 yildan beri professor S.S. Arifov boshqarib kelmoqda. Olimni ilmiy yo'nalishi o'smirlar LOR ahzolari kasalliklarini taxshlash, davolash va oldini olish masalalariga bag'ishlangan. Olim bir qancha mahsulyatli mahmuriy va tashkiliy ishlarda faoliyat ko'rsatgan. 1990-1993 yillarda O'zR SSV qoshida bosh otorinolarolog lavozimida, 1993-95 yillari Xorazm viloyati SSB boshlig'i, 1996-99 yillari ToshDapvTI Urganch filiali dekani kabi lavozimlarida faoliyat ko'rsatgan. Hozirgi kunda kafedra mudirligi bilan birgalikda jarroxlik fakul'g'tetida dekan lavozimida ishlab kelmoqda.

Hozirgi kunda kafedrada yosh, ilmiy saloxiyati yuqori bo'lgan, tibbiyot fanlari doktori, professor S.S. Arifov faoliyat ko'rsatmoqda. Olimni ilmiy yo'nalishi quloqning yiringli kasalliklari muammolariga bag'ishlangan. 200 dan ortiq ilmiy



maqolalar muallifidir. Respublikada birinchilardan bo'lib eshituv analizatorlarini zaifligida ichki quloqqa eshituv apparatlarini o'rnatish usulini amaliyotga tatdbiq qildi. Otorinolarinologiya soxasida vatanimizga bir qancha ilmiy xodimlar tayyorlab berdi.

Andijon Davlat tibbiyot institutida 1959 yilda LOR kafedrasini tashkil etildi. Kafedrani tashkil etish va boshqarishda Aryutunova Yelena Artemovnani xizmatlari katta. Kafedrani tashkillash davrida dastlab professor Lurg'e S. M. boshqardi.

Gordienko Semen Mefodg'evich (1904-1976) dotsent. Andijon Davlat tibbiyot instituti LOR kafedrasini mudiri. Leningrad xarbiy tibbiyot Akademiyasi xodimi, Akademik Voyachek V. I. raxbarligida ishlagan. Ilmiy ishlari surunkali tonzillitlarni tashxisi va davolash, eshituv analizatorlariga shovqin va vibratsiya (tebranish) tahsirini o'rganishga bag'ishlangan.

Alimov Akram Inoyatovich (1937) professor. 1968-2008 yillar Andijon Davlat Tibbiyot instituti LOR kafedrasini mudiri. 1975-1978 yillar va 1987-1994 yillarda davolash ishlari bo'yicha prorektor. Ilmiy ishlari xiqildoqning o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklariga bag'ishlangan. Surunkali laringitlarda va xiqildoq shishida uzuksimon simptomni yozgan. Antrumni ochish yo'llari, surunkali o'rta quloqning va eshituv nayining kasalliklarida kontrastli rentgenodiagnostikani takomillashtirgan.

Kafedrani 2008 yildan professor Q.Q.Qosimov boshqarmoqda, ilmiy yo'nalishlari halqumni zaburug'li yallig'lanishi, burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklariga bag'ishlangan, bir qancha ilmiy xodimlarga murabbiylik qilmokda. Uning bevosita raxbarligida 2ta nomzodlik dissertatsiyasi yoqlandi. 200 dan ortiq ilmiy maqolalar muallifi, LOR kasalliklari bo'yicha 2011 yili lotin alifbosida darslik nashr qilgan. 1997-2008 yillar davomida Andijon Davlat tibbiyot instituti o'quv ishlari prorektori lavozimida ishladi. Kafedrani tashkil qilishdagi asoschilardan biri dotsent F.B. Boltaboev (1931 y.) xisoblanadi. Birinchilardan bo'lib kafedrani tashkil etdi va maxalliy xodimlardan Lor mutaxassislar tayyorlashga katta etibor berdi. Ilmiy yo'nalishi o'rta quloqdagi rivojlanadigan kasb kasalliklari masalalariga qaratilgan 200 dan ortiq ilmiy ishlar muallifidir.

O'rta Osiyo pediatriya tibbiyot instituti Toshkent shaxrida ochildi. SHu yili otorinolarinologiya kafedrasini tashkil qilindi va kafedra mudiri etib professor A. N. Dadamuxamedov saylangan. Professor A. N. Dadamuxamedovni ilmiy yo'nalishlari o'rta quloqni sili va uni davolash muamolariga bag'ishlangan.

Kafedrani professor S.A. Xasanov boshqargan. Bu davrni kafedrani rivojlanish, ilmiy saloxiyatini o'sish davri deb atash mumkin. Professor S.A. Xasanov boshchiligida kafedrada quloq kasalliklari va uni zamonaviy davolash usuli, yuqori nafas yo'llari kasalliklarini tashxisi va davolash masalalari zamonaviy talabga javob bergan xolda xal etilmoqda. Professor S.A. Xasanov tomonidan bolalar otorinolarinologiyasi soxasida o'ziga xos ilmiy maktabni yaratgan yirik olimlardan xisoblanadi. Kafedrada Vatanimizga yuqori saloxiyatli ilmiy kadrlar tayyorlash masalalari yaxshi yo'lga qo'yilgan. Kafedrani 2011 yildan Omonov SHavkat Ergashevich (1963 y.) boshqarmoqda. Ilmiy yo'nalishi surunkali tonzillit va bolalarda surunkali yiringli otitlarni konservativ xamda jarroxlik usullari bilan davolash masalalariga qaratilgan, 200 dan ortiq ilmiy ishlar muallifi. Prof. A.N.

Dadamuxamedov bilan birgalikda "Bolalar otorinolaringologiyasi" (2005 y.) darsligi muallifidir.

Xozirgi kunda Respublika tibbiyot institutlarida kafedra mudirlari bo'lib quyidagi professorlar xizmat qilmokdalar:

- U. S.Xasanov (Toshkent Tibbiyot Akademiyasi).
- S.H.E. Omonov (Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti)
- S.S.Arifov (Toshkent vrachlar malaka oshirish instituti)
- Qosimov Q.Q. (Andijon tibbiyot instituti).
- U. L.Lutfullaev (Samarkand tibbiyot instituti)
- N.X. Vaxidov Buxoro tibbiyot instituti).

Otorinolaringologiya fanining hozirgi davrdagi vazifalari:

- Tashqi va ichki muxitning LOR ahzolariga tahsirini o'rganish
- Quloq va yuqori nafas yo'llari mikroxiirurgiyasi muammolari
- LOR onkologiya.

## BURUN KASALLIKLARI

### BURUN, BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINING KLINIK ANATOMIYASI.

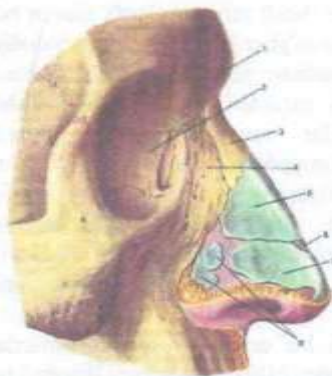
Burun yuqori nafas yo'llarining boshlang'ich qismi hisoblanadi, uni faoliyati nafaqat nafas olish va xid bilishdan iborat, balkim insonni yuz tuzilishini shakllantirishda ham muxim o'rinni egallaydi. Burunni shaklini o'zgarishi yuz tuzilishini keskin o'zgarishiga ham olib keladi. Tashqi burunni shaklini o'zgarishi insonlarda nafaqat jismoniy, estetik xatto ruxiy yetishmovchiliklarga ham olib keladi. Tashqi burunni shakli insonlarni qaysi irqqa xosligini ham belgilaydi, masalan hozirgi vaqtda slavyan irqiga, mongoloid irqiga va negroid irqilariga xos burun tuzilishlari tafovut qilinadi.

Burun tuzilishi bo'yicha tashqi burun, burun bo'shlig'idan va burun yondosh bo'shliklaridan iborat.

#### Tashqi burun anatomiyasi

Noto'g'ri shakldagi uch qirrali piramidaga o'xshaydi va asosan suyak, tog'ay va yumshoq to'qimalardan tashkil topgan. Tashqi burunni asosi, qirrasasi, uchi, ikki yon tomonlari tafovut qilinadi. Uni shakllantirishda quyidagi suyaklar ishtirok qiladi: Bir juft **burun suyaklari**, bu suyaklar yuqori qismi bilan **pehona suyagini burun o'simtasiga** tutashadi, burun suyaklariga ikki yon (lateral) tomondan tashqi burunni shakllantirishda ishtirok etuvchi eng katta suyak bo'lgan **yuqori jag' suyagini pehona** o'simtasi birlashadi. Bu suyaklardan tashqari tashqi burunni tashkil qilishda qisman ko'z yoshi va g'alvirsimon suyaklar ham ishtirok etishadi. Tashqi burunni oldingi pastki qismi tog'ay va fibroz to'qimalardan tashkil topganligi uchun ham ancha xarakatchandir ('ars mobilis se'ti nasi). Bu qismini tashkil qilishda bir nechta tog'aylar ishtirok etadi: Bulardan asosiydan **uchburchaksimon (lateral) tog'ay**, **katta** va **kichik qanot tog'aylar** va mayda qo'shimcha tog'aylardir.





**Rasm 1. Tashqi burun suyaklari va tog'aylarin joylashuvi (yon tomonidan ko'rinishi)**

**1- peshona suyagi, 2-ko'z yoshi suyagi, 3-burun suyagi, 4-yuqori jag' suyagini burun o'simtasi, 5-uchburchaksimon tog'ay, 6-kichik qanot tog'ayi, 7-katta qanot tog'ayi, 8-qo'shimcha tog'ay.**

Tashqi burunni suyak va tog'aylari o'zaro qo'shuvchi to'qimalar orqali bir-biri bilan birlashadi. Tashqi burun teri bilan qoplangan bo'lib, bu teri 0,5 sm. xajmda burun bo'shlig'iga davom etib kiradi, shuning uchun xam burunni kirish qismida ko'p miqdorda tuklar o'sadi. Burunni daxliz qismida tuklarni o'sishi bir tomondan xavo oqimi bilan kirayotgan turli chang va g'uborlarini ushlab qolsa, ikkinchi tomondan bu joylardagi tuk qopchalari yallig'lanib, burun chiqqoni rivojlanishiga olib keladi. Tashqi burun xam burun bo'shlig'i kabi qon bilan boy tahminlanganligi uchun xam, burundagi turli jaroxatlar yiringli asorat bermasdan, nozik chandiqlar xosil qilib tez bitib ketadi.

#### **Burun bo'shlig'i anatomiyasi**

Ancha murakkab tuzilishga ega bo'lib, yuqoridan bosh suyagini oldingi chuqurchasi, pastdan og'iz bo'shlig'i, lateral tomondan ko'z olmasi chuqurchalari va yuqori jag' suyaklari bilan o'ralgan bo'ladi. Oldi tomonidan burun teshiklari orqali tashqi muxit bilan tutashadi va orqa tomondan esa xoanalar orqali burun - xalqum bilan bog'langan. Burun bo'shlig'ini to'rta, tashqi (lateral), ichki (medial), yuqori va pastki devorlari mavjud. Yosh bolalarda burun bo'shlig'i kalta va pastroq bo'ladi. SHilliq qavatlari nozik, qon tomirlari yaxshi rivojlanmagan. Medial devori xam pastroq va qalin tuzilishga ega.

**Burun bo'shlig'ini yuqori devori (tomi):** Tashkil qilishda burun suyaklari, yuqori jag' suyagini peshona o'simtasi, galvirsimon suyak va dimog' (soshnik) suyaklari ishtirok etadi. Yuqori devorni asosini g'alvirsimon suyakni qog'ozsimon plastinkasi (lamina cribrosa) tashkil qiladi, bu suyakda 20-30 ta teshiklar mavjud bo'lib, bu teshikchalar orqali bosh miyadan vena qon tomirlari peritonalari chiqadi

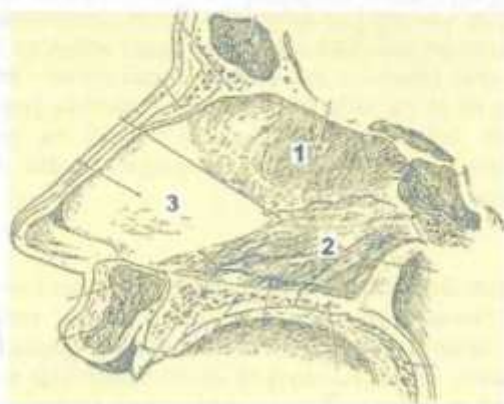
va xid bilish tolalari va arterial qon tomirlari bosh miyaga o'tadi. Burun bo'shlig'ini yuqori devorini bunday tuzilishini, burunda o'tkazilayotgan turli muolijalarda va jarroxlikda (bosh miyaga turli infeksiyani tushishi xafini olish) albatta xisobga olish zarur. Bundan tashqari bu joylarda bosh miyani subaraxnoidal bo'shligi bilan tutashgan perenevral limfatik bo'shliklar mavjud, ayrim xollarda (turli jaroxatlar, burun va yuz soxasidagi yiringli jarayonlarda) bu joylardan infeksiya bosh miyaga o'tib yiringli meningitga olib kelishi mumkin.

**Burun bo'shlig'ini oldingi devori** yuqori jag' suyagini noksimon teshigi satxida bo'lib, uni shakillantirishda burun suyaklarini pastki qismi va yuqori jag' suyagini peshona o'simtalari ishtirok etadi. Oldingi devor burun teshiklari soxasiga to'g'ri keladi.

**Burun bo'shlig'ini orqa devori** bu devor asosan xoanalardan tashkil topgan bo'lib, burun bo'shlig'ini burun-xalqum bilan tutashtiradi. Bundan tashqari bu devorini tashkil etishda qisman asosiy suyakni tanasi xam ishtirok etadi.

**Burun bo'shlig'ining tubi** oldingi bo'limda yuqori jag' suyagining tanglay o'siqlaridan (roccessus alatinus maxillae), orqa qismi esa tanglay suyaklarining ko'ndalang payraxalaridan (lamina horizontalis ossis alatinii) tashkil topgan. Pastki devorini oldingi qismida kanal bo'lib bu joydan burun bo'shlig'idan og'iz bo'shlig'iga, burun-tanglay (n. nasoalatinus) nervi o'tadi.

**Burun bo'shlig'ini ichki (medial devori).** Burun bo'shlig'ini teng ikkiga chap va o'ng bo'shliqlarga bo'luvchi o'rta devori xisoblanadi. Medial devor suyak va tog'ay qismlardan iboratdir. Devorni suyak qismi orqa va yuqori tomondan galvirsimon suyakni ko'ndalang o'simtasi (lamina er'endicularis ossis etmoidalis), pastdan yuqori jag' suyagini tanglay do'mbog'i va dimog' (vomere) suyagidan tashkil topgan, medial devorini oldingi pastki qismini to'rtburchaksimon tog'ay (cartilago quadrangularis) tashkil qiladi, shuning uchun xam devorni suyak qismi xarakatsiz, oldingi fibroz-tog'ay va teri qismi esa xarakatchan bo'ladi. Burun bo'shlig'ini medial devori kamdan-kam xollarda to'g'ri, o'rta chizikda bo'ladi, ko'pincha devorni u yoki bu tarafga to'liq qiyshiqliqi, yoki ayrim joylarida chegaralangan bo'rtma, dumboqchalarda iborat bo'ladi.





## **Rasm 2. Burun bo'shlig'ining medial devori**

1- Galvirsimon suyakning ko'ndalang plastinkasi; 2- dimog' suyagi;  
3- to'rtburchaksimon tog'ay

**Burun bo'shlig'ini tashqi yoki lateral devori** ancha murakkab tuzilishga ega bo'lib, bir vaqtni o'zida yuqori jag' suyagini medial devori xam xisoblanadi. Bu devorda uchta burun chig'anoqlari (concha nasalis inferior, media et superior) mavjud. Bular pastki, o'rta va yuqori chig'anoqlar xisoblanib, pastki burun chig'anog'i o'zini mustaqil suyagiga (os turbinalis) ega qolganlarini esa g'alvirsimon suyakni dublikatursi xosil qiladi.

Xar ikkala burun bo'shlig'iga to'rtadan burun yondosh bo'shliqlari va bitadan ko'z yoshi yo'llari ochiladi.

Burun bo'shlig'ini medial devori bilan burun chig'anoqlari orasini umumiy burun yo'li deb yuritiladi va bu yo'ldan, kirayotgan xavoni asosiy oqimi o'tadi.. Tashqi yoki lateral devorda joylashgan uchta burun chig'anoqlarini ostida uchta: pastki, o'rta va yuqori burun yo'llari mavjud va bu yo'llarga tegishli burun yondosh bo'shliqlari ochiladi. Orqa tomondan bu yo'llar burun-xalqumga tutashadi.

**Pastki burun yo'li** - yuqoridan pastki burun chig'anog'i, pastdan esa burun tubi bilan chegaralanadi. Pastki burun yo'lini oldingi uchdan bir qismida burun-ko'z yoshi kanalani teshigi majud,ayrim xollarda burun chig'anog'ini gipertrofiyasida shu yo'l berkilib qolishi xisobiga ko'z yoshi kanalini yallig'lanishi (dakriotsistit) kuzatiladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini (Gaymor bo'shlig'i) puktisiyasi xam pastki burun yo'lidan, yahniy pastki burun chig'anog'ini oldingi qismidan 2 sm ichkarida amalga oshiriladi.

**O'rta burun yo'li** - pastki va o'rta burun chig'anoqlarini orasida joylashgan. Bu yo'lni oldingi qismida yarimoysimon teshik (hiatus semilunaris) bo'lib bu joyga peshona suyagi bo'shlig'i ochiladi. SHu teshikni orqaroq qismiga esa g'alvirsimon suyakni oldingi va o'rta katakchalari ochiladi. Bu joydan yana xam orqada yuqori jag' suyagi bo'shlig'i ochiladi. O'rta burun chig'anog'ini oldingi qismida dumboqcha (aqqer nasi) bo'lib, bu joy peshona suyagi bo'shlig'ida o'tkazilayotgan jarroxlikda mo'ljal xisoblanadi. O'rta burun yo'lni lateral devori faqat suyakdan emas,balkim yuqori qismi shilliq qavatdan xam iborat.

**Yuqori burun yo'li** - yuqori va o'rta burun chig'anoqlari orasida joylashgan va bu yo'lga g'alvirsimon suyakni orqa katakchalari va asosiy suyak bo'shlig'i ochiladi. Odatdagi rinoskopiya yuqori burun yo'li va chig'anog'ini ko'rib bo'lmaydi.

Morfologik tuzilishi va bajarayotgan vazifasiga binoan burun bo'shlig'i ikkita qismga bo'linadi. Birinchisi nafas olish qismi (regio respiratoria) va ikkinchisi xid bilish qismi (regio olfaktorica).

**Nafas olish qismi** pastdan burun tubidan boshlanib, yuqoridan o'rta burun chig'anog'ini o'rtasi va medial devorni shunga monand qismini egallaydi. Nafas olish qismini boshlanishi tashqi burunni teri qoplamasi davom bo'lib,bu teri burun

bo'shlig'ini kirish qismini (vestibulum nasi) qamrab oladi, shuning uchun xam bu joylarda tuklar mavjud. Teri qoplamasi asta-sekin yuqalashib shilliq qavatga o'tadi. Nafas olish qismini shilliq qavatida xid bilish qismini shilliq qavatiga qaraganda ancha qalin bo'lib, ko'p qatorli tsilindrik xilpillovchi epiteliy bilan qoplangan. SHilliq osti qismi elastik va qo'shuvchi to'qimalardan tuzilgan xususiy qavatdan iborat, bu qavatda ko'p miqdorda shilimshiq ishlab chiqaruvchi bokalsimon bezlar joylashgan. Nafas olish qismini pastki va o'rta burun chig'anoqlari soxasi, kengaygan venoz tomirlardan iborat kavernoza to'qimalardan tashkil topganligi uchun xam shilliq qavatlari ancha qalin bo'ladi. Bu varikoz kengaygan venoz tomirlar turli tashqi tahsirlar (mexanik, termik va kimyoviy) xisobiga tez qon bilan to'lib kengayib yoki tez bo'shab kichrayib turadi, bunga monand shilliq qavatlar xam tez shishib kattalashishi yoki pasayib kichrayishi kuzatiladi. Bunday xolat xisobiga burundan o'tayotgan xavo xarorati doimo bir xilda boshqarilib turiladi.

**Xid bilish qismi** burun bo'shlig'ini o'rta burun chig'anog'ini o'rtasidan boshlanib to'liq burun bo'shlig'ini yuqori qismini qamrab oladi. Xid bilish qismini shilliq qavatida nafas olish shilliq qavatiga nisbatan ancha yuqqa va nozik bo'ladi, maxsus tayanch, bazal va xid biluvchi neyrosensor epiteliylar bilan qoplangan. Bu epiteliylar orasida esa ko'p qatorli xilpillovchi epiteliylar ayrim joylarda orolcha shaklida uchraydi. Xid biluvchi epiteliylar kolba shaklida bo'lib, markazida xid biluvchi o'simtasi bor, bu o'simtalar xid bilish iplarini (fila olfactoria) tashkil qiladi. Bu ipchalar g'alvirsimon suyakni teshikchalari orqali kalla ichiga o'tib to'planib, xid bilish dumbog'i (bulbus olfaktorius) xosil qiladi. SHu dumbokchadan xid bilish yo'li (traktus olfaktorius) boshlanadi va bosh miyani oldingi xid bilish markazida (trigonum olfactorium) tugallanadi.

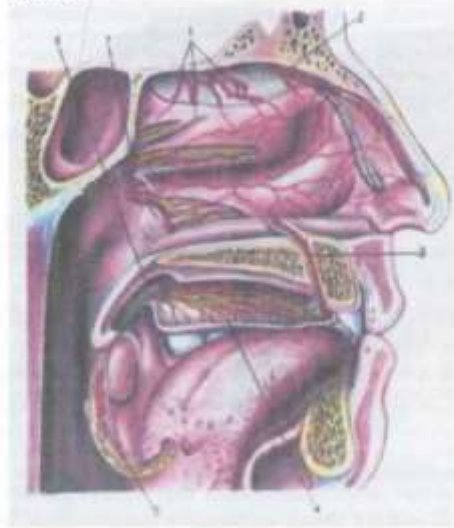
**Burun bo'shlig'ini asab tolalari** xid biluvchi, sezuvchi va vegetativ turlarga bo'linadi. Sezuvchi asab tolasi uchlamchi nervni birinchi va ikkinchi shoxlari xisobidan tashkil topgan.

Burun bo'shlig'idagi fiziologik va patologik xolatlarni faoliyati asosan qanot-tanglay asab tuguni xisobiga boshqariladi. Bu tugun uchlamchi nervni sezuvchi tolasi (n. 'teryqo'alatini), simpatik tola (n. 'etrosus 'rofundus), va yuz nervini tarmog'i xisoblangan (n. 'etrosus major) parasimpatik asab tolasi qo'shilishidan xosil bo'ladi.

Burun bo'shlig'ini shilliq qavatlari juda boy qon tomirlar bilan tahminlangan. **Asosan tashqi va ichki uyqu arteriyalari xisobidan qon bilan tahminlanadi.** Tashqi uyqu arteriyasidan (a. carotis externa) tashqi va ichki yuqori jag' arteriyalari (a. maxillaris externa et interna) chiqadi. Tashqi yuqori jag' arteriyasidan chiqqan yuqori lab (a. labialis su'erior) arteriyasi burun bo'shlig'ini medial devorini qon bilan tahminlaydi. Ichki yuqori jag' arteriyasidan esa qanotsimon-tanglay tarmog'i (a. s'heno'alatina) chiqadi, bu arteriya burun bo'shlig'iga kirib pastki burun va devor arteriyalarini (a. nasales 'osterioris lateralis et se'ti) beradi va bu arteriyalar burun bo'shlig'ini orqa qismini xamda lateral devorini qon bilan taminlaydi. Ichki uyqu arteriyasidan ko'z arteriyasi (a. o'hthalmica) chiqadi, bu arteriyadan esa oldingi va orqangi galvirsimon arteriyalar (a. ethmoidales anterior et 'osterior) tarmoqlanib, ular burun bo'shlig'ini oldingi va galvirsimon suyak qismini qon bilan tahminlaydi. Arteriyalar burun medial devorini



oldingi pastki qismida bir-birlari bilan tutushib qon tomirlar (Kiselg'bax) to'rini xosil qiladi



**Rasm 3. Burun bo'shlig'ini qon bilan tahminlanishi**

1-2-oldingi va orqangi galvirsimon arteriyalar

3-qanotsimon-tanglay arteriyasi ,4-Tanglay qon tomirlari,5-kichik til,6-tanglay arteriyasini chiqish joyi,7-orqa devor arteriyasi

Venoz qonlar arteriyalarni yo'nalishini qaytaradi. Venoz qonlar asosan oldingi yuz va ko'z vena qon tomirlari (v. fasialis anterior v. o'htalmicae) orqali olib ketiladi. Venoz tomirlar yuz soxasida bir-birlari bilan tutashib to'r xosil qiladi. Bu tomirlar o'z o'rnida bosh miyani yumshoq qobig'lari venoz tomirlari bilan xam tutashadi. Venoz tomirlarni bunday o'ziga xos tuzilishi burundan turli infektsiyalarni bosh miyaga o'tishda axamiyati bor.

**Limfa tizimi** burunni oldingi qismidan limfa suyuqligi jag' osti limfa tuguniga quyiladi, o'rta va orqa qismdan esa chuqur bo'yin limfa tizimiga qo'shiladi. Xid bilish qismini limfa tizimi esa xid bilish nerv tolasi qobig'i orqali bosh miya qobig'lari bilan tutashadi. Limfa tizimini bunday o'ziga xos tuzilishini klinikada infektsiyalarni burundan bosh miyaga va aksincha o'tishini xisobga olish zarur.

#### **Burun yondosh bo'shliqlari anatomiyasi**

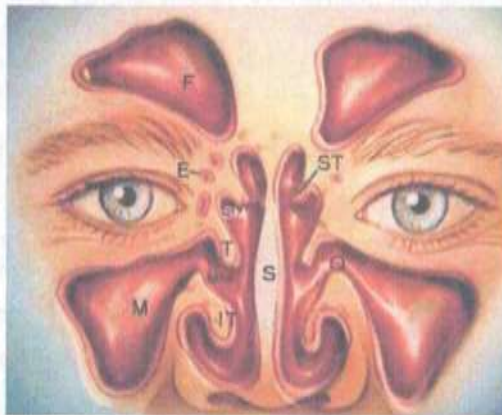
Burun atrofida to'rt juft burun yondosh bo'shliqlari mavjud. Ular yuqori jag', peshona, oldingi, o'rta va orqa g'alvirsimon suyak kataklari, xamda asosiy suyak bo'shliqlar xisoblanib, o'zlarini chiqaruv teshiklari orqali burun bo'shlig'i bilan tutashadi.





Расм 4. Bjlalarda yoshga nisbatan boshliqlarini rivoglanishi

CHaqaloqlarda yuqorida ko'rsatilgan bo'shliqlardan faqat ikkitasi: yuqori jag' xamda galvirsimon suyak kataklari rivojlangan bo'ladi. Qolganlari esa vaqt o'tgan sari shakllana boshlaydi.



Расм 5. Burun yondosh bo'shliqlarini topografik joylashuvi

Peshona suyagi bo'shlig'i asosan 3 yoshdan rivojlana boshlaydi, asosiy suyak bo'shlig'ining shakllanishi esa 4-5 yoshlarga to'g'ri keladi va bolani 12-14 yoshida shakllanishi to'la tugallanadi.

**Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i** (sinus maxillaris) boshqa bo'shliqlarga nisbatan hajmi jixatidan eng kattasi xisoblanadi, shuning uchun xam yallig'lanish jarayoni nisbatan ko'p kuzatiladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i ko'rinishi to'rt qirrali piramidani eslatadi, uning o'rtacha hajmi 10-12 sm<sup>3</sup> ga teng, oltita devoriga ega.

Yuqori jag' suyagining alg'veolyar o'sig'i yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini **pastki devor** yoki bo'shliqning tubi xisoblanadi. Tish ildizlari (3-6 oziq tishlar) bahzan bo'shliqqa botib kirgan bo'lib, ayrim xollarda tishlardagi yallig'lanish jarayoni bo'shliqqa shu tish ildizlari orqali o'tishi (odontogen gaymorit) mumkin.

**Yuqori devori** bir vaqtning o'zida ko'z kosasining pastki devori xisoblanadi va boshqa devorlarga nisbatan ancha yupqa bo'ladi. Ayrim xollarda bu devorni tug'ma bitmasligi (digissentsiya) kuzatiladi. Bu devorida ko'z osti yo'li bo'lib, bu joydan ko'z osti asab tolasi va qon tomirlar o'tadi. Bahzan yuqori jag' suyagi bo'shlig'idan yallig'lanish jarayoni ko'z oldi to'qimalariga shu devor orkali tarqalishi mumkin.

**Ichki yoki medial devori** burun bo'shlig'ini tashqi yoki lateral devori xisoblanib, pastki va o'rta burun yo'llari satxiga to'g'ri keladi. Medial devorni pastki qismi qalin suyak devoridan iborat, asta-sekin yuqoriga ko'tarilgan sari bu devor yupqalashadi va o'rta burun chig'anog'i soxasida faqat shilliq qavatdan iborat bo'ladi, shuning uchun xam yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini o'rta burun yo'lidan punktsiya qilish ancha oson amalga oshiriladi, ammo bu joydan punktsiya qilish ayrim xollarda ko'z olmasini jaroxatlanishiga olib kelishi mumkin. O'rta burun yo'lida bo'shliqni chiqaruv teshigi joylashgan.

**Oldingi, yuz yoki jarroxlik devori** xisoblanib bu devorida chuqurcha bo'lib fanda «it o'راسi» (fossae caninae) deb nomlanadi, amaliy jixatdan katta axamiyatga ega, jarroxlik vaqtida yuqori jag' suyagi bo'shlig'iga shu devor orqali kirish qulaydir. Bu chuqurchani tepasidan ko'z osti nervi (n. infraorbitalis) chiqadi.

**Orka devor** - g'alvirsimon suyakni orqa katakchalari, asosiy suyakning qanotsimon o'siqchalari va jag' suyagining peshona o'sig'i yahniy, yuqori jag' dumbog'i bilan chegaralanadi. Bu do'mbog'ni orqasida qanotsimon-tanglay chuqurchasi joylashgan, chuqurchada esa yuqori jag' nervi (n. maxillaris), qanotsimon-tanglay nerv tuguni (gang. 'terigo'alatinum), ichki jag' arteriyasi (a. maxillaris interna), qanotsimon-tanglay venoz to'ri ('lexus 'terygo'alatinus) joylashgan.

Barcha burun yondosh bo'shliqlari kabi yuqori jag' suyagi bo'shlig'i xam xavo bilan to'lgan bo'lib, uning almashinuvi bo'shliqning chiqaruv teshiklari orqali amalga oshadi. Yuqori jag' suyagi (Gaymor) bo'shlig'ining chiqaruv teshigi satxi ko'z kosasining tagida (o'rta burun yo'lida) bo'lib, bu burun bo'shlig'i tubidan ancha yuqorida joylashgan, odam tik xolatda turganda bo'shliqqa to'plangan ajralmani chiqishi ancha qiyin bo'ladi, bu xolat esa yuqori jag' suyagi bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonini tez rivojlanishiga sharoit yaratadi.

**Peshona suyagi bo'shlig'i (sinus frontalis)** peshona suyagi tanasida joylashgan bo'lib, noto'g'ri shaklga ega. Uning xajmi turli xilda va shakilda bo'lib, bahzan butun peshona suyagini maydonni to'liq qamrab olishi mumkin, yoki lateral tarafdan ko'z kosasining tashqi burchagigacha, yuqoriga esa ko'z kosasining yuqorgi qirg'og'idan 5-6 sm. tepadagi maydonni egallash mumkin. Ayrim xollarda u bo'shliq kichik kataksimon shaklda yoki umuman tug'ma rivojlanmagan (atreziya) bo'lishi xam mumkin. **Oldingi** devori qovoq usti yoyiga to'g'ri kelib peshona suyagini oldingi plastinkasini tashkil etib, katta qismi qalin va mustaxkamdir. **Orqa** devori asosan yupqa bo'lib, kalla suyagining oldingi chuqriga to'g'ri keladi va miya po'tlog'iga yopishib turadi. Orqa va oldingi devorlari yuqorida bir-biri bilan burchak xosil qilib birlashadi, shuning uchun xam yuqori devori mavjud emas. **Pastki** devori asosan ko'z kosasini va qisman burun bo'shlig'ini yuqori devori xisoblanadi. Pastki devorni ko'z kosasi qismi ancha yupqa shuning uchun xam ayrim xollarda bo'shliq shu joydan punktsiya qilinadi. **O'rtada** bo'shliqni ikkiga bo'lib turuvchi yupqa medial devor bor. Bu devor doimo o'rtada bo'lmasdan u yoki bu tarafga o'tgan xolda xam uchraydi.

Peshona suyagi bo'shlig'ini kalla bo'shlig'i va ko'z kosasi bilan yaqinligi tufayli ayrim xollarda uning yalliglanishida infeksiya bosh miyaga va ko'z kosasiga o'tish xolatlari kuzatiladi. Peshona suyagi bo'shlig'ining chiqaruv teshigi pastki qismida joylashganligi uchun bo'shliqda paydo bo'lgan suyuqlik burun bo'shlig'iga yuqori jag' suyagi bo'shlig'iga nisbatan ancha oson chiqib turadi.

**G'alvirsimon suyak bo'shlig'i (sinus ethmoidales).** G'alvirsimon suyakni bo'shliqlari bir nechta mayda katakchalaridan (ari uyasiga o'xshasha) tashkil topgan bo'lib, peshona va asosiy suyak bo'shliqlari orasida joylashgan. **Tashqi** devorini ko'z kosasini qog'ozsimon payraxasi tashkil qiladi, **ichki** devori esa burun bo'shlig'ining tashqi devoriga to'g'ri keladi. **Yuqoridan** peshona suyagi bo'shlig'i va qisman bosh miyani oldingi chuqurchasi bilan chegaralanadi. G'alvirsimon suyak kataklari soni o'rta xisobda 8-10ta, xajmi va joylashishi turli variantlarda bo'ladi. Asosiy variantlardan biri g'alvirsimon suyak katakchalari ko'z kosasining medial devorni yuqori, oldingi yoki orqa bo'limlariga qo'shilib ketishi mumkin, bunday xolda ular kalla suyagini oldingi chuquri bilan xar xil masofada chegaralanadi. Joylashishiga qarab g'alvirsimon suyak katakchalari oldingi, o'rta va orqa guruxlarga bo'linadi. Oldingi va o'rta gurux katakchalari o'rta burun yo'lga, orqa guruxlari esa yuqori burun yo'lga ochiladi. G'alvirsimon suyak katakchalari bosh miya chuqurchalariga yaqin joylashganligi uchun xam, burun ichida o'tkazilayotgan jarroxlik muolijalarida bu xolatni xisobga olish kerak, aks xolda jaroxat tufayli infeksiya burun bo'shlig'idan bosh miyaga o'tish mumkin.

**Asosiy suyak bo'shlig'i** asosiy suyak tanasida joylashgan. Bo'shliqni **yuqori devori** o'rta miya chuqurchasi bilan chegaralanadi va bu devori anatomik-turk egari, ko'z nervi, gipofiz va bosh miyani peshona soxasini bir qismi, xamda xid bilish markazi bilan chegaralanadi. **Yon devori** uyqu ateriyasi va g'ovak vena bilan



chegaralanadi. **Bo'shliqni pastki devori** burun va burun xalqum bo'shliqlari bilan chegaralanadi. Bo'shliqni kattaligi va shakli turlicha bo'ladi, ayrim xollarda g'alvirsimon suyak katakchalarini orqa guruxlari bilan qo'shib ketgan xolatda xam uchraydi. Asosiy suyak bo'shlig'ini o'rtasidagi suyak to'sig'i ularni teng ikki qismga bo'ladi va xar bir bo'shliqni oldingi devorida yuqori burun yo'lga chiqqan o'z teshiklari mavjud.

Bo'shliq devorining yupqaligi va xayotiy zarur ahzolariga yaqin joylashganligi sababli, ko'p xollarda yallig'lanish jaryoni bo'shliqdan qo'shni ahzolariga va miya tez tarqaladi.

**Burunning bo'shlig'ini shilliq qavatini tuzilishi.**SHilliq qavatlarini tuzilishini o'ziga xosligi va burni faoliyatida muxim o'rin egalaganligi uchun xam uni tuzilishiga aloxida ehtibor qaratiladi.SHilliq qavat suyak va tog'ay usti qavatlariga zich yopishgan bo'ladi, shuning uchun bu joylarda burmalar xosil bo'lmaydi. Burunning yuqori xid bilish qismida va burun yondosh bo'shliqlarida shilliq qavatlar yupqa bo'ladi. O'rta va pastki burun yo'llarida kavernoza to'qimalar xisobiga biroz qalinroq tuzilishga ega. SHilliq qavat nafas olish qismida ko'p qatorli tsilindrik xilpillovchi epiteliy bilan qoplangan, biroq epiteliy qavatlarini soni xam, xilpillovchi epiteliylar miqdori xamma joylarda bir xilda tarqalmagan. Burun tubidan boshlanib, pastki burun chig'anog'i va medial devorni shu soxalarida epiteliylar qatorlari va ularni soni yuqori qismlarga qaraganda ancha ko'p va qalinroqdir. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va kichik yoshdagi bolalarda xilpillovchi epiteliylar shakillanishi xamda ularni xarakati uncha yaxshi rivojlanmagan bo'ladi, shuning uchun xam tao'sh muxitni salbiy tahsiri yoki yengil yallig'lanish jarayoni paydo bo'lishi bilan epiteliylarni xarakati pasyadi va tez va oson falajlanib qoladi. Bu esa kasallikni uzoq va og'iroq kechishiga olib keladi.

Burun shilliq qavati yuzasidagi xilpillovchi epiteliylar tufayli va shilliq qavat yuzasidagi shilimshiq suyuqlik mavjudligi xisobiga boshqa yot jismlar ushlanib qolinadi va qisman epiteliylarni xarakati xisobiga tashqariga chiqarib turiladi. Bu xarakatni doimiyliги burun bo'shlig'idagi RN mikdorini o'zgarishiga bog'lik bo'ladi. Bu mutadillik 7-7,2 RN ga teng, mutadillikni u yoki bu tomonga o'zgarishi bilan epiteliy xarakati xam o'zgaradi. Xilpillovchi epiteliy uzunligi 5-7 mm gacha bo'ladi, xarakat tezligi esa minutiga 250 atrofidagi tebranishdan iborat. Xilpillovchi epiteliyini xarakati tufayli shilimshiq suyuqliqni xarakati amalga oshadi, uning tezligi minutiga 5-20 mm ga teng, bu xarakat burun bo'shlig'ini xar xil kismlarida turlicha, xarakat tezligi burun bo'shlig'ini orqa qismiga yaqinlashgan sari ortib boradi.

Mikroskopik kesmalarda shilliq qavat mukoz va submukoz yumshoq biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, yuqori qismlarida esa shilliq va seroz bezlari mavjud. Ularning miqdori pastki burun chig'anoqlarida ko'p.

Nafas olish qismini shilliq qavati uchun esa muxim bo'lgan xolat bu birikma-g'ovak to'qimani mavjudligidir. G'ovak to'qima yuzaki va chuqur joylashgan qon bilan to'lib turgan bo'shliqlardan iborat bo'lib, epitelial qavatlar orasida keng venasimon to'r shaklida joylashgan. Ushbu bo'shliqlar devorlaridagi mushaklar yassi tuzilishga ega bo'lganligi sababli ular o'z shaklini va xajmini oson xamda tez o'zgartiradi, yahniy mushaklar qisqarganda to'qimalardagi qon siqib chiqariladi yoki

mushaklar tonusi bo'shshganda qon bosimining pasayishi tufayli bo'shliq kengaya boshlaydi va yana qon bilan to'ladi. G'ovak bo'shliqlar qon bilan to'lish natijasida, shilliq qavat va chig'anoqlar bir necha marotaba kattalashadi va burun yo'llarini to'sib qo'yadi, natijada burundan xavo o'tishi qiyinlashadi.

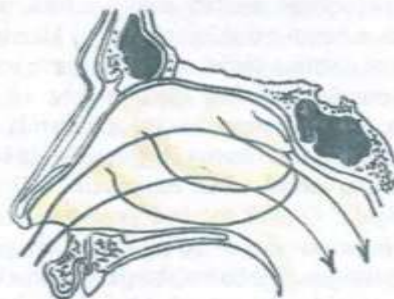
### BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI klinik FIZIOLOGIYASI

Burunni inson xayoti uchun muxim bo'lgan faoliyatlari: nafas olish,ximoya,xid bilish,so'zni shakillantirish,mimik,ko'z yoshini o'tkazish va yuzni kosmetik to'ldirishdan iborat.

**Burunni nafas olish faoliyati** – Inson dunyoga kelgan birinchi soniyalardan boshlab burundan nafas oladi. SHu nafas orqali esa tanani kislorodga bo'lgan talabini to'liq qondiradi.Burundan nafas olish normal nafas xisoblanadi. Bir marotaba olingan nafasda burun orqali 500 kub sm. xavo olinadi va shuncha xavo qaytib chiqariladi. Katta yoshdagi odamlar bir minutda o'rtacha 16-20 marotaba (yangi tug'ilgan chaqaloqlar 43-45 marotaba) nafas oladi va o'rtacha 8-10 litr xavo o'tadi. Jismoniy zo'riqishda,yugurishda ayrim psixologik xolatlarda burundan olingan xavo yetarli bo'lmaganligida nafas aralash xam burundan,xam og'iz orqali amalga oshadi.

Nafasni maqdori,uni yuzaki yoki chuqurligi birinchidan reflektor boshqariladi. Bu boshqarilish ikki tomonlama amalga oshadi - **birinchidan**, o'pkani xarakati kelishi xisobiga, adashgan nervni qo'zg'aladi, undan qo'zg'alish bosh miyani nafas markaziga o'tishi xisobiga nafas olish boshqariladi, **ikkinchidan** esa gumoral, yahniy qondagi SO miqdorin oshib ketishi natijasida nafas markazini qo'zg'alishi orqali boshqariladi.

Burun teshigidan kirgan xavo tepaga yo'nalib, o'rta burun yo'liga o'tadi va xalqumni yuqori qismiga borguncha yoysimon xarakatni tashkil qiladi, bunday yo'nalishda xavo qisman pastki va o'rta burun chig'anog'i, xamda burun bo'shlig'ini medial devorini o'rta qismini qamrab o'tadi.



Rasm 6.Burun bo'shlig'ida xavoni yo'nalishi.



Burun shilliq qavati qon bilan boy tahminlanganligi xamda g'ovaksimon to'qima mavjudligi tufayli o'tayotgan xavo oqimi shilliq qavat yuzasiga urilib tez iliydi. Nafas olishda burundan kirayotgan xavo oqimiga burun oldi bo'shlig'idagi iligan va yetarli namlangan xavolar chiqib, burun yo'lidagi xavo oqimiga qo'shiladi, natijada xavo oqimi yana qo'shimcha iliydi va namlanadi. Bu xavo oqimi burundan burun-xalqum orqali pastki nafas yo'liga o'tadi, nafas chiqarishda esa qaytayotgan xavo oqimini bir qismi burun oldi bo'shliqlariga qayta kiradi. Nafas olib chiqarishni shunday fiziologik faoliyati buzilib, og'izdan nafas olinganda, organizmga kirayotgan kislorod miqdori ozayadi, qon aylanish tizimi izdan chiqadi va tanani moslashish faoliyati pasayadi, natijada inon tanasida turli patologik xolatlar paydo bo'ladi. Bunday xolat ayniqsa bolalarda keskin namoyon bo'ladi. O'tayotgan xavoni xarakat yo'nalishi burun qanotlari, chig'anoqlari va medial devorni xolatiga bog'liq bo'ladi.

**Buruni ximoya faoliyatini (tozalash faoliyati)** - burun bo'shlig'i turli egri yo'llardan tashkil topganligi uchun, kirayotgan xavo oqimi to'g'ridan-to'g'ri burun xalqumga o'tishdan avval shilliq qavatlariga, chig'anoqlarga to'liq tegib o'tadi. SHuning uchun xam xavo oqimi bilan kirayotgan turli yirik chang va g'uborlarni bir qismi avvalo kirish qismidagi tuklar orqali ushlanib qolinadi. Bundan tashqari mayda zarralar va mikroblarni 40-60% shilliq qavat yuzasidagi shilimshiq ajralma orqali ushlanib qolinadi. Mikroblar esa burundagi shilimshiq ajralma tarkibida bo'lgan lizotsim, mutsin va inbixin tahsirida zararsizlantiriladi. Burun yo'llarida to'planib qolgan turli changlar shilliq qavatni bir minutda 250 marotaba to'liqsimon xarakat qiladigan xilpilovchi epiteliysi xisobiga burun-xalqumga o'tadi, undan pastga tushib qismani so'lak bilan birga yutilib ketadi, qolgani esa tupurib tashlanadi. Ko'proq to'planib qolgan chang va mikroblar reflektor chuchkirish chakirish xisobiga aks urilganda tashqariga chiqib ketadi.

Olinayotgan xavo oqimi o'tkir xidli, zaxarli chiqindilar bilan ifloslangan bo'lsa, burunni kirish qismi va burun yo'llari darxol reflektor torayadi, nafas sekinlashadi va yuzaki bo'lib qoladi. Ayrim xollarda o'tkir zaxarli moddalar burunga tushganda, nafaqat burun yo'llari xattoki reflektor xiqildoq qisilib, nafas to'xtab xam qoladi. Yuqoridagi xolatlar burunni ximoya faoliyatini bir ko'rinishidir. Ximoya faoliyatini boshqa ko'rinishlari chuchkirish, reflektor ko'zdan yosh oqish, burundan shilimshiq ajralishini kuchayishi xisoblanadi.

**Burunni isitish faoliyati** - Burunni ximoya faoliyatidan biri o'tayotgan xavoni isitishdir. Burundagi issiqlik mahnbasi, burun bo'shlig'idagi boy tahminlangan qon tomirlar xisoblanadi. Burun bo'shlig'idan o'tayotgan xavo oqimi burun shilliq qavati yuzasidagi xarorat xisobiga isiydi. Burunga kirayotgan sovuq xavoni tahsirida, pastki va o'rta burun chig'anoqlarida joylashgan kavernoza to'qima qon tomirlari reflektor kengayadi va qon bilan to'ladi, maxalliy xarorat ko'tariladi, natijada o'tayotgan xavoni isishi tezlashadi. Burun bo'shlig'iga kirayotgan xavoni xarorati 20 S bo'lgan xolda burun xalqum qismida 36 S ga yetadi. Burunga kirayotgan xavoni xarorati qancha past bo'lsa, burun bo'shlig'ini isitish kuchi shuncha yuqori bo'ladi.



**Xavoni namlanishi** – burun yo'llaridan o'tayotgan xavo oqimi yetarli darajada namlanishi zarur. Burundagi namlikni miqdori doimo, quyidagi manbalar xisobiga to'ldiriladi

-a) burun bo'shlig'ini shilliq va shilliq osti qavatida joylashgan bezlarni ishlab chiqargan suyuqlik xisobiga

-b) bazilyar membrana orqali sizib chiqqan limfa suyuqligi xisobiga

-v) ko'z yoshi bezini suyuqliklari xisobiga.

Ajralib chiqayotgan suyuqliklar miqdori reflektor boshqariladi. Tashqi muxitni tahsiriga (mexanik, fizik, kimyoviy) binoan suyuqlik ajralishi miqdori o'zgarib turiladi (tashqi ob-xavo qanchalik sovuq bo'lsa suyuqlik ajralishi shuncha yuqori bo'ladi). Bir kecha-kunduzda burun bo'shlig'iga 500 kub sm. suyuqlik chiqadi. Suyuqlikni asosiy qismi (80%) o'tayotgan xavoni namlashga sarflanadi, shuning uchun xam burundan o'tayotgan xavoni namlanishi 70-80% yetadi. Bundan tashqari burun bo'shlig'idagi suyuqlik, shilliq qavat yuzasidagi xilpillovchi epiteliyni bir maromda faoliyat ko'rsatishida, muxim o'rinni egallaydi.

Xavoni ilishi, tozalanishi va namlanishi og'iz orqali nafas olganda burundan olinganga qaraganda ancha past bo'ladi.

**Burunni xid bilish faoliyati.** Xid bilish jarayoni insonni xayotida muxim o'rinni egallaydi. Boshqa sezgi ahzolari qatori xid bilish faoliyati xemoretseptorlar qatoriga kiradi va ular bir-biri bilan chamber-chas bog'liqdir. Xid bilish jarayoni xid tarqatuvchi moddalarni molekulalarini, xid bilish xujayralarini qo'zg'atishi darajasi natijasida namoyon bo'ladi. Burun bo'shlig'ini xid bilish maydoni 250 mm. kvadrat xajimni egallaydi. Bu maydonni shilliq qavatini rangi qo'g'ir bo'lib, uch xil xujayralardan tashkil topgan:

1) xid bilish xujayralari, markazida xid bilish neyronlari bilan

2) tsilindr shaklidagi tayanch xujayralar

3) konus shaklidagi, markazida xid bilish tuklari bor bazal xujayralar. Xid bilish xujayralarini tuklari (nevrinlar) birlashib fila olfaktorik xosil qiladi va g'alvirsimon suyak teshiklari (lamina cribrosa) orqali bosh miyaga o'tib to'planib, xid bilish piyozchasini (bulbus olfaktorius) xosil qiladi. Xid bilish piyozchasidan markazga yo'nalib, xid bilish yo'lini (traktus olfaktorius) tashkil qiladi. Bu yo'l davom etib xid bilish markazida gyus et uncus hy'ocam'ii tugallanadi.

Odatdagi xid bilish jarayoni amalga oshishi uchun quyidagi shartlar amalga oshirilishi kerak:

**birinchidan-** xid bilish maydoniga yetarli darajada xid tarqatuvchi moddalarni (gaz, bug', aerazolg', tutun va chang) tushishi va bu ularni diffuz yo'li bilan so'rilishi

**ikkinchidan-** burun bo'shlig'ida xavo oqimini doimo xarakati bo'lishi.

Xid bilish maydoniga tushgan xid tarqatuvchi moddalar xid bilish xujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan shilimshiq modda tahsirida eriydi va so'riladi, natijada shu xujayralarda boshlanib, to xid bilish markazigacha bo'lgan maydonda qo'zg'atish chaqiradi. Xidli moddalar tahsirida Kortiev ahzodagi sezuvchi piyozchalardagi kabi, xid bilish xujayralari tahsirlanishi epiteliyal kataklar orqali amalga oshadi, natijada xid bilish jarayoni amalga oshadi.

Xid tarqatuvchi moddalar tahsir ko'rsatishi bo'yicha 3 xilga bo'linadi

- a) xid bilish nerv tizimiga tahsir etuvchi
- b) xid bilish nervi va uchlamchi asab tolasiga tahsir etuvchi
- v) xid bilish nervi, uchlamchi nerv tolasiga va tahm biluvchi retseptorlarga tahsir etuvchilar.

**Birinchi guruxga-** valerian, lavanda, kofe, achchiq bodom moyi, qalampir mo'nchoq kiradi

**ikkinchi guruxga-** nashatir spirti, atseton, metil spirt, tuyulgan achchiq qalampir  
**uchinchi guruxga-** esa sirka kislotasi, yodform va benzollar kiradi. Insonni xid bilish faoliyati va uni darajasini aniqlash uchun maxsus xid tarqatuvchi moddalarda iborat yig'ma mavjud.

**Burun va burun yondosh bo'shliqlarini rezanator faoliyati-** tovushlarni rezanatorligi (sozlanishi) burun va burun yondosh bo'shliqlari mavjudligi xisobiga to'liq amalga oshadi. Xiqildoqda xosil bo'lgan birlamchi tovushlar yuqoriga (xalqum, burun soxasi) ko'tarilib xavo bilan to'lgan burun va burun yondosh bo'shliqlarida tegishli (sozlanib, tekislanib) tembrga ega bo'ladi. Yuqori tovushlar kichik burun oldi bo'shliqlarida (g'alvirsimon suyak katakchalari, asosiy suyak bo'shlig'i), past tovushlar esa katta bo'shliqlarda (burun bo'shlig'i, yuqori jag' va peshona suyagi bo'shliqlarida) sozlanadi. Tovushlar to'g'ri tembrga (sozlanishga) ega bo'lishi uchun burun yo'llari o'ta darajada keng yoki tor bo'lmasligi zarur, agarda nafas yo'llarida birorta to'siqlik (adenoid, burun polipi, burun chig'anoqlarni katalashuvi, surunkali yallig'lanishlar) bo'lsa, bu xolda tovushlar o'zgarib berk pinqilik (gnusavostg') kuzatiladi. Pastdan yuqoriga ko'tarilib burun xalqumdan burun bo'shlig'iga o'tayotgan xavo oqimi xech qanday to'siqqa uchramasa, o'ta darajada erkin xarakatda bo'lsa, ammo bemorda pinqilik kuzatilsa bu xolat (kichik til falajligida), ochiq pinqilik deb ataladi.

**Buruni mimik faoliyati** Tashqi burun yuz tuzilishida o'zini mushaklarini xarakatga keltirib, yahniy burun kataklarini kengaytirib yoki toraytirish, burun uchlarini xarakatga keltirish orqali mahlum bir qiyofani xosil qilinadi. Ayrim xollarda burun mushaklarini xarakatga keltirilishi burnga o'tkir xidlar tahsir etganda xam kuzatiladi.

**Burunning reflektor faoliyati** – burunni nafas olish, xid bilish va ximoya faoliyatlari burundagi reflekslar bilan bog'liqdir. Burundagi reflekslar o'z tahsir doirasiga qarab, quyidagi guruxlarga bo'linadi.

1. Tahsir doirasi boshqa ahzolarga tegishli bo'lgan burundagi reflekslar.
2. Tahsir doirasi burunga tegishli burun reflekslari
3. Tanani boshqa joydagi, burunga tegishli reflekslar

**Tahsir doirasi boshqa ahzolarga tegishlisi,** bu burundan o'tayotgan xavo oqimi shilliq qavatlarini qo'g'alishiga va bu qo'zg'alish o'z o'rnida nafas olish markazini qitiqlash xisobiga, nafas jarayoni bir maromda ushlab turiladi.

**Tahsir doirasi burunga tegishli burun reflekslari.** Burun bo'shlig'ini shilliq qavatlarini qitiqlanishi reflektor chuchkirish va burundan shilimshiq ajralishiga olib keladi.



Tanani boshqa joydagi, burunga tegishli refleklar. Tanani biror joyiga sovuqni tahsir etishi natijasida, reflektor burunni bitib qolishi va nafas olishni qiyinlashi kiradi.

## BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI TEKSHIRISH USULLARI

Burun va burun yondosh bo'shliqlarini tekshirish, ularni tashqi tuzilishini ko'zdan kechirish va paypaslashdan boshlanadi.

Tashqi tuzilishini ko'rishda burunni xolatiga, terisida ko'zga tashlanadiga nuqsonlarga, tashqi burundagi turli qiyshiqliklar, o'smalar va shishlarni bor yo'qligiga ehtibor qaratiladi. Paypaslab ko'rishda tashqi burun, burun yondosh bo'shliqlari soxasida og'riq, o'simta bor-yo'qligi xamda suyaklarni butunligi xolati aniqlanadi.



Rasm 7. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i soxasini paypaslab ko'rish

Tashqi tekshirishlar tugagandan so'ng burunni rinoskopiya qilib ko'riladi, bunda oldingi, o'rta va orqangi rinoskopiya amalga oshiriladi. Burunni kirish qismini burun uchini ko'tarib ko'rish orqali, bu joyni keng yoki torligi, terisini xolatiga ehtibor beriladi.

**Oldingi rinoskopiya:** Burun ichini ko'rish uchun maxsus burunni kengaytiruvchi (burun oynasi) qo'llaniladi, bu kengaytirgichlar tekshiriluvchini yoshiga qarab turli xajmlarda bo'ladi. Tekshiriluvchini burniga mos keladigan burun kengaytirgich chap qo'lda ushlab, uchlari berk xolda burunni kirish qisimiga kiritiladi va uchlari yengil xarakat bilan asta sekin kengaytiriladi, muolija tekshiriluvchida xech qanday noxushlik va og'riq chaqirmaslik zarur, o'ng qo'lni esa tekshiriluvchini peshona soxasiga qo'yib, boshni muolija o'tkazishga o'ng'ay xolatga keltirib oladi. Tekshirishda burunni kirish qismi, shilliq kavatlari xamda pastki burun chiganoqlarini, burun yo'llari xolatiga, rangiga va namligiga ehtibor qaratiladi. Tekshirish tugalashda, burunni kirish qismidagi tuklarni qisib uzib olmaslik uchun, burun kengaytirgich yarim yopiq xolda burundan chiqariladi.

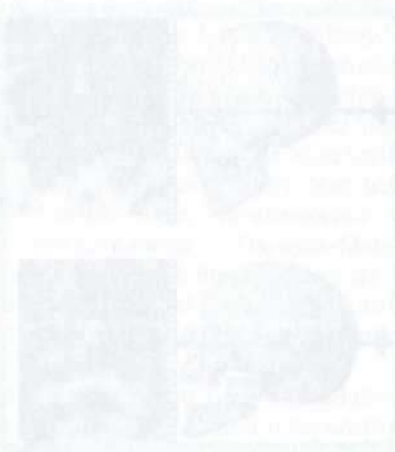




**Rasi 8. Rinoskopiya muolijasi**

**O'rta rinoskopiya**da tekshiriluvchini boshi biroz orqaga ko'tarilib burun kengaytirgich ancha ichkariga kiritilib tekshiriladi, natijada oldingi rinoskopiya qo'shimcha, yana o'rta burun chig'anog'i, o'rta va umumiy burun yo'llarini xolati, bu joylardagi ajralmalar, turli o'zgarishlarga ehtibor qaratiladi.

**Orqa rinoskopiya** qilish ancha murakkab bo'lib, bunda burun-xalqumni to'liq ko'rish uchun shpatel va burun-xalqum oynasi ishlatiladi. Muolija vaqtida tekshiriluvchida reflektor qayt qilish kuzatilmaslikni oldini olish uchun xalqumga 1-2% dikain eritmasi surtiladi. Tekshirishda burun-xalqumni shilliq qavatlarini xolati, dimog' va nay bezlarini tuzilishi, eshituv nayini teshiklarini, burun chig'anoqlarini orqa qisimlariga ehtibor qaratiladi.



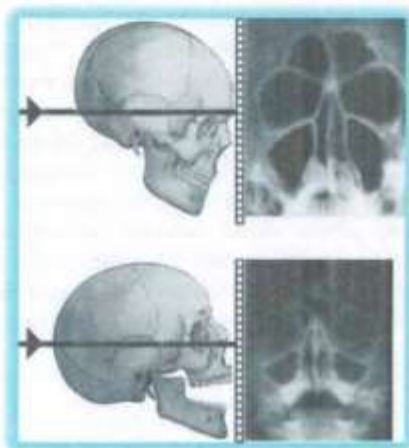


**Rasm 9. Orqa rinoskopiya muolijasi**

Burun bo'shlig'ini orqa tomonlarini, burun-xalqumni xamda burun yo'llarini to'liq ko'rish uchun hozirga paytlarda mikroskopik va endoskopik tekshirish usullari qo'llanilmokda.

SHilliq qavatlar va burun chig'anoqlarini qo'shimcha tekshirish usullaridan biri uchi to'mtoq zondlar orqali bosib ko'rish usuli mavjud. Bunday tekshirishda shilliq qavatlar, burun chig'anoqlarini qattiq yoki yumshoqligi, og'riq bor yo'qligi va burun yo'llarini oxirigacha ochiqqligi aniqlaniladi (bu tekshirish usuli asosan burun yo'llarini tug'ma atreziyasini aniqlashda qo'llaniladi).

Burun va burun yondosh bo'shliqlarini xolatini aniqlashda **rentgenologik** tekshirish katta axamiyat kasb etadi. Bunday tekshirishlarga flyuorografiya, oddiy rentgenografiya, rentgenkontrast usullari kiradi. Bundan tashqari tekshirishni tomografiya va magnit-rezonans tomografiya usulari xam oxirgi yillari keng qo'llanilmoqda.



#### **Racm 10. Rentgenologik tekshirish**

**Diafonoskopiya** usulida asosan yuqori jag' va peshona suyagi bo'shliqlari xolati tekshiriladi, bo'shliqlar orqali o'tayotgan yorug'likni xolatiga qarab ular xaqida ma'lumot olinadi. Tekshirish qorong'ilashtirilgan xonada amalga oshiriladi. Bunda diafonoskopni chirog'ini yondirilgan xolda og'izga kiritiladi, agarda bo'shliqlarni birortasida yallig'lanish jarayoni kuzatilsa, o'sha tarafda yorug'lik nurini o'tishini pasayishi kuzatiladi, ayrim xollarda bo'shliqdagi suyuqlik satxini xam to'liq aniqlash mumkin.

Burun yondosh bo'shliqlarini xolati xaqida to'liq ma'lumot olish uchun eng mukamal tekshirish usullaridan biri bu bo'shliqlarni **puntsiya qilish yoki zondlashdir**. Bo'shliqlarni puntsiya qilish yoki zondlash uchun burun shilliq qavatlariga maxalliy og'riqsizlantirish uchun 2-4% dikain yoki kokain eritmaları surtiladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini pastki burun yo'lidan Kulikov ignasi orqali puntsiya qilinadi va yuviladi. Peshona suyagi bo'shlig'i o'rta burun yo'lidan, o'zini tabiiy yo'li orqali Ritter yoki Ustg'yanov zondlari kiritilib tekshirilib yuviladi. Bundan tashqari peshona suyagi bo'shlig'i trepanatsiya qilinadi yoki Yu.Ustg'yanov tomonidan taklif qilingan usul orqali tashqaridan bo'shliqni oldingi devori orqali puntsiya (trepanopuntsiya) qilinadi. Asosiy suyak bo'shlig'i maxsus zondni o'zini oldingi teshigi orqali kiritish usuli bilan tekshiriladi. Galvirsimon suyak bo'shliqlari D.I.Tarasov va G.Z.Piskunov tomonidan taklif qilingan maxsus igna va usul bilan puntsiya qilinadi.

Bo'shliqlarni yuvilgandan so'ng ajrab chiqqan suyuqlikni tarkibiga qarab xar bir bo'shliqni xolatiga baxo beriladi.

**Buruni nafas olish faoliyatini tekshirish**, buning uchun Voyachek, TSvaardemaker usullari, rinoanemometr Undrits, rinomanometr Golg'tshteyn va rinopnevmetr L.B.Daynyak-Melg'nikovalar tomonidan taklif qilingan asboblari orqali amalga oshiriladi. Tekshirishni eng oson va qulay turi ip tolasi (Voyachek usuli) yoki paxta tolasi (Preobrajenskiy usuli) burun teshiklariga navbatmi-navbat yaqinlashtiriladi (ikkinchi burun teshigi esa berkitiladi), nafas olib chiqarishdagi xarakati kuzatiladi. Ip yoki paxta tolasini xarakatiga qarab nafas faoliyatiga baxo beriladi. Bu usulni kamchiligi nafas olish xaqida to'liq ma'lumot berilmaydi. Nafas olish faoliyatini tekshirishni qolgan usullaridan yana biri N.TSvaardemaker usuli xisoblanib, bu usulni asosida burundan chiqarilayotgan xavo oqimiga oyna yaqinlashtiriladi, shu oyna yuzasida burundan chiqayotgan xavo tahsiri bug'li dog' xosil bo'lish "nafas dog'i" xajmiga asoslanib nafas olish faoliyatiga baxo beriladi.

Nafas olish faoliyatini tekshirish uchun yuqorida keltirilgan usullardan tashqari turli asboblari aerodromometr TSvaardemaker, rinoanemometr Undrits, rinomanometr Golg'shtey va rinopnevmetr Daynyak-Melg'nikova ishlatiladi, ammo bu asboblarni ishlatish ancha mushkul, buning uchun qo'shimcha asbob va anjomlar zarur. Bunday asboblarni ishlatishni ijobiy tomoni, ular nafas olish faoliyati to'g'risida to'liq ma'lumot olishga imkon beradi. Bu usullarni faqat ilmiy faoliyat bajarishda axamiyati katta.

**Buruni xid bilish faoliyatini tekshirish** : Bu faoliyatni aniqlash ancha murakab xisoblanadi chunki bir vaqtda xam xid bilishni sifatini (odorimetriya) xam



xid bilish miqdorini aniqlanadi. Xid bilishni sifatini o'rganilganda xid tarqatuvchi moddalarni bilish va ularni bir-biridan ajratishdan iborat. Miqdorini aniqlashda esa xid tarqatuvchi moddani dastlabki sezish pog'onasini, xidlarga moslashish va xid sezishni qayta tiklanish bosqichlarni aniqlanadi. Xid tarqatuvchi moddalar uch turga bo'linadi:

- 1) faqat xid tarqatuvchi
- 2) xid tarqatuvchi va sezgi bildiruvchi
- 3) xid tarqatuvchi va tahm bildiruvchi

Birinchi gurux moddalar n. olfactoriusni qitiqlaydi, ikkinchi gurux moddalar n. olfactorius va n. triqeminus ni qitiqlaydi va uchinchi gurux moddalar esa n. olfactorus va n. qlosso-harynqeus ni qitiqlaydi. Xid bilish faoliyatini aniqlash uchun turli xidlarga ega bo'lgan moddalar (valerianka eritmasi, nashatir spirt, etil spirt va atseton) ishlatiladi. Tekshirish uchun xid tarqatuvchi moddalar burunga 1 sm yaqin masofaga keltirilib, ikkinchi burun teshigi berkitilgan xolda xidlash taklif qilinadi. Tekshirish vaqtida xaqiqiy mahlumot olish uchun xid tarqatuvchi moddani, tekshirish o'tkazilayotgan muxitni xarorati, tana xaroratiga yaqin bo'lishi shart. SHunday usul bilan burunni ikkinchi tomoni xam tekshiriladi.

Xid bilishni miqdorini aniqlash esa olg'faktometr asbobi orqali amalga oshiriladi. Amaliyotda qo'llash uchun eng qulay usul bu Yu.S.Kogan va F.M.SHleyfman (1955) tomonidan taklif qilingan usul afzaldir. Buning uchun valerian (spirtli eritmasi) va sirka kislotasi ishlatiladi. Bu moddalarni quydagicha suyultiriladi 0,8. 0,4. 0,2. 0,1. 0,05. 0,025. 0,0125. 0,0062. Tekshirishni eng past suyultirilgan miqdoridan boshlanib, yuqori darajada suyultirilgan miqdoriga qarab tekshirishni boshlaydi. Xidni dastlabki aniqlangan miqdori teshiriluvchi uchun xid bilish bo'sag'asi xisoblanadi.

**Burun shilliq qavatini xillpilovchi epiteliysini transport (xarakat) faoliyatini aniqlash:** Buning uchun burunni pastki chig'anog'ini oldingi qismiga sepilgan ko'mir kukunini orqa qismigacha yetib borish uchun ketgan xarakat vaqtini aniqlash orqali amalga oshiriladi. Pastki burun chig'anog'ini oldingi qismiga burun zondi orqali ko'mir kukuni tekiziladi, tekshiriluvchiga odatdagi nafas olishni va burunni tozalamaslik taklif etiladi. Ko'mir kukunini xalqumni orqa devorida paydo bo'lguncha ketgan vaqt bilan belgilanadi. Odatda bu vaqt 13,0-13,5 min. tashkil etadi. Bundan tashqari bu faoliyatini aniqlash uchun turli mualliflar tomonida bir qancha usullar (G.V.Lavrenovani qandli usuli, B.I.Psaxis 1960, Yu.S.Vasilenko 1964), taklif qilingan.

**Burunni shilliq qavatini so'rib olish faoliyatini aniqlash:** Bu faoliyatni aniqlash uchun 0,1% atropin eritmasi shimdirilgan dokali pilikcha 10 daqiqaga pastki burun chig'anog'iga qo'yiladi va xar 5 daqiqada tomir urishni tekshirib turiladi. So'rilganlik belgisi tomir urishni o'zgarishini aniqlash orqali amalga oshiriladi. Odatda bu ko'rsatgich o'rtacha 35-40 min. tashkil etadi.

**Burun bo'shlig'i shilliq qavatini kalorifer faoliyati** burun shilliq qavatlarini xaroratini elektr termometr orqali o'lchash bilan amalga oshiriladi. Buning uchun xaroratni o'lchaydigan maxsus elektrotermometr TPem-1 qo'llaniladi.

Eletrotermometrni ko'rsatgichlari pastki burun chig'anog'ini oldingi qismiga qo'yiladi. Sog'lom odamlarda burun bo'shlig'ini xarorati 34 – 34,5 S atrofida bo'ladi. Oxirgi vaqtlarda bu maqsadlarda reografiya usuli keng qo'llanilmoqda.

**SHilliq qavatni ajratish (sekretor) faoliyati** - tekshirishdan maqsad shilliq osti bezlarini shilimshiq ishlab chiqarish faoliyatini aniqlashdan iboratdir. Buning uchun burun bo'shlig'iga 1 daqiqaga dokali pilikni kiritiladi va shu vaqt davomida so'rilgan shilimshiqni miqdorini o'lchash orqali aniqlanadi. Dokali pilik burunga kiritishdan avval va so'ngra tortiladi. Bundan tashqari burunni bu faoliyatini aniqlash uchun F.V.Semyonov tomonidan maxsus filg'tr qog'ozlari qo'llashni taklif qilingan.

**TSitologik tekshirish:** Bunda burun bo'shlig'idagi shilimshiq ajralmadagi xujayralar tarkibini aniqlanadi va shu orqali uni morfololgik faoliyati baxolanadi. Buning uchun maxsus oynachalar burun bo'shlig'iga kiritilib burun chig'anog'iga tekizish orqali surtma olinib, bo'yalib mikroskop ostida tekshiriladi. Bunday tekshirishda epiteliylarni ajralish miqdori,ularni degenerativ xolati va metaplaziya xolatlari,leykotsitlarni to'planish miqdorlariga qarab burundagi o'zgarishlarga baxo beriladi.

**Burun bo'shlig'ini shilliq qavatini RN miqdorini aniqlash.** Buning uchun maxsus lakmus qog'ozini burunga kiritiladi, burun bo'shlig'idagi ajralmani RN miqdoriga qarab lakmus qog'ozni rangi o'zgaradi,shu o'zgarishga binoan belgilanadi. Sog'lom odamlarda burun bo'shlig'ini RN miqdori 6,9-7,6 atrofida bo'ladi. Yuqorida keltirilgan tekshirish usullari amaliy axamiyatdan ko'ra ko'proq ilmiy tekshirishlarda keng foydalaniladi,shuning uchun xam ular xaqidagi to'liq ma'lumot kerakli manbalarda kengroq keltirilgan.

## **TASHQI BURUN KASALLIKLARI BURUNNI TUG'MA NUQSONLARI**

Burunni tug'ma nuqsonlari insonni embrional rivojlanish vaqtida turli salbiy tahsir natijasida buzilishi xisobiga paydo bo'ladi. Bunday sabablaridan irsiy kamchiliklar nasldan – naslga berilishi yoki tashqi muxitni salbiy tahsiri ( turli fizik va kimyoviy tahsirlar,spirtli ichimliklar ichish,giyoxvandlik moddalar qabul qilish) natijalarida paydo bo'ladi.

Tug'ma nuqsonlarni quydagi turlari tafovut qilinadi

1. Burun ahzolarini to'liq yoki umuman rivojlanmay qolishi
2. Burun ahzolarini keragidan ortiq rivojlanishi
3. Burun ahzolarini yuzni boshqa joylarda o'rnamshib qolishi

**Tug'ma nuqsonlarni quyidagi ko'rinishlari uchraydi:**  
Ikkita burun

Burunni o'rtasidan teng ikkiga ajralishi

Tashqi burunni bir yoki ikkita xartumga o'xshab rivojlanishi

Tashqi burunni umuman bo'lmasligi

Tashqi burunda oqma yara yoki kista bo'lishi

Burun chig'anoqlarini nuqsonlari

Burun yo'llarini to'liq yoki qisman atreziyasi

Yuqorida keltirilgan nuqsonlar tashqi ko'rishda aniqlaniladi. Faqat burun yo'llarini atreziyasida qo'shimcha rinoskopiya qilinib, zond yuborib yoki turli rangli eritmalar tomizilib burun-xalqumga o'tishini aniqlash orqali bilinadi.

**Davolash** burunni tug'ma nuqsonlari faqat jarroxlilik usul bilan davolanadi, muolijani erta amalga oshirish kerak.



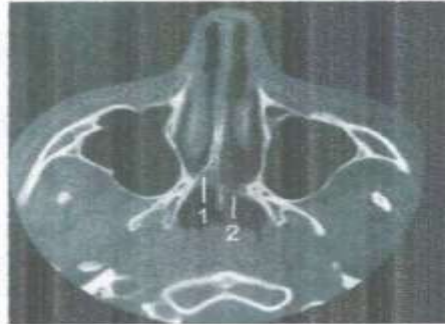
**Rasm 11. Tashqi burun qismini ko'z ichki burchagida joylashuvi**

Nuqsonlarni xolatiga qarab bir necha bosqichda kosmetik jarroxliligi o'tkaziladi. Nuqsonlarni ichida ancha yengil bartaraf qilinadigani bu burunni oqma yarasi, kistasi va burun yo'llari atreziyasidir.

#### **Burun yo'llarini tug'ma atreziyasi**

Kasallikni kelib chiqishi embrional rivojlanishda paydo bo'lgan nuqsonlar qatoriga kiradi. Burun yo'llari yumshok to'qimalar (shilliq qavat) yoki suyak to'qimasini xisobiga to'liq yoki qisman berk bo'lishi mumkin. Atreziyalar bir yoki ikki tomonlama bo'ladi, agar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ikki tomonlama to'liq atreziya bo'lsa, go'daklar asfiksiya xisobiga uzoq yashay olmaydi va tezda o'limga olib keladi, shuning uchun xam nuqson aniqlangandan so'ng darhol jarroxlilik muolijalari o'tkazilishi va burun yo'llarini to'liq shakillantirish shart. Kasallikni paydo bo'lishi sabablari yuqorida ko'rsatib o'tilgandek tug'ma (irsiy) va ortirilgan (jaroxat tufayli yoki burunda o'tkazilgan turli jarroxliliklardan so'ng) bo'ladi.





**Rasm 12. KT ikki tomonlama xoanalар атрезияси**

**Kasallikni belgilari** agar burun berkligi qisman bo'lsa deyarli hech qanday belgilar namoyon bo'lmaydi. Burun yo'llarini bir tomoni yoki ikkala tomoni to'liq to'silgan bo'lsa, bemorlar burundan nafas olishni qiyinligi yoki batamom bo'lmasligi, ovozni buzilib ping'illab qolishi, burundan shilimshiq ajralishi va bosh og'rig'iga shikoyat qiladilar. Bunday bemorlarda og'izdan nafas olish xisobiga qo'shni ahzolarida qo'shimcha kasalliklar (tubootit, laringit va bronxit) rivojlanadi.

**Rinoskopiyada** burun yo'llarida ko'p miqdorda shilimshik ajralma bo'ladi, xavoni o'tishi umuman bo'lmaydi va tekshirilganda burun yo'llarini to'liq berkligi ko'rinadi.

**Tashxis-** burun yo'lariga zond yuborish bilan yoki turli rangli eritmalar tomizib, burun xalqumga o'tishini tekshirish bilan aniqlanadi. Agar atreziya burun bo'shlig'ini orqa tarafida bo'lsa, burun-halqumni barmoq bilan paypaslab aniqlanadi.

**Davolash-** Davolash muolijalarini erta boshlab, burun yo'llarini troakar bilan ochiladi va yana qaytadan berkilib qolmaslik uchun uzoq muddatga rezinali drenaj qo'yiladi. Muolijadan so'ng ikkilamchi yallig'lanishni oldini olish uchun burun yo'llariga antibiotiklarni eritmalarini tomiziladi yoki malxamlar surtilib turiladi.

Burunni tug'ma nuqsonlarini yengil ko'rinishlariga burundagi oqma yara, tashqi burun qiyshiqiligi va burunni egarsimon cho'kshi kiradi. Nuqsonlarni bunday ko'rinishlari faqat jarroxlilik usuli bilan davolanadi.

### **BURUN CHIPQONI (Furunculus nasi)**

**Burun chipqoni** – etiologiyasi, burunga kirish qismidagi tuk qopchalari va yog' bezlarini o'tkir yallig'lanishidir.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar – maxalliy va umumiy ximoya vositasini turli mikroblarga nisbatan pasayishi, tanani boshqa turli qo'shimcha kasalliklar (qandli diabet, modda almashinuvini buzilishi, vitaminlarni yetishmovchiligi va tanani shamollashi) tuk qopchalarini jaroxatlash natijasida infektsiyani tushishi, burun chipqonini kelib chiqishidagi asosiy o'rinni egallaydi. Ayrim xollarda burundan tashqari tanani boshqa joylarida xam furunkullar paydo bo'ladi, bu xolatni furunkuez deyiladi. Ikki va undan ko'p furunkullar birlashsa karbonkul deb yuritiladi.



**Rasm 13. Burun chipqoni.**

Patogenezi-yallig'lanish natijasida avval tuk qopchalari va yog' bezlari atrofidagi mayda qon tomirlarni trombi xosil bo'ladi, bu xolat esa joylarda infilg'trat paydo bo'lishiga olib keladi, keyinchalik yallig'lanish jarayoni kattalashadi va venoz qon tomirlar orqali tromblarni g'ovak venaga o'tishi, undan bosh miyaga o'tishiga va umumiy septik xolati kelib chiqishi xafi tug'iladi.

**Bemorni shikoyatlari** asosan burunda og'riq, bosh og'rig'i, tana xaroratini ko'tarilishi va umumiy axvolni yomonlashuviga bo'ladi.

**Rinoskopiya:** kasallikni boshlanishida tuk qopchalarida kichik infilg'trat paydo bo'ladi, 3-4 kun o'tgach piramida shaklidagi infilg'trat kattalashib o'rtasida ok-sarg'ish rangda yiring paydo bo'ladi. Keyinchalik chipqon o'rtasidagi yiring o'zagi ajralib chiqandan so'ng, o'rtidan qon aralash yiring oqadi. Yiring ajralishi boshlanishi bilan yallig'lanish jarayoni pasayib, tana xarorati mo'tadillashadi va bemorni axvoli yaxshilanadi. Agar kasallik asoratlanisa, bir qancha infilg'tratlar birlashib chipqon kattalashadi va karbonkulga aylanadi. Kasallikni bunday asoratlanishida tana xarorati ancha yuqoriga (40-41 S gacha) ko'tariladi, bemorni axvoli og'irlashadi, limfatik tugunlar kattalashadi va og'riqli bo'ladi, Asta-sekn burun bilan birga yuzni yumshoq to'qimalariga shishlar tarqaladi. Qonda leykotsitlar miqdori ortadi, SOE tezlashadi. Yallig'lanish jarayoni kuchayb borishi xisobiga terini qizarishi va shishi nafaqat burun soxasida, balkim lablarga, lunjga xattoki qovoqlarga xam tarqaladi. Yuz venoz tomirlarini flebiti paydo bo'ladi. Kasallikni keng tarqalib asoratlanishga yana bir sabab, ko'pincha bemorlar dastlab paydo bo'lgan chipqonni siqib tashlashga xarakat qiladi, bu xolat tromblarni venoz qon tomirlari orqali keng tarqalishiga olib keladi.

Kasallikni asoratlanib og'ir kechishida bemorlar darhol yotqiziladi qon va siydikni to'liq tekshiriladi, qondagi qand miqdori aniqlanadi, ikkilamchi asoratlarni aniqlash maqsadida bemorni asab va ko'z kasalliklari mutaxassislarini ko'rigidan o'tkaziladi.

**Davolash:** Davolash jarayoni bemorni axvoliga va kasallikni og'irligiga bog'liq bo'ladi. Kasallikni yengil kechishida bemorlar qatnab davolanadi, ichish uchun antibiotiklar, sulg'fanilamidlar, vitaminlar tavsiya qilinadi, chipqon spirtli



eritmalar bilan artiladi, maxalliy fizioterapevtik muolijalardan UVCH xamda kvarts tavsiya qilinadi. CHipqon yetilguncha turli malxamlar (ixtiol, Vishnevskiy va sariq simob malxamlari,levomikol) bilan bog'lov qilinadi. CHipqon yorilgandan so'ng, chipqon o'rtasidagi yiringli o'zag olib tashlanadi va yara ajralayotgan yiringdan tozalab, gipertonik eritma bilan dokali pilik qo'yiladi.

Kasallik og'irlashib yalliglanish jarayoni kattalashib asoratlanganda tomirlarda xosil bo'lgan tromblar, qon tomirlar orqali tarqalib septik xolatni oldini olish uchun, vaqtincha fizioterapevtik muolijalar to'xtatiladi. Antibiotiklarni keng doirada tahsir etuvchi turlarini (makrolid,ftorxinolon qatori antibiotiklar) tomir ichiga (kefzol, tseporin) yuboriladi, intoksikatsiyani oldini olish uchun gemodez, efloran,20% glyukoza eritmasi quyiladi, antigistamin xamda qonni ivishini pasaytiruvchi moddalar (geparin) qo'llaniladi. Qaytalanuvchi furunkullarda immunomodulyatorlar va sxema bo'yicha autogemoterapiya o'tkaziladi.Antigistamin va xaroratni pasaytiruvchi dorilar kasallikni klinik kechishiga asoslangan xolda qo'llaniladi.

Umumiy ximoya quvvatni oshirish uchun stafilokokkli gamma-globulin va antistafilokokkli plazma ishlatiladi. Ayrim og'ir xolatlarda jarayon yuz soxalariga tarqalib ketganda,to'plangan yiringni chiqarish uchun yuz soxasi bir necha joydan kesiladi va rezinali drenajlar qo'yiladi. Burun chipqonlarida jarroxlik bilan ochib tozalash muolijasiga ayrim LOR vrachlar qarshi,ammo bizni uzoq yillgi tajribamiz shuni ko'satdiki,yiringli jarayon to'planib qolganda darxol kesib ochib tozalash yaxshi natija beradi. Jarroxlikni bebaxo qonunlarida biri- Ubi 'us, ubi evacuba-yahniy qaerda yiring,bu joyni kesib tozala deyilgan.

### **Burun yolini (Roja -erysi'elas)**

Yolin – qadimda gretsiya xalq tilida mo'tabar Antony olovi deb yuritilgan. Kasallik o'tkir yuqumli allergik yallig'lanish xisoblanib,asosan teri,teriosti to'qimalari va yuzaki limfatik tizimni qamrab olish bilan kechuvchi kasallikdir.CHaqiruvchisi gemolitik streptokok A guruxlari xisoblanadi. Kasallik patogenezida,teri qatlamini butunligi buzilishi natijasida mikroflorani kirishi yoki boshqa yiringli jarayondan qon orqali o'tishi mumkin. Streptokokni va uni toksinini tahsirida terida o'tkir seroz-gemoragik yallig'lanish limfongait,arterit va flebit bilan davom etadi.

Kasallikni klinikasi, boshlanishi o'tkir,tana xaroratini 39-40 S ga ko'tarilishi,qaltirish,umumiy quvatsizlik,lanjlik,ko'ngil aynib qayt qilish,bo'g'imlarda og'riqlar bilan kechadi. Kasallikni birinchi kunlarida burun terisi qizarib shishadi,ushlab ko'rilganda og'riqli bo'ladi.Limfatik bezlar kattalashadi va og'riq zo'rayib ketadi.Yallig'lanish simetrik bo'lganligi uchun xam burun va yuzdagi yallig'lanish kapalakni shaklini eslatadi. Og'ir xollarda burun va yuz terilarida mayda seroz va qonli suyuqliklar bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi.Keyinchalik pufakchalar kattalashib teshiladi,suyuqliklar ajralib chiqadi,o'rnilarida yarachalar paydo bo'ladi. Kasallikni qizilcha kasalligidan,dermatitdan va tizimli qizil volchankadan qiyosiy taxsishlash lozim.



**Davolash** pentsillin va uni qatoridagi antibiotiklardan foydalaniladi, asosan pentsillin 2 mln.T.B. kuniga 4-6 maxal buyuriladi, teriga UFO yoki solyuks qo'yiladi, qolgan davolar simptomatik olib boriladi.

#### **Burunni kirish qismi sikozi (follikulit)**

Sikoz burun bo'shlig'ini kirish qismidagi tuk qopchalarini chegaralangan yiringli yallig'lanishidir. Sikoz yoki follikulitni asosan chaqiruvchisi stafilokokklar xisoblanadi. Kasallik burunni kirish qismida turli jaroxatlar tufayli infeksiyani bir necha tuk qopchalariga tushishi natijasida paydo bo'ladi. Bundan tashqari burun va burun yondosh bo'shliqlaridagi yiringli jarayonlar ham kasallikni rivojlanishida aloxida o'rinni egallaydi. Yallig'lanish jarayoni boshlanishida bir qancha tuk qopchalarida yiringli nuqtalar paydo bo'ladi. Tuklarni ushlab tortilsa nekroz xisobiga yirinli qopchalar bilan birga ko'chib chiqadi. Yallig'lanish atrofidagi teri qizarib shishadi.

**Kasallikni belgilari-** Kasallik surunkali kechishga moyil bo'ladi va tez-tez qaytalinib turadi, dastlab yagona folikulitlar xosil bo'lishi bilan boshlanadi, keyinchalik yallig'lanish jarayoni tarqalib boshqa tuk qopchalarini ham qamrab oladi. Bu joylardagi teri qizarib shishadi va yuzasi pufakchalar bilan qoplanadi. Ayrim xollarda shishilar nafas yo'llarini qisman berkitib nafas olishni qiyinlashtiradi. Pufakchalar yorilib yiringli ajralma paydo bo'ladi. Keyinchalik bu ajralmalar qurib qasmoqlarni xosil qiladi, qasmoqlar ko'chirilsa tagida terini suvli iljiragan yarasi ko'rinadi. Bemorlarni burun soxasidagi og'riq, terini qizarib shishishi va qichishish bezovta qiladi.

**Rinoskopiya-** og'riq bo'lganligi sababli rinoskopiya o'tkazish ancha mushkul bo'ladi. Burunni kirish qismidagi terisi qizarib shishgan, tuk qopchalari yiringli ajralma bilan qoplangan bo'ladi.



#### Rasm 14. Burun sikozi.

**Davolash** – Bemorlar qatnab davolanadi, yallig'langan tuklar va yiringli qasmoqlar extiyotlik bilan qisqichlar yordamida olinadi, so'ngra teri spirtli eritma bilan artiladi va sintomitsin, levamikolg' yoki oksikort malxami bilan bog'lov qilinadi. Fizioterapevtik muolijalardan UF yoki UVCH tavsiya qilinadi. Kasallik tez-tez qaytalanganda boshqa yo'ldosh kasalliklarni bor – yo'qligi tekshiriladi. Agar mavjud yo'ldosh kasalliklar bo'lsa va ularni bartaraf etilmasa o'tkazilgan davolardan yetarli darajada naf bo'lmaydi.

#### Burun ekzeması (Eczema)

Asosan burunni kirish qismini terisini kasalligi xisoblanib, terida eritema yoki namlanib turuvchi pufakchalar va qasmoqlar xosil bo'lishi bilan davom etadigan kasallikdir. Kasallikni kelib chiqishida bir vaqtda tahsir etuvchi ikki xil omillar asosiy o'rinni egallaydi:

- 1).bemorda allergik kasalliklarga moyillik
- 2).allergik xolatni keltirib chiqaruvchi omilni bemor tanasiga doimiy tahsir etishi.

Yuqorida keltirilgan omillar bemorlarda modda almashinuvini buzilishiga,maxalliy va umumiy immunologik ximoyani pasayishiga va organizma doimiy allergik muxitni vujudga keltiradi,natijada burun va burun oldi bo'shliqlari soxalarida turli yiringli kasalliklarni vujudga keltiradi. Bundan tashqari kasallikni keltirib chiqaruvchi yana bir asosiy omillardan burun va burun bo'shlig'idagi turli o'tkir va surunkali yallig'lanishlar xisoblanadi. Bu kasalliklarda burundan chiqayotgan yiringli ajralmalarni burun terisiga doimiy va uzoq tahsir etishi xisobiga,bu joylarda ekzematik yallig'lanishlar keltirib chiqaradi.

**Kasallikni belgilari** - Kasallikni klinik kechishida quyidagi turlari tafovut qilinadi:

a) xaqiqiy (idiopatik) turi, boshlanishi o'tkir,terini qizarishi,shishi va yuzasida mayda pufakchalar xosil bo'lishi,pufakchalar yorilib doimo namlanib turuvchi,yuzalari quruq qasmoq bilan qoplangan yara ko'rinishda kechadi.

b)mikrobli ekzema,bu turida kasallik surunkalik yallig'lanish joylari o'mida rivojlanadi,teri yuzasida yirik yumaloq shakldagi yallig'lanish o'chog'lari xosil bo'lishi bilan kechadi.

v)kasbga oid ekzema,kasallikni bu ko'rinishi asosan kasbdagi salbiy tahsirlar natijasida,terin ochiq yuzasida ekzema o'choqlari paydo bo'ladi.

Kasallikning o'tkir davrida avval terida qizarish paydo bo'ladi, so'ngra teri shishadi,yoriladi va pufakchalar paydo bo'ladi, joylarda terini ko'chishi kuzatiladi. SHu bosqichida bemorlarni burunda qattiq og'riq va qichishish bezovta qiladi. Pufakchalar seroz suyuqlik bilan to'lgan bo'lib, keyinchalik ular yorilib tiniq suyuqlik ajraladi. Yorilgan pufakchalar yuzalari qayizg'oq kabi ko'chib turuvchi qasmoq bilan qoplanadi. Qasmoq bilan qoplangan terida yoriqlar paydo bo'ladi,



keyinchalik bu yoriqlar orqali infektsiya tushishi xisobiga teri ikkilamchi yalig'lanib, bitishi qiyin bo'lgan chuqur yaralar xosil bo'ladi. Qasmoqlar paydo bo'lishi kuchli qichishish bilan davom etadi, bemorlar qasmoqlarni ko'chirishga xarakat qiladi, natijada teridagi yaralar kattalashadi, atrofga tarqaladi bu xolat bemorlarni axvolini og'irlashiga olib keladi.

Kasallikni quruq kechadigan turi xam mavjud bo'lib, bu turida burun terisida, doimo ko'chib turuvchi, pushti rangdagi chegaralangan quruq yaralar paydo bo'ladi. Ayrim xollarda ko'chayotgan qasmoqlar shu darajada ko'p bo'ladiki, xatto burun yo'llarini to'sib qo'yib nafas olishni qiyinlashtiradi. Kasallikni asoratlangan ko'rinishida burun terisidagi yaralar butun yuzni egallab, xattoki quloq surpasigacha tarqalishi mumkin, yuzni birorta xoli joyi qolmaydi, intoksikatsiya jarayoni kuchayadi, bemorni axvoli og'irlashadi.

**Kasallikni tashxisi** – bemorni shikoyatlari va kasallikni rinoskopik ko'rinishiga asoslangan xolda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

**Davolash** – Davolashni teri tanosol mutaxasisi bilan birgalikda olib boriladi, dastlab bemordagi allergik xolatni keltirib chiqaruvchi barcha omillarni bartaraf qilishdan boshlash zarur. Burun va burun oldi bo'shliqlarini turli surunkali yallig'lanish kasalliklarini, tanadagi modda almashinuvini buzilishiga olib keluvchi boshqa yo'ldosh kasalliklarni bartaraf qilish zarur. Alergiyaga qarshi, antigistamin preparatlari (suprastin, zaditen, loratal), intoksikatsiyani bartaraf etuvchi muolijalar (gemodez, efloran, metirit) suyuqliklar qo'llash va umumiy quvvatni oshiruvchi vositalar, immunomodulyatorlar (prodegiozan, imudon, taktivin) dorilar tavsiya qilinadi. Bundan tashqari temir preparatlari, vitaminlar qabul qilishga buyuriladi. Kasallik uzoq davom etsa kortikosteroidlar (prednizolon kuniga 30 mg. 10 kun davomida) bilan davolash olib boriladi. Yaralar yumshab qoplamalar yengil ko'chishi uchun yuzalari baliq moyi bilan bog'lov qilinadi. Turli antibakterial malxamlar (levomikol, levosan) surtiladi. Kelgusida esa qasmoqlardan tozalangan yaralarga maxalliy turli indeferent va kortikostreoid malxamlar surtiladi.

#### **BURUNNI KUYISHI (Combustio nazi)**

Burunni kuyishiga burun to'qimalarini termik, kimyoviy, elektrik va radiatsiya tahsirida kuyishlar kiradi. Burun yuzda oldinga bo'rtib chiqqanligi uchun xam tashqi muxitni turli salbiy tahsirlariga tez duchor bo'ladi. Aloxida burunni kuyishi kam uchraydi, ko'picha yuzni boshqa qismlari bilan birgalikda kuyishi kuzatiladi.

Kuyishlarda to'rtta bosqichi tafovut qilinadi.

**Birinchi darajada** jarayon terini yuza, epidermis qismini qamraydi, shuning uchun xam burun terisini qizarishi va shishi kuzatiladi

**Ikkinchi darajada** jarayon birinchi bosqichga qaraganda chuqurroq o'tadi, terini epidermis qismi ko'chib, yuzasida ichlari shilimshiq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar teshilib, yuzalarida namli yaralar xosil bo'ladi. Jarayon o'ta chuqur bo'lmaganligi uchun yaralar bitishida chandiqlar xosil bo'lmaydi.



**Uchinchi darajada** teri barcha qatlamlarini qisman yoki to'liq nekrozi bilan davom etadi. Xosil bo'lgan yaralar yuzalari yiringlaydi, keyinchalik bu yaralar terida chandiqlar xosil bo'lishi bilan tugallanadi.

**To'rtinchi darajada** kuyish jarayoni nafaqat teri, xatto teri osti to'qimalari, tog'aylarini va suyaklarni xam to'liq kuyib nekrozga aylanishi bilan davom etadi.

**Tashxis** qiyinchilik tug'dirmaydi, bemor shikoyatlari, anamnez va rinoskopiya ma'lumotlariga asoslanadi.

**Davolash** birinchi va ikkinchi darajada kuyishda terida birlamchi jarroxlik tozalovi o'tkazilib turli malxamlar (oksikort, levomikol, levosin) bilan bog'lov qilinadi. Antigistamin dorilar va simptomatik muolijalar o'tkaziladi. Kuyishni uchinchi va to'rtinchi bosqichlarida konservativ davolar bilan birgalikda plastik muolijalar o'tkazilishi zarur.

#### **BURUNNI SOVUQ URISHI (Congelatio nazi)**

Burunni sovuq urishi tashqi sovuq xavoni tahsiri yoki sovuq buyumlarni uzoq muddatda tahsir etishi natijasida kuzatiladi. Kasallikni klinikasi sovuqni tahsir etish muddati, sovuqlik darajasi, bemorni xolati va to'qimalarni sovuq urish chuqurligiga bog'liqdir.

**Kasallikni belgilari** sovuq urishni **birinchi darajasida** burun terisi qizargan yoki ko'kimtir rangda, shishgan. Bemorlarni burnini terisini sezishini pasayishi, qichishish bezovta qiladi. **Ikkinchi darajada** burun terisi ko'kimtir yoki qizargan, teri yuzasida ichi shilimshiq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar xosil bo'ladi. Pufakchalar yorilib ichidan tinq suyuqlik ajraladi, o'rnida yuzaki yaralar xosil bo'ladi 5-6 kun o'tgach yaralar chandiqlar xosil bo'lmasdan bitib ketadi. **Uchinchi darajada** sovuq urishida qoramtir ko'kish rangdagi teri yuzasida ichi gemorgik suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Pufaklar yorilib o'rniga yaralar xosil bo'ladi. Nekrotik o'zgarishlar teri va teri osti qismlariga xam tarqalganligi uchun xam yaralar bitishida chandiqlar xosil bo'ladi. **To'rtinchi darajada** teri va teri osti to'qimalaridan tashqari nekrotik jarayon tog'ay va suyakka xam tarqalgan bo'ladi. Nekrotik to'qimalar uzilib tushadi, ayrim xollarda burun to'qimalari mumiyolangan kabi qotib qoldi. Jarayon bir necha oylarga cho'zilib ketadi.

**Davolash** kasallikni birinchi va ikkinchi darajalarida sovuq urishni birinchi soatlarida burun terisi iliq suv bilan dokali bog'lov qilinadi, keyinchalik turli malxamlar (oksikort, levamikol) bilan bog'lov qilinadi, bemorga og'riq qoldiruvchi, antigistamin dorilar beriladi. Sovuq urishini 3 va 4 darajalarida bemorlarga intoksikatsiyaga qarshi dorilar, antibiotiklar tavsiya qilish bilan birga, nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi, keyinchalik yaralar bitgach, tashqi burunni odatagi shaklga keltirish maqsadida turli kosmetik muolijalari o'tkaziladi.

## BURUN BO'SHLIG'INING O'TKIR KASALLIKLARI

### O'TKIR TUMOV (RINIT) RHINITUS ACUTA

**O'tkir tumov** yuqori nafas yo'llarini keng tarqalgan kasalliklardan biri xisoblanadi va burun faoliyatini buzilishi bilan davom etadi. Qo'zg'atuvchi manbalarga qarab kasallik **o'tkir yuqumli (rhinitis acuta)** va **o'tkir yuqumli bo'lmagan (rhinitis coryza)** turlariga bo'linadi. Kasallikni yuqumli ko'rinishi yuqori nafas yo'llaridagi turli infeksiyon (tumov, rezanda) kasalliklarda uchraydi.

Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ) ma'lumotlariga binoan har bir inson umr davomida o'rtacha 4-6 marotaba yuqori nafas yo'llarini o'tkir kasalliklarini (tumov, rezanda, ORZ) boshidan kechiradi. Bu kasalliklarni 300 dan ortiq mikroorganizmlar keltirib chiqaradi. Yuqori nafas yo'llarini yuqumli kasalliklarida, birlamchi barer bo'lib burun va burun yondosh bo'shliqlarini shilliq qavatlarini xisoblanadi. SHunday kasalliklar qatoriga o'tkir tumov xam kiradi.

Kasallik barcha yoshda kuzatiladi, ayniqsa yosh bolalarda ko'p uchraydi va og'riroq kechadi. Bunga sabab bolalarda yuqori nafas yo'llarida yallig'lanish keltirib chiqaruvchi boshqa ikkilamchi yuqumli yo'ldosh kasalliklar ko'p uchraydi, bundan tashqari yosh organizm xali tashqi muxit tahsiriga to'liq moslashmagan, maxalliy va umumiy ximoya vositalari shakillanmagan bo'ladi. Bolalarda ko'p uchraydigan yo'ldosh kasallik xisoblangan raxit va diatezlarga moyillik yuqori.

Kasallikni patogenezida asosan butun tanani yoki uni ma'lum bir qismini shamollashi yotadi. SHamollash natijasida shilliq qavatlarida qon aylanish jarayoni kamayadi, ximoya kuvvati pasayadi, burun bo'shlig'idagi saprofit mikroblarni miqdori va virulentligi ortadi, bunday xolat kasallikni rivojlanishi uchun yaxshi sharoit xisoblanadi.

Tumovni qo'zg'atuvchisi turli xil mikroblar streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk, Fridlender tayoqchasi va boshqalar xisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan fikrlarni tasdiqlash maqsadida tajribada sunhiy ravishda yuqumli tumov chaqirish uchun burunni shilliq qavatlarini patogen mikroblar bilan maxsus ifloslantirilganda, sog'lom odamlarga qaraganda, shamollagan bemorlarda, tumov bilan kasallanish darajasi ancha yuqori, kechishi og'ir, ko'p asoratli bo'lgan va kasallik uzoq davom etgan.



Rasm 15. O'tkir kataral rinit.

O'tkir tumovni yuqumli bo'lmagan turini keltirib chiqaruvchi sabablarga burun yo'llari shilliq qavatlariga fizik, ximik va mexanik tahsirlantiruvchilar tushishi kiradi, bular turli chang, sanoat chiqindilari (un sanoati, tog' sahnoati chiqindilari, kimyo sanoati chiqindilari) xisoblanadi. Yallig'lanish jarayonini qanday darajada rivojlanishi, burunga tushgan shu chiqindi va changlar xajmi, shakli, tarkibiga bog'liq bo'ladi.

Yo'g'on, o'tkir uchli chiqindilar mexanik yo'l bilan burun shilliq qavatiga tushishi natijasida epiteliyal qismini butunligi buziladi va yallig'lanish uchun sharoit paydo bo'ladi. Kuydiruvchi xususiyatga ega bo'lgan kimyoviy moddalarning oz miqdori xam shilliq qavatlarini yallig'lanishga olib keladi. Xavo oqimi bilan birgalikda ko'p miqdorda tushgan kimyoviy moddalar, shilliq qavatning mayda qon tomirchalarda tromboz xosil qiladi, keyinchalik bu joylarda yallig'lanish va chirish jarayoni rivojlanadi, natijada yallig'lanish jarayonini tez paydo bo'lishiga va uzoq davoi etishiga muxit yaratiladi.

Bahzan klinik kechishida yuqumli va yuqumli bo'lmagan o'tkir tumovlarni bir-biridan ajratishni imkoni bo'lmaydi, bunday xolatlarda kasallik tarixini mukammal o'rganish katta yordam beradi.

Morfologik o'zgarishlarda, kasallikning birinchi kunidayoq mikroskopik ko'rilganda epiteliya bir qancha o'zgarishlar kuzatiladi, uning tukchalari yo'qoladi, ayrim joylarda epiteliyal ko'chib tushadi. SHilliq qavatlarini shishishi kuzatiladi, bu jarayon shilliq qavatni shilliq osti qismiga zich yopishgan joylaridan tashqarida keskin namoyon bo'ladi. Keyinchalik yallig'lanish kuchayishi natijasida shilliq qavatlarini qizarish va shishi kuchayadi. Kasallikning keyingi davrlarida yallig'lanish jarayoni butun shilliq qavatni qamrab oladi, shilliq osti qavatlarida asosan qon tomirlar kengaygan, tomirlar va bezlar atrofida mayda nuqtasimon infilt'ratsiyalar xosil bo'ladi. Bezlarni shilimshiq ajratish faoliyati kuchayib, chiqaruv yo'llari kengayadi. SHuning uchun xam kasallik burunda ko'p miqdorda shilimshiq ajralishi bilan davom etadi.



**O'tkir tumovning asosiy belgilari:** Kasallik birdan ikkala burun bo'shlig'ida yallig'lanishi jarayoni paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bunda shilliq qavatlar xamda burun chig'anoqlarini shishi xisobiga, burun yo'llari torayib nafas olishning qiyinlashadi, burundan tiniq xidsiz suyuq ajraladi. Bu belgilar turlicha ko'rinishlarda bo'lib, kasallikni rivojlanish darajasiga, burun bo'shlig'ini shilliq qavatini xolatiga bog'lik bo'ladi. O'tkir tumov 3 bosqichda kechadi.

**Birinchi bosqichida:** Bu bosqich quruq yallig'lanish bosqichi deyiladi, bemorning umumiy axvoli sezilari o'zgargan, bemorlarda lanjlik, ishtaxani pasayishi kuzatiladi. Ular tez-tez aksa uradi, tomoqda, ayniqsa burun va burun xalqumda qurishish, achishish, qichishish va yot jism sezgisi bezovta qiladi, bahzan ovoz tiniqligini o'zgaradi, bosh og'rig'i va tana xaroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Bu bosqichda xali yallig'lanish jarayoni kuchaymaganligi uchun xam tana xarorati 37 – 37,5 S atrofida bo'ladi. Bu bosqich o'rtacha 1-1,5 kun davom etadi.

**Rinoskopiya:** burun shilliq qavatini, chig'anoqlari quruqshagan, qizarib shishgan, burun yo'llari torayganligi ko'rinadi.

Bir necha soat yoki bir - ikki kundan so'ng bu ko'rinishlar o'zgaradi. SHilliq qavat bo'rtishi pasayadi, ammo yuzalari namlanadi va shilliq ajralma kelishi boshlanadi. SHu bilan birga yuqorida keltirilgan shikoyatlar kuchayib bemor uchun noxush bo'lgan qo'shimcha sezgilar, chuchkirish, nafas olishni qiyinligi, bosh og'rig'i, quloqda shovqin va eshitishni pasayishi kuzatiladi. **Bu kasallikni ikkinchi, yahniy shilimshiq ajralish-bosqichi xisoblanadi.** Kasallikni birinchi kunlari ajralma suyuq va tiniq bo'ladi, keyin ajralmada mutsinni miqdori ortadi, qonning shakili elementlari (ko'chgan epiteliy, ajragan leykotsitlar) qo'shiladi, mikroflora rivojlanadi, natijada ajralma qo'yiqlashib yiringli tus oladi, ajralmalarni bir qismi quriq qasmoqqa aylanadi.

Bemorlarni umumiy axvoli og'irlashadi, tana xarorati 38-38,5 S ga ko'tariladi, ishtaxa va uyqu buziladi, intoksikatsiya xolati kuchayadi. Bunday xolat ayniqsa go'daklarda ko'p kuzatiladi, klinik belgilari keskin namoyon bo'lishi bilan kechadi, ularda og'irlashib xatto meningizm belgilari paydo bo'ladi. Bunday xolat kasallikni 4-5 kunlari paydo bo'ladi.

**Rinoskopiya** burun shilliq qavatlarini qizarib, shishadi, natijada burun yo'llari torayadi va ko'p miqdorda xidsiz, tiniq shilimshiq ajralma bilan to'lgan bo'ladi. Keyingi kunlarida ajralmalar qo'yiqlashib, yiringli ko'rinishda bo'ladi. Ayrim adabiyotlarda bu bosqichni aloxida ajratib yiringli ajralma kelish bosqichi deb xam yuritiladi.

**Kasallikni uchinchi bosqichi bu xal bo'lish bosqichi deb yuritiladi** – Agar kasallik sabablarini bartaraf qilinsa, asorat kuzatilmasa, bemorni ximoya qobilyati yuqori bo'lsa va davolash ishlarini o'z vaqtida boshlansa, kasallikni klinik belgilari pasayib, sekin-asta ajralma miqdori ozayib, bemorni axvoli yaxshilanadi va 7-10 kundan so'ng bemor sog'ayadi.

Agar burun shilliq qavatida atrofik jarayon rivojlangan bo'lsa, o'tkir tumov belgilari yuqorida keltirilgandek yorqin namoyon bo'lmaydi, yahniy: kasallikni o'tkir bosqich davri qisqaradi, shilliq qavatni quruq yallig'lanish bosqichi uzoq saqlanib turadi, ajralmani miqdori ko'p bo'lmaydi va uzoq davom etmaydi,

ozgina paydo bo'lgan ajralma tezda qurib qasmoqqa aylanadi, ammo intoksikatsiya jarayoni kuchli namoyon bo'ladi. Bunga qarama-qarshi gipertrofik rinitlarda esa shilliq qavatlar shishi va ko'p miqdorda shilimshiq ajralishi jarayoni odatdagi tumovlarga qaraganda ko'proq kuzatiladi va kasallik uzoqroq davom etadi.

Agar bemorni ximoya quvvatlari pasaygan bo'lsa, davolash ishlari o'z vaqtida boshlanmasa va o'tkir tumovni keltirib chiqaruvchi omillar bartaraf qilinmagan bo'lsa kasallik uzoq davom etib, surunkali ko'rinishiga o'tadi. Askariyat xollarda o'tkir rinit yon atrof ahzolarga asorat berib kechadi, bulardan uzoq davom etuvchi faringolaringotraxeit, sinusit, dakriotsistit, tubootit va boshqalar.

O'tkir tumovning kechishida bemorni nafaqat jismoniy, xatto aqliy mexnat qobiliyati ham pasayadi. Burun shilliq qavati bo'rtishi sababli burundan nafas olish qiyinlashadi, tovush tiniqligi o'zgaradi. Yallig'lanish jarayonining xid sezish soxasiga tarqalganligi uchun bemorlarda xid sezish qobiliyati pasayadi (giposmiya). Keyinrok peshona va yuz soxasida, qovoq ustida yoki ko'z soqqasida og'riq, paydo bo'ladi, bu belgi yallig'lanish jarayoni burun yon bo'shliqlariga (sinuslar) ham tarqalganligini bildiradi. Burundan shilliq ajralishi natijasida burunni kirish qismi terisi biroz yallig'lanib shishadi, shilinadi, terida yoriqlar paydo bo'lib, qattiq og'riq beradi. Bahzan yallig'lanish ko'z yoshi o'tkazuvchi yo'llarga tarqalganligi sababli kong'yuktivit rivojlanadi, ko'zlar qizarib, yosh oqadi, yoki eshituv nayiga o'tishi munosabati bilan o'tkir o'rta otit rivojlanishi ham kuzatiladi.

**Kasallikni go'daklarda kechishi o'ziga xos ko'rinishda bo'ladi** va muxim axamiyat kasb etadi. Go'daklarda markaziy nerv tizimi morfologik va funktsional xususiyatlariga ko'ra, tashqi muxit ta'siriga moslashuvi kattalarga qaraganda ancha past bo'ladi, umumiy va maxalliy ximoya vositalari xali to'liq shakillanmagan. Ularning burun yo'llari juda tor bo'lib, shilliq qavatning arziyas shishi natijasida burun yo'llari keskin to'silib, xavo o'tkazuvchanligi buzilib, burundan nafas olish butunlay to'xtaydi, nafasni og'iz orqali oladi, natijada go'daklarda emish qobiliyati ham izdan chiqadi, buning oqibatida oshqozon-ichak tizimi faoliyati buziladi, bola ozib ketadi, xolsizlanib o'z og'irligini yo'qotadi, uyqusiz bo'lib, injiqlanadi, tana xarorati ko'tariladi. Asosiy kasallik xisobiga umumiy axvoli og'irlashgan bemorni xolatiga, ikkilamchi oshqozon-ichak tizimini buzilishini qo'shilishi intoksikatsiya belgilarini ikki barobar kuchayshiga olib keladi. Keyinchalik yallig'lanish jarayoni dimog', xiqildok, kekirdak, bronx va o'pkaga tarqalib, ularda ham ikkilamchi yallig'lanish chaqiradi. Yuqoridagi asoratlarni kuchayishi xisobiga intoksikatsiya kuchayib meningizm xolati namoyon bo'ladi. Bemorni ko'ngil aynib qayt qiladi, tana xarorati 39-40 S ga ko'tariladi, bo'yin mushaklarini qotib qolishi va tirishish, bexushlik xolatlariga tushib qolishi kuzatiladi. Og'ir xollarda kasallik o'lim bilan tugallanishi mumkin. Tumovning bunday asoratlari katta yoshdagilarga nisbatan yosh bolalarda ko'prok uchraydi.

**O'tkir tumovning tashxisini** bemorni shikoyatlari, subektiv va obektiv tekshirish natijalariga asoslanadi.

Ayrim xollarda ayniqsa yosh bolalarda o'z vaqtida o'tkazilgan davolarga qaramasdan kutilgan natijga erishilmaydi va kasallik surunkali ko'rinishda davom etadi. Bunday xollarda suzakli, zaxmli yoki burun difteriyasi kabi kasalliklarni inkor



qilish kerak bo'ladi, chunki, bu kasalliklarda xam burundagi jarayon tumov singari klinik belgilar bilan kechadi. Bundan tashqari o'tkir yuqumli kasalliklarda (qizamiq, skarlatina) xam burunda o'tkir tumov kabi o'zgarishlar bo'lishini xam doimo esda tutish zarur. Bunda yaxshi yig'ilgan epidemologik va umumiy tekshirishlar to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Bahzan kasallikni tashxisida virusli gepatit bilan taqqoslashni unutmashlik zarur. Virusli gepatitda kuchayib boruvchi xolsizlanish, tana xaroratini subfebril bo'lishi va burundan shilimshiq ajralishi ko'p kunlarga saqlanib turishi kuzatiladi.

O'zining kelib chiqishi bo'yicha o'tkir tumov, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi kasalliklari orasida ko'p uchraydigan turidir. Yana bir shunday ko'p uchraydigan kasallik bu grippdir.

Grippda bemorni umumiy axvolini buzilishi kuchli darajada bo'lib, bosh og'rish, asosan boshning chakka qismi, bo'g'imlarda og'riq bilan kechadi. Grippda ko'pincha burundan qon ketishi kuzatiladi, kasallik deyarli doimo laringotraxeit bilan asoratlanib, quruq yo'tal bilan kechadi.

Kasallikni taqqoslashda qonni tekshirish natijalari xisobga olinadi. Qonda leykopeniya, monotsitoz kuzatiladi, asoratli kechishida esa neytrofilli leykotsitoz bo'ladi. SHuni yodda tutish kerakki, surunkali tumov va burun yondosh bo'shliklari kasalliklari qaytalanishi xam o'tkir tumov ko'rinishida kechishi mumkin. Bunday sharoitda aniq tashxis qo'yish uchun kasallik tarixini epidemiologik xolatni batafsil o'rganish, qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish (burun yondosh bo'shliqlarini diafonoskopiya va rentgenografiya qilinadi) zarur.

**Davolashda** o'tkir tumov doimo tana xarorati ko'tarilishi, og'ir intoksikatsiya bilan kechishini va turli asoratlar berishini xisobga olib ayniqsa yosh bolalarda yotib davolanish tavsiya qilinadi. Kasallikni birinchi bosqichida simptomatik maxaliy tahsir etuvchi dorilar interferon, lizotsim, burunga IRS -19, bosh og'riganda panadol, solpodein, taynelol, analgin va boshqalar. Burunga 2% protorgol yoki kollargol tomiziladi.

Bemor yotgan uyni xavosi tez-tez yangilanib, xonani namli latta bilan artilib turiladi. Ko'proq suyuqlik ichish (smorodinali, malinali, gilos murabosi aralashgan) intosikatsiyani oldini oladi.

Tumovning boshlanish bosqichida ikkilamchi infeksiyani oldini olish maqsadida burunga 20% sulg'fatsil natriy yoki 20% etoniy malxami surtish zarur, bundan tashqari terlatuvchi va chalg'ituvchi tadbirlar qo'llaniladi: boldirga gorchichnik qo'yish, oyoqqa issiq garchichnikli xamom qilish yaxshi naf beradi.

Oyoklar tagiga eritema keltirib chiqarish darajasida ulhtrabinafsha nuri bilan tahsirlantirish zarur.

Tumovni rivojlanishida tana xaroratini pasaytiruvchi dorilarni qanchalik tez (erta) qo'llansa shuncha yaxshi natijalarga erishiladi.

Kasallikni maxalliy belgisi: burundan nafas olishni yengillashtirish uchun vaqtinchalik tahsir etuvchi tomir toraytiruvchi dorilarni – dekonjentsatlar (0,5% naftizin, 0,05% galazolin, 0,1% sanorin, otrivin yoki 3% efedrin, ksemelin) tomchi yoki malxam xolida qo'llash foydalidir. Qon tomir toraytiruvchi dorlar go'daklarni shilliq qavatlarini tsillar qismiga salbiy tahsirini xisobga olgan xolda, ularga bu



dorilar 1:2 ( 0,1% adrenalin eritmasi 1: 5000) nisbatda shaftoli moyiga yoki ko'krak sutiga suyultirilib burunga tomiziladi. Bu tomchilarni go'dak bolalarga tomizishdan va xar bir emizishdan avval burundagi shilimshiq ajralmalar maxsus balonlar yordamida so'rib olinadi, so'ngra dorilar tomiziladi. Qon tomir toraytiruvchi dorilarni tomizish oralig'ida kuniga 4-5 maxal 2% kollargol yoki protorgol eritmalari tomizilib turiladi. Katta yoshdagi bemorlarga bu tomchilarni yaxshisi dokali pliklarga shimdirilib burun yo'llariga qo'yilsa yoki boshni dori tomiziladigan tomonga engashtrilib tomizilsa shilliq qavatlarida ko'proq so'riladi va tahsiri ancha davomli bo'ladi. Kasallikni ikkinchi bosqichida boshqa dorilar bilan birgalikda ko'proq 3-5% kollargol yoki protorgol qo'llansa yaxshi naf beradi, chunki bu dorilar o'rab oluvchi va bujmaytiruvchi tahsirga ega. Yallig'lanish jarayoni kuchayib,ajralmani miqdori ortib ketsa burunga bir qancha sulg'fanilamid va antibiotiklar aralashmasidan iborat dorilarini kukunini sepish maqsadga muvofiq bo'ladi. Bunday aralashmalardan biri B. S. Preobrajenskiy tomonidan taklif qilingan dorilarni murakkab kukunidir.

R' Stre'tocidi albi

Norsulfasoli

Sulfadimezini aa 1, 0

'enicilini 100000 YeD

E'hedrini hydrochloridi 0, 05

M. D. S. Burunga sepish uchun.

Burundagi yallig'lanish jarayonini pasaytirish va nafas olishni tiklash maqsadida I.P. Simanovskiy tomonidan tavsiya kilingan malxam qo'llaniladi

R':Mentholi 0,1

Cocoini hydrochloridi 0,

Zinci oxydi 0,6

Vaselini 10,0

M. f, unquentum

DS Dokali plika surtib kuniga burunga 2-3 maxal 15-20 min. qo'yiladi

Umumiy intoksikatsiyani oldini olish maqsadida bemorga ko'proq suyuqlik ichish tavsiya qilinadi. Keyinchalik kasallikni qaytalanishini oldini olish maqsadida tanani sovuqqa chiniqtirish uchun turli suvli muolijalar (ertalabda sovuq suvli vanna qabul qilish yoki tanani sovuq xo'l sochiq bilan artish) tavsiya qilinadi. Ish joyidagi turli zararli chiqindilar tahsiridan saqlash maqsadida bemorni imkon darajasida yengil ish joyiga o'tkazish kerak.

## SURUNKALI RINITLAR

Surunkali rinitlarni hozirgi kungacha yagona klasifikatsiyasi qabul qilingan emas.V.T.Palg'chun va N.A.Preobrajenskiy (1980) taklifi bo'yicha kasallikni asosan uch turi tofovut qilinadi: Surunkali kataral, gipertrofik va atrofik. I.B.Soldatov (1997) sassiq tumovni (ozena) xam shu guruxga kiritgan. A.X.Ming'kovskiy (1949) surunkali kataral rinit gipertrofik rinitni birinchi bosqichi deb xisoblaydi. B.S.Preobrajenskiy (1955) kataral,gipertrofik,atrofik rinit,sassik

tumov(ozena) va vazomotor rinitlari xammasini birlashtirib, surunkali rinitlar guruxiga kiritgan.

Xozirgi kunda surunkali rinitlarni qo'llanishi uchun qulay bo'lgan,oddiy va tushunarli siniflanishni L.B.Daynyak (1987) tomonidan taklif qilingan.

1.Kataral rinit

2.Gipertrofik rinit

a)chegaralangan

b)diffuz

3.Vazomotor rinit

a)allergik ko'rinishi

b) neyrovegetativ ko'rinishi

4.Atrofik rinit

a) oddiy ko'rinishi

b) sassiq tumov yoki ozena

#### **Surunkali rinitga olib keluvchi sabablar quydagilar:**

- uzoq davom etadigan va qaytalanadigan o'tkir rinit (bunday xolatga olib keluvchi asosiy omillardan biri inson tanasini turli joylariga uzoq muddat sovuqni tahsir etishi).

-burunda yallig'lanish chaqiradigan kimyoviy,termik va mexanik omillarni uzoq muddatda tahsir etishi

-burun bo'shlig'i shilliq qavatini mikrofloralarga bo'lgan maxalliy ximoya vositasini pasayishi

- burun, burun-halqum va burun yondosh bo'shliqlarini surunkali kasalliklari

- turli yo'ldosh (yurak yetishmovchiligi, miokardit, nefrit, bronxit,jigar tsirrozi, endokrin kasalliklar) kasalliklar.

Yuqorida keltirilgan omillarni aloxida yoki birgalikda tahsiri natijasida burun bo'shlig'ida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

1) burun bo'shlig'i shilliq qavatlari va chig'anoqlarida uzoq vaqtga davom etadigan va tez qaytalanadigan maxalliy qon aylanishini buzilishi.

2) burun bo'shlig'idagi mikrofloraga nisbatan maxalliy immunologik quvvatni pasayishi.

3) yallig'lanish natijasida ajralgan shilimshiq modda, burun bo'shlig'idagi mikroflorani virulentligini yuqori bo'lishiga muxim omil xisoblanadi. Bunday o'zgarishlar kelgusida surunkali rinitni rivojlanishini uchun asosiy sababi bo'lib qoladi.

#### **SURUNKALI KATARAL RINIT (Rhinitis catarrhalis cronica )**

Surunkali kataral rinit surunkali rinitlarni 15% tashkil etadi. Kasallikni bu darajada ko'p uchrashini asosiy sabablari:

- bu shilliq qavatlarga tashqi muxitni turli salbiy omillarini birinchilardan bo'lib tahsir etishi

-burun shilliq qavatlarni tez yallig'lanishga moyilligi.

-burun va uni atrofidagi ahzolda surunkali kataral rinitga olib keluvchi turli yo'ldosh kasalliklar.

Yallig'lanish jarayoni asosan shilliq qavat va qisman shilliq ostini qamrab oladi. Kasallikni boshlanishida shilliq qavat yuzasidagi xilpillovchi epiteliylar qatorlari ozayadi, tuklari yo'qoladi, ayrim joylarda tsilindirik epiteliylar kubsimon epiteliyga aylanadi. SHilliq qavat yuzasi shilliq va bokalsimon bezlar faoliyati kuchayishi xisobiga ishlab chiqargan shilimshiq bilan qoplanadi. Epiteliy osti qatlami shishgan, qon tomirlari kengaygan, devorlari yupqalashgan va qon bilan to'lgan, atrofta xujayralar (limfotsitlar, neytrofillar) infilg'ratsiyasi kuzatiladi.

Surunkali rinitni uzoq davom etishi natijasida shilliq osti qatlamida asta-sekin skleroz jarayoni rivojlanadi.

Kasallikni o'zini klinik kechishiga qarab B.S.Preobrajenskiy (1941) uch turga bo'ladi

1. Gipersektor (rhinitis chronica simhlex hy'ersecretoria) turi kasallikni bu ko'rinishida yallig'lanish jarayoni kasallikni boshqa belgilariga qaraganda ko'proq shilimshiq ajralishi bilan kechadi.

2. Vazodilatator (rhinitis chronica sim'lex vasodilatatorica) turi, qon tomirlarini tez-tez va uzoq muddatga kengayib turishi natijasida, boshqa belgilariga nisbatan burun shilliq qavatlari va chig'anoqlari doimo shishganlik xolati yaqqol keskin namoyon bo'ladi.

3. Aralash (rhinitis chronica sim'lex hy'ersecretoria dilatatorica) bu turida kasallik yuqoridagi ikkala belgisi bir xilda namoyon bo'ladi.

**Bemorni shikoyatlari:** Burundan vaqti-vaqti bilan nafas olishni qiyinligi va ko'p miqdorda xidsiz shilimshik yoki shilimshiq-yiring ajralma kelishiga bo'ladi. Kasallikni klinik kechishida u yoki bu belgilarini ko'proq namoyon bo'lishi bilan davom etadi. Ayrim bemorlar asosan burundan shilimshiq ajralishiga shikoyat qilsa, boshqalari esa burundan nafas olishni qiyinligi bezovta qiladi. Nafas olishni qiyinligi, almashinib turadi, burunni bir tomonidan xavo o'tishi qiyin bo'lsa, ikkinchi tomonidan qoniqarli darajada nafas olinadi, bunday xolat ayniqsa bemor yotgan xolda keskin namoyon bo'ladi, yahniy qaysi tomonni bosib yotilsa o'sha tomondan nafas olishni qiyinlashadi. Buning asosiy sabablaridan biri burunni kavernoza to'qimasini venoz tomirlarida to'laqonlikli xolatini vujudga kelishidir. Ajralmani ko'p to'planishi xisobiga xam nafas olish ancha qiyinlashadi, burun ajralmalardan tozalangandan so'ng nafas qayta tiklanadi.

Burundan nafas olishni qiyinligi ko'prok sovuq xavo tahsirida kuchayadi.

Burun shilliq qavatlarini shishi va burun yo'llariga ko'p miqdorda shilimshiq to'planishi xisobiga xid bilish xam ancha pasayib (giposmiya) qoladi. Xid bilishni pasayishi vaqtincha bo'lib, yallig'lanish jarayoni pasayib ajralma kamayishi bilan qayta tiklanishi mumkin. Nafas olishni qiyinlashishi bosh miyada gipoksiya chaqiradi va bemor asabiga salbiy tahsir etadi, ularda uyqu va ishtaxa buziladi, bosh og'rishi paydo bo'ladi, ish qobiliyati pasayadi. SHilliq qavatlarni shishi xisobiga, burun yondosh bo'shliqlardagi ajralmalarni chiqishi qiyinlashadi, natijada



burun yondosh bo'shliqlarida ko'p miqdorda shilimshiq to'planadi, natijada bo'shliqlar soxasida og'irlik va og'riq paydo bo'ladi.

**Rinoskopiya** – Burundan tinimsiz ajralayotgan shilimshiqni burun terisiga tahsiri va burunni tozalash maqsadida doimo artish natijasida burunni kirish qismini terisi qiziradi, shilinib yorilgan bo'ladi. Burun shilliq qavatlari va burun chig'anoqlari qizarib shishgan, pastki burun chig'anog'ini oldingi qismlari esa yo'g'onlashgan bo'ladi. Qon tomirlarini to'laqonligi natijasida ayrim xollarda burun chig'anoqlarini rangi ko'kimtir tus oladi, bunday xolatni rhino'athia vasomotorica deb yuritiladi. Burun yo'llarida ko'p miqdorda xidsiz va rangsiz shillimshiq ajralma ko'rinadi.

Tashxisda zond bilan chig'anoqlar bosib ko'rilganda, ular yumshoq va yengil eziladi, bundan tashqari qon tomir toraytiruvchi dorilar tomizilganda chig'anoqlar xajim jixatidan kichrayadi va burun yo'llari keng bo'lib qoladi.

**Davolash**-davolashni kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi, bu esa kasallikni davolashni asosiy ko'rsatgichlaridan biridir. Burunga yallig'lanishga qarshi antibakterial ( 2% streptotsid, 2% salitsil) malxamlardan kuniga 2 maxal 2 -2,5 soatga dokali plikka shimdirilab qo'yiladi. Yallig'lanish jarayoni pasaygandan so'ng, 3-5% li protorgol yoki kollorgol eritmalaridan 3 tomchidan 2 maxal tomiziladi. Yaxshisi bu dorilarni paxtaga shimdirilib massaj qilgan xolda chig'anoqlarga surtish zarur. Bu usulni afzalgi shundaki, birinchidan shilliq qavatlar massaj qilinadi, ikkinchidan dori moddalari shilliq qavatni barcha qismilariga to'liq va uzoq muddatga yetib boradi. Bundan tashqari burunga kolaxoe sharbati shimdirilgan dokali plik kuniga 2-3 maxaldan qo'yiladi. SHilliq qavatlarini shishini pasaytirish uchun kuniga bir maxal 3-5% li lyapis (kumush nitrat) eritmasi surtiladi. Burun ichiga ulg'tra binafsha nur tahsir etiladi yoki 0,5-0,25% tsink sulg'fat bilan elektroforez qilinadi va bir vaqtning o'zida UVCH qilinadi. Burundan normal nafas olishni tiklanishi, kasallikni to'liq bartaraf qilishga olib keladi.

#### **SURUNKALI GIPERTROFIK RINIT (Rhinitis chronic hy'er'lastica fibroza)**

Gipertrofik rinitda, patologoanatomik nuqtai nazardan to'qima xujayralarini gipertrofiyasi emas, balki ularni soni ko'payishi, yahniy giperplaziyasi kuzatiladi. SHuning uchun xam gipertrofik rinit atamasi ayrim otorinolaringologlarni fikricha kasallikni xolatini to'liq aks ettirmaydi, bu yerda kasallikni giperplastik rinit atamasini yuritishni taklif qilishadi. Xozirgi kunda otorinolaringologiya bo'yicha deyarli barcha adabiyotlarda gipertrofik rinit atamasi yuritilayotganligi uchun biz xam kelgusi bayonimizda shu terminni ishlatamiz. Kasallikni bu turida gipertrofik jarayon nafaqat shilliq qavatda xatto suyak to'qimasida xam kuzatiladi.

**Kasallikni kelib chiqishi-rinitlarni** (o'tkir, surunkali kataral, allergik ) tez-tez qaytalanishi va uzoq vaqt davom etishi, burun bo'shlig'i (burun medial devorini qiyshiqqligi, burundagi turli o'smalar) burun yondosh bo'shliqlarini kasalliklari (sinuitlar), burun-halqumda (adenoid) va halqumdagi turli surunkali yallig'lanishlar (faringit, surunkali tonzillit, tishlar kariesi), tashqi muxitni (fizik, kimyoviy, mexanik) salbiy tahsirlari asosiy sabablari xisoblanadi. Bundan tashqari, uzoq muddat burunga qon tomir toraytiruvchi dorilarni qo'llash xam burun chig'anoqlarini yo'g'onlashuviga (giperplaziyasi) olib keladi. Ayrim xollarda burun chig'anog'idagi giperplaziya jarayoni birlamchi bo'lib, kasallikni boshlanishidan asta-sekin proleferativ o'zgarishlar rivojlanishi bilan davom etadi.

Bahzi olimlarni fikricha kasallikni rivojlanishida atrof muxitni iqlimini tahsiri katta, bu nazariyani isboti uchun shimoliy mintaqalarda giperplastik rinitlar ko'p uchrashi, aksincha janubda atrofik turlari avj olganligini xaqida dalillar keltirishgan. Kasallikni rivojlanishida bemorni yoshi va jinsi xam muxim o'rinni egallaydi, qariyalarga qaraganda yoshlarda va ayollarga qaraganda erkaklarda ko'p uchraydi.

Bundan tashqari umumiy sabablardan yurak, qon – tomir va oshqozon-ichak tizimi kasalliklari, yosh bolalarda esa konstitutsional tuzilish va gormonal o'zgarishlar xam giperetrofik rinitni keltirib chikaruvchi omillaridan xisoblanadi. Yuqorida keltirilgan sabablar, burun bo'shlig'i shilliq qavatlarida, chig'anoqlarda qon va limfa aylanishi buzilishiga olib keladi, bu xolat esa burun to'qimalarida giperplaziya jarayoni rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Kasallikda shilliq qavatlardagi giperplaziya xolati makroskopik aniq ko'zga tashlanadi, yahnii chig'anoqlar kattalashgan, yuzalari dag'allashgan va notekis xolda bo'ladi.

Gistologik tekshirishda epiteliy qatlamida proliferativ jarayon avj oladi, qoplovchi epiteliyni tarangligi ozayib, tsilindsimon epiteliy paydo bo'ladi va ustki qavatida yumaloq xujayrali infilg'ratsiyasi kuzatiladi. TSilindrik va bokalsimon epiteliylilar xajim va miqdor jixatidan ortadi, natijada 4-6 qatorli epiteliy qatlami 10 qator va undan ortiqqa ko'payadi. Bazal qavatda qo'shuvchi to'qimada fibroblastlar ko'payib qalin chandiqlar xosil qiladi, xatto gialin to'qimaga aylanishi kuzatiladi. Qon va limfa tomirlar kengaygan, ular qon va limfa bilan to'lgan, ayrim joylarda yangi tomirlar paydo bo'lishi kuzatiladi. SHilliq va bokalsimon bezlar soni ko'payib xajmi kattalashadi, joylarda ularni faoliyati ortadi. Sezilarli o'zgarishlar suyak qobigi (periost) va suyakka yetib boradi, asosan bu xolat burun chig'anoqlarida yaqqol seziladi, suyak qobig'i qalinlashadi, yangi suyak to'qimalari paydo bo'ladi, qisman suyak xam qalinlashadi. Burun chig'anoqlarini giperplaziyasi bahzan juda katta xajimga ega bo'ladi va burun yo'llarini to'liq berkitib qo'yadi.

**CHig'anoqlar giperplaziyasi** xolatiga qarab diffuz va chegaralangan (pastki yoki o'rta burun chig'anoqlarini oldingi yoki orqa qismlarida chegarlangan giperetrofiya kuzatiladi) turlariga bo'linadi. CHig'anoqlar yuzasida xosil bo'lgan giperplaziya jarayonini ko'rinishiga qarab uch turga bo'linadi:

- 1-yassi
- 2-dag'al



**3-papillary**, bu turlari alohida yoki birgalikda uchrashi xam mumkin. Ayrim vaqtda u yoki bu turdagi giperplaziyada chig'anoqlarda xujayralararo suyuqlik xisobiga shishi bilan asoratlanadi. Bunday mikroskopik ko'rinishlar burunning boshqa qismlarida, ayniqsa burun to'sig'i yuzasida va dimog' suyagini orqa qismida uchraydi.

**Kasallikni belgilari:** gipertrofik rinitni asosiy belgisi burun orqali **nafas olishning qiyinligi** yoki butunlay nafas olishni bo'lmasligidir. Burun chig'anoqlarini kattalashishi to'liq yoki chegaralangan ko'rinishda bo'ladi. Agar burun chig'anog'ini kattalashishi chegaralangan, yahniy oldingi qismida kuzatilsa, nafas olish qiyin bo'ladi, nafas chiqarish esa oson, aksincha burun chig'anog'ini orqangi qismi kattalashgan bo'lsa, nafas olish qisman oson, lekin chiqarish qiyin bo'ladi.

Ko'p miqdordagi **shilimshik ajralma** bemorni bezovta qiladi, ajralma burun bo'shlig'ini, burun yo'llarini to'ldiradi, bir qismi burun halqum tomonga xam oqib tushadi. Bu xolat bemorlarni burunni ajralmadan tozalashga majbur qiladi va ular doimo burun qoqib yoki yo'talib tuflab yurishga majbur qiladi.

Uzoq muddatga nafas olishni buzilishi, burun bo'shlig'idagi limfa va qon aylanishini buzilishini keltirib chiqaradi. Bunday xolat bosh miyada xam qon va limfa aylanishini buzilishiga olib keladi, natijada bemorlarda doimo **bosh og'rishini** kuzatiladi. Yuqorida keltirilgan xolatlar bemorlarda uyquning va asab tizimini buzilishiga, mexnat qobiliyatini pasayishiga, xolsizlanishga olib keladi. Yallig'lanish natijasida xid sezish maydoni shilliq qavatlarida shish paydo bo'lishi va doimo shilimshiq ajralma bilan to'lib turishi natijasida **xid sezish qobiliyatini pasayishiga (giposmiya)**, xattoki butunlay yo'qolishiga (**anosmiya**) olib keladi.

Burun shilliq qavatlarini shishi va chig'anoqlarni kattalashuvi xisobiga burun yondosh bo'shliqlarini chiqaruv teshiklari berkilib, bu joylarda shilimshiq ajralmalarni to'planishiga sabab bo'ladi, natijada gipertrofik rinitda ko'p uchraydigan belgilaridan biri xisoblangan burun yondosh bo'shliqlari soxasida **og'irlik yoki og'riq** xissiyotini paydo bo'ladi.

Kattalashgan burun chig'anoqlari burun yo'llarini to'sib turganligi uchun xam bemorlarda **ovoz o'zgarib** (rhinolalia clausa) ping'illab gapiradi. Burun chig'anoqlarini orqa qismini kattalashuvi eshituv nayi to'sib, tubootit rivojlanishiga va eshitishni pasayishiga sabab bo'ladi. Burun orqali nafas olishning to'la yo'qolishi va og'iz orqali nafas olish xisobiga, pastki nafas yo'llarida turli ikkilamchi (faringit, bronxit, zotiljam) yallig'lanishlar paydo bo'ladi.





**Rasm 16. Pastki burun chig'anog'i gipertrofiyasi (endoskopik rasm)**

Rinoskopiyada ko'p miqdorda ajralma chiqishi xisobiga, burunni doimo artib turishi sababli, buruni kirish qismini terisi shiliniib, yallig'lanib yorilgan bo'ladi. Surunkali gipertrofik rinitlarda shilliq qavatlar, burun chig'anoqlari qizargan va shishganligini ko'rish mumkin.



**Rasm 17. Pastki burun chig'anog'ining orqa qismi gipertrofiyasi**

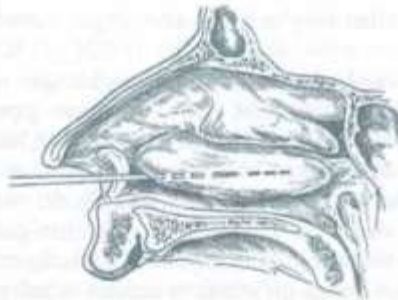
Gipertrofik o'zgarishlar asosan pastki burun chig'anog'ida va qisman o'rta burun chig'anoqlarida kuzatiladi. CHig'anoqlarni gipertrofiyasi to'liq, butun chig'anoq bo'ylab yoki qisman chegaralangan joylarida uchraydi. CHig'anoqlarni yuzalari notekis, dag'allashgan, rangi to'q qizildan, ko'kimtirgacha bo'ladi. Burun chig'anoqlarini rangi ularni qon tomirlarini qon bilan to'lganlik darajasiga bog'liqdir. Burun yo'llari toraygan, burun tubida va yo'llarida suyuq yoki qo'yiqlashgan oq rangli xidsiz ajralma bo'ladi. Uchi to'mtoq zond bilan bosib ko'rilganda, burun chig'anoqlarini qattiq, suyaksimon tuzilishga o'xshashlikni eslatadi. Tomir toraytiruvchi dorilar (adrenalin, efedrin, naftizin, sanorin) surtilganda boshqa

(vazomotor, kataral) rinitlardan farqi, gipertrofik rinitlarda chig'anoqlar deyarli qisqarmaydi.

CHig'anoqlarni giperplaziyasini so'rg'ichsimon turida, chig'anoqlar yuzasida so'rg'ich (xo'rozni tojisi) kabi o'simtalar ko'rinishda, polipli turida esa chig'anoqlarni polip kabi keng asosli kattalashganligi ko'rinadi. Burun poliplarini burun chig'anoqlarini polipsimon giperplaziyasidan farqi, poliplar ingichka, tor oyoqchalar bilan asoslarga yopishgan va xarakatlari keng doirada bo'ladi.

**Gipertrofik rinitlarni davolashda** kasallikni davolash burun shilliq qavatlarini va chig'anoqlarini gipertrofiyasi xamda nafas olishni buzilishi darajasiga bog'liq bo'ladi.. Agar gipertrofiya darajasi katta bo'lmasa va nafas olish qisman qiyinlashgan bo'lganda, chig'anoqlarda yengil muolijalar (termik yoki kimyoviy kuydirish) o'tkazish bilan chegaralanadi. SHilliq qavatlarini gipertrofiyasi kavernoza ko'rinishida bo'lsa, burun chig'anoqlariga skleroz chaqiruvchi dorilar yuboriladi. Buning uchun pastki burun chig'anog'ini oldingi qismiga xar 4 kunda bir marotaba 1.0 ml gidrokortizon va shuning bilan birga 0.5ml.dan boshlab,1.0ml.gacha yetkazilib, ko'tarilib boruvchi miqdorda, kunora splenin qilinadi. Bir vaqtni o'zida burun chig'anoqlari splenin malxami bilan massaj qilinadi. Konservativ davolash naf bermaganda burun chig'anoqlari kimyoviy yoki termik kuydiriladi. Kimyoviy kuydirish uchun burun chig'anoqlari 2% dikain eritmasi bilan maxalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng 30% lyapis yoki uch xorli sirka kislotasidan foydalaniladi. Buning uchun zondga o'ralgan paxta kuydiruvchi eritmalarni biriga shimdirilib, pastki burun chig'onog'ini oxiridan boshlab oldingi qismigacha uchta bir-biriga paralel chiziq tortiladi.

Yaxshi natija beruvchi davolardan biri ulg'tra tovush bilan (LORA-Don apparati) burun chig'anoqlarini shilliq osti qismidan dezintegratsiya qilishdir. Burun shilliq qavatlarini 2% dikain yoki 10% lidokain surtilib maxalliy og'riqsizlantriladi, so'ng dezintegrator ishlatilgan xolda pastki burun chig'anog'ini oldingi qismidan kiritilib, oxirigacha yetkaziladi va ishlagan xolda qayta chiqariladi. Bu usulda chig'anoqlarni shilliq qavatlarini o'zgarmagan xolda, shilliq osti qismidagi g'ovak to'qimalari parchalanadi, keyinchalik bu joylarda chandiqlar xosil bo'lish xisobiga chig'anoqlar xajim jixatidan kichrayadi.



**Rasm 18. Pastki burun chig'anog'ini ulg'rtrovushli dezintegratsiya qilish.**

Elektrokaustika (galg'vanokaustika) va kriotahtsir usuli bilan davolash chig'anoqlarni chegaralangan kattalashuvda qo'llaniladi. Jarroxlikdan avval 3-5% kokain va 0.1% adrenalin eritmasi aralashmasi bilan maxalliy og'riqsizlantiriladi. Keyin elektrkauter sovuq xolda burun ichiga kiritilib, burun-xalqumni orqa devoriga tekiziladi, so'ngra 1,0 sm. orqaga qaytariladi. Kauter elektr tizimiga ulanib uchi qizdiriladi va yo'g'onlashgan burun chig'anog'ini orqa qismidan oldinga qarab bir xildagi uch yo'nalishda kuydiriladi. Muolija vaqtida xaqiqiy go'sht kuygandek xid va ovoz chiqadi, burundan tutun ajraladi. Burunni kirish qismini kuydirmaslik uchun galhvano kauter doimo nazoratda turishi kerak. Jarroxlikdan so'ngi birinchi kuni shilliq qavat, burun chig'anog'i shishib, qizaradi yahniy o'tkir yallig'lanish jarayoni kuzatiladi, burundan ko'p miqdorda shilimshik ajraladi va nafas olish yanada qiyinlashadi. Muolijani uchinchi kunlardan boshlab burundagi shishlar va ajralmalar asta-sekin pasayib, kuydirilgan joylar o'rmi chandiqlashadi, burun yo'llari kengayadi va burun orqali nafas olish yengillashadi. Kuyishdan xosil bo'lgan qasmoqlarni ajralishini yengillashtirish uchun burunga xar kuni sintomitsin emulsiyasi yoki oddiy moylar shimdirilgan dokali pliklar qo'yilib turiladi.

SHilliq osti elektrokaustikasida, ingichka Gelli kauteri shilliq qavatlar maxalliy og'riqsizlantrilgandan so'ng, pastki chig'anoqni oldingi qismidan kirgiziladi va chig'anoq shillik ostidan kuydiriladi.

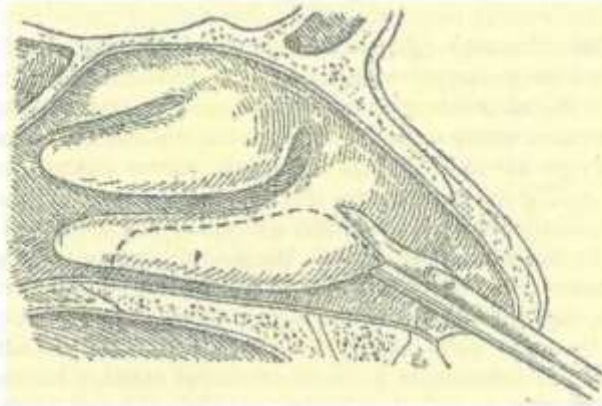
CHig'anoqlarni fibroz ko'rinishidagi giperplaziyasida konxotomiya jarroxligi amalga oshiriladi, bunda burchaksimon qayrilgan Bekman qaychisi yordamida chig'anoq kesiladi. Agar chig'anoqlarni faqat orqangi qismlari kattalashsa, ularni maxsus burun qaychisi yordamida kesilib burun ilgakchalari yordamida tortib olinadi. CHig'anoqlarni nafaqat shilliq qavatlari balki, suyak qismi xam kattalashganda ularni qirqish uchun richagli qaychilar ishlatiladi. Burun chig'anoqlari giperplaziyasida qo'llaniladigan jarroxlik turlari ko'p bo'lib, bu usullarini qo'llashda gipertrofiyani shakli va kattaligi darajasiga qarabgina emas, balki burun chig'anoqlarini medial devoriga xamda burun bo'shlig'iga nisbatan o'zaro joylashuvini xam xisobga olib tanlanadi.

Pastki chig'anoqlarni oldingi qismlari kattalashganda, ponasimon shaklda kesiladi, tarqalgan gipertrofiyada esa (yumshok to'qimalar xamda suyak qismi



kattalashuvi) qaychi bilan chig'anoqni kattalashgan yumshoq va suyak qismi birga qirg'iladi.

Keyingi vaqtlarda kam jaroxatli xisoblangan usul, chig'anoqlarni shilliq osti konxotomiyasidir. Bu jarroxlik usuli tarqalgan gipertrofiyalarda qo'llaniladi. Og'riqsizlantirish uchun 3% kokain eritmasiga 0,25-0,5ml. 0,5% novokain eritmasi qo'shiladi va o'prits bilan burun chig'anoqlarini birikkan qismini, oldingi va o'rta joylariga,xamda medial devorlariga yuboriladi. Pastki burun chig'anog'ini oldingi qirg'og'idan, (kesish shakli xar xil bo'lib ) suyak qismigacha kesiladi. SHilliq qavat va suyak qobig'i suyakdan ajratilib, suyakni kattalashgan qirg'og'i qirg'iladi, keyin shilliq qavat tekkislanib joyiga qo'yiladi va ustidan dokali pilik bilan bostiriladi.



**Rasm 19. Pastki burun chig'anog'ini kesish (Konxotomiya)**

SHilliq osti konxotomiyasida ko'p qon ketishi kuzatilmaydi.

Burun chig'anoqlarini kriotahsirlash. Jarroxlikning bu turi yuqorida keltirilgan usullardan keskin farq qiladi. SHilliq ostini kriotahsirlashga (pastki va o'rta burun chig'anog'i) bemorni tayyorlash, galg'vonokaustikaga tayyorlashdan farq qilmaydi, faqat bunda krioplikator qo'llaniladi.

Kriotahsirlashdan ( minus 196 gradus sovuq bilan tahsir etish, buning uchun suyuq azot eritmasi ishlatiladi) so'ng burun galg'vonokaustika kabi birinchi kunlari chig'anoqlarni shishi va shilimshiq ajralishini kuchayishi bilan davom etadi va keyingi kunlari (3-4 kunlari) shilliq qavatlar va chig'anoqlar xajim jixatidan kichrayadi, ajralma kamayadi, burundan nafas olish, xid sezish yaxshilanadi. Xozirgi kunda endoskopik muolijalar rivolanganligi tufayli burundagi turli muolijalar ko'z bilan ko'rib amalga oshirilmoqda.Bunday muolijalardan o'ta yengil va kam jaroxat qiluvchi mikrofrezalar ishlatilmoqda,ular yordamida yo'g'onlashgan chog'anoqni kerakli qismi olib (mikrodebrider) tashlanadi.

## ATROFIK RINIT (Rhinitis chronica atro'hica)

Atrofik tumov burun bo'shlig'ini to'liq surunkali yallig'lanishi kasalliklari qatoriga kiradi. Atrofik jarayon burun bo'shlig'ini to'liq qamrab olishi mumkin yoki chegaralangan, ko'pincha burunni kirish qismida uchrash mumkin. Kasallik asosida yallig'lanish jaryoni emas balkim distrofik o'zgarishlar o'rin egallaydi.

Atrofik rinitlarni kelib chiqishini tushuntirishda turli fikrlar mavjud. Keltirilgan fikrlarni takidlashicha, burunga uzoq muddat issik, quruq va chang xavoni tahsir etishi natijasida, shilliq qavatlarini yuzalarini qurishiga, xilpillovchi epiteliyini faoliyatini falajiga, shilliq osti bezlarini shilimshiq ishlab chiqarish faoliyati pasayishiga, keyinchalik atrofik jarayon rivojlanishiga sabab bo'ladi. Atrofik o'zgarishlarini rivojlanishiga changlarni bir qancha turlarini bir vaqtda tahsiri etish xam muxim o'rinni egallaydi. Turli fizik va kimyoviy tahsirlar (silikat, tsement changlari va og'ir metallar chiqindilarini tahsiri), bemor tanasida mikroelementlarini (temir, mis, marganets) almashinuvini buzilishi atrofik jarayoni rivojlanishida katta o'rin egallaydi. Ayrim mutaxassislar atrofik rinitni rivojlanishida, burun bo'shlig'idagi mikrofloralarni shilliq qavatga salbiy tahsiri muxim o'rin egallashini ko'rsatib o'tishadi.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillaridan biri uzoq mudatda, tarkibida yod va vitaminlar yetarli bo'lmagan ovqatlar istemol qilish, bundan tashqari burundagi turli jaroxatlar xam atrofik jarayonni keltirib chikarishda o'ziga xos o'rini egallaydi. Endokrin tizimidagi o'zgarishlar, burun va burun yondosh bo'shliqlaridagi surunkali yallig'lanishlar atrofik jarayon rivojlanishida muxim o'rinni egallaydi.

Kasallikda atrofik jarayon burun bo'shlig'ini faqat shilliq qavatini va shilliq osti qavatini qamrab oladi, ammo suyak qismiga tarqalmaydi.

Atrofik rinitda burun shilliq qavati yupqalashadi, yuzasidagi shilimshiq ajralma kamayadi, chig'anoqlar xajm jixatidan kichrayadi. Mikroskopik tekshirishda tsilindrik xilpillovchi epiteliyini qatori ozaygan, tuklari joylarda ko'chgan bo'ladi, ayrim joylarda ular o'rniga ko'p qavatli yassi epiteliy paydo bo'ladi. SHilliq osti qatlamida limfa va qon tomirlar torayadi, g'ovaksimon to'qima va bezlar miqdori ozayadi va faoliyatlari pasayadi. Qisman qolgan shilliq osti bezlari oz miqdorda yopishqoq, qo'yiqlik shilimshiq ishlab chiqaradi.

**Kasallikni belgilari:** Bemorlarni asosiy shikoyatlaridan biri burunni **quruqshab qolishga**, xosil bo'lgan quruq qasmoq xisobiga burunda **yot jism** borligi xissiyofiga bo'ladi. SHuning uchun bemorlar kasallika xos xarakatlaridan biri, doimo burunni barmoq bilan kovlab qasmoqdan tozalashga bo'ladi. Burun yo'llarida ko'p miqdorda quruq qasmoq va qo'yiqlik yopishqoq ajralma to'planishi natijasida bemorlarni **burundan vaqti –vaqti bilan nafas olishni qiyinligi bezovta qiladi**.



**Rasm 20. Atrofik rinit.**

Atrofik jarayon xid sezish qismiga tarqalishi va burun yo'llari qasmoqlar bilan to'silib qolishi xisobiga bemorlarda xid sezish qobiliyatini pasayishi (**giposmiya**) kuzatiladi, ayrim og'ir xollarda umuman xid bilish faoliyati yo'qoladi (**anosmiya**). Kasallik tufayli shilliq qavatlar yupqalashish xisobiga, qon tomirlar tez jaroxatlanadi, shuning uchun tez-tez burundan **qon ketishi** bo'ladi.

Bemorlarni umumiy shikoyatlardan: bosh og'rig'i, uyqu va ishtaxani buzilishi, tajanglik, ish qobiliyatini pasayishi kabi asoratlar uchraydi.

**Rinoskopiya**da (oldingi va orqangi rinoskopiya) quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: Burun bo'shlig'i shilliq qavatlar quruqshagan, yupqalashgan, rangi xiralashgan, chig'anoqlarni xajmi kichraygan, burun yo'llari kengaygan va qo'yiqlik, yopishqoqlik shilimshiq ajralma yoki oq kulrang qasmoklar bilan to'lgan. Sassiik tumovdan farqi bu qasmoklar xidsiz bo'ladi. Burun medial devorini kirish qismida shilliq qavatlar keskin yupqalashib, xatto teshilib qolishi xam mumkin. Bunday atrofik jarayon qo'shni ahzolarini shilliq qavatlariga tarqalib (eshituv nayi, burun ko'z yoshi yo'li, halqum, xiqildok) ularda xam atrofik o'zgarishlar keltirib chiqarish mumkin.

**Davolash:** Atrofik tumovni davolashdan avval uni keltirib chiqargan sabablarni aniqlash va ularni bartaraf qilishdan boshlash zarur. Buning uchun davolashni zararli chiqindilar bilan ishlaydigan ish joylarda sharoitlarni yaxshilash yoki ish joyini o'zgartirishdan boshlanadi. Imkon darajasida quruq, changli va issiq sharoitdan, iqlimi nam joylarda yashashni tavsiya qilinadi. Bemordagi boshqa yo'ldosh kasalliklarni (burun va burun yondosh bo'shliqlarini surunkali yallig'lig'lanishlari, oshqozon-ichak yo'llari kasalliklari) bartaraf etish zarur.



Davolash umumiy va maxalliy chora tadbirlar qo'llashdan iborat bo'ladi. Umumiy davolar: asosan bemorda yod va mikroelementlarni almashinuvini meyorga yetkazish maqsadida, ichgani 3% kaliy yod eritmasidan 15 tomchidan, kuniga 3 maxal, temir preparatlari (ferrotseron, ferropleks), vitaminlarni A, V, D guruxlari tavsiya qilinadi. SHilliq osti bezlarini faoliyatini qo'tarish maqsadida biostimulyatorlar (aloe, gumizolg', peloidin, va boshqalar) maxalliy shilliq qavatlariga inhektsiya qilinadi.

Maxalliy davolardan: burun bo'shlig'ini qasmoqlardan tozalash uchun turli yog'lar (vazelin, shaftoli, o'rik, namatak moylari) shimdirilgan dokali pliklar burun bo'shlig'iga 1-1,5 soatga qo'yiladi. Qasmoqlar yog'lar tahsirida yumshab qolgandan so'ng antiseptik suyuqliklar bilan Jane o'prits yordamida yuvib tozalanadi, so'ngra turli dori moddalari (balig' yog'i, aloe, kallanxoe sharbatlari) shimdirilgan dokali pliklar kuniga bir maxal 2-2,5 soatga qo'yiladi. Burun bo'shlig'ini kunora osh tuzini izotonik eritmasiga yod qo'shib yuvib (200,0 ml. izotonik eritmaga 10 tomchi 10% yod qo'shiladi) tozalash yaxshi naf beradi. Burun ichiga turli dorilardan (aloe, tripsin, peloidin, gumizol) elektroforez va ingolyatsiyalar qilinadi. Mikroblarga qarshi tahsir etishi uchun burunga yodinol eritmasi shimdirilgan tampon kuniga ikki maxal 1,5-2 soatga qo'yiladi.

Burun shilliq qavati Lyugolg' eritmasi bilan kuniga 2 maxal 10-15 min. massaj qilinadi, bu davoning samarasi yaxshiligi shundaki, bir tomondan yod shilliq qavatlariga qo'g'atuvchi tahsir etsa, ikkinchi tomondan massaj qilinganda shilimshiq ishlab chiqaruvchi bezlarni faoliyati 2-2,5 marotabaga yaxshilanadi. SHilliq qavatlarini trofikasini yaxshilash maqsadida yog'larga tokoferol, retinol qo'shib, qo'llash yaxshi natija beradi, shuningdek shu maqsadda oblepixa moyi 1: 2 nisbatda shaftoli moyi aralashmasi bilan birga ishlatilishi xam kutilgan natijalarni beradi. Keyinchalik shilliq qavatni yaxshi xolatini saqlash va qisman shilliq osti bezlarini faoliyatini kuchaytirish maqsadida uzum sharbati, aloe sharbati, 3-5% li mumiyo eritmasi va 2% propolis eritmasi shimdirilgan tamponlar 10 kun davomida kuniga ikki maxal 2-2,5 soatga qo'yiladi.

Seravodorodli shifobaxsh balchiq bilan davolashda burun yoki burun yon bo'shliqlari soxasiga balchiqli applikatsiyalar qo'yish bilan amalga oshiriladi. Balchiq bilan davolashda umumiy (ayniqsa serovodorodli) vannalarni, maxalliy tozalovchi yoki sulg'fidli ingalyatsiyalar bilan almashtirib qo'llash davolash samarasini oshiradi. SHilliq shilliq osti qavatni faoliyatini ko'tarish maqsadida 0,5 ml. aloe sharbati kun ora, 8-10 kun davomida burun tubining shilliq qavatlar ostiga yuboriladi. Atrofik rinitlar qanchaliq og'ir va uzoq davom etsa davolashni xam shunchalik ko'p marotaba qayta-qayta amalga oshirish zarur.

Bemorlarga iqlimi mo'tadil va xavosi namli dengiz bo'ylarida dam olish tavsiya etiladi.

## SASSIQ TUMOV ( Foetida seu ozaena -OZENA)

Ozena yoki sassiq tumov xaqidagi ma'lumot eramizdan avvalgi tibbiyotga oid adabiyotlarda xam yozilgan, qadimdan ma'lum bo'lgan kasallikdir. Kasallik burun bo'shlig'i shilliq qavatini va suyak to'qimasini o'ta darajadagi atrofiyasi va sassiq xidli qasmoqlarni xosil bo'lishi bilan kechadi. Er sharini barcha joylarida uchraydigan kasallik xisoblanadi, ammo tarqalishi turlicha, Xitoy, Yaponiya, Ispaniya va Gretsiyada ko'p uchrasa, Afrika va Osiyo qithasi davlatlarida kam kuzatiladi. Turli adabiyotlarda keltirilishicha sassiq tumov LOR kasalliklarini 0,3% dan 3,0% gacha miqdorini tashkil etadi. Erkaklar bilan ayollar orasida tarkalishi 1:5 nisbatni tashkil etadi va 10-30 yoshda eng ko'p uchraydi.

**Kelib chiqishi:** Sassiq tumovni kelib chiqishi aniq sabablari xali ma'lum emas.

Kasallikni kelib chiqishini tushuntirish uchun bir qancha nazariyalar mavjud, ammo bu nazariyalarini birortasi xam kasallik sabablarini to'liq yoritib beraolmaydi.

Bahzi olimlarni fikricha kasallikni asosiy sabablardan biri tashqi **iqtimodiy va ijtimoiy muxitni** tahsiri deb xisoblanadi. Yahnii kasallik og'ir, yomon va iflos sharoitlarda yashayotgan odamlar orasida ko'p uchraydi.

Boshqa gurux olimlarni fikricha kasallikni keltirib chiqaruchi asosiy sabab **infeksion faktorni** xisoblaydi. Bu nazariyaga ko'ra kasallik rivojlanishida endogen va ekzogen omillar tahsirida, burun shilliq qavati va burun suyak skeleti atrofiyaga uchraydi, natijada patogen tahsir etuvchi maxsus Klebsiella ozaena tayoqchasini shilliq qavatga kirishiga sharoit yaratiladi. SHilliq qavatlarga kirgan bu tayoqcha yallig'lanish jarayoni keltirib chiqaradi va to'qimalarda nekrotik o'zgarishlar xosil qiladi, xosil bo'lgan ajralmalar sassiq xid tarqatadi, keyinchalik bu joylarda ikkilamchi atrofik jarayon rivojlanadi.

Kasallikni sabablaridan yana biri **irsiyat omillariga** xam ehtibor qaratilmoqda, yahnii kasallik bir oilani bir qancha ahzolarida va bir qator avlodlarida kuzatilgan. Oxirgi keltirilgan ma'lumotlarga qaraganda kasallikni kelib chiqishidagi sabablardan biri bu bemor tanasida **mikroelementlarni almashinuvini** buzilishi deb xisoblanmoqda. Sassiq tumov bilan kasallangan bemorlarda mis, temir va marganets kabi mikroelementlarni miqdorini pasayishi kuzatilgan. Yuqorida keltirilgan nazariyalarni qaysi biri, kasallik sababchisi ekanligini aniqlash, uzoq davom etadigan tekshirishlarni talab etadi.

### **Kasallikni patogenezi:**

Kasallikni boshlanishida burun bo'shlig'i shilliq qavatida chegaralangan yallig'lanish jarayoni yuzaga keladi, bunday xolat, kam klinik belgilari bilan uzoq muddat davom etadi. Keyinchalik burun bo'shlig'idagi xosil bo'lgan ajralma qo'yiqlashib quriydi va qasmoqlar xosil bo'ladi. Sekin-asta yallig'lanish jarayoni kuchayib, keng tarqaladi va shilliq ostidagi shilimshiq ishlab chiqaruvchi bezlarni atrofiyaga olib keladi, bu xolat esa ajralmani miqdorini ozayishiga va tez qurishini olib keladi, burun bo'shlig'ida quruq qasmoqlar miqdori yanada ko'payadi va to'planib burun yo'llarini to'sib qo'yadi, natijada burunda xavo almashinuvini xam (aeratsiyasi) buziladi.



SHilliq qavatni tsilindrik epiteliysida xam bir qator o'zgarishlar kuzatiladi, ayrim joylarda epiteliylar qisman saqlanib qoladi, uni asosiy qismi metaplaziyaga uchrab yassi epiteliyga aylanadi, ko'chib tushayotgan epiteliy qasmoqlarini asosini tashkil etadi. Kasallikni boshlang'ich davrida epiteliy osti qismida xujayralar (limfotsit,neytrofil) infilg'ratsiyasi kuzatiladi. Bu infilg'ratsiyalar ayniqsa qon tomirlar va bezlar atrofida keskin namoyon bo'ladi. Atrofik jarayon kuchayib borishi xisobiga, infilg'ratlar o'rnini qalin fibroz to'qimalar egallaydi,bir vaqtni o'zida, g'ovak to'qima va bezlar atrofiyaga uchrab, yog' to'qimalariga almashadi, shilliq qavat zichlashib, yupqalashadi. Xosil bo'lgan qalin fibroz to'qimalar tomirlar va bezlarni siqib, ularda endoartrit va endoflebitlar chaqiradi. Burun chig'anoqlarini suyak to'qimasida osteoklastlar ko'payishi xisobiga atrofiyaga uchraydi va joylarda qo'shuvchi to'qimaga almashinadi. Burun yondosh bo'shliqlarida, asosan yuqori jag' va g'alvirsimon suyak bo'shliqlari shilliq qavatlarida tsilindrik epiteliy saqlanib qoladi,ammo shilliq osti qismida xujayralar infilg'ratsiyasi va qo'shuvchi to'qima o'sishi kuzatiladi.

**Kasallikni klinik kechishi:** Kasallikni maxalliy belgilari-bemorlar asosan burunni **quruqshab qolishiga**, atrofdagilar sezadigan darajada burundan **sassiq xid** kelishiga (bemorlarda anosmiya kuzatiladi shuning uchun xam sassiq xid kelishini atrofdagilar orqali eshitib biladilar) xolati va ko'p miqdorda quruq **qasmoq xosil bo'lishiga** shikoyat qiladilar. Kasallikni dastlabki davrlarida qasmoqlar, qo'yik, yopishqoq shilimshiq aralash bo'ladi. Keyinchalik shilliq qavatlardagi atrofik jarayon kuchayishi natijasida ajralma ozayib, quruq qasmoqlar ko'payadi. Qasmoqlarni tarkibi indol,skatol,fenol,oltingugurt vodorodi va yog' kislotalaridan iborat, shuning uchun xam kuchli darajada sassiq xid chiqadi. Dastlab xid bilishni pasayishi (**giposmi**) burunda ko'p miqdorda xosil bo'lgan qasmoqlarni to'sib qolishi xisobiga bo'lsa, keyinchalik burundagi atrofik jarayon kuchayib, xid bilish maydonidagi xid biluvchi xujayralarini atrofiyaga uchrashi xisobiga to'liq xid bilish yo'qoladi (**anosmiya**).

Burundagi ajralmalar va ko'p miqdorda qasmoqlar burun yo'llarini to'sib qo'yishi xisobiga burundan **nafas olish qiyinlashadi**. Xosil bo'lgan quruq qasmoqlar burunni to'ldirib turganligi xisobiga bemorlarni yana bir shikoyati burunda **yot jism borligiga** bo'ladi.

Xosil bo'lgan qasmoqni tozalash maqsadida kuchli burun qoqishda yoki barmoq bilan kovlash natijasida atrofiyaga uchrab yupqalashgan shilliq qavatlar tez jaroxatlash natijasida burundan **qon ketishi** kuzatiladi.

Umumiy shikoyatlardan - bemorlarni bosh og'rig'i bezovta qiladi, ularni ish faoliyati va eslash qobilyati pasaygan, ruxan tushgan bo'ladi. Bemorlar burundan sassiq xid chiqayotganligi atrofdagilardan eshitganligi uchun odamlardan uzoqroq yurishga xarakat qilib,jamoaga qo'shilmaydi.Asab buzilishi shunday darajada namoyon bo'ladiki, bahzan bemorlarda o'z joniga qasd qilish xolatlari kuzatiladi. Ayrim kollarida atrofik jarayon eshituv nayini shilliq qavatiga tarqalib, kataral yallig'lanish keltirib chiqaradi, natijada quloqda shovkin paydo bo'ladi va eshitish pasayadi. Burun-xalqumga tarqalishi natijasida bu joylarda atorfik faringolaringitlar rivojlanadi.



**Rinoskopiya:** Tashqi burunni shakli o'zgarmagan, ayrim xollarda kirish qisimi kengaygan va burun qirasi pasaygan bo'ladi.

Burun yo'llari sassiq tumovga xos ko'kimtir kulrang qasmoq bilan to'lgan. Bu qasmoqlar burun shilliq qavatlariga, burun chig'anoqlariga va medial devoriga maxkam yopishgan bo'ladi. Qasmoqlar olinganda, tagida ko'kimtir kulrang qo'yiqlik yelimsimon ajralma ko'rinadi, asosan sassiq xid shu ajralmadan tarqaladi. SHilliq qavatlar oqish rangda, yupqalashgan, quruqshagan va lok surtilgandek yaltirab ko'rinadi. Atrofik jarayon dastlab yumshoq to'qimalarni, keyinchalik suyak qismlarini qamrab oladi. SHuning uchun xam kasallikni boshlanishida avval pastki burun chig'anog'ida, keyinchalik esa o'rta chig'anog'da atrofik jarayonlar namoyon bo'ladi. CHig'anoqlar xajim jixatidan kichraygan, burun yo'llari kengaygan, shuning uchun xam qasmoqlardan tozalangandan so'ng, bemalol xatto burun-halqumni xam to'liqlik ko'rish mumkin.



**Rasm 21. Sassiq tumovni (ozena) rinoskopik ko'rinishi.**

Keyinchalik atrofiya asta sekin halqumga, xikildoqqa, bahzan kekirdakka va bronxlarga tarqaladi. Atrofik jarayon ko'roq Piragov-Valg'deyr limfatik xalqaga tahsir ko'satadi, ularni barchasi xajim jixatidan kichrayib, deyarli ko'rinmay qoladi va faoliyati keskin pasayadi.

**Tashxis:** kasallikni tashxisi kasallik tarixiga, bemorlarni shikoyatlariga, rinoskopik ma'lumotlarga, bakteriologik tekshirish natijalariga va sassiq tumov antigeni bilan qo'yilgan serologik tekshirishlar natijalariga asoslanadi.

Sassiq tumovni, burun bo'shlig'i sili va zaximidan farq qilish zarur. Sassiq tumovga xos bo'lgan shikoyatlar, shilliq qavatlarini kuchli atrofiyasi va ko'p miqdorda ko'kimtir kulrang, xidli qasmoqlar, xid sezishni yo'qolishi kasallikni burun bo'shlig'i silidan va zaxmidan ajratishda muxim dalil xisoblanadi. Burun bo'shlig'i sili va zaximida kasallik tarixini mukammal o'rganish muxim o'rinni egallaydi.

**Davolash:** yuqorida aytilgandek kasallikni keltirib chiqaruvchi sababi noaniqlik bo'lganligi uchun xam, davolash muolajalari simptomatik ko'rinishlarini bartaraf qilishga qaratiladi. Davolash sassiq xidga sababchi bo'lgan qasmoqlarni yumshatish va olib tashlashdan boshlanadi. Qasmoqlarni yuvib tozalash uchun 2%

soda eritmasi yoki 1: 5000 nisbatda furatsillin eritmasi qo'llaniladi, yuvishdan avval qasmoqlarni yumshatib oson ko'chishi uchun turli yog'lar (o'rik, shaftoli, namatak moylari, vazelin yog'i) shimdirilgan dokali piliklar burun yo'llariga 1-1,5 soatga qo'yiladi, so'ngra Jane o'pritsi bilan bosim ostida yuviladi. Qasmoqlardan tozalangandan so'ng, shilliq qavatlarini qo'shimcha yog'lash va antibakterial tahsir ko'rsatish maqsadida sintomitsin emulg'siyasi dokali pilikka shimdirilib pastki burun yo'llariga 10-15 daqiqaga qo'yiladi. SHilliq qavatga tahsir etib shilliq osti bezlarini faoliyatini kuchaytirish maqsadida yodoglitserinni eritmaları massaj qilish yo'li bilan surtiladi.

Burun yo'llariga baliq moyi shimdirilgan dokali pilik qo'yish, shilliq qavatini trofikasini yaxshilaga olib keladi. Uzoq muddatga burundagi xidni yo'qotish maqsadida A.Solodkovni xlorofilkarotinli shamchalari burunga kuniga bir maxaldan 25-30 kun davomida qo'yiladi va bu davolashni yiliga 3-4 marotaba qaytariladi. SHamchalar tana xarorati tahsirida 3-3,5 soat davomida seki-asta erib (tahsiri antibakterial va noxush xidni bartaraf qiladi) burun shilliq qavatlarini yuzasida ximoya pardasini xosil qiladi va xidni 6-8 soatga bartaraf etadi. Bundan tashqari burun bo'shlig'iga kuniga 2 maxal Lyugol eritmasi shimdirilgan dokali pilik qo'yish xam yaxshi naf beradi.

Burun bo'shlig'iga turli antibakterial dorilar tutgan malxamlar qo'llash davolash faoliyatini kuchaytiradi.

R': Succi Kalanchoes 20,0

Furazolidoni

Novocaini aa 0,125

Lanolini 30, 0

D. S. Dokali tamponga shimdirilib burunga kuniga 2 maxal 30-40 min. qo'yiladi.

Atrofik jarayonda bemor tanasida mikroelementlarni (asosan temir, mis almashinuvi) almashinuvi buzilish kuzatiladi, shuning uchun temir preparatlari tutgan dorilar (ferrum-lek, ektofer) ichishga va temir ichiga yuborish tavsiya qilinadi.

Umumiy konservativ davolash maqsadida, organizmni immunologik ximoya quvvatini oshirishga qaratilgan dorilar, shuningdek, kompensator mexanizmlari qayta tiklashga yo'naltiriladi muolijalar qo'llaniladi. Bularga autogemoterapiya, aloe, fitostimulyatsiya, vitaminlar qo'llash, organizmni chiniqtiruvchi muolijalar o'tkazishlar kiradi. Kasalikni rivojlanishida muxim o'rinni egallagan klebsiella tayoqchasiga tahsir etish maqsadida antibiotiklar (sintomitsin, gentomitsin, levomitsetin) tavsiya etiladi. Antibiotiklarga nitrofuranlarni qo'shib ishlatish yaxshi natijalarni beradi.

Jarroxlik usuli bilan davolashdan maqsad burun bo'shlig'ini sunhiy ravishda toraytirishga qaratilgan bo'ladi. Bunda burun bo'shlig'ini lateral devori burun to'sig'i tomon suriladi. Bu jarroxlik usuli 10-12 yoshdan boshlab amalga oshiriladi, chunki bu yoshda yuqori jag suyagi bo'shlig'i to'lik shakillangan bo'ladi. Barcha jarroxliklar ichida qo'llash uchun qulay bo'lgan usul shilliq ostiga yog to'qimasini, tog'ay va alloplastik materiallarni kiritish xisoblanadi. Bu maqsadda



Ekert-Mebius usulini qo'llash ancha yaxshi natija beradi. Bu jarroxlilik usulida burun to'sig'ini periost va perixondrit qavatiga suyak payraxasi joylashtiriladi.

Tavsiya etilgan barcha jarroxlilik usullari ayrim darajada bemor axvolini yengilashtrishga yordam beradi, ammo kasallikdan bemorlarni to'liq forig' qilmaydi. SHuning uchun xam kasallikni qaytanlanmasligi uchun yuqorida keltirilgan konserativ davolash usullari yiliga 2 yoki 3 marotaba qaytarilib turiladi.

### VAZOMOTOR TUMOV (Rhinitis vasomotorica)

Kasallikni yaqin o'tgan asirni 50 yillariga qadar yallig'lanish kasalliklari qatoriga qo'shmagan, shuning uchun xam, uni turlicha nomlar bilan: vazomotor rinopatiya, yolg'on tumov yoki nerv-qon tomir tumovi deb atashgan. Oxirgi yillari ekologik muhitni keskin salbiy tomonga o'zgarishi, turli allergik xolat chaqiruvchi chiqindilarini ko'payishi, bu kasallikni salmog'ini 2-3 barobarga oshirdi va hozirgi kunda mavsumiy allergik rinit yer sharini 80-85 mln. axolisida uchramoqda.

Bu kasallikni klinik ko'rinishlari ikki xil, bo'lib ular **neyrovegetativ va allergik** turlariga bo'linadi (L.B. Daynyak 1970) va klinik kechishi buyicha o'zaro-bir birlariga yaqindir.

Kasallikni asosiy xususiyatlaridan biri kechishi xurujli bo'lishi, bahzan bu xurujlar uzoqroq (3 oy, 6 oy yoki bir yil) tanafusdan so'ng qaytalanishi, ayrim xollarda xurujlar juda tez vaqt (bir necha soatdan bir necha kun ichida) ichida qaytalanishi yoki doimiy xuruj bilan kechishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda kasallik ko'zdan yosh oqishi, qovoq atroflarini, burun va qattik tanglay soxalarini qichishishi, bosh og'rishi, bahzan kong'yuktivintlar bilan davom etadi. Oddiy o'tkir tumov uchun bunday ko'rinishidagi belgilari qisman bo'ladi yoki butunlay bo'lmaydi. SHuning uchun ko'pchilik bu kasallikni rinit emas, rinopatiya deb atashni taklif qilishgan.

**Neyrovegetativ tumov.** Kasallikni bu turida burun shilliq qavatidagi nerv apparati tomonidan, burun bo'shlig'ini g'ovak to'qimasi va qon tomirlarini vegetativ boshqaruvida, o'zaro uzviyligni buzilishi asosiy o'rinni egallaydi. Burundagi nerv-reflektor tizimni ishdan chiqishi xisobiga odatdagi ichki va tashqi tahsirlarga (markaziy va periferik nerv tizimi kasalliklari, endokrin tizimi kasalliklari, burun shilliq qavatlariga sovuq xavoni tahsiri, xavo bosimini o'zgarishi, kimyoviy va fizik tahsirlar, dori moddalarini reflektor tahsirlari) burun bo'shlig'i shilliq qavati o'ta keskin (giperreaktiv) qo'zg'alish bilan javob beradi. Kasallikni neyrovegetativ turida o'tkazilgan allergologik tekshirilar va bemorlar tomonida allergologik anamnez inkor qilinadi.

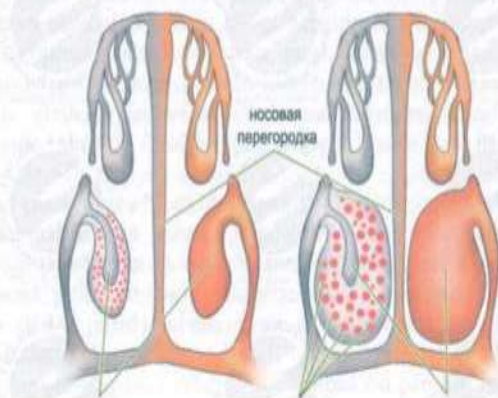
**Morfologik tekshirishlarda:** shilliq qavatlar qalinlashadi, joylarda tsilindrik epiteliy ko'p qavatli yassi epiteliyga aylanadi. SHilliq osti qismida eozinofillar, makrofaglar, plazmatik xujayralar va leykotsitlar infiltratsiyasi kuzatiladi, qon tomirlar kengaygan va qon bilan to'lgan. Jarayon uzoq davom etganda gipertrofik rinitga xos o'zgarishlar paydo bo'ladi.



Xuruj tutmagan vaqtda kasallik belgilari bahzan to'la yo'qoladi, burun shilliq qavatlarida xam deyarli o'zgarishlar kuzatilmaydi. Agar kasallik uzoq yillar davom etgan bo'lsa, shilliq qavat, burun chig'anoqlarini shishi, va ularni ko'kimsir rangi asosida nuqtasimon oq dog'li xolati uzoqroq saqlanib qoladi. Keyinchalik bu jarayon asta-sekin burun yon bo'shlig'ining shilliq qavatlarida xam tarqaladi.

**Kasallikni belgilari:** Kasallikni ikkala turi uchun xos bo'lgan asosiy shikoyatlar: CHuchkirish xuruji, burundan ko'p miqdorda tiniq shilimshiq ajralishi va nafas olishni qiyinligidir. SHilliq qavatlar shishi va burun yo'llari ko'p miqdorda shilimshiq bilan to'lganligi uchun bemorlarda xid bilish pasayadi (giposmiya). Kasallikni xuruji o'zgaruvchan bo'lib asosan uxlab turgan vaqtda, ovqat yegandan so'ng, xavo xarorati va bosimi o'zgarganda, qon bosimi ko'tarilganda, ruxiy xolatlarda, bir yoki bir necha marotaba qaytalanadi. Uzoq mudatda burundan nafas olishni buzilishi bemorlarda uyqu va ishtaxani buzilishiga, bosh og'rig'iga, asabiylashga xamda bemorlarni ish qobiliyatini pasayishiga olib keladi. Xuruj davrida burunda, burun-xalqumda, ko'zda xatto halqumda qichishish bezovta qiladi.

**Rinoskopiya**da ko'p miqdorda shilimshiq ajralishi va tinimsiz buruni artib turilishi natijasida buruni kirish kismi terisida yallig'lanish va shilinib yorilishlar paydo bo'ladi. SHilliq qavat, burun chig'anoqlari shishgan, g'ovak to'qima tomirlarini kengayib qon bilan to'lganligi uchun ular ko'kimsir-marmar rangda, joylarda esa aksincha tomirlarni torayishi xisobiga, ko'kimsir rang asosida oq rangli nuqtalar-(Voyachek dog'lari) ko'rinadi. SHilliq qavatlardagi bunday o'zgarishlar ayrim xollarda halqum, xatto xiqilldoq shilliq qavatlariga xam tarqalishi mumkin. Burun yo'llari toraygan va ko'p miqdorda tiniq rangsiz, xidsiz shilimshiq bilan to'lgan. Xuruj vaqtida burun chig'anoqlariga tomir toraytiruvich dorilar (2-3% efedrin yoki 2-5% kokain + 0,1% adrenilin eritmaları aralashmasi) surtilganda shishlarini kamayishi va burun yo'llari kengayib nafas olishi tiklanishi kuzatiladi



Rasm 22. Vazomotor – allergik rinit.

**Davolash:** Vazomotor rinitni davolash ancha murakkab jarayon va xamma vaqt xam kutilgan natijaga erishilmaydi.

Davolash quydagicha yo'nalishda olib boriladi:

Organizmga allergenlarni tushishini oldini olish choralari.

Maxsus immunologik qobiliyatni mustaxkamlash.

Nospetsifik giposensibilizatsiya qo'llash.

Yiringli o'choqlarni jarroxlik usulida bartaraf etish.

Kortikosteroid dorilarni maxalliy qo'llash,refleksoterapiya.

Fizioterapevtik muolajalari qo'llash

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Allergik rinitni davolash masalalari,asosan turli allergenlarni ovqat orqali,yoki yuqori nafas yo'llari orqali organizmga tushishini bartaraf etishdan boshlanadi. O'simliklarga yoki gullar changiga bo'lgan allergik xolatlarida,bemorlarga mahlum vaqtga iqlimni o'zgartirishga tavsiya qilinadi. Vazomotor ko'rinishida esa davolashda asosiy yo'nalish asab tizimi bilan burunni g'ovak to'qima va qon tomirlar aro o'zaro uzviyligini mustaxkamlashga qaratilishi zarur. Bunga asta sekinlik va extiyotkorlik bilan tanani chiniqtirish orqali erishiladi (suvli muolajalar, uzoq vaqt toza xavoda sayr qilish, sport bilan shug'ullanish, iqlimni o'zgartirish). Qator xollarda umumiy quvvatni ko'taruvchi dorilar (vitaminlar A, D, rutin, askorbin kislotasi) xamda vegetotrop moddalar (atropin 1: 1000 va kalg'tsiy xloridni 10% eritmasi) atropinni eritmasi suvga 5-6 tomchidan tomizib, bir kunda 2 maxal 5 kun davomida ichiladi. Keyingi 5 kun davomida bu dorini qabul qilish to'xtatib turiladi (kumulyatsiyani oldini olish uchun) va yana davom ettiriladi. Kalg'tsiy xloridni 5% eritmasi 1 osh qoshig'dan kuniga 3 maxal. ichiladi. Ko'p xollarda shunday davolash usuli bilan burundagi yallig'lanish jarayonini pasaytirishga, shilimshiq ajralmani to'xtatishga va nafas olishni tiklashga erishiladi.

Reflektor ravishda paydo bo'ladigan jarayonni oldini olish uchun novokainning 0,5% eritmasini burun pastki chig'anog'ini oldingi qismiga navbvtmi-navbat 10 kun davomida inhektsiya qilinadi. Igna sanchish (refleksterapiya) usuli bilan xam burun bo'shlig'idagi reflektor xolatni oldini olinadi. Burun chig'anoqlariga turli skleroz chaqiruvchi dorilarni yuborish va shilliq qavatni xususiy qismida chandiqlanishni yuzaga keltirish va shuni xisobiga shishlarni xamda shilimshiq ajralishini pasaytrishga erishiladi.

Fizioterapevtik muolajalarni qo'llash (burun ichiga 1% novokain eritmasi bilan elektroforez, bo'yin soxasiga O'erbak bo'yicha kaltsiy xlor eritmasi bilan elektroforez qilish) usullari allergik tumovni davolash bo'limida keng yoritilgan.

O'tkazilgan konservativ davoni foydasizligida burun chig'anoqlariga galg'vanokaustika, krioterapiya, ulg'tratovush va lazer nurlari bilan tahsir etiladi. Ayrim xollarda esa konxotomiya tashrixini qo'llash (chig'anoqni kattalashgan qismini kesib tashlash) maqsadga muofiq bo'ladi.

### **Allergik tumov.**

Kasallikni asosida turli yo'llar bilan nafas yo'llariga tushgan allergenlarga inson tanasida, xususan burun bo'shlig'ida bo'lgan javob reaksiyasi yotadi. Allergenlar yuqori nafas yo'llarini, shilliq qavatlarida, asosan burun bo'shlig'ida tumovni xurujini keltirib chiqaradi. Kasallik keltirib chiqaruvchi allergenlar quyidagilar:

- o'simliklar ( turli o'tlar, gullar,terak,tol,ok qayin,eman)
- oziq-ovqatlar (no'xat,mosh,shkolad,asal,qulupnoy,tsitrus mevalar,tuxum va sut)
- dori moddalari
- turli changlar
- jun maxsulotlari va boshqalar.

Allergik rinitni **mavsumiy va doimiy** turlari farq qilinadi. Mavsumiy ko'rinishida kasallik xuruji yillining mahlum bir davrida gullaydigan o'tlar,gullar,daraxtlar changlari tushganda kuzatiladi va organizmda o'ta sezuvchanlik xolati vujudga keladi. SHuning uchun xam bemorlar kasallik xurujini aniq vaqtini ko'rsatish mumkin.

Doimiy turida esa allergenlar turlicha bo'lib: oziq-ovqatlar, dori-darmonlar, atirupalar, uy changlari, xayvon junlari va odam sochlari tahsir etishi natijasida paydo bo'ladi.

Kasallikni klassifikatsiyasi butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan 2001 yilda qayta ko'rib chiqib,boshqacha nomlashni taklif qilindi,unga ko'ra **intermitter** allergik rinit va **persistir** allergik rinit deb yuritildi.

Intermitter allergik rinitda kasallikni kechish xurujlari haftasiga 4 kundan kam yoki yiliga 4 haftadana kam namoyon bo'ladi,ammo kasalni axvoli qoniqarli,uyqu buzilmagan,oddiy ish va xayot faoliyati saqlangan,sport bilan bemalol shug'ullanadi.

Persistir allergik rinitda kasallik xurujlari haftasiga 4 kundan ortiq yoki yiliga 4 haftadan ortiq davom etadi,kasallikni kechishi o'rtacha og'ir yoki umuman og'ir,belgilari keskin namoyon,bemorlarda uyqu buzilgan,oddiy ish va xayot faoliyati buzilgan,bemorlar sport bilan shug'ullana olmaydi.

Allergenlar tahsiriga beriluvchanlik tug'ma yoki ortirilgan (allergenlarni qayta-qayta tahsir etishi, yahni allergik moddalar bilan ishlash) bo'lishi mumkin.

Allergik jarayonlarda allergenlarni qayta-qayta tahsiri natijasida nafaqat burun shilliq qavatlarida, balkim burun yon bo'shliqlari, halqum, traxeya va bronxlarning shilliq qavatlarida xam o'zgarishlar namoyon bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda kasallik pastki nafas yo'llaridagi kasalliklar yahniy bronxial astma bilan birga kechadi.Ularda o'ziga xos astmatik uchlik belgilar bilan kechadi:

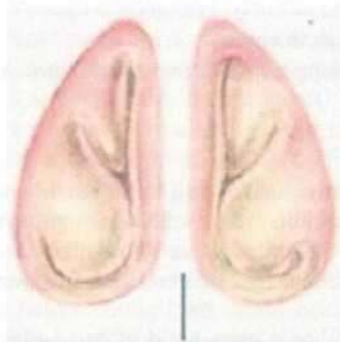
- ayrim dori moddalariga (atsetilsalitsilatlar,antibiotklar,analgin) o'ta sezuvchanlik
- burunda polip o'sishi
- bronxial astma xuruji.

**Kasallarni o'ziga xos shikoyati** bu kasallikni neyrovegetativ turi singari allergik rinitda xam bemorlarni uchlik belgisi:



chuchkirish xurujga  
burunni bitib qolishga

burundan ko'p miqdorda tiniq shilimshiq ajralishiga bo'ladi. O'ziga xos bu shikoyatlardan so'ng kasallika tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi. Bundan tashqari bemorlarini burun va ko'z atrofidagi qichishish, bosh og'rish bezovta qiladi, bu belgilar xuruj o'tishi bilan butunlay yo'q bo'lib ketishi mumkin.



Rinit 23. Allergik rinit.

**Rinoskopiya**da burun shilliq qavatlari, chig'anoqlari oqish-kulrang yoki butunlay oq rangda, shishgan va taranglashgan bo'ladi. Burun chig'anoqlarini shishi va rangini oqishligi baliq pufagini eslatadi. SHilliq qavatlari shishi xisobiga, burun yo'llari toraygan, ko'p miqdorda rangsiz tiniq va xidsiz shilimshiq ajralma bilan to'lgan. Ayrim bemorlarda xuruj tutmagan vaqtlarda xam burun chig'anoqlari va shilliq qavatlarni shishlari to'liq yo'qolmaydi, bunday xolat kasallik uzoq davom etishi natijasida chig'anoqlarini ikkilamchi kattalashuvidan darak beradi.

Tomir toraytiruvchi dorilar surtilaganda chig'anoqlarni xajmlari neyrovegetativ turidan farqli, sezirarli qisqarmaydi, chunki kasallikni bu turida shilliq kavatning shishi kavernoza to'qimalar tomirlariga qon to'lishi xisobiga emas, balki mayda tomirlardan suyuqlikni ko'p miqdorda to'qimalar orasiga chiqishi xisobiga paydo bo'lgan.



**Rasm 24. Allergik rinitda qovoq va yuzdagi shishlar.**

Burundagi allergik jarayonning doimiy belgilaridan biri periferik qonda, burun va burun yon bo'shliqlaridagi suyuqliklar tarkibida eozinofillar sonini ortib ketishidir. Agar allergik jarayonni keltirib chiqarayotgan allergenni aniqlansa, unga nisbatan teriga qo'yilgan sinamada o'ta sezuvchanligi kuchli darajada namoyon bo'ladi. Ayrim bemorlarda sinama vaqtida kasallikka xos bo'lgan xuruj kuzatilishi mumkin.

Allergik tumovning tashxisi allergik anamnezga, bemor shikoyatiga, rinoskopiya kasallikka xos o'zgarishlarga va allergik sinamalar natijalariga asoslangan xolda qo'yiladi

**Davolash** agar kasallikni keltirib chiqaruvchi allergen to'g'ri aniqlansa, o'z vaqtida davolash yaxshi samara beradi. o'ta sezuvchanlikni bartaraf qilish maqsadida, bemor tanasiga allergenlarni kiritishni (teri ostiga kiritish yoki burunga tomizish) xuruj keltirib chiqarmaydigan oz miqdoridan boshlab, asta-sekin kupaytirib borish bilan olib boriladi (Bezredko usulida spetsifik desensibilizatsiya). Agar allergen aniqlanmasa yoki bemorda poliallergiya bo'lsa, davolash allergik reaksiya, vaqtida ozod bo'ladigan biologik aktiv moddalardan xisoblangan gistaminni neytrallashtirishga qaratilgan dorilar qo'llaniladi. Bunday nospetsifik desensibilizatsiya uchun dimedrol 0,05 bir tabletkadan kuniga, uch maxal to'rt hafta davomida yoki diazolin, tavegil xam shu miqdorda beriladi. Bundan tashqari 5% epsilon aminokapron kislotasini qo'llash xam yaxshi samara beradi. Giposensibilizatsiya qilish uchun gistamin va gistaglobulinni oz miqdorda bemor organizmiga iontoforez yoki teri ostiga yuborish yo'li bilan amalga oshiriladi. Xozirgi kunda antigistamin dorilarini ikkinchi avlodi qo'llanilmoqda, bulardan gismanal, klaritin, gistadin, telfast, zirtek, kestin va erius yaxshi samara bermoqda.

Maxsus ko'rsatma bilan kortikosteroidlar xam qo'llaniladi, buning uchun prednizalon tabletkasi 0,005x3 maxal 3 kun mobaynida ichish tavsiya qilinadi. Deksamezaton quyidagi jadval asosida tavsiya kilinadi: 0,0005 bir tabl. 4 maxal 7 kun mobaynida, 5 kun mobaynida 1 tabl. 3 maxal, 5 kun mobaynida 1 tabl. 2 maxal; 5 kun mobaynida 1 talb. 1 maxal; 5 kun mobaynida 0, 5 tabl. 1 maxal.

Gidrokortizon atsetat 2,5-5 ml. (125 mg) suspenziyasi burun chig'anoqlariga inhektsiya qilinadi, buning uchun 2% dikain eritmasi bilan chig'anoqlar shilliq qavatlari maxalliy og'riksizlantirilgandan so'ng, ingichka igna bilan pastki burun chig'anoqlari oldingi qismga 0,5 ml dan xar kuni yoki 1 ml (25 mg) dan kunora qilinadi, umumiy xisobda 5-10ta inhektsiyaga yetkaziladi. Gistoglobulinni xam endonazal inhektsiyasi maxsus qabul qilingan miqdorlar bo'yicha yuboriladi: 1- inhektsiya 0,125, 2- inhektsiya-0,5 ml; 3- chi inhektsiyadan boshlab 6-10 gacha oradan 3 kun o'tkazib, oxirgi 2 inhektsiyani esa 1 hafta o'tkazib qilinadi. Inhektsiya insulin uchun mo'ljallangan shprits yordamida amalga oshiriladi.

Kattalashgan burun chig'anoqlarini xajmini kichaytirish uchun kavernoza to'qimalarda qisqirish (skleroz) chaqiruvchi dorilar (spirt, glitserin, natriy salitsilat inhektsiyasi) yuborish usuli xam mavjud.

P.S.Temkin (1954 y), usuli bo'yicha novokainli blokada 1-2% novokain eritmasi, 0,2 dan 1 ml gacha burunni, o'rta chig'anog'ini oldingi qismiga yuboriladi. Agar chig'anoqlarni shishganligi sababli bu joy yaxshi ko'rinmasa 2-3% kokain eritmasi bilan maxalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng amalga oshiriladi.

G.L.Komendatov (1937y) usuli bo'yicha, endonazal blokada; pastki burun chig'anog'ini oldingi qismidan 1,5-2 sm. ichkariroqqa, shilliq ostiga 0,5%-5 ml. novokain yuboriladi.

Ayrim xollarda burun bo'shlig'ini refleksogen maydonlariga tahsir etib davolash usuli qo'llaniladi. Bunday refleks maydonlari pastki va o'rta burun chig'anoqlarini oldingi qismlarida, o'rta chig'anog'i qarshisidagi burun medial devorida joylashgan. SHU joylarni 2% dikain eritmasi bilan maxalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng trixloruksus kislotasi yoki 10% kumush nitrat eritmasi bilan kuydiriladi.

Davolashni usullaridan biri dori moddalarini elektroforez usuli bilan yuborishdir: Bunda dorilar burun ichiga yoki bo'yin soxasidagi bo'yin simpatik gangliyalari atrofiga elektroforez qilinadi.

A.E.SHerbak usuli bo'yicha 1-2-3% kalg'tsiy xlor eritmasi bilan endonazal yoki segmentar ionogalg'vanizatsiya qilinadi. Agar birinchi o'rinda burundan nafas olish qiyinlashgan bo'lsa 0,5% tsinka sulg'fat eritmasi bilan burun ichiga elektroforez qilinadi. Bunda chig'anoqlar shishi kamayadi, suyuqlik ajralib chiqishi ozayadi, kataral yallig'lanish jarayoni pasayadi va burun yo'llari ochiladi. Allergik tumovda suyuqlik ajralishi kuchaysa dimedrol bilan 1-2% kalg'tsiy xlor eritmasi (1:1 nisbatda) aralashmasi bilan burun ichiga elektroforez qilinadi. Bundan tashkari burun ichiga elektroforez uchun gidrokartizon atsetatni suspenziyasi yoki 5% aminokapron kislotasi eritmasi bilan ikki hafta davomida elektroforez qilinganda yaxshi klinik naf olinadi. Gormonal preparatlarini malxamlari (prednizolon, fulitsinar) bilan qilingani fonoforez bemorni axvolini tezda yaxshilashga olib keladi. Xozirgi kunda allergik rinitlarni davolashda allergiyaga qarshi yangi tomchi dorilar nosobek, nosoneks va sepish uchun flutineks, antirinol alg'detsin, rinokort kabi dorilar qo'llanilmokda. Bu dorilarni boshlanishida kuniga 2-3 marotaba sepiladi, kasallik belgilari pasaygandan so'ng dori miqdori kamaytiriladi. Dorilarni klinik tahsiri sekin asta namoyon bo'lganligi uchun xam bu dorilar uzoq muddatga (2-3 oy) qo'llaniladi.



## BURUN TO'SIG'INING QIYSHAYISHI (deviatio se'ti nazi)

Burun bo'shlig'ini medial devorini tuzilishidagi noto'g'ri xolati, burun to'sig'ining qiyshayishi deb yuritiladi. Bu xolat burun to'sig'ining to'liq qiyshayishi yoki burun to'sig'ida chegaralangan o'tkir qirrali bo'rtmalar (ship, greben) ko'rinishida namoyon bo'ladi, ayrim xollarda bunday qiyshiqliklar birgalikda uchrashi xam mumkin. Odatda burun bo'shlig'i medial devori tekis payraxadan iborat bo'lib, o'rta chizikda joylashadi, u yoki bu tomonga qiyshayishi esa burun bo'shlig'ining va burun yo'llarini yuzasini torayishiga olib keladi. Burun bo'shlig'ini medial devorini qiyshayishi sabablari turlicha bo'ladi.

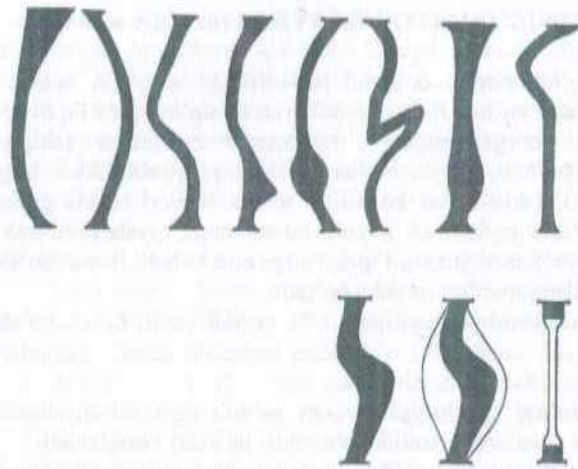
**Fiziologik qiyshayishi** – (kasallikni 32% tashkil etadi) burun bo'shlig'ini medial devorni o'sishi yuz suyaklarini o'sishidan tezlashib ketadi, natijada, devor burun bo'shlig'iga sig'masdan qiyshayib o'sadi.

**Jarroxatdan so'ngi qiyshiqlik** burun medial devorini qiyshayishidagi asosiy sabablardan (54% xolatlarda kasallik sababchisi jaroxat) xisoblanadi.

**Kompensator qiyshiqlik** (10% xolarda) burun bo'shlig'idagi turli o'smalar, burun chig'anoqlarini gipertrofiyasida medial devorga bosilishi natijasida, burun to'sig'i qiyshiq o'sadi. Bahzan burun to'sig'ini embrional rivojlanishdan boshlab qiyshayib o'sishi mumkin.

Burun to'sig'ining qiyshayishi asosan yetti yoshdan boshlab, ya'ni doimiy tishlarning chiqishidan va yuqori jag'ning jadal rivojlanishi davridan boshlanadi va yigirma-yirigina besh yoshlarga yetganda, ya'ni yuz skeletining o'sishi to'xtash davrigacha davom etadi. Kam xollardagina burun to'sig'ining qiyshayishi uch-to'rt yoshdagi va emizikli bolalarda uchrashi mumkin.

To'siqning qiyshayishi ko'proq oldigi qismlarda, orqangi bo'limida esa kamroq uchrayd. Qiyshayish shakllari turlicha bo'lib to'siq, to'liq bir tomonga qiyshayishi mumkin, yoki yuqori qismi pastki qismiga nisbatan singan shaklda o'tkir burchak ostida qiyshayadi, bahzan zinasimon va yopqichsimon qiyshayishi mumkin. Ayrim xollarda medial devorda biyuzsimon va taroqsimon bo'rtmalar, to'siqning dimog' suyagining tog'ay bilan qo'shilgan joyida uchraydi, ayrim xollarda bunday o'zgarishlar to'siqning oldini qismlarida yoki burun to'sig'i bir tomonida boshidan oxirigacha joylashgan bo'ladi.



Rasm 25. Burun to'sig'ini qiyshayishini turli shakllari.

**Kasallikni belgilari:** asosiy belgilaridan: burun orqali nafas olishning qiyinligidir. Nafas olishning buzilishi faqatgina to'siqning qiyishiqligiga bog'liq bo'lmay, balki devorni qiyishiqligi xisobiga burundan o'tayotgan xavoning noto'g'ri yo'nalishiga, xavoni aylanma xarakterini buzilishiga, uning natijada burun bo'shlig'idagi bosimini o'zgarishi xisobiga xam bog'liqdir. Ko'pincha nafas olishning buzilishi, burun to'sig'ini qiyshaygan joyi bilan chig'anoqlarni orasidagi masofaga xam bog'lik bo'ladi.

Burun to'sig'ini qiyshayishi, burun bo'shlig'ini yuqori qismida uchrashi xisobiga xid bilish maydoniga xavo oqimining yetib kelishini qiyinlashishi va maxalliy qon aylanishini buzilishi tufayli (xid bilish xujayralarini qon bilan tahminlanishini buzilishi) xid sezishni nafaqat funksional buzilishiga, xattoki qayta tiklanmaydigan darajadagi o'zgarishlarga olib keladi. Burundan nafas olishni qiyinligi keyinchalik bosh og'rig'ini keltirib chiqaradi. SHilimshiq ajralmani ko'p oqishi asosiy shikoyatlardan biri xisoblanadi. Ayrim xollarda quloqda shovqin paydo bo'ladi. Uzoq muddat og'izdan nafas olish xisobiga bemorlarni atrofik faringit rivojlanishi natijasida, tomoqda qurishi xolatlarini bezovta qiladi.

Burun shilliq qavati asab tolalariga boy bo'lganligi sababli, burun to'sig'ini qiyshayishi (bahzan o'tkir qirrali qiyshiqlik va bo'rtmalar chig'anoqqa chuqur sanchiladi) reflektor nevrozlarga, vazomotor rinitga olib keladi, bu xolat asosan biyogzimon va taroqsimon qiyshiqlik va bo'rtmalarda uchraydi.

Bunday rinogen reflektor buzilishlarga: bronxial astma, xiqildoq qisilishi, ko'z kasalliklarini bahzi turlari, yurak qon-tomirlar tizimi kasalliklari, bosh og'riqlari, reflektor yo'talish va aksa urishlar kiradi. Burun to'sig'ini qiyshayishi burun va burun atrofidagi ahzolariga tahsir etib turli o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Burundan xavo o'tishini uzoq vaqt buzilishi, ikkilamchi rinitlar, ayrim xollarda eshituv nayo va o'rta quloq (eshitishni pasayishi, quloqda shovqin), xamda

burun yondosh bo'shliqlari, ko'z yoshi chiqaruv yo'llarining faoliyatini buzilishiga olib kilishi mumkin. O'tkir va surunkali sinuitlar rivojlanishida burun to'sig'ini qiyshayishi katta o'rin egallaydi. Yoshlikda paydo bo'lgan burun to'sig'ini qiyshayishini belgilari keyinchalik yuzaga, chiqib turli ahzolarida asoratlar beradi. Ayrim bemorlarda, agar nafas yo'llari kengligicha qolganligi uchun, keskin qiyshaygan burun to'sig'i xech qanday shikoyatlar chaqirmaydi.

**Tashxis:** ayrim xollarda burun to'sig'ini qiyshayishini tashqaridan ko'rgan vaqtida aniqlash mumkin. Burunni kirish qismidagi qiyshiqlik burun uchini ko'tarib ko'rilganda aniqlanadi, qolgan xolatlarda rinoskopiya dan so'ng to'liq tashxis qo'yiladi. Kerak bo'lgan xollarda rinopnevmetriya o'tkazish orqali tashxisni tasdiqlash mumkin.

**Rinoskopiya** da burun to'sig'ini assimetriyasi ko'zga tashlanadi, bunda burun bo'shlig'ining qiyshaygan tomoni ikkinchiga tomonga nisbatan tor bo'ladi. Burun bo'shlig'ini to'liq ko'rib chiqish, turli bo'rtmalar va qiyshiqlik darajasini, ularni joylashgan yerlarini aniqlash maqsadida, avval shilliq qavatlar 5% efedrin yoki 0,1% adrenalin eritmasi surtilib, burun yo'llari keng ochilgandan so'ng tekshiriladi va davolashda jarroxlik aralashuvi kerak yoki kerak emasligi belgilanadi.

Oldingi rinoskopiya ga qo'shimcha qilib, orqanga rinoskopiya qilinadi: bunda dimog' suyagining orqa bo'limini qiyshiqlik darajasi, chig'anoqlarni orqa qismlarini va shilliq qavatlarini xolatini aniqlanadi.



**Rasm 26. Burun to'sig'i do'mbog'i.**

Rentgenologik tekshirishlar burun to'sig'ini qiyshayishida kam ma'lumotlarni beradi, lekin bu tekshirishlar yondosh bo'shliklarni xolatini aniqlashga yordam beradi.

**Davolash:** burun to'sig'ini qiyshayishini birdan bir davosi jarroxlik usulidir, bunda medial devorni qiyshaygan tog'ay va suyak qismini shillik ostidan



kesib olinadi. Jarroxlik Klian bo'yicha qiyshaygan tog'ayni shilliq osti usulida olib tashlash yoki Voyachek bo'yicha redressatsiya (tog'ayni aylanma kesish) qilinadi.

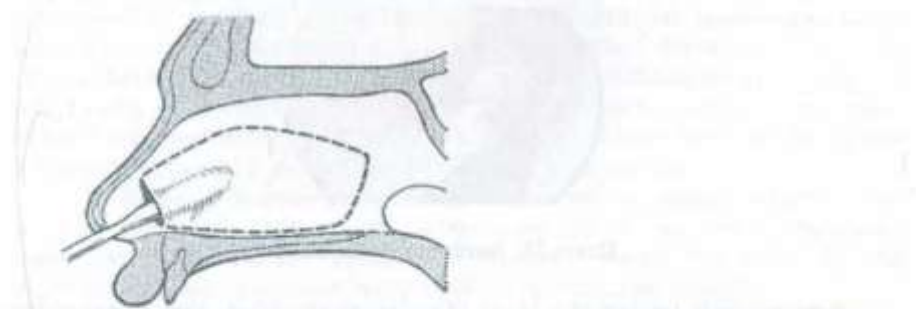
Jarroxlikka ko'rsatma bo'lib quyidagilar xisoblanadi: burun to'sig'ining qiyshayishi natijasida burun orqali nafas olishni qiyinligi yoki butunlay bo'lmasligi, kasallikni ikkilamchi asoratlari, reflektor nevrozlar, bosh og'rishi, ko'p aksa urish, yurak soxasida turli o'zgarishlar va ko'z yoshi yo'llarining to'silishi xisoblanadi.

Jarroxlik bemorni o'tirgan xolda juda kamdan- kam bemorni yotgan xolatida boshini biroz yuqori ko'tarilgan usulda o'tkaziladi.

Jarroxlik muolijasi boshlanishdan avval burun shilliq kavatiga 5% kokain va 0,1% adrenalin eritmasi surtiladi. Tog'ay usti pardasi ostiga 1% -5,0 novokain va 5 tomchi 0,1% adrenalin eritmasi o'prits orqali yuborib og'riqsizlantiriladi. Burun to'sig'i shilliq qavatini kesish yuqoridan pastga, yoysimon (yoyning bo'rtgan tomoni oldinga qarab) yoki to'g'ri burchak ostida orqadan tog'aygacha kesiladi, so'ngra raspator yordamida shillik qavat, tog'ay usti qavati bilan birga ajratiladi, keyin ajratilgan qavatlardan biroz o'tkazilib tog'ay kesiladi, bunda qarama-qarshi tomondagi tog'ay usti qavati butun qolishi kerak, aks xolda bu joyda teshik paydo bo'lib qoladi.

Tog'ay kesilgan joydan raspator bilan kirib nazorat ostida shillik qavat tog'ay usti qavati bilan ajratiladi, keyin kesilgan joyga Killiana oynasini (o'rtacha kattalikda) kirgiziladi, bunda tog'ay Killian oynasi qanotlari oralig'ida qolishi kerak. Belanjer pichog'i yoki ensiz skapelg' yordamida tog'ay kesiladi, avval kesish burun ustiga parallel xolda oldindan boshlanib orqaga suyak qismigacha boriladi, burun usti cho'kib qolmaslik uchun devorni yuqori qismidan 0,5sm qoldiriladi. Keyin pastdan, burun tubi bo'ylab kesiladi va qiyshaygan suyak qismi Bryunings qisqichi yordamida olib tashlanadi. Tog'ay kesib olingandan so'ng shilliq qavatlar o'z o'rniga keltirilib, ikki tondan yog' shimdirilgan dokali tampon qo'yiladi.

Qiyshaygan burun medial devorini jarroxlik bilan davolashga qarshi ko'rsatmalar: shillik kavatlarni kuchli darajadagi atrofiyasida, qon kasalliklari, o'tkir respirator kasalliklar, burun chipqoni, burun sikozi kabi kasalliklari xisoblanadi.



Rasm 27. Burun medial devorini qiyshiq qismni kesib olish jarayoni

Biyyigzimon va taroqsimon bo'rtmalarda esa shilliq qavatlar yaxshilab ajratilgandan so'ng stameska yordamida bo'rtgan joy kesib tashlanadi. Agarda bo'rtmalar olib tashlangandan so'ng, ajratilgan shilliq qavat yana o'z joyiga, tog'ay

va suyak ustiga tekkis joylashsa, jarroxlikni tugatish mumkin. Jarroxlik oxirida burun bo'shlig'ining ikkala tomoniga elastik tamponlar (yoki dokali pilik) qo'yiladi, bunda ikkala tomonga bir xilda qo'yilgan tampon shilliq qavat varaqlarining tezda bir-biriga yopishib bitishiga olib keladi. Burun bo'shlig'idagi tamonni 24 soatdan so'ng olib tashlanadi, keyingi kunlarda burunga tomir-toraytiruvchi dorilarini tomiziladi va yog'lar shimdrilgan dokali tamponlar qo'yiladi. Burun bo'shlig'ida xosil bo'lgan shilimshiq ajralma va qasmoqlar yaxshilab yog' bilan yumshatilib tozalab turiladi. Yuqorida keltirilgan jarroxlik usulidan tashqari, burun to'sig'ini qiyshiqiligini to'g'rilash uchun bir qancha usullar mavjud: bular Voyachek usuli bo'yicha aylanmasimon (redressatsiya) qilish, burun to'sig'ini qisman olib tashlash, M. F. TSitovich usuli bo'yicha medial devorni vaqtincha olish. Keyingi keltirilgan jarroxliklar amaliyotda kam qo'llaniladi, asosan hozirgi kunda biz yoritgan Killiana usuli ishlatiladi. Ayrim xollarda burun yondosh bo'shliqlarida (asosiy suyak bo'shlig'ida), burun-xalqumda o'tkaziladigan jarroxlikda xam burun orqali borishda medial devor qisman olib tashlanadi.

**Asoratlari:** burun to'sig'ida o'tkazilayotgan jarroxlik vaqtida va jarroxlikdan keyin asoratlari, ertangi asoratlari - xushidan ketish, burundan qon ketishi, burun to'sig'ini teshilishi, jarroxlikdan so'ngi qon quyilishi, shilliq qavatni shishi, ko'z soxasini yallig'lanishi kiradi.

Kechki asoratlari – tashqi burun cho'kib, shaklini o'zgarishi, (burunni uchki qismini yoki burun qirrasini cho'kishi), atrofik rinit, atrofik jarayon natijasida burun to'sig'ini kechikib teshilishi, burun to'sig'ini yon devorlar bilan yopishib qolishi (sinexiya).

## BURUN TO'SIG'IGA QON QUYILISHI VA ABSTSESSI

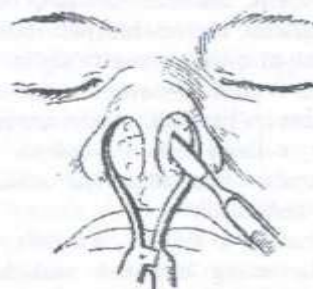
Burunnig tashqaridan lat yeyishi (burunga zarba yetish, yosh bolalarda esa yiqilib burun bilan urilishi), ko'pincha burun to'sig'ining shilliq osti qavatiga qon quyilishi – gematoma xosil bo'lishiga olib keladi. Ayrim virusli (tumov va rezanda) kasalliklarda xam bunday qon quyilishi kuzatiladi.

**Bemorni shikoyatlari** qon quyilishi ko'prok burun bo'shlig'ini medial devorini tog'ay qismida kuzatiladi. Agar qon quyilishi bir tomonlama bo'lsa bemorlarni ko'p bezovta qilmaydi, ikki tomonlama va ko'proq xajimda qon quyilganda, burun to'sig'i shishib, yo'llar torayib burundan nafas olish qiyinlashadi. Keyinchalik qon quyilgan joyga infektsiya tushishi xisobiga yiringli jarayon rivojlanadi va bemorlarda burunda og'ir, isitmani ko'tarilishi, bosh og'rig'i paydo bo'ladi, nafas olishni qiyinlashuvi kuchayadi. Ayrim xollarda tashqi burun terisi xam qizarib shishadi.

**Rinoskopiyada** burun uchi barmoq bilan ko'tarib ko'rilganda bo'shlig'ni medial devorini tog'ayli qismida, shilliq qavatini chegarlangan qizarib bo'rtgani (gematoma) ko'rinadi, shish xisobiga burun yo'llari toraygan. Tugmasimon zond bilan bosib ko'rilganda gematoma yumshoq va og'riqli bo'ladi.

**Davolash** bemorlar kasalxonadi yotib davolanadi, asosan burun medial devori bo'rtgan joydan punktsiya qilinib qon so'rib olinadi, ikkilamchi yiringli yallig'lanishni oldini olish maqsadida antibiotik eritmasi yuboriladi va burunga ikkala tomonidan bosib turuvchi dokali tampon qo'yiladi. Ichishga antibiotiklar va sulg'fanilamid dorilari tavsiya qilinadi.

Quyilgan qonga infeksiyani tushib yiringli jarayonga aylanib **abstsess** rivojlansa, bo'rtgan joyidan kesilib yiring chiqariladi va tampon qo'yiladi.



**Rasm 28. Burun medial devori abstsessini ochish**

Agar jarayon ikki tomonlama bo'lsa, kesish ikkala tomondan xam amalga oshiriladi, faqat kesish joylari bir-biriga to'g'ri bo'lmasligi shart, aks xolda tog'ay qismida teshik xosil bo'lib qoladi. Kesib yiring chiqarilgach, abstsess antibiotik eritmasi bilan yuvilib rezinali drenaj qo'yiladi. O'z vaqtida davolash olib borilmaslik natijasida burun medial devorini tog'ay qismini yiringli yallig'lanishiga, keyinchalik devorda doimiy teshik xosil bo'lishiga, xamda tog'ay qismi yemirilib, tashqi burunni cho'kib qolishiga olib keladi.

Bemorlarga ko'shimcha ravishda antibiotiklar, sulg'fanilamid dorilari va fizioterapevtik muolijalar buyuriladi.

#### **BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINING JAROXATI**

Burun yuzining kosmetik jixatdan shakillatiradigan asosiy ahzoldan xisoblanadi. Boshqa ahzolariga qaraganda burun yuz soxasida bo'rtib chiqanligi uchun xam, yuzdagi jaroxatlarni 55-60% xolatlarda tashqi burun albatta shikastlanadi. Tinchlik vaqtlarda burunni lat yeyishi transportda, sportda, ishlab chiqarishda va turmush xodisalarida ro'y beradi. Burun jaroxatini xolati, uni og'ir yoki yengilligi urilgan kuchga, uni yo'nalishiga, urilgan joyga, urilayotgan jismni xolatiga va jaroxat oluvchini yoshiga bog'lik bo'ladi.

Burunning lat yeyishi natijasida tashqi burun shaklini o'zgarishi, bahzan burun faoliyatini buzilishi va turli kosmetik nuqsonlarga olib keladi. Tashqi burunni jaroxatdan keyingi nuqsonliklarini amaliyotda A.E.Kitsera va A.A.Borisov (1993) tomonidan taklif qilingan siniflanish bo'yicha o'rganiladi.

Rinoskolioz-tashqi burunni yon tomonga qiyshayishi



Rinokifoz- burun qirrasini do'mbog'ligi  
 Rinolordoz- burun qirrasini cho'kib qolishi  
 Platiriniya- tashqi burun yapaloq bo'lib qolishi  
 Broxiriniya -o'ta keng burun  
 Leptoriniya -o'ta tor burun  
 Molliriniya -o'ta egiluvchan yumshoq burun



Rasm 29. Tashqi burunni jaroxatdan so'ng turlicha sinishi

Jaroxatda o'z vaqtda ko'rsatilgan to'g'ri va tez yordam keyinchalik o'tkazilishi kerak bo'lgan murakkab kosmetik jarroxlilarni oldini oladi. Jaroxatni xolatiga qarab burunni yumshoq to'qimalari yirtilishi yoki bir vaqtda tog'ay va suyak asosini sinishi mumkin. SHuning uchun xam lat yeyishi quyidagilarga bo'linadi:

ezilish

yumshoq to'qimalarni yirtilishi

tog'ay, xamda suyaklarning oddiy yoki murakkab sinishi

yuzning to'mtoq lat yeyishi

burun va burun yondosh bo'shliqlarining yopiq jaroxatlanishi va boshqalarga bo'linadi.

Lat yeyishda ko'pincha burun suyaklari va burun medial devori, kamdan-kam xollarda peshona suyagi, yuqori jag' suyagini peshona o'simtasi va burun yondosh bo'shliqlari devorlari jaroxatlanadi. Burun suyaklari qirrasidagi ozgina sinishi tashqaridan ko'rilganda shaklini sezirarli darajada o'zgartirmasligi mumkin, shuning uchun jaroxatni xolatini aniqlash maqsadida burunni lat yegan qismi paypaslanada va ushlab ikki tomonga xarakatlantiriladi, shunda singan suyaklarni bir-biriga ishqalanish natijasida o'ziga xos ovozi beradi (krepitatsiya), bundan tashqari burunni yon tomondan qo'shimcha rentgenologik tekshirish, suyakni singanligidan darak beradi.



**Rasm 30. Jaroxat natijasida burun suyagini sinishi (rentgenogramma)**

Burunni lat yeyishida agar jaroxat to'g'ridan (oldi tomondan) berilgan bo'lsa, burun qirrasini uzunasiga sinib, cho'kib qoladi, shuning bilan birga burun bo'shlig'ini medial devori tog'ay qismini, bahzan suyagi qismini ham sinib qiyshiyishi, xatto shilliq osti qismiga qon quyilishi kuzatiladi.

Bolalarda bunday xollarda suyak choklarining mustaxkam yopishmaganligi sababli burun suyaklari va peshona suyagini burun o'simtasini o'rtasidagi chokdan ajralib ketishi mumkin, bunda burun shakli buzilib, qirrasining juda sezilarli darajada cho'kishiga sabab bo'ladi. Qattiq jaroxat olinganda yuqori jag' suyagini peshona o'simtasini va burun yondosh bo'shliqlarini (asosan yuqori jag' suyagi va peshona suyagi bo'shliqlari) oldingi devorlari ham sinishi mumkin. Burun jaroxatlari ko'pincha burun va ko'z atrofi terisi ostiga qon quyilishi "ko'z oynak" belgisi bilan kechadi.

Agar jaroxat tufayli g'alvirsimon suyak katakchalari sinib, shilliq qavatlarini yirtilgan bo'lsa, unday xolda teri ostiga xavo kirib, emfizema rivojlanganidan darak beradi. Paypaslab ko'rilganda xavo emfizemasini o'ziga xos "qorni bosilgandagi kabi" ovozi (krepitatsiya) seziladi.

Burunni yondosh bo'shliqlari jaroxatida ayniqsa peshona suyagi bo'shlig'ini jaroxatida, g'alvirsimon suyak plastinkasi, bosh miyani oldingi qismlarini va ko'zni lat yoyishi bilan davom etadi. Burun yondosh bo'shliqlarini jaroxati ko'pincha bosh miyani lat yoyishi, miya chayqalishi va bemorlarni ma'lum muddatga xushidan ketishiga olib keladi. Og'ir jaroxatlarda bemorlar bosh aylanib, bexush bo'ladi,

ko'ngli aynib qayt qiladi, turli bosh miyani qo'zgalishiga xos belgilar - engsa mushaklarini qotib qolishi, Kernig va Brudzinskiy belgilari paydo bo'ladi. Ayrim xollarda ko'z atrofida, qovoklarda, yanoq soxasi terisi ostida emfizema xosil bo'ladi. G'alvirsimon suyak katakchalari jaroxatida miyani pardasini yirtilishi bilan davom etsa, jaroxatni birinchi kunlarida, burun orqali qonga aralash miya suyuqligi xam qo'shilib chiqadi, bunda burundagi ajralma tomchisida **ikki qator xalqa** belgisi, yahniy ichkaridagi qon xalqasi atrofida tashqi tiniq xalqa bo'ladi, burundan qon ketishi to'xtagandan so'ng burundan tiniq suyuqligi oqishi davom etadi, agar tekshirilganda suyuqlik tarkibida glyukoza aniqlanishi, uni miya suyuqligidan darak beradi. Yuqoridagi belgilarga qo'shimcha xid bilish pasayib qoladi.

**Jaroxatdan so'ng bemorlarni shikoyatlari:** Bemorlarni shikoyatlari olingan jaroxatlarni xolatlariga bog'liq bo'ladi. Agar jaroxat murakkab bo'lib bosh miyani og'ir chayqalishi bilan kechsa bemorlar ko'pincha bexush xolda bo'ladi. Oddiy jaroxatlarda esa birinchi daqiqalarida burundan qon ketishi bezovta qiladi. Bahzan qon ketishi yengil bo'lib, o'z-o'zidan to'xtab qolishi mumkin yoki xayot uchun xafli darajada kuchli qon ketishi kuzatiladi. Agar jaroxat bosh chayqalishi bilan kechsa bemorlarda bosh og'rig'i, ko'ngil aynib qayt qilishi kuzatiladi. Keyingi kunlarda yumshoq to'qimalarni shishi xisobiga burun soxasida og'riq, burundan nafas olishni qiyinlashuvi paydo bo'ladi.

SHikoyatlardan biri tashqi burunni qiyshayib qolishiga bo'ladi, agar burunga jaroxat to'g'ridan berilgan bo'lsa, tashqi burun cho'kib qoladi (egarsimon burun-ronolordoz), yon tomondan urilsa qarshi tarafga qiyshayib (rinokifoz) qoladi.

**Rinoskopiya**da ko'rilganda tashqi burunni qiyshiqqligi, yumshoq to'qimalarida kesilgan, yirtilgan yoki ezilgan jaroxatlar, teri ostiga qon quyilishlar ko'zga tashlanadi. Tashqi burunni turlicha qiyshayishi, burun bo'shlig'ini medial devorini qiyshayib lateral devoriga yopishib qolishi yoki sinishi, xamda burun yo'llarini torayishi aniqlanadi.

Tashqi burunning yon tarafga qiyshayishi (qiyshiq burunlik) burun cho'kishiga nisbatan ko'prok uchraydi, bunda burunni urilgan tomonga qarama-qarshiga qiyshayishi kuzatiladi.

Burun bo'shlig'ining shilliq qavatlarni shikastlanishi, tashqi jaroxat natijasida sodir bo'ladi (singan suyaklar va tog'aylar siljishi natijasida shilliq qavatlar shikastlanadi). SHilliq qavatning bevosita lat yeyishi o'tkir jismlarni (qalam, temir parchasi, gugurt donasi va boshqalar) burun teshiklari orqali kirganda yuzaga keladi. Burun yo'llari qotgan qonlar bilan to'lgan.

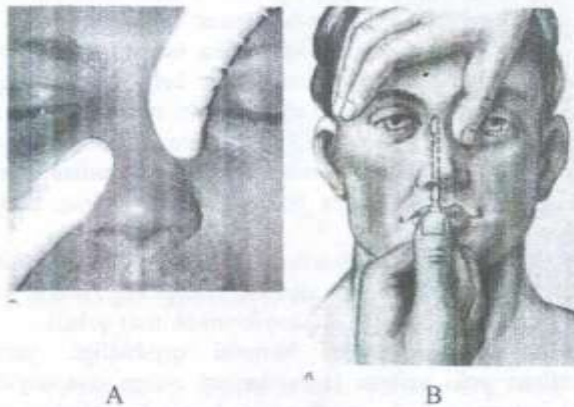
**Tashxis qo'yish** bemor shikoyatiga, burunni tashqi ko'rinishi, paypaslash, rinoskopik va rentgenologik, MRT tekshirishlar natijalariga asoslanadi.

**Davolash:** Davolash jaroxatni katta kichikligi, uni xajmi, jaroxat turi, bemorni yoshiga va uni jaroxat vaqtidagi xolatiga bog'liq bo'ladi. Agar bemorda burun jaroxati bilan birganlikda xayotga xavf soladigan boshqa, og'ir xolat kuzatilsa avval shu xavfni bartaraf etilgandan so'ng, burun jaroxati bilan shug'ullanadi.

Tashqi burunni shikastlanishi qon ketishi bilan davom etsa, birinchi yordam burundan qon ketishini to'xtatishdan iborat bo'ladi. Burundan qon ketishini to'xtatishiga bog'liq masalalar burundan shu masalaga tegishli mavzusida batafsil



bayon etilgan. Terini butunligi buzilib, yirtilgan, kesilgan yoki ezilgan jaroxatlar albatta birinchi jaroxligi tozalovi o'tkaziladi, yaralar qirg'oqlari tekislanadi, tikiladi, bog'lov qo'yiladi va qoqsholga qarshi zardob yuboriladi. Agar burun suyaklari sinib, tashqi burun qiyshayib qolgan bo'lsa avval uni to'g'rilab, so'ngra burunga dokali pilik tiqiladi. Bunday dokali piliklar birinchidan qon ketishini to'xtatsa, ikkinchidan to'g'rilangan tashqi burunni, qayta qiyshayib qolmasdan to'g'ri bitishiga yordam beradi. Tashqi burundagi kichkina jaroxatlar, birlamchi jarroxlik tozalovi o'tkazilgandan so'ng xech qanday aralashuvisiz xam nuqsonsiz yaxshi bitadi.



**Rasm 31. Tashqi burun deformatsiyasini A qo'l bilan, B elevator yordamida to'g'rilash**

Agar jaroxat katta va jarroxlik choki qo'yilishi zarur bo'lsa, iloji boricha yaxshi kosmetik natija olish uchun (teri maydalanib yirtilganda xam imkon darajada saqlab qolishga xarakat qilinib o'z o'rinlariga qayta tikilash zarur) xarakat qilinadi. Burunni biror qismida uzilish bo'lsa, o'z o'rniga faqatgina tashqi qirg'oklarga to'g'rilanib emas, xatto burun bo'shlig'i qirg'oqlariga xam to'g'rilanib tikiladi, aks xolda keyinchalik burun yo'llarini ikkilamchi torayib qolishi mumkin.

Burun qiyshiqqligini bartaraf etish qisqa muddatli umumiy og'riqsizlantirishdan so'ng to'g'rilanadi, agar shikastlanish yangi bo'lsa xech qanday og'riqsizlantirishsiz to'g'rilanadi, buning uchun qiyshaygan tomondan qarama-qarshi tomonga barmoq bilan yoki maxsus Yu.N.Volkov elevatori yordamida bosiladi, suyak to'g'rilanganda o'ziga xos tovush eshitiladi va tashqi burun avvalgi xoliga keladi.

Kech murojat qilinganda, agar tashqi burun bilan birga burun bo'shlig'ini medial devori xam birgalikda qiyshaygan bo'lsa, avval maxalliy og'riqsizlantirilib, tashqi burun to'g'rilanadi, so'ngra medial devorini maxsus elevatorni burun bo'shlig'iga kirgizib, to'g'rilanadi. To'g'rilangandan so'ng, shunday xolatda ushlab turish uchun burun bo'shlig'iga dokali tampon qo'yiladi, tashqi burunni ikki

tomoniga 2-3 kunga, maxsus ushlab turuvchi dokali yostiqlar qo'yilab boglov qilinadi. Ayrim xollarda burun qiyshiqligi ancha vaqt o'tib shakillangan bo'lsa, shaklini avvalgi xoliga keltirish uchun plastik jaroxlik o'tkaziladi. Agar jaroxat miya suyuqligi oqishi bilan davom etsa, bu xolat g'alvirsimon suyakni sinishi va miya pardasini yirtilishidan darak beradi, bunday xolda burunga aseptik turunda qo'yiladi, ikkilamchi asoratni oldini olish maqsadida antibiotiklar, bosh miya bosimini pasaytiruvchi gipotenziv dorilar tavsiya qilinadi. O'tkazilgan muolijalardan foyda bo'lmasa jaroxat plastik usulda berkitiladi.

Burun yondosh bo'shliqlari jaroxatlarida, ko'pincha bemorlar shok xolatida bo'ladi, shuning uchun bunday xollarda birinchi navbatdagi tadbir ularni shu xolatdan chiqarishga, nafas olish buzilgan bo'lsa uni tiklashga qaratilgan bo'ladi. Jaroxatdan so'ng burun yondosh bo'shliqlaridan yiring ajralishi kuzatilsa qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilib (rinoskopiya, endoskopiya, rentgenologik tekshirishlar) kerak bo'lsa, bo'shliqlar ochilib qayta tozalov o'tkazish zarur. Ayrim xollarda peshona suyagi bo'shlig'ini jaroxatida, burundan miya suyuqligi oqishi kuzatiladi, bunday vaqtda albatta bo'shliq ochilishi, uni to'liq tekshirish zarur. Aniqlangan patologik o'zgarishlar bartaraf etiladi, suyak siniqlari joyiga qo'yiladi, bo'shliqda xosil bo'lgan ajralmalarni chiqishini yengillashtirish maqsadida uzoq muddatga rezinali drenaj qo'yiladi. Agar bosh miyani qattiq pardasi yirtilgan bo'lsa, birlamchi jaroxlik tozalovini o'tkazilgandan so'ng, miya pardasi ketgut bilan tikiladi, drenaj qo'yilib burun bo'shlig'iga tutashtiriladi.

Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini ko'z kosasi devori singan bo'lsa, tozalov o'tkazilgandan so'ng, bo'shliqqa rezinali balon kirgizilib, uni xavo bilan to'ldirish yo'li orqali singan devor o'z o'rniga keltiriladi. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi dorilar tavsiya qilinadi.

### **BURUN BO'SHLIG'INI YOT JISMLARI**

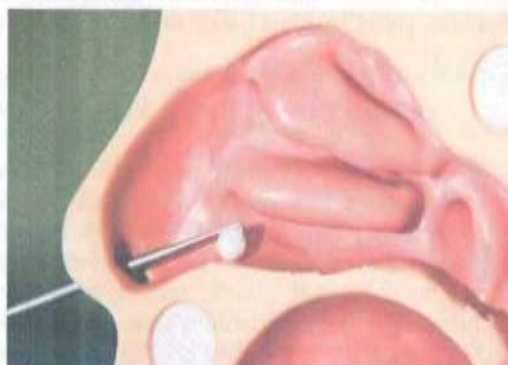
Burun bo'shlig'idagi yot jismlar ko'proq bolalarda uchraydi, chunki ular o'zlari o'ynagan xolda burniga turli jismlarni (munchok, tugma, tanga, no'xot yoki loviya va boshqa narsalarni) tiqib olishadi. Katta yoshdagilarda esa yot jismlar asosan jaroxat vaqtida (urush vaqtida, ishlab chiqarishda, sportda) tushib qoladi. Ayrim xollarda esa burunda tirik (zuluk, turli qurtlar, kanalar va xashorotlar) jonizotlar uchrab turadi. Ruxiy bemorlarda o'zlari anglamagan xolda burniga turli narsalarni tiqib olishi mumkin. Kasbga bog'liq yot jismlar tsement, paxta, metal parchasi va kon sanoatlaridagi chiqindalarni burunga tushib to'planishi, so'ngra atrofida rinolitlar (burun toshlari) xosil bo'lishi xolatlari kuzatiladi. Tishlarni rivojlanish jarayonini buzilishi natijasida, ular burun bo'shlig'iga yoki yuqori jag' suyagi bo'shlig'iga yot jism sifatida o'sib kirishi mumkin. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini yot jismlari, bahzan shifokorlar tomonidan o'tkazilgan muolijalar vaqtida esdan chiqarib qoldirilgan turli dokalar, paxtalar, tish plombalari xam bo'lishi mumkin.



Burun bo'shlig'iga tushgan yot jismlarni o'z vaqtida olib tashlanmasa burun shilliq qavatining surunkali yiringli yallig'lanishiga, atrofiga granulyatsiya xosil bo'lishiga, keyinchalik esa, asoratlanib ikkilamchi burun yon bo'shliqlarining yallig'lanishiga olib keladi.

**Bemorni shikoyatlari** asosan tushgan yot jismni xolatiga, shakliga, xajmiga va tushgan muddatiga bog'liq bo'ladi. Dastlabki shikoyat burunda yot jism borligi, burundan nafas olishni qiyinligiga bo'ladi. Keyinchalik vaqt o'tishi bilan burundan qon aralash yiring ajralishiga va burunda yoqimsiz xid kelishiga, xid bilish qobiliyatini pasayishiga, bosh og'rig'iga, burundan qon ketishiga shikoyat qiladilar. Yosh bolalar burunda yot jism borligiga shikoyat qilishmaydi, ko'picha ularda bir tomonidan nafas olishni buzilishi, burundan sassiq xid kelib, qon aralash yiring ajralishi kuzatiladi. Bunday xollarda o'tkazilgan tekshirishlar burunda yot jism borligini aniqlaydi.

**Rinoskopiya** Uzoq vaqt turib qolgan yot jismlar burun shilliq qavatlarida yallig'lanish keltirib chiqaradi, shuning uchun xam shilliq qavatlar qizargan, shishgan, burun yo'llarida ko'p miqdorda shilimshiq aralash yiring bo'ladi. Ayrim xollarda yot jism granulyatsiya bilan qoplanganligi tufayli o'smaga o'xshab ko'rinadi, shuning uchun xam uni aniqlash qiyin bo'ladi. Bunday xollarda uchi to'mtoq zond bilan tekshirib aniqlash mumkin. Bahzan burunda turib qolgan yot jismlar atrofiga fosfor va kalg'tsiy tuzlari to'planib, toshlar (rinolitlar) xosil qiladi. Bunda yot jismlarni o'smalardan ajratish maqsadida kasallik tarixi mukammal o'rganiladi, endoskopiya, kontrast rentgenografiya o'tkazish yot jism xaqida, uning joylashuvi to'g'risida aniq ma'lumot beradi.



**Rasm 32. Burundan yot jism maxsus ilgak yordamida olish.**

**Davolash:** burunning oldingi qismidagi yumshoq va kichkina jismlar burunni qoqish vaqtida chikib ketadi. Uzoq turib qolgan va katta yot jismlarni maxsus asboblarda yordamida olib tashlanadi. Muolijadan avval burundagi shilimshiq ajralmalar so'rg'ich yordamida tozalanadi, burunga qon tomir toraytiruvchi dorilar



tomizilib yo'llari ochiladi,so'ngra 2% dikain yoki 10% lidokain sepilib og'iqsizlantiriladi. Yuzallari silliq yot jismlar ilgakli zondlar yordamida olinadi, shakli cho'zilgan yot jismlar polip olishga mo'ljallangan sirtmoq yordamida olinadi. Tangalar,tugmalar va yassi jismlar burun korntsagi orqali olinadi. Agar katta rinolitlar bo'lsa ular burun korntsaglari yordamida maydalanib olinadi.

### RINOLITLAR

Rinolit bu burun bo'shlig'ida xosil bo'ladigan va organik tuzlardan tashkil topgan toshlardir. Ular burundagi ajralmalardagi tuzlarini cho'kib to'planishi xisobiga xosil bo'ladi. Tarkibi karbonat, fosfat va neorganik tuzlardan iborat. Ko'pincha rinolitlar burunga tushgan yot jismlar atrofida to'planadi va asosan pastki burun yo'lida joylashadi.

**Kasallikni belgilari:** Rinolitlarni xajmiga,joylashgan o'rni, konsistentsiyasiga va yuzasini xolatiga bog'liq bo'ladi. SHikoyatlar burunni yot jismidagi belgilarga xos bo'lib, asosan burundan nafas olishni qiyinligi, sassiq xid kelishi, shilimshiq aralash yiring ajralishiga, bosh og'rig'iga bo'ladi. Agar rinolitni yuzasi o'tkir bo'lsa, shilliq qavatga sanchilishi xisobiga, burunda og'riq paydo bo'ladi.

Burun yo'llarida uzoq vaqt turgan rinolitlar, nafaqat burun yo'llarida, balkim, burun yondosh bo'shliqlarida xam ikkilamchi yallig'lanishlar keltirib chiqaradi.

**Rinoskopiya**da-burun shilliq qavatlari qizarib shishigan, burun yo'llarida shilimshiq aralash yiringli ajralma ko'rinadi. Odatda rinolitlarni xajmi loviya yoki no'xatlar xajmida bo'ladi, ammo ayrim xollarda tovuq tuxumi kattaligidagilar xam uchrab turadi. Burundagi rinolitlar tarkibiga mos bo'lib, rangi och pushtidan to'q jigarrangida bo'ladi. Agar rinolit atrofida granulyatsiya o'sib qoplab qolgan bo'lsa, tashxisda oddiy polipga o'xshatish mumkin. SHuning uchun xam tekshirish vaqtida burun yo'llari barcha ajralmalardan tozalanib, qon tomir toraytiruvchi dorilar tomizilgandan so'ng diqqat bilan qayta ko'rish lozim.

**Tashxis** kasallik tarixi, rinoskopik ko'rish, zond bilan paypaslash va rentgenologik tekshirishlar natijalariga asoslangan xolda qo'yiladi. **Davolashda** kichik xajmdagi rinolitlar oddiy ilgaksimon zondlar yordamida olib tashlanadi. Katta rinolitlar burun bo'shlig'ida maydalanib olinadi, agar maydalashni iloji bo'lmasa Rouge jarroxlik usuli bilan olinadi.

### BURUNDAN QON KETISHI (E'istaxis)

Burundan qon ketishi inson xayotida ko'p uchraydigan va ayrim xollarda xayotga xavf tug'diradigan kasalliklar qatoriga kiradi. Turli sabablarga ko'ra burundan qon ketishi, burun bo'shlig'ini qon tomirlar bilan boy tahminlanganligidan darak beradi, ammo xar doim xam qon ketishni sababchisi burun bo'shlig'idagi o'zgarishlar xisoblanmaydi. Qon ketishni 85% tanani boshqa joylaridagi o'zgarishlar xisobiga bo'lsa, 15% xollarda burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari

xisoblanadi. Bundan tashqari qizilo'ngach, oshqozon va burun-xalqumdagi o'smalardan chiqayotgan qonni, burun orqali ajralishini xam xisobga olish zarur.

Burundan qon ketishini sababi maxalliy (20%) va umumiy (80%) bo'ladi.

#### **Maxalliy sabablarga ko'ra qon ketishi**

- burun bo'shlig'ida o'tkaziladigan jarroxlikdan so'ng.
- turli jaroxatlarda burunni lat yeyishi natijasida qon ketishi (buruning yengil jaroxatlanishidan so'ngi yoki, bemor o'zi barmoqlari bilan burunning kovlab shikastlash xisobiga qon ketishi).
- burun bo'shlig'idagi turli yarali jarayonlar, qon ketishi bilan kechadigan o'smalar.
- shilliq qavatlarining yallig'lanishi natijasida qon ketishi

**Umumiy sabablarga ko'ra qon ketishi** ayrim ahzolari kasallanishi natijasida burundan simptomatik qon ketishi kuzatiladi, bular

- xafaqon kasalligi (80% xollarda)
- ateroskleroz
- qon kasalliklari ( gemofiliya, politsitopeniya, trombopeniya, leykemiya, agranulotsitoz, Verlg'gof kasalligi, Barlov kasalligi)
- nefrit
- jigar tsirrozi
- yurak nuqsoni
- yuqumli kasalliklar
- burun va burun xalqumdagi o'smalar (o'smirlar angiofibromasi)
- jismoniy va ruxiy zo'riqishda qon ketishi
- xavo bosimning o'zgarishi (tog' kasalligi, Kesson kasalligi) sabab bo'ladi.

Burundan qon ketishning maxsus shakllaridan yana biri **vikar** (o'rindosh) qon ketishidir. Bunda xayz ko'rish kunlarini ketma-ketligi buzilganda, xayz qoni muddatida ketmasdan uning o'rniga burundan qon ketishi kuzatiladi. Bunday xollar o'smir qizlar o'rtasida uchraydi.

Burun bo'shlig'i qon bilan boy tahminlangan, ayniqsa medial devorini oldingi tog'ayli qismida arterial qon tomirlar o'zaro tutashib, qon tomirlarda to'ri (anastamoz) xosil qiladi, bunday tomirlar medial devor arteriyasi (a. nasalis se'ti), katta tanglay arteriyasi (a. 'alatina major), oldingi g'alvirsimon arteriya (a. etmoidalis anterior) va yuqori lab arteriyasi (a. labialis su'erior) tarmoqlaridir. Bu joyni kon ketuvchi (Kisselbax maydoni) maydon deb yuritiladi va eng ko'p qon ketishi 90-95% gacha shu joydan, 6-8% esa burunni o'rta va orqa tomonlaridan kuzatiladi. Kisselg' bax maydondan qon ketishi tezda to'xtaydi, shuning uchun xavfli xisoblanmaydi. Jaroxatdan so'ngi qon ketishi ancha xafli xisoblanadi, chunki jaroxatda ko'pincha qanotsimon-tanglay va ko'z arteriyalari jaroxatlanadi, undan tashqari bunday sababdan qon ketishi tez va uzoq qaytalanishga moyil bo'ladi

**Kasallikni belgilari** Burundan qon bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin, ayrim xollarda bir tomondan ketayotgan qon burun-xalqum orqali ikkinchi tomondan xam chiqishi mumkin. Ayrim bemorlarda burundan qon ketishdan oldin bosh og'rishi, bosh aylanashi, quloqda shovqin va ko'zlarni jimirlashi kabi belgilar kuzatiladi. Ozigina qon ketishda bemorlarda deyarli xech qanday klinik



o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bir marotaba 500ml. miqdorda qon ketishi katta odamlarda rangini oqarishi, yurak urishini tezlashishi (80-90 ta uradi, qon bosimi 110/70 mm.s.u.), quloqda shovqin paydo bo'lishiga va qon bosimni pasayishiga olib keladi, yosh bolalarda esa bu miqdordagi qon yo'qotish og'ir kechadi. Ko'p miqdorda qon ketganda, bemorni xayotiga xavf tug'iladigan o'zgarishlar – bemorni rangi oqarishi, yurak urishini tezlashishi, xushdan ketishi, agar yutilib oshqozonga tushgan bo'lsa qon qayt qilish, axlatni qorayishi kabi belgilar kuzatiladi. Og'ir qon ketishlarda, jarayon bemorni o'limi bilan tugallanishi mumkin.

Buruni oldingi qismidan qon ketishini tashxisi qiyin emas, shikastlangan tomirni va joyini aniqlash uchun burun bo'shlig'ini to'lib turgan qondan tozalab ko'rish mumkin. O'rta va orqa bo'limlaridan qon oqishi xavfli xisoblanadi, chunki bu yerdagi qon tomirlar xajim jixatidan ancha yo'g'on, bundan tashqari burundagi to'plangan qonni tozalab, qon ketayotgan joyni aniqlash va bu joylarga yetib borib birorta muolija o'tkazish ancha mushkul.

Ayrim xollarda qonni haqiqiy ketayotgan miqdorini aniqlashni iloji bo'lmaydi, bunday xolatlar asosiy kasallik natijasida (ko'pincha yuqumli kasalliklarda) bemorlar ko'pincha yotgan xolatlarda bo'lganda yoki ular bexush xollarda, burundan ketayotgan qon, ko'pincha ichkariga yutilib ketadi va burun orqali oz miqdorda chiqadi.

Bunday xollarda xatoga yo'l qo'ymaslik uchun bemor sinchiklab tekshirilishi zarur, burun-xalqum doimo nazaratda bo'lishi kerak. Bemor ko'p qon yo'qotganda tez-tez xushini yo'qotadi, qon bosimi pasayib, teri rangi oqarib boradi, tomir urishi tezlashadi va yutilgan qonni qayt qiladi. SHuning uchun darhol qonni umumiy taxlilini o'tkaziladi va qon ketish joyini aniqlash uchun qayta-qayta rinoskopiya qilinadi. Qon ketishi to'xtaganligiga to'liq ishonch xosil qilish maqsadida mezofaringoskopiya qilib halqumni orqa devori tozaligi ko'riladi. Yuqoridagi tekshirishlar natijalariga asolanib tashxis qo'yiladi

**Tashxis** qiyinchilik tug'dirmaydi, qaysi tomondan qon ketayotganligini bilish uchun bemorning boshi biroz oldinga qarab egiladi va qon ketayotgan tomon aniqlanadi. Ko'p miqdordagi qon ketishida (1 litr va undan ko'proq) burun bo'shlig'ini qon bilan to'lib, qon ketayotgan joyni aniqlashni imkoni bo'lmay qoladi, bunda bemorni boshi biroz orqaga ko'tariladi, burun ichi qondan tozalanadi va qon ketayotgan joyni aniqlash imkoni tug'iladi. Agar qon ketayotgan manba aniqlanmasa, extiyotkorlik bilan vaqtinchalik tampon qo'yiladi (dokali pilik 3% perekis vodorod eritmasiga yoki adrenalin yoki efedrin yoki trombin eritmalaridan biriga shimdirilib qo'yiladi) shu yo'l bilan ketayotgan qonni to'la yoki qisman to'xtashi mumkin. Sekin pilikni olgach burun bo'shlig'ining tubi sinchiklab tekshiriladi va qon ketayotgan joy aniqlanadi.

Burundan qon ketishning oqibati: agar qon oz miqdorda ketib uzoq vaqtdan so'ng qaytalanadigan bo'lsa, bemorni umumiy axvoliga tahsir ko'rsatmaydi. Ko'p miqdorda tez-tez qon ketishi o'tkir kamqonlik va ikkilamchi anemiyaga olib keladi.

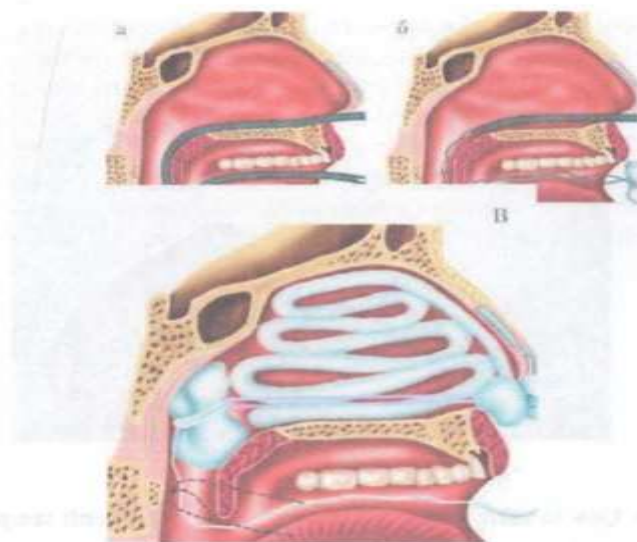
**Davolash:** Birinchi navbatdagi tadbir qon ketishiga olib keluvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Qo'llaniladigan davolash tadbirlari ikki



yo'nalishda bo'lishi shart, birinchisi ketayotgan qonni to'xtatish va ikkinchisi uni qaytalanmasligini oldini olishga qaratiladi.

Burundan ketayotgan qonni to'xtatish uchun eng ko'p, xatto tibbiyot muassasi yo'q joylarda xam qo'llaniladigan, oddiy usullardan biri, burun kanotini burun to'sig'iga barmoq yordamida bosib turishdir, bir vaqtni o'zida peshona soxasiga sovuq suv shimdirilgan latta qo'yiladi, bunda reflektor qon tomirlarini torayishi xisobiga qon ketishi sekinlashadi yoki to'xtashi mumkin. Agar qon ketishi to'xtamasa 3% perekisg' vodorod eritmasi dokali pilik shimdirilib burunni kirish qismiga qo'yiladi, bu usul xam yordam bermasa 10% kokain bilan, 0, 1% adrenalini eritmalari shimdirilgan dokali pilik burunga tiqilib bir necha daqiqa mobaynida ushlab turiladi, agar qon ketayotgan tomir aniqlansa bu joy lyapis yoki xrom kislotasi bilan kuyidiriladi. Buning uchun spirtli goretka olovida zondni uchi qizdirilgach, xrom kislotasi kristalliga tegiziladi, zond uchida shu moddaning yaltiroq mayda donachasi xosil bo'ladi va uni qonayotgan joy bosiladi. Agar o'tkazilgan tadbirlar yordam bermasa, burunga oldingi dokali pilik quyiladi.

Burun bo'shlig'ining qonayotgan tomoniga dokali pilik vazelin yoki tarkibida birorta yog' tutgan malxamlarga (sintomitsin emulg'siyasi, o'rik danagini moyi, shaftoli danagini moyi, oblepixa moyi, 10% metiluratsil malxami) shimdirilib, qavatmi - qavat (48 soatga muddatga) qo'yiladi, kerak bo'lsa 48 soatdan keyin qaytadan dokali pilik almashtirilib yana shu muddatga qo'yiladi. Burunga oldingi tampon qo'yish Mikulich, Voyachek va Lixachev usulida amalga oshiriladi. Xozirgi kunda Mikulich usuli ancha qulay, yahnij dokali pilik burun bo'shlig'ida orqadan oldinga va pastdan yuqoriga qavat qilib qo'yiladi. Bundan tashqari bemorlar uchun yengil xisoblangan usul, bu ichiga proton yoki dokali pilik to'ldirilgan rezinali qo'lqopni barmoqchalarini bir nechtasini qo'yiladi. Bu usulni afzalligi shilliq qavatlar kam jaroxatlanadi va keyinchalik burundan olib tashlashda xam bemorga ortiqcha noxushlik keltirmaydi. Agar burunni o'rta yoki orqangi bo'limlaridan qon ketsa, to'xtatish biroz qiyinlashadi, chunki qon ketayotgan joyni aniqlash doimo iloji bo'lmaydi, bunday xollarda dokali pilik chuqurroq va ko'proq qo'yiladi. Bu usul xam yordam bermasa orqangi dokali tampon qo'yiladi: burun halqum xajmiga o'lchab bir necha qavat qilib maxsus tayyorlangan dokali yostiqcha ikki kavat ip bilan ko'ndalang va uzunasiga bog'ladi, natijada dokali yostiqchada to'rta ip uchi xosil bo'ladi, uni uchta ipni uchi qoldirilib, to'rtinchisi esa kalta qilib qirg'iladi. So'ngra ingichka rezinali kateter olib pastki burun yo'lidan burun halqumga o'tkaziladi, yumshok tanglay ortidan kateter uchi ko'ringanda qisqich yordamida ushlanib og'izdan chiqariladi va avvaldan tayyorlangan dokali yostikchaning ikkita ipi katetrga bog'lanadi, keyin kateter burundan qayta orqaga tortiladi, ko'rsatkich barmoq bilan yostiqcha yumshok tanglay ortiga, burun-halqumga maxkam o'rnatiladi, natijada xoanalar to'lik berkitiladi.



**Rasm 33. Burundan qon ketganda orqangi tampon qo'yish.**

Burundan tortib chiqarilgan ip tarang tortilib turiladi va bir vaqtni o'zida, burunga oldingi dokali tampon qo'yiladi. Oldingi tampon qo'yilgandan so'ng, tamponni ustiga, buruni kirish qismiga ikkinchi dokali yostiqlik qo'yiladi va burundan chiqib turilgan ip bilan bog'lanadi. Og'iz ichida qoldirilgan uchinchi ipni quloq atrofidan aylantirilib lunjga yopishtirib qo'yiladi, bu ip keyinchalik burun-xalqumga qo'yilgan dokali yostiqlikni qayta olishiga yordam beradi. Bunday usulda tampon qo'yish **Belloku usuli** deb ataladi.

Burun halqum qismida ivib, to'planib qolgan qon, turli mikroorganizmlarni rivojlanishi uchun yaxshi ozuqa xisoblanadi, burun-xalqumda tamponlarni uzoq turib qolishi mikroblarni eshituv naylari orqali nog'ora bo'shlig'iga o'tib, o'rta quloqning yiringli yallig'lanishiga sabab bo'ladi, shuning uchun xam orqangi tampon 3-4 kundan keyin olinadi, agar yana qon ketishi qaytalansa, qayta qo'yilgan orqangi tampon 7-8 kundan so'ng olinadi. Ketma-ket burunga dokali tampon qo'yish, shikastlangan va o'tkir yallig'langan shilliq qavatni kaytadan jaroxatlab qo'shimcha qon ketishiga olib keladi, bunday xollarda dokali tamponlar o'rniga hozirgi vaqtlarda yumshoq rezinali ichiga xavo to'ldiriladigan balonchalardan foydalanilmoqda. Keyingi davolash chora tadbirlar qon ketishining sabablarini aniqlab ularni bartaraf qilishga qaratiladi.

Agar xafaqon kasalligi oqibatida qon ketayogan bo'lsa, qon bosimini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Turli ko'rinishlardagi yurak nuqsonlari va ulardan kelib chiqdigan asoratlari natijasida qon ketsa, yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar qo'llanilishi kerak va xokazo.



**Rasm 34. Qon to'xtatuvchi va havo o'tkazuvchi polietilenli tampon bemor burun bo'shlig'ida.**

Qonning ivish jarayonini tezlatish uchun muskul ostiga 20-40 ml miqdorida qon yuborish yaxshi naf beradi, xavfli xolatlarda esa tomir ichiga 100-200 ml qon quyiladi, bu nafaqat qon ketishini to'xtatibgina qolmay, yo'qotilgan qonni o'rni xam to'ldiradi. Qon ivishini tezlatish uchun kalg'tsiy xlor 10% eritmasidan 1 osh qoshig'ida bir kunda 4-5 marotaba 5-7 kun davomida ichiladi. Bolalarga esa kalg'tsiy glyukonat ichiriladi yoki 10 ml tomir ichiga juda sekinlik bilan yuboriladi. Agar qonda protrombin miqdori pasaygan bo'lsa (trombopeniya) vitamin K (yoki vikasol) beriladi. O'rta miqdori 0,01 dan bir kunda 2-3 marotaba, 10 kun davomida. Agar juda mayda tomirchalardan (kapillyarlardan) qon ketayotgan bo'lsa, tomirlar devorini o'tkazuvchanligini mustaxkamlash maqsadida S, R vitaminlari qo'llaniladi. Qon oqishini to'xtatish uchun 5% aminokapron kislotasidan 100 ml tomir ichiga yuborish yoki mushak orasiga 2 ml 12,5% ditsinon eritmasi yoki 10 ml 10% jelatina tomir ichiga, teri ostiga esa 1,5% gemofobinni yuborish yaxshi foyda beradi.

Biologik qon to'xtatuvchi dorilarni maxalliy, parenteral xamda tomir ichiga yuborish orqali qo'llaniladi. Maxalliy keng qo'llanadigan dorilar turiga qon plazmasi kiradi, qon plazmasi dokali pilikka shimdirilib burunning oldingi qismiga 24 soatga qo'yiladi. Bundan tashqari qon plazmasidan tayyorlangan dorilar: gemostatik gubkalar, fibrinli qoplamalar, toza xoldagi trombin fermenti, quruq xoldagi trombin, biologik antiseptik tampon qo'llash yaxshi foyda beradi.

Qonayotgan joyni ivigan qondan tozalab, adrenilin va kokain eritmaları aralashmasi bilan maxalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng plazma kukuni qo'yiqlik bilan sepiladi yoki tamponga sepilib qonayotgan joyga bosiladi (tampon trombin eritmasiga shimdirilib olinsa xam bo'ladi). Qon ketishini to'xtatish maqsadida qon



ketayotgan joyni shilliq qavat ostiga 0,5% li- 1-2 ml novokain va 0, 1% adrenalin eritmaları birgalikda yuboriladi, ko'pincha bu usul yaxshi natija beradi. Ayrim xollarda qon ketayotgan joyni shilliq qavatni aylantirib kesib qo'yish xam yaxshi natija beradi, bunda qonayotgan tomir to'la kesilgandan so'ng uchida tromb xosil bo'lib, qon ketishi to'xtaydi. Burun to'sig'i rezektsiyasidagi kabi shilliq qavat tog'ayli qismidan to'la ajratib qo'yish natijasida qon ketishni bartaraf etish usuli xam mavjud. Ko'rsatilgan yordamdan foyda bo'lmaganda, qon ketishi xayot uchun xaf tug'dirilganda tashqi uyqu arteriyasi bog'lash orqali qon ketishni to'xtatish mumkin.



**Rasm 35. Tashqi uyqu arteriyasini bog'lash**

Tashqi uyqu arteriyasini bog'lashda ichki uyqu arteriyasi bilan almashtirimaslik zarur, ichki uyqu arteriyasi bo'yin soxasida tarmoq bermaydi. Tashqi uyqu arteriyasi esa umumiy uyqu arteriyasida bo'linishi bilan ikkita tarmoq beradi, birinchisi yuqorgi qalqonsimon arteriya va ikkinchisi til arteriyasidir. Bog'lashni yuqorgi qalqonsimon arteriya chiqqan joydan tepada amalga oshiriladi.

Qaytalanib turuvchi qon ketishida maxalliy va umumiy tadbirlar kam foyda bersa, taloqni chuqur nurlantirish yo'li bilan qon ketishni to'xtatishga erishish mumkin. Qon ketayotgan joyni aniqlash maqsadida angiografiya o'tkazilib, so'ngra tegishli chora ko'rish mumkin.

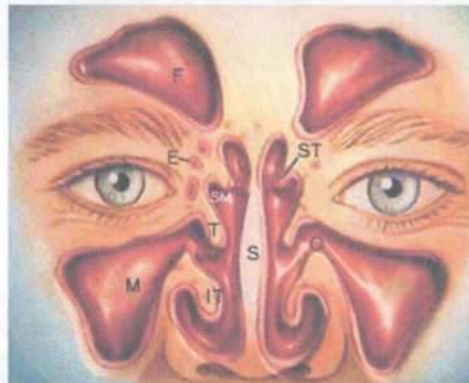
#### **BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI O'TKIR KASALLIKLARI**

Burun yondosh bo'shliqlari yallig'lanishi quloq, tomoq va burun kasalliklari ichida ko'p tarqalgan xastaliklar qatoriga kiradi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, burun yondosh bo'shliqlari bilan kasallangan bemorlar, LOR bo'limlarida yotgan bemorlarni 30-50% tashkil qiladi.

Burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishini o'rganishdan avval, shu kasalliklarga oid bo'lgan bir qancha terminologiya bilan tanishish zarur. **Gaymorit** –

yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini yallig'lanishi, **etmoidit-g'alvirsimon** suyak katakchalarini yallig'lanishi, **frontit**-peshona suyagi bo'shlig'ini yallig'lanishi, **sfenoidit**-asosiy suyak bo'shlig'ini yallig'lanishi. **Polisinusit** -bir qancha bo'shliqlarni birdaniga yallig'lanishi, **pansinusit** barcha bo'shliqlarni yallig'lanishi, **gemisinusit**- bir tomondagi barcha bo'shliqlarni yallig'lanishi, **piotselle**- bo'shliqni ichida yiring tutgan qopcha(kista) bo'lishi, bo'shliqni ichida shilimshiq tutgan qopcha bo'lishi, **pnevmonselle**- bo'shliqda xavoni to'planib qolishi, **gematotselle**- bo'shliqda qonni to'planishi. **Rinosinusopatiya**- burun va burun yondosh bo'shliqlarini allergik yallig'lanishidir.

O'tkir yoki surunkali sinuitlarni tashxisi va davolash masalalari o'rganishga kirishishdan avval, ularni mahlum bir siniflarga bo'lish maqsadga muvofiqdir.



**Rasm 36. Burun yondosh bo'shliqlarini topografik joylashuvi**

Sinuitlarni klinik kechishi bo'yicha, turli mualliflar tomonidan o'zlari taklif qilgan bir qancha sinflarga bo'lingan. Xozirgi kunda amaliyotda keng qo'llanilayotgan, tushunarli va oddiy xisoblangan B.S.Preobrajenskiy (1958 y.) tomonidan taklif qilingan bo'linishlar qo'llaniladi.

Bular quyidagicha :

- Yiringli
- Polipli
- Giperplastik
- Kataral
- Seroz
- Xolestatomli
- Atrofik

Yallig'lanish jarayonini ko'p tarqalishi bo'yicha birinchi navbatda gaymoritlar, so'ngra etmoiditlar, frontitlar va oz miqdorda sfenoiditlar uchraydi.

Kasallikni qo'zg'atuvchilari turli mikroorganizmlar xisoblanib, bular gripp virusi (ko'pincha), streptokokk, stafilokk, diplokokk, difteriya tayoqchasi va boshqalar. Ayrim xollarda yallig'langan bo'shliqlarda mikroflora topilmaydi, bunday xollarda kasallik sababchisi virus, anerob infektsiya yoki zamburug'lar bo'lishi

mumkin. O'tkir sinuitlarda asosan monoflora bo'lsa, surunkalik turida poliflora kuzatiladi.

Infektsiyani tarqalishi burun bo'shlig'ini shilliq qavatlarini shikastlanganda yoki tabiiy teshiklari orqali burun yondosh bo'shliqlariga tushishi orqali amalga oshadi. Bir qator yuqumli kasalliklarda (terlama, qizamiq va skarlatina kabilar) esa ko'p xollarda qo'zg'atuvchilar gematogen yo'llar bilan tarqaladi. Tishlar zarlanganda esa infektsiya tish ildizlari orqali o'tadi.

Burun yondosh bo'shliqlarini jaroxatlarida, kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmlar to'g'ridan-to'g'ri (ochik yo'l orqali) bo'shliqqa tushadi. Siniutlarni rivojlanishida burun bo'shliqlarinnig surunkali kasalliklari (surunkali rinitlar, burun to'sig'ini qiyshiqligi, poliplar, adenoidlar), shamolash, tumov va boshqa umumiy infektsiyalar katta o'rinni egallaydi.

Kasallikni boshlanishida dastlab ekssudativ yallig'lanish namoyon bo'ladi, shilliq qavatlar, qon tomirlarni kengayishi va shishi xisobiga qalinlashadi. Qoplovchi epiteliy ayrim joylarda ko'chadi, joylarda esa limfotsitlar, neytrofillar infilig'tratsiyasi rivojlanadi. SHilliq osti qismidagi qon tomirlari qon bilan to'lgan va ular atrofida infilig'tratsiya jarayoni kuchli namoyon bo'ladi. Ayrim joylarda qon quyilishlari xofati kuzatiladi.

O'tkir sinuitlarda ekssudatsiya jarayoni kuchli bo'lganligi uchun yiringli ajralma shilliq qavatni yuzasini to'liq qoplab oladi.

Ayrim xollarda sinuit o'tkir rinit yoki tumov bilan birga kechsa, birinchi o'ringa shu kasalliklarni belgilari paydo bo'lib, o'tkir sinuitni belgisi keyin namoyon bo'ladi.

**O'tkir sinuitni belgilari** umumiy va maxaliy ko'rinishlardan iborat. Umumiy belgilari **tana xaroratini ko'tarilishi** bilan boshlanadi, agar kasallik gripp bilan birga boshlansa, u xolda tana xarorati yuqori 38-38,5 S bo'lib bemorlarini umumiy axvoli ancha og'irlashadi. Doimiy shikoyatlaridan biri **bosh og'rig'i**, ayrim xollarda bir qancha bo'shliqlar birga yallig'lanish bilan davom etsa bosh og'rig'i kuchli bo'lib, bemorlar ish qobilyatini to'liq yo'qotishi mumkin.

Maxaliy belgilaridan yallig'lagan **bo'shliq soxasida og'riq** yoki **og'irlik xissiyotiga** bo'ladi. Bu og'riqlar bo'shliqlarni chiqaruv teshigini berkilib, ajralma to'planib qolishi xisobiga paydo bo'ladi. Paypaslaganda og'riqlar kuchayadi va chakkaga, yanoqqa, tishlarga va ko'z soxasiga tarqaladi. Boshni oldinga egilganda, ayniqsa frontitda va gaymoritda, yallig'langan bo'shliq soxasida og'riq kuchayadi.

Bemorlarni doimo bezovta qiladigan shikoyatlardan biri **burunni bitib qolishidir**, yallig'lanish jarayonini tarqalishiga qarab, burunni bitishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bunday shikoyat shilliq qavatlarini shishi va yo'llarini shilimshiq ajralmalar bilan to'lishi xisobiga bo'ladi. Burun bo'shlig'i ajralmadan tozalangandan so'ng, nafas olish bir oz yengillashadi. Kasallikni yana bir asosiy belgilardan, burundan ko'p miqdorda **ajralma kelishidir**. Yallig'lanish boshlanishida ajralma shilimshiq va suyuq bo'lsa, keyinchalik infektsiya qo'shilib qo'yiqlashadi va yiring aylanadi. SHilliq qavatlarini va burun chig'anoqlarini shishi, xamda burun yo'llarini shilimshiq ajralmalar bilan to'lganligi xisobiga **xid bilish pasayadi (giposmiya)**, bundan tashqari pastki burun chig'anog'ini shishi xisobiga ko'z yoshi yo'li berilib qoladi, natijasida ko'zdan yosh oqadi. Kasallikni



belgisi yallig'lanish jarayonini joylashgan o'rniga bog'liq bo'ladi. Burun oldi bo'shliqlarini aloxida yolgiz o'zini yallig'lanishi juda kam uchraydi, kasallik asosan gemisinuit, pansinuit ko'rinishida kechadi.

**Rinoskopiya**da burun bo'shlig'i shilliq qavatlar va burun chig'anoqlari qizarib, shishgan, o'rta va umumiy burun yo'llarida ko'p miqdorda shilimshiq aralash yiringli ajralmalar ko'rinadi. Kasallikni boshlanish davrlarida ekssudat shilimshiq ko'rinishida bo'lib keyinchalik yiringa aylanadi.

Kasallik keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilmaslik, burun va burun oldi bo'shliqlarini qaytalanib turuvchi o'tkir yallig'lanishi, ayniqsa bo'shliqda to'planib qolgan patologik ajralmani to'liq chiqib ketmasligi kasallikni o'tkir ko'rinishidan surunkalikka o'tishiga asosiy sabablardan xisoblanadi.

Bundan tashqari kasallik qo'zgatuvchi mikroorganizmlarni antibiotiklarga chidamliligi, tanani immunologik quvvatini pasayishi, turli yo'ldosh yuqumli kasalliklar, tashqi muxitning salbiy tahsiri kasallikni surunkali shaklga o'tishidagi omillardan xisoblanadi.

#### **YUQORI JAG' SUYAGI BO'SHLIG'INING O'TKIR YALLIG'LANISHI (O'TKIR GAYMORIT)**

Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi (o'tkir gaymorit) ko'pincha boshqa kasalliklar bilan birgalikda (rezanda, tumov va o'tkir rinit) kechadi, bunday xollarda gaymoritni asosiy belgilari ikkinchi daraja o'tib, birinchi o'ringa rezanda va tumovni belgilari namoyon bo'ladi. Bahzi xollarda (qariyalarda, immunologik qobilyati past bemorlarda, boshqa yo'ldosh kasalliklari bor bolalarda) kasallik dastlabdan surunkali, uzoq muddatga cho'ziladigan, sust klinik belgilar bilan boshlanadi.

**Engil xollarda subhektiv belgilar** yallig'langan bo'shliq soxasida og'irli sezgisi, burunni bitishi, shilimshiq ajralma kelishiga bo'lsa, og'irroq kechishida esa kuchli og'riq faqat yallig'langan bo'shliq soxasida emas, balki peshona soxasiga, tishlarga, yanoq va chakka suyaklari tomonga xam tarqaladi, xatto yuz soxasiga to'liq tarqaladi. Yallig'langan bo'shliq tomonda tishlarda xam og'riq bo'lib, chaynash vaqtida bu og'riq kuchayadi. Bahzan lunjni, yuzni bir tomoni va pastki qovoqni kollateral shishi kuzatiladi. Kasallikni birinchi kunlarida titrash, tana xaroratini ko'tarilishi, xolsizlanish xolatlari kabi umumiy belgilar ko'proq namoyon bo'ladi.



**Rasm 37. Yuqori jag' suyagi bo'shligini o'tkir yallig'lanishi (o'tkir gaymorit).**

**Oldingi rinoskopiya**da burun yo'llari shilliq qavatlarini, burun chig'anoqlarini qizarishi, shishi kuzatiladi. O'rta va umumiy burun yo'llari ko'p miqdorda shilimshiq aralash xidsiz yiringli ajralmalar bilan to'lgan bo'ladi. Ayrim xollarda yallig'lanish natijasida bo'shliqni shilliq qavati shishib, bo'rtib, chiqaruv teshigi orqali burun bo'shlig'iga polipga o'xshab chiqib qoladi (**Kauffman simptomi**).

O'rta burun yo'lidagi yiringli ajralmani tozalab so'ng, bemor boshini oldinga egib yallig'langan tarafga qarama-qarshi tomonga burilsa, ma'lum vaqtdan so'ng o'rta burun yo'lida yana yiring paydo bo'ladi, bu xolat **Zaboltskiy-Desyatkovskiy belgisi** deyiladi va o'tkir gaymoritga xos belgidir. Diafonoskopiya yallig'langan bo'shliq soxasida soylanish kuzatiladi (**Xeringa simptomi**).

**Tashxis:** bemor shikoyatiga, kasallikni kelib chiqish tarixiga va burun bo'shlig'ini rinoskopik belgilariga, rentgenologik, endoskopik va diafonoskopik tekshirishlari natijalariga asoslanib qo'yiladi. Yuqorida keltirilgan belgilar barcha burun yondosh bo'shliqlarini (yuqori jag', peshon suyagi bo'shliqlari, asosiy va galvirsimon suyak kataklariga) yallig'lanishiga xosdir. SHuning uchun ularni bir biridan kiyoslash uchun qo'shimcha tekshirishlar olib borilishi kerak. Bunday xollarda diafanoskopiya va rentgenologik tekshirishlarda tashqari burun yondosh bo'shliqlari diagnostik punktsiya qilinib ko'riladi.



**Rasm 38. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini o'ng tomonlama o'tkir yiringli yallig'lanishi (rentgenogramma)**

**Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punktsiyasi:** Bu muolija tashxisni tasdiqlash va davolash maqsadlarida qilinadi. Punktsiya Kulikov ignasi yordamida pastki burun yo'lidan qilinadi. Punktsiyadan avval qonni va siydikni umumi taxlili o'rganiladi.



**Rasm 39. Yuqori jag' suyagi (Gaymor) bo'shlig'ini punktsiya qilish.**

Pastki burun yo'liga 3% dikain eritmasini surtish yo'li bilan maxalliy og'riqsizlantiriladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punktsiyasi texnik jixatdan oson bajariladi. Yosh bolalarda esa punktsiya katta yoshdagilar punktsiyasi texnikasidan keskin farq qiladi, bunday xolda ignani yo'nalishi bo'shliqni xajmi joylashgan satxi



va suyak devorini qalinligi ehtiborga olinadi. Bola qanchalik kichik yoshda bo'lsa yuqori jag' suyagi bo'shlig'i shunchalik yuqorida joylashadi va medial devori ancha qalin bo'ladi.

Xozirgi vaqtda yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punktsiyasi barcha yoshdagi bolalarda qilinadi, erta yoshdagi bolalar maxsus ko'rsatma asosida qilinadi. Bo'shliqni punktsiya qilishdan maqsad faqat bo'shliqdagi ajralmani yuvib chiqarish emas, balki bo'shlikdagi mikrofloraga va shilliq qavatni trofikasini yaxshilashga tahsir etadigan dorilar yuborishdan iboratdir. Bo'shliqni o'rta burun yo'li soxasidagi devori yupqa va faqat shilliq qavatdan iborat, ammo ko'z kosasiga yaqin joylashganligi uchun va punktsiya vaqtida ko'zga asorat yetkizmaslik maqsadida muolija pastki burun yo'lidan, yahniy pastki chig'anoqni birikan yerini ostidan qilinadi, ignani uchini yo'nalishi esa iloji boricha tashqi tomonga, yahniy ko'zni tashqi qirg'og'iga qarab yo'naltirish kerak. SHu usulda amalga oshirilgan muolijada igna hech qanday asoratsiz, osongina bo'shliqqa tushadi.

Igna kiritilganda o'ziga xos yengillik seziladi, so'ng bo'shliqdagi patologik ajralma o'prits yordamida so'rib olinadi va tana xaroratiga yaqin darajada ilitilgan 200 ml. aseptik (furatsillin, rivanol) suyuqlik bilan past bosimda yuviladi (suyuqlik va ajralma bo'shliqni tabiiy teshiklari orqali chiqadi). Yuvilib tozalangandan so'ng igna orqali bo'shliqqa kerakli dorilar yuboriladi.

Ayrim xollarda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini punktsiyasi o'rta burun yo'lidan qilinadi. Bu joydan punktsiyani nixoyat extiyotlik bilan amalga oshirish zarur, aks xolda ko'z soqqasini shikastlanishi xavfi tug'iladi. Punktsiya vaqtida bemorda kollaps, teri osti emfizemasi, burundan qon ketishi, keyinchalik esa ko'z to'rini septik yallig'lanishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Ayrim xollarda ketma-ket punktsiya qilmaslik maqsadida, birlamchi muolija vaqtida ingnaga polietilen drenaj kiydirilgan xolda amalga oshiriladi va muolija tugagandan so'ng, igna chiqarib olinadi, polietilen drenaj esa bo'shliqda qoldiriladi. Kelgusidagi yuvish, xamda dori yuborish shu drenajlar orqali amalga oshiriladi.

Oxirgi vaqtlarda bo'shliqni punktsiya qilmasdan yuvish uchun G.I. Markov va V.S. Kozlov (1990) tomonidan taklif qilingan sinus-katetr "YaMIK" qo'lanilmoqda. Katetni afzalligi, punktsiya qilmasdan, burun bo'shlig'ida manfiy bosim xosil qilish orqali, bu joylardagi ajralmalarni so'rib olib dori moddalrini yuborish mumkin.

**Sinoskopiya:** yuqori jag' suyagi bo'shliqlariga optik asboblarni kiritish usuli bilan tekshirish va tashxis qo'yishda qo'llaniladi. Sinoskopiya ko'rsatma quyidagilar: rentgenologik tekshirishlar, diafonoskopiya natijalaridan so'ng aniq tashxis qo'yishni iloji bo'lmasa, ayrim xollarda esa, bo'shlikdagi o'smalarni davolagandan so'nggi qayta tekshirish uchun va boshqa noaniq xolatlarda o'tkaziladi.

Tekshirish uchun qulay va maksadga muvofik yo'l oldingi devori, yahniy fossa canina orqali amalga oshiriladi, bizning fikrimizcha bu kam qo'llaniladigan usul, chunki muolija, katta jaroxat talab qilinadi. Ayrim mualliflar sinusoskopiyaning yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini punktsiya qilgandek, pastki burun yo'lidan amalga oshiradi.

**Davolash:** Davolash usullari yallig'lanish jarayonini joylashuviga, kasallikni klinik belgilarini paydo bo'lish darajasiga bog'liq xolda belgilanadi. Birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi (og'iz bo'shlig'ini sanatsiyasi, adenotomiya o'tkazish, karies tishlarni, burun bo'shlig'idagi surunkali yallig'lanishlarni va yuqori nafas yo'llarni virusli kasalliklarini davolash). Agar tana xarorati yuqori bo'lsa bemorga yotib davolash tavsiya qilinadi va istima pasaytiruvchi dorilar tavsiya etiladi. Antibiotiklarni keng doirada tahsir etuvchi turlari qo'llaniladi, imkoniyat boricha avval mikroflorani antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash zarur. Organizmni immunologik quvvatini oshirishga qaratilgan muolijalar qo'llaniladi. Maxalliy burunga qon tomir toraytiruvchi dorilar tomiziladi. SHilliq qavatni shishni pasaytirish, bo'shliqlarni doimiy teshiklarini ochish va ajralmani chiqishini yaxshilash uchun o'rta burun yo'lga, kuniga 4-5 marotaba 2-3% kokain + 0,1% adrenalin aralashmasi shimdirilgan dokali plik qo'yiladi. Kuniga 2-3% maxal naftizin va sanorin eritmaları birga tomizaladi.

Burunga tomchi dorilar A. I. Ivanov usuli bo'yicha qo'llash yaxshi samara beradi, buning uchun bemor gorizontol xolatda (yostiqsiz) boshini biroz orqaga egib, kasallangan bo'shliqni pastki tomonga qilib yotadi, dorilardan 4-6 tomchidan burun bo'shlig'iga tomiziladi. SHu xolatda bemor 2-3 minut qoladi so'ngra, barmog'i bilan burnni sog' tomoni berkitilib bir necha bor, chuqur kuchli nafas olib chiqaradi. Muolijadan 5 daqiqadan keyin turishga ruxsat beriladi, bu usul bilan dori tomizish 1 kunda 3-4 marta qilinadi, agar tunda burun bitishi bezovta qilsa bu muolajani qaytarish mumkin. SHunday xolda yuborilgan dori moddalari, burun shilliq qavatlariga to'liq tahsir etadi va qisman bo'shlaqlarga xam teshiklari orqali tushadi. SHilliq qavatlarini shishlari pasaygandan so'ng burunga antibiotikli aerozollar qo'llash mumkin. Yuqori jag' suyak bo'shliqlarini davolashda, UVCH, elektromagnit to'lqinlari, yuqori chastotali mikroto'lqinlar, impulsg'sli toklar, past va yuqori chastotali va sinusoidal modullar qo'llash yaxshi natijalar beradi.

Ayrim xollarda doimo foydalanish uchun bo'shliqlarga drenajlar o'rnatiladi (ko'pichna alloplastik materiallardan foydalaniladi). Drenajlar orqali xar kuni bo'shliq yuvilib, turli dorilar yuboriladi. Agar konservativ davolash foyda bermasa, kasallikni asorati paydo bo'lsa jarroxlik usuli bilan davolaniladi, bo'shliqni ochish ekstranazal yo'l bilan ko'pincha Kalg'dvell-Lyuk usulida bajariladi. SHuningdek, yuqori jag' suyak bo'shlig'ini endonazal yo'l bilan Galle usuli bo'yicha ochish turlari xam mavjud.



## G'ALVIRSIMON SUYAK KATAKCHALARINI O'TKIR YLLIG'LANISHI (O'TKIR ETMOIDIT).

Galvirsimon suyak katakchalarini o'tkir yallig'lanishi, ko'pincha boshqa burun yondosh bo'shliqlari yallig'lanishi bilan birga kechadi. Yallig'lanish erta yoshdagi bolalarda xam uchraydi, bu yoshda galvirsimon suyak katakchalarik qolgan bo'shliklarigaga nisbatan yaxshi rivojlangan bo'ladi.

**Kasallikni kelib chikishi va rivojlanashi.** Galvirsimon suyak katakchalarni o'tkir yallig'lanishini keltirib chikaruvchi sabablar o'tkir gaymoritni sabablari kabidir (tumov, rezanda, o'tkir respirator virusli infektsiya va turli shamollash kasalliklari). O'rta burun yo'lini va katakchalarni chikaruv teshiklarini torligi, shuningdek, turli sabablarga ko'ra shilliq qavatni oz miqdorda shishi, burundagi turli o'smalar va burun bo'shlig'idagi boshqa yallig'lanishlar, kasallikni keltirib chikaruvchi omillarga kiradi. Yuqorida keltirilgan sabablar natijasida katakchalaridan ajrilmalarni chiqishi qiyinlashadi, to'plangan ajralmaga infektsiya qo'shilishi xisobiga yiringli yallig'lanish jarayoni rivojlanadi.

O'tkir etmoiditni rivojlanishida turli patogen mikrofloralar (stafilokokklar, pnevmokokklar, streptokokklar va boshqa yuqori nafas yo'llaridagi mikroorganizmlari) asosiy o'rini egallaydi.

**Kasallikni belgilari;** kasallikni subhektiv va obhektiv belgilari ko'p jixatdan o'tkir gaymorit belgilariga xos bo'ladi. Kasallikni umumiy belgilariga tana xaroratini ko'tarilishi (doimiy ravishda), bosh og'rishi, uyqu va ishtaxani buzilishi, umuiy quvvatsizlik kuzatilsa, maxalliy belgilariga esa burun ildizi soxasi, ko'z soqqasi atrofida og'riqlar kuzatiladi. Bu og'riqlar uch shoxli nervni 1-2 shoxlarini tahsirlanishi natijasida yuzaga keladi. Bemorlar ko'p miqdorda burun-xalqumga tushadigan yiringli ajralmaga, xid sezishini pasayishiga va burundan nafas olishni qiyinligiga shikoyat qiladilar.

Ko'pincha bolalarda kasallikni birinchi kunlaridan, og'izdan noxush xid keladi, yallig'langan bo'shliq tomonda lunj va qovoqda shish paydo bo'ladi, burun-lab chizig'i tekkislanadi, og'iz burchagi pastga buriladi, yuqori labning xarakati chegaralanadi. Kasallikni avjida shishlar ortib, og'riq kuchayadi. SHilliq qavatni shishi xisobiga yiringli ajralmani chiqishi qiyin bo'lsa, yoki butunlay chiqmasa, yallig'lanish jarayoni uzoq davom etadi, og'izni daxliz qismida, tanglayda uncha katta bo'lmagan shishlar paydo bo'ladi, shishlar kattalashib yoriladi va bu joylardan yiringli ajralmalar oqishi kuzatiladi, keyinchalik bu joylarda uzoq davom etadigan oqma yaralar (svish) xosil bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni kuchayib borib yiringli ajralma ko'z tubiga, yoki tashqariga yorilishi mumkin. Og'ir xolatlarda yallig'lanish jarayoni ko'zga va bosh miya o'tishi va bir qator asoratlarini (ko'z flegmonasi, meningit, bosh miya abstsessi) keltirib chiqaradi.

Kasallikni tashxisida ko'zni tubini tekshirganda etmoiditga xos belgilardan biri ko'zni ko'rish maydonidagi "ko'r dog'ni" chegarasini 3 marotaba kattalashganligi (**Van der Xuve simptomi**) kuzatiladi.

**Rinoskopiyada:** Burun shilliq qavatlar, chig'anoqlari qizargan va shishgan, burun yo'llari toraygan. O'rta va umumiy burun yo'llari shilimshiq aralash



yiring bilin to'lgan, ayniqsa bu yiringi ajralmalar orqa rinoskopiya yaxshi ko'rinadi.

**Diafonoskopiya:** Galvirsimon suyak bo'shlig'i soxasida soya kuzatiladi. **Rentgenogrammada** G'alvirsimon bo'shliq soxasidagi o'zgarishlar ensa-peshona proektsiyasida rentgenogramma qilinganda yaxshi aniqlanadi. Yallig'langan bo'shliqlar sog' tomonga nisbatan nur o'tkazishi pasayib qorong'ilashgan bo'ladi.



**Rasm 40. Asoratlangan o'tkir etmoidit umumiy ko'rinishi.**

**Davolash:** Birinchi navbatda davolashni kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarni bartaraf qilishdan boshlanadi. So'ngra asosiy ehtiborni burun orqali nafas olishni tiklash va bo'shlig'ini patologik ajralmalardan tozalashga qaratiladi.

Buning uchun kasallikni asoratsiz kechishida, burun bo'shlig'ini shilliq qavatni shishini pasaytirish va ajralmani chiqishini yaxshilash zarur. Bu maqsadda o'rta burun yo'liga 1-3% efedrin bilan 0.1% adrenalin eritmaları aralashmasi shimdirilgan dokali pilik 5-10 daqiqaga qo'yiladi. Ko'p mikdordagi yiringli ajralma avval elektroso'rgich (Peretts usuli) bilan so'rib olinadi, so'ng 2-4 tomchi- 1% protorgol eritmasi tomiziladi. Burun bo'shlig'i ajralmadan tozalanishi bilan, burundan nafas olish tiklanadi, bemorni axvoli yaxshilanib, tana xarorati pasayib, mo'tadil bo'ladi. Ko'rsatma bilan antibiotiklar, sulg'fanilamidlar, desensibilizatsiya qiluvchi dorilar qo'llaniladi.

Fiziomuolajalardan yuqori chastotali elektromagnitli to'lkinlar, UVCH, impul's toklar, past chastotali va diodinamik kuchlanishlar bilan tahsir etish, lazer nurlari bilan davolashlar kiradi. Antibiotiklarni burunga aerozol orqali yuborish yaxshi naf beradi.

Agar o'tkazilgan muolijalardan kutilgan natija olinmasa galvirsimon suyak bo'shliqlari D. I. Tarasov va G. Z. Piskunovlar tomonidan taklif qilingan igna va usul bilan punktsiya qilib yuvilib dori moddalar yuboriladi.

### PESHONA SUYAGI BO'SHLIG'INI O'TKIR YALLIG'LANISHI (O'TKIR FRONTIT).

Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablari boshqa burun oldi bo'shliqlarini yallig'lanish sabablaridan farq qilmaydi, faqat peshona suyagi bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishida odontogen omil infeksiyani tarqalishida ahamiyat kasb etmaydi.

#### Kasallikni belgilari:

Bemorlarni bosh og'rig'i, ko'zda og'riq, yorug'likka qarashni qiyinligi, ko'zdan yosh oqishi bezovta qiladi. Kasallikni og'ir kechishida og'riq chidab bo'lmas darajaga yetadi, tana xarorati ko'tariladi, umumiy axvol og'irlashadi. Maxalliy belgilaridan biri yallig'langan peshona bo'shlig'i soxasida va ko'z soqqasini ichki burchagini yuqorisidagi kuchli og'riqqa bo'ladi. Bemor boshini pastga engashtirilganda peshona soxasidagi og'riq kuchayadi. Yallig'langan bo'shliq tomondan, ko'zni ichki yuqori qismi (bo'shliqni chiqaruv teshigi soxasi) bosib ko'rilganda kuchli og'riq (**Yuingga belgisi**) bo'ladi. Og'riqdan tashqari burun orqali nafas olishni qiyintashadi, yallig'langan tomondan burunda yiringli ajralma keladi. Ajralma avvaliga shilimshiq, keyinchalik shilimshiq-yiringli bahzan esa yiring xidli bo'ladi. Bemorlar yiringli ajralmani ertalab ko'p miqdorda ajralishidan shikoyat qiladi. Buning sababi yotgan xolatda bo'shliqqa to'planib qolgan yiring, tana xolatini o'zgartirib, tik xolatga o'tganda burunga bo'shlig'iga chiqishini kuchayishi xisobiga bo'lishidir.



Rasm 41. Chap tomonlama o'tkir frontit, to'plangan yiring satxi.

**Obhektiv belgilar:** bahzan bo'shliq soxasidagi teri rangi o'zgaradi, peshona soxasi shishadi, keyinchalik shish qovoqqa, ko'z soqqasini ichki burchagiga tarqaladi. Kasallik uzoq davom etib qayta avj olganda, bo'shliqda xosil bo'lgan yiringli jarayon, suyak devorini yemirib, teri ostiga yorilib chiqib, subperiostal absstess xosil qiladi va keyinchalik bu joyda yiringli oqma yara (svish) paydo bo'ladi.

**Rinoskopiya:** Boshqa bo'shliqlarni yallig'langanligi kabi o'tkir frontitda xam rinoskopiya da burun shilliq qavatlarini va burun chig'anoqlarini qizarib shishi namoyon bo'ladi. O'rta burun yo'lini oldingi qismida va umumiy burun yo'lida

yiringli ajralma ko'rinadi, shuningdek, peshona-burun yo'li teshigida xam yiringli ajralma to'planadi. Bu teshikka yaqin joylashgan o'rta chig'anoqni oldingi qismi shilliq qavati atrofndagi shilliq qavatlarga nisbatan keskin qizargan va shishgan.

Peshona bo'shlig'idagi o'zgarishlarni to'liq aniqlash uchun burun-jag' proektsiyasida rentgenografiya qilinadi, bunda bemor rentgen kassetasiga jag' va burun uchi bilan yotadi. Markaziy nur ensa do'nligidan biroz yuqoriroqdan yuboriladi. Ayrim xollarda rentgenogrammada bo'shliqdagi suyuqlik satxi xam aniq ko'rinadi.

Diafonoskopiyada yallig'langan bo'shliq soxasida soyalanish aniqlanadi. Bunda diafonoskopni nuri yallig'langan bo'shliq tomondan ko'zni ichki-yuqorgi burchagiga qo'yiladi.

**Davolash:** Kasallikni davolash avvalo keltirib chiqaruvchi sabablarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Davolash ko'p xollarda konservativ usulda olib boriladi. Asosiy maqsad shilliq qavatlar shishini pasaytirib, bo'shliqni chiqaruv teshigini ochib, ajralmani chiqishini yaxshilashdan iborat. Bu maqsadda o'rta burun yo'liga qon tomir toraytiruvchi dorilar 0,1% adrenalin va 2-3% kokain eritmalari aralashmalari yoki 3% efedrin tomiziladi yoki dokali plikga shimdirilib o'rta burun yo'liga qo'yiladi. Burunga tomchi dorilar tomizilganda albatta o'rta burun yo'liga tushishi uchun, buning uchun o'ng tomonlama frontitda bemorni boshi orqaga va o'ng tomonga egiladi, so'ngra dori tomiziladi, bemor shu xolatda yana 1-2 daqiqa turadi.

Davolashni samarasini oshirish maqsadida burun shilliq qavatlari shishlari pasaytirilgandan so'ng, peshona suyagi bo'shlig'iga zond yuborib yuvib tozalanadi, so'ngra kerakli dori jo'natiladi. SHunday olib borilgan davolash usuli yaxshi samara beradi.





**Rasm 42. Peshona suyagi bo'shlig'iga zond yuborish (rentgenogramma)**

Tana xarorati yuqori bo'lsa va bosh og'rigi kuchayib borayotgan bo'lsa bemorga yotib davolanish tavsiya qilinadi.

Bemorga antibiotiklar, isitma tushiruvchi, og'riq qoldiruvchi dorilar tavsiya qilinadi. Antibiotiklar bemorni xolatiga qarab, ichish uchun, inhektsiyada yoki maxalliy burun ichiga aerrozollar xolida tavsiya qilinadi. Fizioterapiya muolajalaridan bo'shliq soxasiga sollyuks lampasi, UVCH, lazer nurlari qo'llaniladi.

Yiringli frontitlarni uzoq muddat kechishida, konservativ davolashni foydasizligida bo'shliqni trepanopunksiya qilinib, kanyulya o'rnatilib, bo'shliq yiringdan tozalanib yallig'lanish bartaraf etilgincha, shu kanyula orqali yuvilib, dori moddalari yuborilib turiladi. Davolanish jarayonini samarasiga qarab kanyula bo'shliqda 6-8 kun muddatga qoldiriladi. Peshona bo'shlig'ini punktsiya qilish (trepanopunksiya) usullari kasallikni surunkali shaklini davolash bo'limida keng yoritilgan. O'tkazilgan davolar ijobiy natija bermasa, kasallik kuchayib, peshona suyagini yemirib osteomieliti, so'ng oqma yara bilan asoratlanishi yoki ko'z va bosh miya ichi asoratlari, og'ir septik xolatlar kabi asoratlarni bersa, bo'shliqda darhol radikal jarroxligni o'tkaziladi.

## ASOSIY SUYAK BO'SHLIG'INI O'TKIR YALLIG'LANISHI

### (O'TKIR SFENOIDIT).

Adabiyotlarda keltirilishicha asosiy suyak bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi sinuitlarni ichida kam uchraydigan turidir. Bizning fikrimizcha sfenoiditlarni salmog'i xam boshqa bo'shliqlarni yallig'lanishidan kam emas, faqat ko'p otorinolaringologlar kasallikni klinik belgilarini yaxshi bilmasligi va tashxis masalasi qiyinligi uchun xam bu kasallik o'z vaqtida kam aniqlanadi. Kasallikni o'ziga xos subhektiv belgilari kam bo'lganligi uchun xam uni adabiyotlarda "soqov bo'shliq" deb ataladi. Xatto ayrim rentgenologlar asosiy suyak bo'shlig'ini rentgenografik tekshirish usulini yaxshi amalga oshira olmaydilar. Sfenoidit ko'pincha, galvirsimon suyak katakchalarini orqa guruxi yallig'lanishi bilan birga kechadi. Kasallikni obhektiv va subhektiv belgilari o'tkir gaymoritni kechishi belgilariga o'xshaydi.

**Bemorni shikoyatlari:** boshni ensa, peshona qismlarida og'riq, bu og'riqlar, ko'z va chakka soxalariga tarqaladi. Yiringli ajralma asosan burun-halqumga tushishi xisobiga xalqumni reflektor qo'zg'atib, bemorlarda doimiy yo'tal chaqiradi, natijada ular doimo balg'am tufflab yurishadi. SHilliq qavatlarini shishi va xid bilish qismida doimo yiringli ajralmalar to'planib qolishi xisobiga, bemorlarda xid sezish qobiliyati pasayadi, tana xarorati ko'tariladi, xolsizlik, aqliy va jismoniy quvvatsizlik paydo bo'ladi. Ayrim xollarda bemorlar ko'rish qobiliyatini pasayishiga (yallig'lanish jarayoni ko'rish nerviga tarqalganligi uchun) shikoyat qiladi.

**Rinoskopiya:** burun yo'li shilliq qavati, chig'anoklarni orqa qismlari qizarib shishgan, burun yo'llari toraygan va yiringli ajralma bilan to'lgan bo'ladi, yiringli ajralma ko'proq burunni orqa qismida ko'rinadi, shuning uchun xam bu o'zgarishlar ayniqsa orqangi rinoskopiya yaxshi ko'rinadi. Faringoskopiya halqumni orqa devori yuzasida oqib tushayotgan yiringli ajralma ko'riladi.

**Tashxis:** asosiy bo'shliqni ichkarida joylashganligi, kasallikni belgilari boshqa bo'shliqlarni belgilariga o'xshashligi va yallig'lanishiga xos belgilarini bemorlar tomonidan aniq ko'rsatib bermaslik tashxisini qiyinlashtiradi. Yallig'lanish jarayoni burun bo'shlig'ini orqa qismlarida keng tarqalib, galvirsimon bo'shliqni orqa katakchalarini xam qamrab olganligi uchun, rinoskopiya burun bushlig'ini yetarli ko'rishni iloji bo'lmaydi. Bunday xollarda tashxis rentgenologik va bo'shliqni zond bilan tekshirib yuvish natijalariga asoslanadi.

Asosiy suyak bo'shlig'ini rentgenologik tekshirishda ko'proq aksial proektsiya keng qo'llaniladi.

**Davolash:** kasallikni asoratsiz kechishida peshona bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishidagi kabi davolanadi. Birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarini bartaraf qilish zarur. Davolashni asosiy yo'nalishi shilliq qavatlar shishini kamaytirish va bo'shliqni chiqaruv teshigini kengaytirib, ajralmani chiqishini yaxshilashga qaratiladi. Buning uchun ingichka kichik dokali pilik 3% efedrin va 0, 1% adrenalin eritmaları aralashmalari bilan shimdirilib burun yo'lga kuniga 3-4 maxal qo'yiladi. Tarkibida antibiotiklar bo'lgan aerazolarni burun orqali qo'llash

yaxshi naf beradi. Antibiotiklar, sulg'fanilamid va antigistamin dorilari ko'rsatmaga binoan tavsiya qilinadi. Fizioterapevtik muolijalardan fonoforez, elektroforez va UVCH tavsiya etiladi.

Davolashni samarali usuli asosiy bo'shliqa zond kiritilib yuvib antibiotiklar eritmaları yuborishdir. Zondni to'g'ri yuborib birinchi marotaba yuvilishi bilan bemorni axvoli keskin yaxshilanadi. Muolija ancha qiyin bajariladigan usullar qatoriga kiradi, ozgina noto'g'ri yuborilgan zond miya ichiga tushib qolishi va turli asoratlar chaqirishi mumkin, shuning uchun xam zond yuborishni malakali vrach imkon darajasida rentgen (EOP) ekrani ostida amalga oshirish zarur.

Agar kasallik avj olib, septik xolatlar, bosh miya yoki ko'z ichi asoratlari paydo bo'lsa, darhol jarroxlilik usuli bilan bo'shliq ochilib yiringdan tozalanadi va bir vaqtni o'zida keng doirada tahsir etuvchi antibiotiklar, sulg'fanilamid preparatlari va yallig'lanishga qarshi dori vositalari qo'llanilishi zarur.

#### **BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINING SURUNKALI KASALLIKLARI.**

### **Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining surunkali yallig'lanishi. (SURUNKALI GAYMORIT).**

Kasallikni kelib chiqishi va rivojlanishiga asosiy sabablar bu o'z vaqtida davolanmagan o'tkir gaymorit, o'tkir gaymoritga olib keluvchi omillarni bartaraf qilmaslik, mikroorganizmni tashqi tahsirlarga o'ta chidamligi (yuqori virulentligi) va makroorganizmni maxalliy va umumiy ximoya quvvatini pasayib ketishi kabilardir. Kasallikni surunkali shaklga o'tishida yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini anatomik tuzilishini o'ziga xos xususiyatlarini (chiqaruv teshigi bo'shliqni yuqori qismida joylashganligi, anatomik tuzilishi bo'yicha teshiklarni torligi yoki shilliq qavatlar shishi, poliplar xisobiga to'silib qolishi va boshqalar) axamiyati katta. Burun bo'shlig'idagi patologik o'zgarishlar (burun to'sig'ini qiyshiqliqi, o'rta burun chig'anog'ini kattalashib burun to'sig'i bilan yopishib qolishi natijasida, burun yo'llarini yallig'lanish natijasida torayishi, burun poliplari, tug'ma burun yo'lini torligi va boshqalar) asosiy omillardan biri xisoblanadi. Yuqori jag' suyagini oziq tishlarini ildizlari bo'shliqni pastki devorini xosil qiladi, shuning uchun xam odontogen gaymorit kasallikni 20-30% tashkil qiladi. Yosh bolalarda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishini etiologiya va patogenezida adenoidlar va adenoidlar asosiy o'rinni egallaydi. Surunkali gaymoritlarni o'rganishni tartibga solish, davolash va tashxisni osonlashtirish maqsadida ko'p mualliflar o'zlarini siniflash tizimlarini taklif qilishgan. Amaliy otorinolaringologiyada tushunarli va qo'llashdan oson bo'lgan siniflanish tizimini B.S.Preobrajenskiy tomonidan taklif qilingan.

B. S. Preobrajenskiy surunkali gaymoritlarni patologo- anatomik va klinik kechishiga asoslanib, quydagicha turlarga bo'lishni taklif qilgan:



**Ekssudativ shakli** ( kataral, serozli, yiringli va allergik)  
**produktivli** ( shillik qavatlarni giperplaziyasi, polipli)  
**xolesteatomali**  
**kazeozli**  
**nekrotik**  
**atrofik**

Morfologik o'zgarishlar kasalliklarni klinik turiga bog'lik bo'ladi. Amaliyotda kasallikni ekssudativ ko'rinishidagi shakli ko'p uchraydi, produktiv shaklida asosan shilliq qavatlarni giperplaziyasi va polipli ko'rinishlari xolida kechadi. Atrofik ko'rinishi iqlim sharoiti issiq va quruq bo'lgan mintaqalarda ko'p uchraydi.

**Kasallikni belgilari:** surunkali gaymoritni klinik belgilari uning shakliga bog'liq xolda bo'lib, o'tkir gaymorit singari keskin namoyon bo'lmasdan kechadi.

SHikoyatlaridan biri **bosh og'rig'iga** bo'ladi, bahzi bemorlar ertalab bosh og'rig'i bilan turishiga shikoyat qilsalar, boshqalari bosh og'rig'i kunni ikkinchi yarimida paydo bo'lishiga shikoyat qiladilar. Odatda kasallikni bu turida, o'tkir ko'rinishadan farqli, bosh og'rig'i sust bo'ladi, lekin jarayonni qaytalanishida og'riq kuchayadi va isitma ko'tariladi, bemorni axvoli og'irlashadi. Ayrim xollarda yallig'langan **bo'shlik soxasidagi** og'riq yoki **og'irlilik** xam bezovta qiladi.

**Burundan kelayotgan ajralma** kasallikni turiga qarab, shilimshiq yoki yiringli bo'ladi. Ayrim xollarda yiringli ajralma qo'yiqlik va xidli bo'lib, ko'p miqdorda ajraladi. Ajralmani oz yoki ko'p kelishi yallig'langan jarayonni xolatiga, bo'shliqni chiqaruv teshigini ochiq yoki berkligiga bog'lik bo'ladi. Ajralmani rangi va xolati kasallik chakiruvchi mikroorganizmlarni turiga xam bog'lik bo'ladi. Masalan: Zamburug'li gaymoritlarda ajralma qoramtir rangda (aspergilyoz) qo'yiqlik yoki sargimtir rangda bo'lib (kandida) xolestatomani eslatadi. Surunkali yallig'lanish xisobiga shilliq qavatlar va burun chig'anoqlarini gipertrofiyasi va burun yo'llarida ko'p miqdorda ajralma to'planishi xisobiga **nafas olishni** qiyinligi kuzatiladi. Ayrim xollarda bemorlar **xid bilishni pasayishiga** shikoyat qiladilar. Ajralmani burun-xalqumga oqishi natijasida bemorlarni **yo'tal** bezovta qiladi. Bemorlar ko'pincha burundan noxush xid kelishiga shikoyat qiladilar, ayrim xollarda sassiq xid bemorlarni o'zlarini ko'nglini bexuzur qilib, qayt qilishgacha boradi. Kasallikni atrofik ko'rinishida bemorlarni burnidagi ajralmalar qo'yiqlik, yoki quruq qasmoqlardan ibrat bo'ladi.

**Rinoskopik ko'rinish:** Agar jarayon qaytalangan bo'lsa lunj va qovoqlar soxasida yumshoq to'qimalarni shishi, ko'zni yallig'lanib qizarishi va jag' osti va bo'yin limfa bezlarini kattalashuvi kuzatiladi. Doimo ajralmani tozalash maqsadida buruni artib yurish xisobiga kirish qismida terini yorilib, shilishib yallig'linishi kuzatiladi. Burun bo'shlig'ida doimo yiringli ajralma bo'lganligi sababli shilliq qavatlar va burun chig'anoqlari qizarib shishgan. Umumiy va o'rta burun yo'lida qo'yiqlik yiring yoki shilimshik ajralma bo'ladi. Ajralma ko'p va bo'shliqni chiqaruv teshigi ochiq bo'lsa, o'rta burun yo'li doimo yiring bilan to'lgan bo'ladi. Burun ajralmadan tozalanib, qon tomir toraytiruvchi dori (adrenalin va 5% kokain eritmasi) bilan surtilib, boshini sog' tomonga engashtrilib qayta ko'rilsa, burun yo'lida yana

yiring paydo bo'lib qoladi, bu **Zabolotskiy-Desyatkovskiy simptomidir.** Yallig'lanish natijasida pastki burun chig'anoqlarini oldingi qismi kattalashgan bo'lsa, yiringli ajralma burun halqumga oqadi, natijada burun halqumni shillik qavatlarini yallig'lanib shishadi va xalqumni orqa devorida yiringli balg'am ko'rinadi..

Burun shilliq qavatni qalinlashuvi o'rta burun yo'lidan boshlanib, o'rta chig'anog'ning oldingi qismiga, so'ng pastki chig'anoqa tarqaladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini yallig'lanishini uzoq davom etishi, o'rta burun yo'lida poliplarni paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Atrofik gaymoritda burun shilliq qavatlarini quruqshagan, yupqalashgan xolda ko'rinadi.

Yosh bolalarda sinuitning kataral, seroz shakllari, yiringli shakliga qaraganda ko'proq uchraydi, chunki bolalarda katta yoshdagilarga nisbatan bo'shliqni chikaruv teshiklari keng bo'lganligi uchun, ajralmani to'planmay oson chiqadi.

**Surunkali gaymoritni tashxisi** subhektiv, obhektiv belgilarga, diafonsokopiya, rentgenografiya, endoskopiya va noaniq xollarda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini punktsiyasi natijalariga asoslanib qo'yiladi. Diafonsokopiyada yallig'langan bo'shliq tomonda soyalanish kuzatiladi (**Xeringa simptomi**) va o'sha tomonda ko'z qorachig'ini yorug'ligi pasayadi (**Davidson simptomi**). Gaymoritni g'alvirsimon suyak katakchalari (etmoidit) va peshona suyagi bo'shliqlarini yallig'lanishlaridan (frontit) farqlash uchun yuqori jag' suyagi bo'shlig'i yuvib tozalangandan so'ng, 10-20 daqiqadan keyin qayta rinoskopiya qilinsa etmoidit va frontitlarda burun bo'shlig'ida qaytadan yiring paydo bo'ladi.

**Davolash:** surunkali gaymoritning davolash kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Konservativ davolash usullaridan biri burun yo'llariga qon tomir toraytiruvchi dorilar qo'llab shilliq qavatlarini shishini pasaytirishga va ajralmani tez chiqishiga qaratiladi.

Davolashni eng samarali usuli bo'shliqni punktsiya qilib, yuvib tozalash va antibiotiklar eritmaları yuborish xisoblanadi. Agar bemorlarda punktsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lsa yoki ular bu muolijadan bosh tortsalar, unday xolda bo'shliq Peretts usulida elektroso'rg'ich orqali yuviladi.

Antibiotiklarni qo'llashdan avval mikroflorani ularga bo'lgan sezuvchanligini aniqlagandan so'ng bo'shliqqa yuborish, yaxshi natijalarni beradi. Agar yiringli ajralma qo'yiqlik bo'lsa, bo'shlik ichiga ferment eritmaları (tripsin, ximotripsin) yuborib suyultirilgandan so'ng, yuviladi. Bemorda kasallik allergik jarayon ostida kechayotganligi uchun bo'shliq yuvib tozalangandan so'ng antibiotiklardan tashqari antigistamin va garmonlar aralashmasi yuboriladi. Qo'llanilayotgan antibiotiklarni tahsiri yetarli bo'lmagan xollarda antiseptik dorilardan 1% dioksidin, dimeksid, diotsid, rossiseptin yoki yodinollar eritmaları tavsiya etiladi.

Kasallikni og'ir kechishida stafilokokga qarshi plazma (250 ml xaftasiga ikki maxal) va stafilokokkli gamma globulin qo'llash maqsadga muvofiqdir. Kasallikni sababchisi zamburug'lar bo'lgan xollarda fungotsid (nistatin, levorin, amfogluykamin) va sulg'fanilamid (biseptol) dorilari tavsiya etiladi.



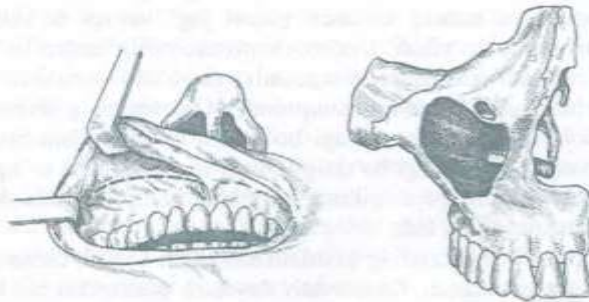
Bo'shliqni yuvishda levorin eritmasi 10000 yed. 1ml fiz.eritmada yoki 1:1000 xinazol eritmasi ishlatiladi.

Bo'shliqni ketma-ket punktsiya qilmaslik uchun birinchi marotaba punktsiya qilinayotgan vaqtda 8-10 kunga polietilen drenaj trubka quyiladi va kerakli vaqtda bo'shliq shu trubka orqali yuviladi va dori yuborib turiladi.

Agar kasallikni kelib chiqishiga karioz tishlari sabab bo'lsa, u xolda tishlarni davolash kerak.

Fizioterapevtik davolash muolajalari: UVCH, elektroforez, lazer va magnit davolar qo'llash yaxshi yordam beradi.

Agar konservativ davolash usulida foyda bo'lmasa, u xolda jarroxlik yo'llari bilan davolanadi. Jarroxlik yo'li bilan davolashdan maqsad bo'shlig'dagi turli yallig'lanishga xos o'zgarishlarni (yiring, polip, granulyatsiya) olib tashlash va bo'shlig'ni medial devoridan yo'l ochib (pastki burun yulidan) burun bo'shlig'i bilan birlashtirishdan iboratdir.



**Rasm 43. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini ochish (Gaymorotomiya).**

Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini radikal jarroxligi Kallg'dvel-Lyuk va mukammalashgan A. F. Ivanov usullari bo'yicha olib boriladi. Yuqori lab ostidan milk kesilgandan so'ng, yumshoq to'qim ajratiladi va bo'shlig'ni oldingi devori (fossae caninae) ochiladi va bo'shliqdagi yiring, polip xamda yallig'lanish natijasida o'zgargan shilliq qavatni olib tashlanadi. Burun bo'shlig'ini lateral devorini pastki qismidan teshik ochilib, bo'shliq bilan tutashtiriladi. Jarroxlik maxalliy og'riksizlantirish yordamida qilinadi. Extiyojga qarab keyingi muolijalar shu qo'yilgan teshik orqali amalga oshiriladi.

#### **G'ALVIRSIMON SUYAK KATAKCHALARINI SURUNKALI YALLIG'LANISHI (SURUNKALI ETMOIDIT).**



**Kasallikni kelib chiqishi va rivojlanishi:** Etmoidit kamdan-kam xollarda aloxida uchraydi, yallig'lanish jarayoni deyarli doimo boshqa qo'shni bo'shliqlari bilan birgalikda kechadi. Bu katakchalar barcha bo'shliqlarni markaziy qismida joylashganligi va ular bilan qo'shniligi tufayli, ko'p xollarda etmoidit shu bo'shliqlarni yallig'lanishi bilan birga kechadi. SHuning uchun xam etmoiditni tarqalishi gaymoritdan so'ng ikkinchi o'rinda turadi. G'alvirsimon suyak bo'shliqlarini surunkali yallig'lanishi sabablari va klinik kechishi qolgan bo'shliqlarni yallig'lanishi kabi bo'ladi.

Kasallikni surunkali ko'rinishiga o'tishiga sabablar, o'tkir etmoiditni keltirib chiqaruvchi omillarni o'z vaktlarida bartaraf qilmaslik, o'z vaqtida aniq tashxis qo'yilmaslik, natijada davolashni erta va to'liq o'tkazmaslik, burundagi boshqa yo'ldosh kasalliklarni bartaraf etmaslik, makroorganizmni umumiy ximoya qobilyatini pastligi, mikroorganizmni virulentligini yuqoriligi xisoblanadi.

Kasallikni klinik kechishi bo'yicha kataral, yiringli va giperplastik turlari uchraydi. Yiringli jarayonni uzoq davom etishi, allergik xolatni keltirib chiqaradi, natijada shilliq qavatlarda proliferativ jarayon rivojlanish xisobiga ular qalinlashadi va poliplar xosil bo'lishiga olib keladi. Poliplar yallig'lanish natijasida shilliq va shilliq osti qavatlarni shishganligi natijasida, to'qimalarni oralariga shilimshiq suyuqliqni to'planishi xisobiga paydo bo'ladi. Yuzalari tsilindrik xilpillovchi epiteliy bilan qoplangan joylarda, bu epiteliylarni ko'chganligi yoki yassi epiteliyga aylanganligi kuzatiladi.

**Bemorlarda kasallikni subhektiv belgilari** o'tkir turiga qaraganda kam namoyon bo'ladi. Ular ko'pincha bosh og'rig'iga, burun asosi va ko'z kosasini ichki burchagidagi og'riqqa shikoyat qiladi. Boshqa sinuitlar kabi surunkali etmoiditda xam bemorlarni burundan nafas olishni qiyinligi, yiringli ajralma kelishi, uyqu va ishtaxani buzilishiga bo'ladi.

Bo'shliqni orqa gurux kataklari yallig'langanda, bemorlarni erta bilan turganda ko'p miqdorda burun-xalqum orqali yiringli ajralma oqib tushishi bezovta kiladi. Buning sababi kechasi bilan dimog'da to'planib qolgan yiring, bemor tik xolda turganda burun-xalqumga to'xtovsiz oqishi natijasidir. Ko'p miqdorda bunday ajralma, xalqum shilliq qavatig' reflektor tahsir etishi natijasida, bemorlarda ko'ngil aynib qayt qilish va yo'talish xuruji kuzatiladi. Yallig'lanish jarayoni xid bilish soxasiga tarqalganligi va yiringli ajralma bilan to'lganlagi xisobiga bemorlar xid bilishni pasayganligiga xam shikoyat qiladilar.

**Ob'ektiv belgilari:** surunkali etmoiditni rinoskopik ko'rinishi yallig'lanish jarayonini xolatiga bog'liq bo'ladi. Burun shilliq qavatlari, burun chig'anog'i, ayniqsa o'rta burun chig'anog'i qizarib shishgan bo'ladi, yo'llarida qo'yi, xidli yiringli ajralma ko'rinadi. Kasallikni surunkali kechishida shilliq qavatlari shishi, qalinlashishi, yuzalarida granulyatsiya va poliplarni xosil bo'lishi bilan kechadi. Poliplar yakka xolda, tor oyoqchalarda osilib turadigan yoki bir nechta mayda poliplardan iborat bo'ladi. Ko'p xollarda poliplar nafaqat o'rta burun yo'lida bo'ladi, balki burun bo'shlig'ini butunlay to'ldirib, xatto kattalashib burun medial devorini bir tarafga qiyshaytirib qo'yishi xam mumkin.

Poliplarni olgandan so'ng, bo'shliq katakchalarida yopik empiema shaklida to'planib qolgan yiringlarni ko'p miqdorda oqib tushishi kuzatiladi. Bunday yopiq empiemalar uzoq vaqt, hech qanday klinik belgisiz kechishi mumkin, qachonki g'alvirsimon suyak bo'shliqlarini oldingi qismi atipik ko'rinishda kengayib bo'rtib qolganda, empiema xosil bo'lganligiga gumon qilinadi. O'z vaqtida empiemalar aniqlanmasa, keyinchalik jarayon kuchayib suyakni yemirib g'alvirsimon suyak bo'shlig'ini tashqi devoriga, ko'z kosasi atrofiga yorilib yiringli oqma yara (svio') xosil qiladi. Yiring bilan to'lgan bunday empiema, ko'proq o'rta chig'anoqni oldingi qismida paydo bo'lib, tasodifan polipotomiya yoki zond bilan tekshirish vaqtida aniqlanadi.



**Rasm 44. Ikki tomonlama frontit ropuf kozga asorati**

**Tashxis:** Surunkali etmoiditni tashxisi obhektiv va subhektiv belgilarga, rentgenologik tekshirishlarga, diafanoskopiya va tomografiya natijalariga asoslanib qo'yiladi. G'alvirsimon suyak bo'shliqlarni yopiq empiemasida tashxisni o'z vaqtida qo'yish qiyinroq bo'ladi.

**Surunkali etmoiditni davolashda asosiy maqsad:** burun bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonlarini bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Bu maqsadda burun bo'shlig'adagi va burun-xalqumdagi turli surunkali yallig'lanishlarni (burun to'sig'ini qiyshayishi, burun chig'anoqlarini gipertrofiyasi, burundagi turli o'smalar, adenoidlar) bartaraf etish zarur. Konservativ davolardan asosan antibiotiklar, sulg'fanilamid preparatlari, burun ichiga qon tomir toraytiruvchi dorilar qo'llaniladi.

Davolashni samarali yo'li D. I. Tarasov va G. Z. Piskunovlar tomonidan taklif qilingan usul va ignalar orqali bo'shliqlarni punktsiya qilib yuvib dori yuborishdir.

Yallig'lanish jarayonini tez-tez qaytalanishi, uzoq davom etishi va o'tkazilgan davolarni kam foyda berganda, davolash burundagi poliplarni yoki gipertrofiyalangan chig'anoklarni kesib olishdan, galvirsimon bo'shliq katakchalarini keng miqyosda ochishdan (etmoidotomiya) iborat bo'ladi. G'alvirsimon suyak katakchalarini ochish, boshqa usullarga qaraganda kam jaroxat beruvchi va fiziologik xosoblangan



Messerklinger usuli orqali amalga oshiriladi. Muolija maxalliy og'riqsizlantirish (2% dikain yoki 10% kokain eritmasi) yo'li bilan amalga oshiriladi. Avvalida burundagi poliqlar olib tashlanadi, so'ngra o'rta burun chig'anog'ini oldingi qismi kesiladi, natijada g'alvirsimon suyak katakchalariga keng yo'l ochiladi. Maxsus Galle kyuretkasi yordamida oldingi va o'rta gurux katakchalar ochiladi. Burun ichida o'tkazilgan bunday muolijalardan so'ng ajralmani chiqishi yaxshilanadi va yallig'lanish jarayoni tez bartaraf qilinadi. Davolashni kelgusida bemorlarni xolatini xisobga olgan xolda antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi dorilar qo'llash bilan olib boriladi. Fizioterapevtik muolijalaridan UVCH, elektroforez, ulg'ratovush va magnitterapiyalar qo'llaniladi.

#### **PESHONA SUYAGI BO'SHLIG'INI SURUNKALI YALLIG'LANISHI (SURUNKALI FRONTIT).**

Peshona suyagi bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi sabablari boshqa sinuitlarni kelib chiqish sabablaridan deyarli farq qilmaydi. O'z vaqtida davolanmagan o'tkir sinuit, burun bo'shlig'idagi o'tkir sinuitga olib kelgan turli kasalliklarni bartaraf etmaslik, peshona-burun yo'lini berkilib qolishi (polip, burun chig'anog'ini gipertrofiyasi) va makroorganizmni umumiy ximoya faoliyatini pasayishi, mikroorganizmni virulentligini yuqoriligi kasallikni surunkali shakliga o'tishga sharoit yaratadi.

**Kasallikni subhektiv belgilari** peshona bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishiga nisbatan kamroq namoyon bo'ladi. Bemorlarni bosh og'rig'i, peshona suyagi bo'shlig'i soxasidagi og'riq, burundan nafas olishni qiyinligi, burundan xidli yiringli ajralma kelishi va xid bilishni pasayishi bezovta qiladi. Kasallikka xos belgilardan, boshni pastga egilganda bo'shliq soxasidagi og'riq kuchayadi. Bosh og'rig'i ko'proq peshona soxasida bo'ladi. Yallig'langan bo'shliq tomondan ko'zni ichki yuqori devorini bosib ko'rilganda og'rik kuchayadi (**Yuvinga simptomi**).

**Rinoskopiya** (oldingi va orqangi rinoskopiya) burun bo'shlig'i shilliq qavatlari, burun chig'anoqlari (ayniqsa o'rta chig'anog'i) qizarib shishgan bo'ladi. Kasallikni surunkali kechishida o'rta burun yo'li va chig'anog'ini shilliq qavatlarda poliqli o'zgarishlari kuzatilishi mumkin. Umumiy va o'rta burun yo'lida kasallikni klinik shakliga binoan shilimshiq yoki yiringli ajralma bo'ladi. Erta bilan bemor joyida yotgan xolda ko'rilsa, o'rta burun yo'lida oz miqdorda ajralma kuzatiladi, keyinchalik bemor tik xolda turganda (agar bo'shliqni chiqaruv teshigi ochiq bo'lsa) yiring chiqishi ko'payib o'rta va umumiy burun yo'llarida ko'p miqdorda yiring paydo bo'ladi.

Surunkali yallig'lanish uzoq muddatga cho'zilsa va ajralmani chiqishi qiyinlik bilan davom etsa, yallig'lanish jarayoni suyak usti pardasini, keyinchalik suyakning yemirilishiga va bo'shlik devorlarida oqma yaralar paydo bo'lishiga olib keladi. Bunday oqma yaralar bo'shliqni oldingi devorini teri ostiga o'tib, subperiostal abstsessga, ayrim xollarda esa ochik empiemaga sabab bo'ladi. Ko'p xollarda yiringli



jarayon peshona bo'shlig'ining pastki devorini yemirib, ko'zga asoratlar(qovoqlar reaktiv shishi,subperiostal va retrobulbar abscesslar,flegmona) beradi. Ayrim xollarda bo'shliqni orqa devori yemirilib yiring bosh miya ichi asoratlarini yahni ekstra,subdural abscessni yoki yiringli meningitni rivojlanishiga sabab bo'ladi.

**Tashxis:** Kasallik tashxisi bemorni shikoyatlari, kasallik tarixi, rinoskopik ma'lumotlar xamda qo'shimcha tekshirish (diafanoskopiya, rentgenografiya, tomografiya, peshona suyagi bo'shligiga zond yuborib yoki punktsiya qilib tekshirish) natijalarga asosan qo'yiladi. Agar ko'zga asorat o'tgan bo'lsa, o'rta burun yo'liga 5% kokain eritmasi shimdirilgan tamponni 2 soatga qo'yilsa ko'rish qobiliyati yaxshiladi bu frontal rinogen asoratdan darak beradi.



**Rasm 45. Peshona suyagi bo'shlig'iga zond yuborish.**

**Davolash:** Peshona suyagi bo'shlig'ining surunkali yallig'lanishini davolash ko'pincha konservativ usulda olib boriladi. Davolash asosan burun bo'shlig'ini shilliq qavatlarni shishini pasaytirib, peshona suyagi bo'shlig'idan yiringni ajralishini yaxshilashga qaratiladi. O'rta burun yo'lining shilliq qavatiga qon tomir toraytiruvchi dorilar dokali pilikga shimdirilib qo'yiladi, bundan tashqari shu maqsada qo'shimcha 2-3% lyapis eritmasi 2-3 kun davomida surtiladi. Lyapis eritmasi bo'shliqni chiqaruv teshigi atrofidagi shilliq qavatni giperplpziyasini pasaytiradi.

Davolashni asosiy yo'llaridan bu peshona suyagi bo'shlig'i tabiiy yo'llari orqali zond kiritilib, yuviladi va turli dorilar (antibiotiklar, antigistaminlar, kortikosteroidlar va fermentlar) jo'natiladi. Peshona suyagi bo'shlig'ini zondlash maqsadida Ritter tomonidan taklif qilingan turli xajmdagi zondlardan foydalaniladi, ammo bu zondlar ancha qo'pol ishlanganligi, xajm jixatidan kattaligi va muolijani bajarishda qiyinchiliklar tug'dirganligi uchun hozirgi kunda Belogolovov tomonidan taklif qilingan nozik va ancha egiluvchan zondlardan foydalanilmoqda.

Davoilashda qo'shimcha fizioterapevtik muolijalar qo'llash (UVCH, lazerterapiya, magniterapiya, mikrotulkin va elektroforez) bilan olib borilsa yaxshi natijalar beradi.

Peshona suyagi bo'shlig'ini yallig'lanishi ko'p xollarda g'alvirsimon suyak katakchalarini yallig'lanishi bilan birga davom etadi, shuning uchun ko'p xollarda shilliq qavatlarini giperplaziyasi, o'rta burun yo'lida poliplarni xosil bo'lishi bilan kechadi, natijada peshona suyagi bo'shlig'ini tabiiy yo'li berkilib qolib, ajralmalarni chiqishini qiyinlashtiradi, shuning uchun xam davolashni giperplaziya bo'lgan shilliq qavatlar va poliplarni bartaraf etishdan boshlash zarur. Ayrim xollarda bo'shliq zond yuborish qiyin bo'ladi, shunda o'rta burun chig'anoqlarini oldingi qismi kesib olinib, burun yo'lini kengaytirib, so'ng zond kiritilib bo'shliq yuvilib dori jo'natiladi. Bunday xollarda peshona suyagi bo'shlig'ida radikal jarroxlik o'tkazishga xech xojat qolmaydi.

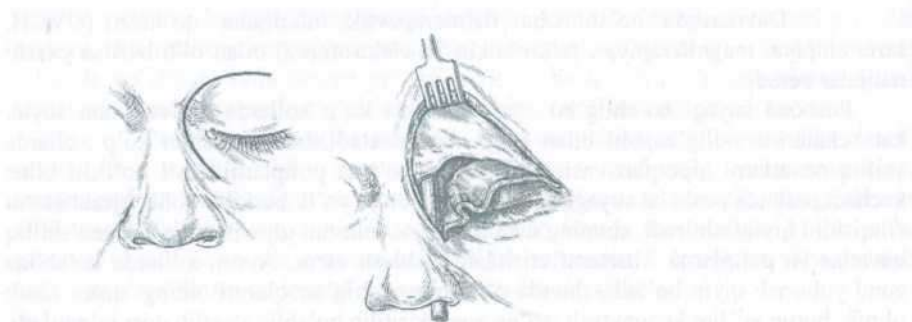
Bo'shliqqa tabiiy yo'li orqali zond yuborishni iloji bo'lmagan xollarda, oldingi devori orqali punktsiya (trepanopunktsiya) qilinib mahlum muddatga kanyula qo'yilib shu orqali yuvilib dori jo'natiladi. Bu muolija o'tkir va surunkali frontitlarda ko'rsatmaga qarab bir xilda qo'llaniladi.

Trepanopunktsiya uchun M.E. Antonyuk tomonidan taklif qilingan maxsus yig'ma asbobdan foydalaniladi. Bu yig'mada aloxida parma, uni turli xajmdagi parmaloqchi pichoqlari mavjud. Avval peshona soxasida trepanopunktsiya qiluvchi joyini belgilab olinadi. Buning uchun qoshni yoyini ustidan to'g'ri chiziq o'tkaziladi, bu chiziqqa perpendikulyar, peshonani o'rtasidan ikkinchi chiziq o'tkaziladi. Ikkala chiziq tutashgan joyini o'rtasida bisektrisa o'tkaziladi. SHu bisektrisani burchakdan boshlangan qismidan 1,0-1,5 sm. masofada trepanatsiya qilinadi. Teri ostiga 1% novokain yoki 2% lidokain yuborish orqali maxalliy og'riqsizlantiriladi. Parmalash davomida bo'shliqqa tushilganda o'ziga xos yengillik seziladi. Bo'shliq yuvilib, dori moddasi jo'natilgandan so'ng, bu joyga kanyula kasallikni kechishiga qarab 2-7 kunga qo'yiladi. Kelgusidagi muolijalar shu kanyula orqali amalga oshiriladi. Bundan tashqari peshona suyagi bo'shlig'ini punktsiya xam qilish usuli xam mavjud. Buning uchun uchi o'tkir va yo'g'on igna bilan bo'shliqni pastki devorini ichki ko'z burchagidan amalga oshiriladi, chunki bu joy peshona suyagi bo'shlig'ini eng nozik devori xisoblanadi.

Peshona suyagi bo'shlig'ining jarroxlik yo'li bilan ochish uchun quyidagi ko'rsatmalar bo'lishi kerak: o'tkazilgan davolarni foydasizligi, suyak devorini yemirilishi, oqma yara (svio') xosil bo'lishi, bosh miya va ko'z ichi asoratlari va boshqalar xisoblanadi.

Kasallikni tez-tez qaytalanishi, bo'shliqdan ko'p miqdorda yiring kelishi, qattik bosh og'rishi, qaytadan o'rta burun yo'lida polipni xosil bo'lishi jarroxlik uchun nisbiy ko'rsatma xisoblanadi.

Peshona suyagi bo'shlig'ini ochish, tashqaridan peshona soxasi orqali va burun ichdan (endonozal) amalga oshiriladi. Peshona bo'shlig'ini endonozal yo'l bilan ochilishi kamdan-kam xolatda qo'llaniladi, chunki texnik jixatdan murakkab va bo'shliqni patologik o'zgargan shilliq qavatdan, polipdan, yiringdan to'liq tozalashni iloji yo'q, shuning uchun xam bu usulni samarasi kamroq.



**Rasm 46. Peshona suyagi bo'shlig'ini jarrolik yo'li bilan ochish (Frontotomiya).**

Bo'shliqni ochishni tashqaridan, Ritter-Yansen usulida o'tkazish eng qulay xisoblanadi. Bu usulda terini kesish ko'z kosasini yuqori qismi yahniy, qoshning o'rta qismidan boshlanib, burun qirrasini orqali 1-1,5 sm. pastga davom etadi. Ko'z kosasining yuqori devorini yumshoq to'qimasi suyak pardasidan ajratiladi. Peshona suyagi bo'shlig'ini oldingi devori soxasidan 2,0x2,0 sm. kattalikda teshik ochilib bo'shliqqa tushiladi va yallig'lanish jarayonida xosil bo'lgan barcha patologik ajralmalar (yiring, polip) olib tashlanadi.

Jarrolik so'ngida burun bo'shlig'i bilan peshona suyagi bo'shlig'i orasidagi yo'lni saqlab qolish maqsadida rezinali (plastmassa) trubka qo'yiladi. Yumshoq to'qima jaroxati qavatma-qavat tikiladi. Drenaj trubka burunda 3-4 haftaga qoldiriladi va bo'shliq vaqti-vaqti bilan shu drenaj orqali yuvib turiladi. Agar ikkinchi bo'shliqni xam ochish lozim bo'lsa, o'rta devorni ochish orqali ikkinchi tomonni xam to'liq tekshirish mumkin.

#### **ASOSIY SUYAK BO'SHLIG'INI SURUNKALI YALLIG'LANISHI (SURUNKALI SFENOIDIT).**

Asosiy suyak bo'shlig'ini yallig'lanishi aloxida yoki galvirsimon suyak bo'shliqlarini orqa katakchalari yallig'lanishi bilan birga kechishi mumkin.

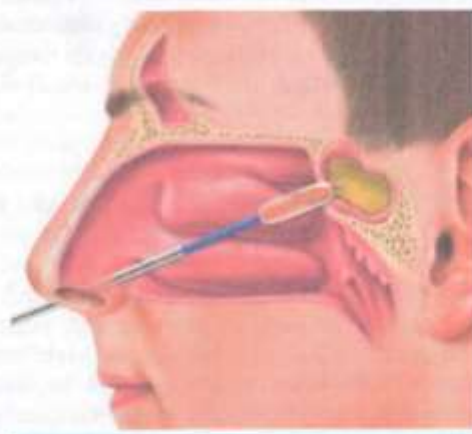
Kasallikni kelib chiqish sabablaridan o'tkir yallig'lanishini o'z vaqtida va yetarli darajada davolanmaslik, o'tkir sfenoiditga olib keluvchi omillarni o'z vaqtida bartaraf qilmaslik, makroorganizmni ximoya vositasini pasayishi, mikroorganizmni virulentligini yuqoriligi xisoblanadi. Ayrim xollarda surunkali sfenoidit suyak devorlarini shikastlanishidan so'ng, burundagi kista va o'smalar asorati natijasida xam rivojlanishi mumkin.

**Subhektiv belgilaridan** birinchi bo'lib, bosh og'rig'i, ko'proq bu og'riqlar ensa yoki burun-xalqum soxalarida bezovta qiladi. Yiringli ajralma ko'pincha qo'yiqlik va xidli bo'ladi, ajralma asosan burun-xalqumga tushadi. Qo'yiqlik ajralma xalqumni orqa devoriga to'planishi xisobiga bemorlarni tomoqda yot jism borligi xisssiyoti bezovta qiladi, shuning uchun xam balg'amni chiqarib tashlash uchun



bemor doimo yo'taladi, vaqti-vaqti bilan reflektor ko'ngil aynishi kuzatiladi. Kechasi bilan bo'shliqqa va burun-xalqumga to'plangan ajralma, ertalab tik xolatga o'tganda, dimog'dan xalqumga oqishi kuchayadi.

Bemorlarda xid sezish kobilyati pasayadi, umumiy xolsizlik, tana xaroratini ko'tarilishi, ruxiy va jismoniy charchash kabi shikoyatlar paydo bo'ladi.



Rasm 47. Asosiy suyak bo'shlig'iga zond yuborib yuvish.

**Obhektiv belgilari:** rinoskopiya qilinganda burunni shilliq qavatlari, burun chig'anoqlari, ayniqsa o'rta burun yo'li soxalari qizargan, shishgan bo'ladi. Bundan tashqari o'rta burun yo'llarida va umumiy burun yo'llarida yiringli ajralma kuzatiladi. Orqangi rinoskopiya da burun-halqumda, dimog'da yuqoridan oqib tushayotgan yiringli ajralma ko'rinadi.

Rentgenologik tekshirishda asosiy suyak bo'shlig'i va galvirsimon suyak katakchalarini orqa guruxlarida yallig'lanish belgilari ko'rinadi. Tashxisni to'liq tasdiqlash maqsadida endoskopiya qilish, zond kiritib va kerak bo'lsa bo'shliqlarni rentgenkontrast modda yuborib tekshiriladi.

**Davolash:** Davolashni burun ichidagi surunkali sfenoiditga olib keluvchi patologik omillarni (gipetroffiyalangan chig'anoqlarni, polipni olish, burun to'sig'ini qiyshaygan qismini to'g'rilash) bartaraf etishdan boshlanadi. Bu muolijalarni xammasi bo'shliqdagi yiringli ajralmalarni to'liq oqib chiqishiga sharoit yaratadi. Surunkali yallig'lanishda konservativ davolash bilan birga, bo'shliqlarni tabiiy teshiklari orqali zondlar kiritib, turli antibakterial eritmalar bilan yuvib, antibiotiklar, antigistamin va kortikosteroid dori moddalari yuboriladi. Konservativ davolashni fizioterapevtik muolijalar UVCH, lazer nuri tahsir etish, mikroto'lqin tahsir etish yo'llari bilan birga olib borish yaxshi natijalar beradi. Agar yallig'lanish jarayoni shilliq qavatlarni giperplaziyasi yoki polip o'sishi bilan birga kechsa u xolda (polip olingandan so'ng) burun ichiga 1% gidrokortizon malxami bilan ulg'trafonoforez

qilinadi. Davolashni bu usuli yordam bermasa, jarroxlilik yuli bilan burun ichidan Voyachek yoki Gaeka usuli bilan asosiy suyak bo'shligi oldingi devori ochiladi.

Asosiy suyak bo'shlig'i miya suyagining asosisida joylashganligi uchun, yon tomonlaridan xayotiy muxim ahzolar bilan chegaralanganligi sababli, xar qanday muolijalarni o'tkazishda nixoyatda extiyotlik bilan amalga oshirish zarur. Bu soxada jarrox burun ost-tomiyasini, bo'shliqni joylashish xolati va tashrix ishlarini yaxshi bilishi zarur. Oxirgi kunda endoskopik xirurgiya yaxshi rivojlanganligi uchun asosiy suyak bo'shligi da o'tkazitayotgan turli jarroxlilik muolijalari asoratsiz va kam jaraoxatsiz olib borilmoqda.

### **BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI KASALLIKLARINI KO'ZGA ASORATLARI**

Burun va burun yondosh bo'shliqlarini anatomik joylashuviga ehtibor berilsa, ular ko'z soqqasini atrofida va bosh miyaga yaqin o'rnmashganligi, ayrim bo'shliqlarni esa bu ahzolar bilan xech qanday devorsiz tutashganligi ko'rinadi. SHundan kelib chiqqan xolda burun va burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishida jarayonni ko'zga va bosh miyaga o'tishni extimoli doimo mavjuddir.

Oxirgi yillarda burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishida ko'zga bo'lgan asoratlarni salmog'i ancha ortib bormokda. Mualliflarini keltirgan ma'lumotlariga ko'ra bunday asoratlar 5,0% dan 8,4% gacha bemorlarda uchraydi. Bunga asosiy sabablar oxirgi vaqtlarda antibiotiklarni samarasiz qo'llashi, mikroblarni antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini kamayib ketishi va virulentligi yuqori bo'lgan shtamlari paydo bo'lishi, bemorlarni o'z vaqtida mutaxassislariga murojat qilmasdan, o'zlari uy sharoitida davolanishi, xamda kasallikka kech tashxis qo'yish natijasidir. Asoratlar 70-75% xolatlarida surunkali sinuitlarni qaytalanishida, faqat 25-30% xolatlarda esa o'tkir sinuitlarda kuzatiladi. Etmoiditlardan tarqalgan asorat ko'zga berilgan asoratlar ichida eng og'ir kechadigani xisoblanadi. Sfenoiditlarda eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri bu ko'rish nervni yalig'lanishidir, bunda kasallikni boshlanishidan jarayon to'g'ridan-to'g'ri ko'rish nerviga tarqalishi bilan boshlanadi.

Yallig'langan bo'shliqlardan infeksiyani ko'zga va bosh miyaga o'tish yo'llari quydagicha:

1. Bo'shliqlardan to'g'ridan-to'g'ri suyak devorini tug'ma bitmasdan qolgan devor yoriqlaridan (degistsentsiya) orqali
2. Yallig'lanish natijasida suyak devorini yemirib (kontakt) o'tishi
4. Qon tomirlar orqali o'tishi
5. Limfa tomirlari orqali o'tishi
6. Xid bilish nervlari atrofida peri-epinevral yo'llar orqali o'tish.

**Bosh miyaga o'tgan rinogen asoratlar quyidagicha:**

Araxnoidit

Meningit

Ekstradural absstess

Subdural absstess

Miya absstessi

G'ovak vena trombozi

Sagital vena trombozi kabi asoratlari uchraydi, bu asoratlar haqida ma'lumotlar esa otogen asoratlar mavzusida bayon etiladi.

Quyida burun yondosh bo'shliqlarini ko'zga bergan asoratlarini klinik kechishi batafsil ko'rib chiqamiz.

Qovoq va ko'z olmasi atrofi to'qimlarini reaktiv shishi

periostit

qovoqlar absstesslari

subperiostal absstess

ko'z flegmonasi

retrobulg'bar nevrit

vena tomirlari trombozi

Bu asoratlar maxalliy va umumiy belgilardan iborat bo'ladi.

Kasallikni klinik kechishi, asoratlarni turiga bog'liq bo'ladi. **Periostit** belgilarini kam namoyon bo'ladigan asorat bo'lib, bunda ko'z va qovoq to'qimalari qizarib shishadi. Ko'z olmasi qon tomirlari kengayib bo'rtib qoladi. Asoratlarni ichida eng og'iri va xaflisi ko'z flegmonasi xisoblanadi. Yallig'lanish jarayoni ko'z olmasini qaysi qismini ko'roq qamrab olishiga qarab, tashqi ko'rinishi o'zgaradi, agar jarayon orqa qismida joylashgan bo'lsa, ko'z olmasi oldinga keskin bo'rtib chiqadi va xarakati chegaralangan bo'ladi. Agar yallig'lanish jarayoni peshona suyagi bo'shlig'idan o'tgan bo'lsa, ko'z olmasi bo'rtib chiqqan va pastga burilgan bo'ladi.

Ko'z flegmonasidagi maxalliy belgilardan qattiq og'riq, ko'rish qobiliyatini pasayishi va ko'zni xarakatini chegaralanishi bezovta qiladi. Umumiy belgilardan tana xaroratini ko'tarilishi, ko'ngil aynib qayt qilish, bosh og'rig'i qo'shiladi.

Yallig'lanish jarayoni kuchayib borish natijasida ko'zda og'riq ortib boradi, ko'rish qobiliyati to'liq yo'qoladi, ko'z olmasini xarakati batamom to'xtaydi. Keyinchalik ko'zni ma'lum bir joyida shish paydo bo'lib, bo'rtib chiqadi, so'ngra teshiladi va oqma yara xosil bo'ladi. Yaradan yiring ajralishi boshlanishi bilan bemorni axvoli yaxshilanadi, ko'zdagi og'riqlar pasayadi, tana xarorati mo'tadil bo'ladi, ammo ko'rish qobiliyatini tiklanishi yallig'lanish jarayoni qanday darajada chuqur tarqalishga bog'liq bo'ladi. Ayrim xollarda kech boshlangan davolash natijasida kasallik ko'zni to'liq ko'rmasdan qolishi bilan yakunlanadi.





**Rasm 48. Surunkali yiringli gaymoritni ko'zga asorati.**

Sinuitlarni ko'zga yana bir og'ir asoratlaridan bu **ko'ruv nervini yallig'lanishidir**. Bu og'ir asoratlardan xisoblanib, ko'pincha jarayon ko'rish qobilyatini, rang ajratish faoliyatini pasayishi, ayrim xollarda ko'zni to'liq ko'rmay qolishi bilan tugallanishi mumkin, shunig uchun bunday asoratga gumon qilinganda darhol davolashni ko'z kasalliklari mutaxassislari bilan birgalikda olib borish zarur. Ko'zdagi og'ir asoratlardan yana biri **panoftalm** yallig'lanishni ko'zning barcha to'qimalariga tarqalishidir, bu asorat ko'z vena qon tomirlarida trombozlar xosil bo'lishidan boshlanadi, keyinchalik ko'rish qobilyatini to'liq yo'qotish va ko'z olmasini atrofiyasi bilan tugallanadi.

**Kasallik tashxisida** ko'zda yallig'lanishga xos o'zgarishlarni birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan darhol burun yondosh bo'shliqlarini to'liq tekshirish zarur, chunki ko'zdagi yallig'lanishlarni sabablarini 80% xolatda burun yondosh bo'shliqlarini kasalliklari xisoblanadi. Bemorlardan to'liq kasallik tarixini so'rab aniqlagandan so'ng, burunda rinoskopiya, endoskopiya o'tkaziladi, so'ngra ularni rentgenografiya va tomografiya qilinadi, tashxisni tasdiqlash maqsadida bo'shliqlarni puksiya yoki zond yuborib yuviladi. O'tkazilgan tekshirishlar natijalariga asosanib bemorlarga davolash ishlari qo'llaniladi.

Burun oldi bo'shliqlarini ko'zga bergan asoratlarini aniqlash uchun yallig'langan tomonni o'rta burun yo'lga 5% kokain eritmasi shimdirilgan dokali pilikni 2 soatga qo'yiladi, agar ko'rish qobilyati yaxshilansa tashxis tasdiqlanadi.

**Davolash:** Burun va burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishi natijasida ko'zga asoratlar kuzatilganda, bemorlar darhol kasalxonaga yotqizilib oftalmolog va

LOR vrach birgalikda davolash ishlari amalga oshiriladi. Asoratlarni yengil ko'rinishida (periostit,qovoqlarni reaktiv shishlari) davolash ishlari jarroxlik muolijalarisiz (konservativ) olib boriladi. Darxol yallig'langan bo'shliqlar yuvilib tozalanadi, so'ngra antibiotiklar, sulg'fanalamid preparatlari, yallig'lanishga qarshi dorilar va fizioterapevtik muolijalar o'tkaziladi. Agar ko'zdagi asoratlar yiringli tus olingan bo'lsa, davolashni darxol yallig'langan bo'shliqni jarroxlik yo'li bilan ochib, yiringdan tozalab, so'ngra tahsir doirasi keng va yuqori bo'lgan atibiotiklar tavsiya qilinadi.

Ko'z vena tomirlarini tromboziga gumon qilinganda,yallig'langan bo'shliqlar darxol ochib tozalanadi, yuqorida keltirilgan konservativ davolarga qo'shimcha, qon ivishini pasaytiruvchi (antikogulyantlar) dorilar qo'llaniladi. Kuchli intoksikatsiyada degidrotatsiya o'tkazish maqsadida mannitol,gemodez va antigistamin dorilari tavsiya qilinadi.Bemorda panoftalm asorati paydo bo'lganda, keyinchalik bosh miya asorati qo'shilishini oldini olish maqsadida, ko'z olmasini to'liq olib tashlanadi.

O'tkazilgan davolarni natijalari, davolashni qancha erta boshlaganligiga va vrachni tutgan yo'lini to'g'riligiga bog'lik bo'ladi

#### **BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI YALLIG'LANISHIDA BOSH MIYAGA ASORATLARI**

Burun va burun yondosh bo'shliqlarini og'ir asoratlaridan biri, bu bosh miya asoratlari xisoblanadi. Bosh miyaga asoratlarni 80-85% xolatlarda surunkali sinuitlarni qaytalanishi tufayli rivojlanadi,faqat 10% xollardagina o'tkir sinuitlar shunday asoratlar beradi. Sinuitlarni qaytalanishini asosiy sababi, yuqori nafas yo'llaridagi virusli kasalliklar (tumov,rezanda) xisoblanadi. Bundan tashqari burun va burun yondosh bo'shliqlarini jaroxatlarida va burundagi turli yiringli jarayonlarida (burun chipqoni, burun devori abstsessi) xam bosh miya asoratlari kuzatiladi.

Yiringli jarayonini burundan va burun yondosh bo'shliqlaridan bosh miyaga o'tishida, yallig'lanish jarayonida, bir vaqtni o'zida virus va bakterial florani birgalikda ishtirok etishi muxim o'rinni egallaydi. Otogen bosh miya asoratlariga qaraganda, rinogen bosh miya asoratlari kamrok uchraydi va LOR kasalliklarini bosh miyaga bergan asoratlarini 10 % tashkil etadi.

Yallig'lanish jarayoni bosh miyaga quydagi xollarda o'tadi-

1. chegara devorlarni tug'ma yoriqlari (degitsentsiya) orqali
- 2.yiringli jarayon to'g'ridan – to'g'ri devorni (kontakt) o'tishi mumkin(bunday xolatda ko'prok paxi va leptomeningit uchraydi).
- 3.qon tomirlar orqali (asosan vena kon tomirlari orqali) o'tadi.
- 4.limfa tomirlari orqali.
- 5.xid bilish nervlari bo'ylab (epi-perinevral) o'tishi.

#### **Bosh miya asoratlarni quydagi turlari kuzatiladi:**

araxnoidit  
estradural abstsess

subdural absstess  
meningit  
miya absstessi  
sepsis, sinus venasini trombozi.

Bosh miyadagi asoratlarni turlari ko'prok, burun oldi bo'shliqlarini yallig'lanishlari turlariga bog'lik bo'ladi, yahniy meningit va bosh miya absstesslari ko'prok frontitda, araxnoidit esa gaymoritda, sinus venalarini trombozi, etmoidit, sfenoidit va burun chipqonlarida kuzatiladi. Septik xolat esa ko'proq sinus venalarini trombozida uchraydi.

Rinogen bosh miya asoratlari odatda bosh og'rig'i, loxaslik, tana xaroratini ko'tarilishi bilan boshlanadi, so'ngra asoratlarga xos asosiy belgilar paydo bo'ladi. Birlamchi belgilar paydo bo'lishi bilan darhol davolash ishlarini kuchaytirish zarur. Asoratlarni tashxisi kasallikni birinchi belgilariga, ko'zdagi o'zgarishlarga va orqa miya suyuqliklarini tekshirish natijalariga asoslanadi.

Xozirgi kunlarda bosh miya asoratlari tashxisi yaxshi yo'lga qo'yilganligi va o'z vaqtida aniqlanayotganligi, davolashda antibiotiklarni, sulg'fanilamidlarni va boshqa intoksikatsiyaga qarshi dorilarni yangi, keng tahsirga ega bo'lgan turlarini qo'llanilayotganligi sababli, o'lim 20 yil avvalgi davra nisbatan bir necha barobarga kamaygan, lekin bu asoratlardan o'lim ko'rsatgichi xamon 9,8% darajada saqlanib qolmoqda.

Burun va burun oldi bo'shliqlarini bosh miyaga asoratlari klinik kechishi va davolash masalalari otogen bosh miya asoratlari bo'limida keng yoritilgan.

## **Burun va burun yondosh bo'shliqlari o'smalari**

Burun va burun yondosh bo'shliqlari o'smalari inson tanasida uchraydigan o'smalarni 6-8% tashkil qiladi. O'smalarni klinik kechishi uni xajmi, joylashgan o'rni va gistologik tuzilishiga bog'liqdir. Xalqaro klasifikatsiya bo'yicha burun va burun yondosh bo'shliqlari o'smalari tuzilishi bo'yicha o'smasimon xosilalar, xafsiz va xafli o'smalarga bo'linadi.

**O'smasimon xosila**, kasallikni bu turiga **fibroz displaziya** kiradi. Suyak to'qimalarni rivojlanishidagi yetishmovchilik turiga kirib, asosan yuqori jag' suyagi bo'shlig'i soxasida paydo bo'ladi. Oddiy suyak o'rmiga fibroz qo'shuvchi to'qima rivojlanadi, sekin o'sadi, dastlab xech qanday belgi bermaydi. Kelgusida bo'shliq soxasida qattiq bo'rtma paydo bo'ladi, ikkilamchi gaymorit belgilari namoyon bo'ladi. O'sma bo'shliqni medial devori tomoniga o'sishi bilan burun yo'llari torayib nafas olish qiyinlashib qoladi.

Davolash faqat jarroxlilik usulida olib tashlanadi.

**Angiogramulyoma**, boshqacha nomi burun medial devorini qon ketuvchi polipi. O'sma asosan burun medial devorini tog'ayli qismida joylashadi, sekin o'sadi, yuzalari notkis, rangi to'q qizil bo'ladi va vaqti-vaqti bilan qon ketishi



kuzatiladi. Davolash jarroxlilik usulida shilliq qavat tog'ay bilan birga olib tashlanadi. Ayrim xollarda koagulyator yordamida yoki kriotahsir etiladi.

## **Burun va burun yondosh bo'shliqlarini xafsiz o'smalari.**

Bunday o'smalar qatoriga papilloma, fibroma, osteoma, angioma, xodroma, nevus va so'ngallar kiradi.

**Papilloma**, kelib chiqish bo'yicha qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lib ko'pincha 50 yosh va undan yuqori yoshdagilarda uchraydi. Joylashgan o'rni burunni kirish qismida va ichkarida burun devorlarida. Kirish qismidagi o'sma ko'rinishidan so'ngalga o'xshaydi, yuzalari notekis, dag'allashgan. O'smani ichki qismidagisi esa shilliq qavatda kelib chiqanligi uchun, yuzalari tekis, ayrim xollarda polipni eslatadi. Ayrim xollarda o'sma o'sib, suyak to'qimlarini butunligini buzilib, xatto burun yondosh bo'shliqlariga xam o'sib kiradi. Papilloma 4% xollarda yomon sifatli o'smaga aylanishi mumkin.

Davolash faqat jarroxlilik usulida olib tashlanadi.

**Gemangioma va limfangioma**, qon va limfa tomirlarda kelib chiqadigan o'sma bo'lib, asosan burun lateral devorida va burun chig'anoqlarida joylashadi. Deyarli kam uchraydi, klinik kechishi oddiy polip singari bo'ladi. Eng xafli tomoni bu o'smalar tez malignizatsiya (yomon sifatli o'smaga aylanishi) moyiligi bor. Davolash jarroxlilik usulida olib tashlanadi.

**Osteoma**, suyak to'qimasidan kelib chiqqan o'sma bo'lib, asosan peshona suyagi bo'shlig'ida, ikkinchi o'rinda g'alvirsimon suyak katakchalarida va kam xollarda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ida uchraydi. O'sma deyarli sekin o'sadi, kichik xajmdagilari deyarli xech qanday klinik belgi bermaydi, shuning uchun xech qanday davolash chorolari ko'rilmadan kuzatiladi. Katta xajimda o'sib yuz soxasida deformatsiya keltirib chiqarsa yoki bosh miya ichkarisiga o'sib kirgan xollarda darhol olib tashlanadi.

### **Burun va burun yondosh bo'shliqlarini yomon sifatli o'smalari.**

Burun va burun yondosh bo'shliqlarini yomon sifatli o'smalaridan rak va sarkoma uchraydi. Inson tanasidagi barcha yomon sifatli o'smalarni 2% tashkil qiladi.

Joylashgan o'miga binoan yomon sifatli o'smalar birinchi navbatda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ida, so'ng g'alvirsimon suyagi bo'shlig'ida va uchinchi o'rinda burun bo'shlig'ida uchraydi. Kam xollarda peshona suyagi bo'shlig'i va asosiy suyak bo'shlig'i soxalarida uchraydi.

Burun soxasida eng ko'p uchraydigan o'sma bu **rak** (saraton) xisoblanadi, tashqi burunda bazal xujayrali va burun bo'shlig'ida esa yassi xujayrali

turi uchraydi. O'sma tezda burun bo'shlig'idan burun devoriga, yon bo'shliqlariga, tanglay-qanotsimon bo'shliqqa, ko'zga va bosh miyaga o'sib kiradi.

Tarqalishi bo'yicha **birinchi bosqichda**, o'sma faqat burun bo'shlig'ida, atrofga metastaz yo'q, limfa tugunlari kattalashmagan. O'smani **ikkinchi bosqichida** burundan tashqariga o'sib, qo'shni devorlarga o'tadi, yaqin limfa tugunlarida birlamchi metastazlar paydo bo'ladi, limfa tugunlari kattalashgan. O'smani **uchinchi bosqichida** o'sma tarqalib qo'shni to'qimalarga, xatto bosh miyaga xam o'sadi, limfa tomirlarida metastazlar kuzatiladi, limfa tugunlari kattalashgan, ushlab ko'rilganda og'riqli. **To'rtinchi bosqichda** o'sma to'qimalarida nekrozlar paydo bo'ladi va tanani boshqa joylarida xam metastazlar o'sadi, limfa tugunlari kattalashgan.

**Kasallikni boshlanishida** deyarli klinik belgilarisiz boshlanadi, keyinchalik burundan nafas olishni qiyinligi, bosh og'rig'i, ishtaxani pasayishi, lanjlik paydo bo'ladi. Avvalida burundan shilimshiq ajralma keladi, keyinchalik ajralma qon aralash bo'ladi, ayrim xollarda o'tkir qon ketishi kuzatiladi.

**Rinoskopiya**da burunda yuzalari notekis, gulli karamni eslatuvchi o'sma bo'ladi, muolija vaqtida qon ketishi kuzatiladi. O'sma kattalashib ko'z soxasiga o'tganda, ko'z olmasi keskin bo'rtib chiqadi, xarakati chegaralanib qoladi, ko'rish faoliyati izdan chiqadi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'idagi o'smani belgilaridan biri, bo'shliq soxasini bo'rtib chiqishi, paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'lishidir.

O'smani tashxisida avvalo bemorni shikoyatlari, rinoskopik tekshirish natijalariga asoslanib, vrachda onkologik xushyorlik paydo bo'ladi. Tashxis asosan bo'shliqdan punktsiya vaqtida olingan surtmani va biopsiyani gistologik tekshirish natijalariga asoslanadi.

**Davolash** asosan o'smani o'sish bosqichi binoan ahzoni saqlovchi jarroxlik muolijasi o'tkazilib, keyinchalik kimyo va nur davolash choralarini birgalikda olib boriladi.

**Vegener granulomatozi**, bu kaslik birinchi marotaba F. Vegener (1936 y.) tomonidan yozilganligi uchun uni nomiga qo'yilgan. Asosan 40-50 yoshliklar orasida ko'p uchraydi va ayol bilan erkaklar orasida bir xil tarqalgan. Kasallikni asosida tizimli nekrotik granulomatoz vaskulit yotadi, birinchi navbatda yuqori nafas yo'llarida o'ziga xos o'zgarish paydo bo'lishi bilan kechadi.

Kasallikni kelib chiqishida turli nazariyalar qatorida infeksiyon nazariya asosiy o'rinni egallaydi. Yuqori nafas yo'llaridagi viruslar va stafilokokklar va ularni toksinlari tahsiri natijasida o'ta sezuvchanlik xolati ro'y berishi tufayli, shilliq qavatlar qon tomirlarida o'ziga xos autoallergik o'zgarishlar bilan kechadi. Bu o'zgarishlar nafaqat o'zgartargan, balkim o'zini o'zgarmagan oqsil moddalariga xam autoantitela paydo bo'lishi bilan kechadi.

Kasallikni patogeneza immunologik jarayon, yahniy bakterial flora, dori moddalariga bo'lgan o'ta sezuvchanlikni sekin namoyon bo'ladigan turi o'rinni egallaydi.

**Kasallikni belgilari**, klinik belgilarini paydo bo'ladigan xolatiga qarab o'tkir, o'tkir osti va surunkali turlari tafovut qilinadi. Kasallik qanchalik o'tkir boshlansa, klinik belgisi shunchalik tez namoyon bo'ladi, tez tarqaladi va og'ir kechadi. Granulomatoz o'zgarishlarni namoyon bo'lishi bo'yicha uch bosqichi



kuzatiladi. **Boshlang'ich bosqichi** burunda, quloqda va ko'zda alohida chegaralangan o'zgarishlar kuzatiladi, **ikkinchi** bosqichi keng tarqalgan ko'rinishi, bunda o'zgarishlar ichki ahzolarida, o'pka, buyraklarga xam tarqaladi va **uchinchi terminal** bosqichi, bunda bemorlarda o'pka va buyrak yetishmovchiliklari kuzatiladi.

**Kasallikni boshlanishida** bemorlar burunni bir tomonidan nafas olishni qiyinligiga, quruqshab qo'lishiga shikoyat qilishadi. Avvalida oz miqdorda burundan shilimshiq ajralma keladi, bir oz vaqt o'tgach ajralma yiringli, so'ngra qon aralash yiringga aylanadi. Oz miqdordagi ajralma quruqshab qo'ng'ir rangdagi qasmoqqa aylanadi.

**Rinoskopiya**da burun yo'llarida ko'p miqdorda qo'g'ir rangdagi qasmoq bo'ladi, qasmoq olinganda ostidagi shilliq qavat yupqalashgan, ko'kimtir qizg'ish rangda, joylarda granulyatsiyalar o'sganligi ko'rinadi. Burun bo'shlig'ini medial devorini oldingi tog'ayli qismida yaralar paydo bo'ladi, keyinchalik yaralar kattalashadi, bu joylar yemirilib teshiklar xosil bo'ladi, tog'aylarni yemirilishi natijasida tashqi burunni qirrasini cho'kib, egarsimon shaklga aylanadi. Yemirilish jarayoni kattalashib burun bo'shlig'ini lateral devorini, burun chig'anoqlarini to'liq qamrab oladi va yuqori jag' suyagi bo'shlig'i (Gaymor bo'shligi) bilan burun bo'shlig'i qo'shib katta yagona bo'shligi xosil bo'ladi, bu bo'shligi shilliq qavatlarini nekrotik to'qimalar va qasmoqlar bilan qoplanadi.

Burunni zaxmdagi o'zgarishdan farqi granulomatoz Vegenerda yallig'lanish jaryoni xech qachon qattiq tanglayga tarqalmaydi.

Kasallik vaqt o'tgan sari pastki nafas yo'llariga, kekirdak va bronxlarga xam tarqaladi, shilliq qavatlarida nekrotik yaralar xosil bo'ladi. Quloq soxasiga va o'rta quloqqa tarqalib, ayrim xollarda yuz nervni falajligi kabi asorat beradi. Kam xollarda ko'zga tarqalib ekzooftalm, xemoz, qovoq shishlari kuzatiladi va jarayon ko'z nervni atrofiyasi bilan tugallanadi.

Kasallikni **umumiy belgilari** tana xaroratini subfebril ko'tarilishi, umumiy xolsizlik, ozib ketadi. Kech asoratlaridan artralgiya va mialgiyalar paydo bo'ladi. Kasallikni pastki nafas yo'llariga tarqalganligi tufayli bemorlarda yo'tal, xansirash, ko'rak soxasida og'riq va qon aralash balg'am tuflash kuzatiladi.

Bu kasallikda 90% bemorlarda buyrakda o'zgarish ketadi, o'tkir glomerulonefrit belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlarda bel soxasida og'riq, tana xaroratini subfebril ko'tarilishi, umumiy quvatsizlik, siydikda gematouriya, oqsil miqdori ko'tariladi. Ayrim bemorlarda glomerulonefrit belgilari keskin paydo bo'lish natijasida azotemiya paydo bo'ladi va buyrak faoliyati to'liq izdan chiqadi. Bemorlar azotemik uremiyadan yoki o'pka yetishmovchiligidan yoki septik asoratlardan o'ladilar.

**Tashxis**, kasallikni boshlanishida aniq tashxis qo'yish qiyin kechadi, ammo diqqat bilan yig'ilgan kasallik tarixi, burun va yondosh bo'shliqlarini tekshirish, pastki nafas yo'llaridagi yoki buyrak soxasidagi o'zgarishlarga ehtiborni qaratish lozim. Laborator tekshirishda 50-99% bemorlarda antineyetrofil, tsitoplazmatik antitela aniqlanadi. Burun shilliq qavatlarini yuzalaridan olingan to'qimalarda gistologik tekshirilganda nekrotik vaskulit va granulomatoz yallig'lanish belgilari ko'rinadi.

**Qiyosiy tashxis**, tizimli davom etadigan kasalliklar bilan o'tkaziladi, bular qatoriga tizimli qizil teri sili, gemorragik vaskulit, tugunli pereartirit va zaxm kiradi.



**Davolash,** asosiy qo'llaniladigan dorilar bular tsitostatiklardir, ularda tsiklofosfamidir, boshlanishida 2 mg./kg., bir oy davomida. Kasallik o'tkir boshlangan xollarda tsiklofosfamidni tomir ichiga yuboriladi, keyinchalik tabletkalar xolida ichiladi. TSiklofosfamid esa prednizlon (1 mg/kg.) bilan birgalikda qo'llaniladi. Davolash tugagandan so'ng qo'llab turuvchi dori sifatida metotreksat 0,3 mg./kg bir xaftada bir marotabadan qabul qiladi.

**Kasallik oqibati,** agar davolashni o'z vaqtida boshlansa bemorlarda kasallik remissiyasi 15 yilgacha davom etadi, aks xolda bemorni taqdiri yarim yil davomida xal bo'ladi.

#### **Burun zaxmi**

Kasallik burunda ikkilamchi va uchlamchi zaxm ko'rinishida, qattiq shankir xosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Birlamchi qattiq shankir xolida kam uchraydi. Qattiq shankir burunni kirish qismida 0,3 sm. xajmdagi qizil rangdagi qirg'oqlari valik shaklda bo'lgan, yuzasi yog'li karash bilan qoplangan, og'riqsiz qattiq infilg'rat xolida namoyon bo'ladi.

Qattiq shankir xosil bo'lgandan so'ng 1,5-2 oy vaqt o'tgach, burun terisida va shilliq qavatlarida ikkilamchi zaxm belgilari bo'lgan rozeola, pustula va papula kabi toshmalar paydo bo'ladi. Keyinchalik toshmalar qizarib shishadi, yaraga aylanib, qon aralash shilimshiq ajraladi. Ajralmani uzoq oqishi natijasida yaralarni yuzalari doimo yangilanib turadi, shuning uchun xam ular bitib ketmaydi. Agar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda burunda ko'p miqdorda qo'yi ajralmani kelishi va bu ajralmalarni qasmoqlarga aylanishi vrachda zaxmga gumon tug'diradi. SHuning uchun xam bunday chaqaloqlarda va ularni onalarida zaxmga tekshirish o'tkazish zarur.

**Uchlamchi zaxmni** belgilaridan biri, burunni shilliq qavtlarida o'ziga xos infilg'rat va gummalar xosil bo'lishi va ularni asta-sekin nekrotik yaralarga aylanishi bilan davom etadi. Bunday yaralarda jarayon nafaqat shilliq qavatlarni xatto tog'ay va suyak to'qimalarini xam yemirilishi bilan kechadi. Natijada burun bo'shlig'i va og'iz bo'shlig'i devorlari yemirilib bir-biri tutashadi va yagona bo'shliq xosil bo'ladi. Burun qirrasini yemirilib cho'kadi va egarsimon shaklda bo'lib qoladi.

Bemorlarni burundan nafas olishni qiyinligi, og'riq, burundan sassiq xid tarqalishi va qo'yi ajralmalar kelishi bezovta qiladi.

Kasallikni boshlang'ich davrida, qattiq shankirni burun chipqonidan farqlash zarur. Burun chipqonida infilg'rat markazida yiringli o'zak ko'rinadi. Ikkilamchi zaxmada labda, og'iz va burun soxasida, xamda orqa chiqaruv teshik soxalarida kasallikka xos papula paydo bo'ladi. Uchlamchi zaxmda ko'rinarli o'zgarishlardan tashqari serologik va gistologik reaksiyalar natijalariga asoslanadi. Birlamchi zaxmda serologik reaksiyalar manfiy bo'ladi.

**Davolash masalasi,** penitsillin qatoridagi antibiotiklar ishlatiladi, yaralar o'rni esa antiseptik eritmalar bilan tozalanib turli malxamlar (sintomitsin emulg'siyasi, levomekol malxami, kortikosteroid malxamlari) surtiladi. Asosiy dorilarda mishyak preparatlari xisoblangan bismoverol va bioxinollar qo'llaniladi.

## Burun sili

Birlamchi kasallik shaklida kam uchraydi, ko'pincha xollarda, o'pka silini davomi xolida uchraydi. Kasallikni boshlanishida burundan ko'p miqdorda qo'yiq shilimshiq ajramalar keladi va bu ajramalar tez qurib qasmoqlar xosil qiladi. Keyinchalik burunni kirish qismlari, shilliq qavatlari soxalarida tugunli infilg'tratlar paydo bo'ladi, keyinchalik ular qon aralash shilimshiq ajralib turadigan yaraga aylanadi. Infilg'trat markazida granulyatsiya bo'ladi.

Burun silini burun zaxmidan farqlash zarur, bunda asosan kasallik tarixi, o'pkada birlamchi sil o'chog'i borligi va serologik reksiyalar Vasserman va Pirke natijalariga asoslanadi.

## Skleroma

Surunkali yuqumli kasalliklar qatoriga kirib, burun shilliq qavatlarida atrofik o'zgarishlar bilan bir qatorda, joylarda chegaralangan yoki diffuz infilg'tratlar paydo bo'lishi bilan va kelgusida bu infilg'tratlar o'rnida chandiqlar xosil bo'lib, nafas yo'llarini torayishiga olib keladi.

Kasallikni chaqiruvchisi Frish-Volkovich qobiqlik diplokokk tayoqchasi xisoblanadi.

Kasallikni o'ziga xos keng tarqalgan endemik o'choqlari mavjud bo'lib, bu o'choqlar Belorusiya, Ukraina, Polg'sha, Germaniya, Braziliya Gretsiya, Indoneziya va Meksika xisoblanadi.

Kasallik xos patomorfologik o'zgarishlardan biri bu shilliq qavatlarda qo'shuvchi to'qimalardan iborat, qon tomirlarga boy infilg'trat paydo bo'lishi bu infilg'tratlar plazmatik xujayralardan va skleromaga xos Mikulich xujayralaridan iborat bo'ladi.

Infeksiya yuqanidan so'ng, kasallikni inkubatsiya mudati 4-5 yilga cho'ziladi.

**Rinoskopiyada** asosan burunni kirish qismida skleromaga xos infilg'tratlar ko'rinadi. Bunday infilg'tratlar pastki nafas yo'llarida, ovoz boylamlari osti soxasi va kekirdak bifurkatsiyasida xam uchraydi.

**Klinik ko'rinishi**, boshlanishi va kechishi sekinlik bilan, xech qanday og'riqsiz va tana xarorati ko'tarilmasdan davom etadi, skleroma infilg'tratlari simmetrik joylashadi.

Kasallikni klinik kechish bosqichlari quydagicha:

- a). skelorotik
- b). infilg'trativ
- v). chandiqli

**Skelorotik bosqichida** burun shilliq qavatlarida atrofik o'zgarishlar boshlanadi, yupqalashib quruqshab qoladi, yuzalarida qo'yiq, yopishqoq shilimshiq bo'ladi, shilimshiq quruqshab qasmoqqa aylanadi, burundan noxush xid keladi.



Atrofik jarayon xalqumni orqa devoriga xam tarqaladi,shilliq qavatlari yupqalashib quruqshaydi va yiltirab qoladi,yuzalarida yopishqoq qo'yiq balg'am va quruq qasmoq ko'rinadi.

**Infilg'rativ bosqichida** atrofik yupqalashgan shilliq qavat asosida, qizil rangda,yuzalari notekis infilg'ratlar bo'rtib chiqadi. Bu infilg'ratlarni zond bilan bosib ko'rilsa ayrimlari qattiq og'riydi,ayrimlari esa umuman og'riqsiz. Bunday infilg'ratlar fiziologik toraygan joylarda,burunni kirish qismi tubida,yon devorida, pastki chig'anoqni oldingi qismida, xoanada,xiqildoqni boylami ostida kuzatiladi.

**CHandiqli bosqichida**,infilg'ratlar o'rinda qo'pol chandiqlar xosil bo'lishi xisobiga tabiy nafas yo'llari toraytirib qoladi.

**Tashxis** masalasi agar kasallik tarixini mukammal o'rganilsa,obhektiv ko'rinishlarga asosalansa va serologik reaksiyalardan Vasserman,Borde-Jangu,xamda gistologik tekshirishda Frish-Volkovich va Mikulich xujayralari topilganligiga asoslanadi.

Davolash maqsadida kuniga 2 maxal 0,5 mg. streptomitsin,boshqa antibiotiklardan levometsitin va tetratsiklin qo'llaniladi. SHilliq qavat yuzasidagi qasmoqlarni tozalash uchun burunga turli yog'li eritmalar bilan tampon qo'yiladi, so'ngra antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Xosil bo'lgan chandiqlarni bartaraf etish uchun jarroxlik usulida plastik muolijalar o'tkaziladi.

## MAVZU BO'YICHA KASALLIK TARIXLARINI O'RGANISHGA OID MASALALAR.

### Kasallik tarixi-1

**Bemor:** X. 36 yosh. **Kasallik tarixi №** 9328/563

**SHifoxonada:** 10 kun davolangan.

**Qanday tashxis bilan jo'natilgan:** Surunkali kataral rinit

**Klinik tashxisi:** Surunkali gipertrofik rinit.

**Bemorni shikoyati:** Burun orqali nafas olishni qiyinligiga va burundan shilimshiqli ajralma kelishiga, bosh og'rig'iga,uyqu va ishtaxani buzilishiga

**Kasallik tarixi:** Bemor 8 oy davomida o'zini xasta xisoblaydi, kasallikni boshlanishini shamollash bilan bog'laydi, boshlanishi asta-sekin, avvalo nafas olishi vaqti-vaqti bilan qiyinlashgan,keyinchalik esa doimiy bo'lib qolgan va nafas chiqarish xam qiyinlashgan. Davolashni burunga turli qon tomir toraytiruvchi dorilar tomizish bilan olib borgan. Avvalida davolash yaxshi natija bergan keyinchalik esa,naf bermagan.

### **Oldingi rinoskopiya:**

Pastki burun chig'anoqlari kattalashgan,yuzalari notekis, to'q-qizil rangda. Pastki chig'anoqning orqa qismi esa ok kulrang, sharsimon shaklda kattalashgan, dagallashgan, zond bilan bosib ko'rilganda qattiq, burun yo'lida ko'p miqdorda qo'yiq shilimshiq ajralma bor. Naftizin tomizilganda chig'anoqlarni qisqarishi kuzatilmadi.



Boshqa LOR ahzolarida - xalqum, xiqildoq va quloqda patologik o'zgarishlar aniqlanmadi.

#### **Kasallik tarixi bo'yicha nazorat savollari**

1. Bemorni qaysi shikoyatlari gipertrofik rinitga xos
2. Oldingi va orqa rinoskopiya qanday o'zgarishlar bor.
3. Nima uchun nafas olishdan tashqari, nafas chiqarish xam qiyinlashgan.
4. Nima uchun naftizin tomizilsa burun chig'anoqlari qisqarmagan.
5. Bemorni davolash uslubini belgilang
6. Kasallik qanday asorat berishi mumkin.

#### **Kasallik tarixi-2**

**Bemor:** T., 24 yosh. **Kasallik tarixi №** 9480-570

**SHifoxonada:** 10 kun bo'lgan.

**Kim tomonidan shifoxonaga jo'natilgan:** QVP bosh xakimi

**Qanday tashxis bilan shifoxonaga jo'natilgan:** O'tkir rinit.

**Klinik tashxisi:** Vazomotor rinit

**Xamrox kasallik-** burun to'sig'ini bo'rtmasi.

**SHikoyati:** CHuchkirish xurujiga, burunni bitishiga, nafas olishni qiyinligiga, burundan shilimshiq ajralishiga, burun va ko'z soxasida qichishishga va bosh og'rig'iga

**Kasallik tarixi:** Kasallik bemorni 1,5 yil davomida bezovta qiladi. Ertalab o'rnidan turganda chuchkirish xuruji boshlanadi, burun bitib qoladi va ko'p miqdorda shilimshiq ajraladi. Kasallik asta-sekin boshlangan, oxirgi oylarda yuqoridagi belgilari kuchayib ketgan, ambulator qatnab davolangan, ammo foydasi qisqa muddatli bo'lgan.

**Oldingi rinoskopiya:** Burun shilliq qavati, burun chig'anoqlari kattalashgan, ko'kimtir rangda va joylarda oq dog'lar mavjud. Burun yo'llari toraygan va tiniq, xidsiz shilimshiq ajralma bilan to'lgan.

Burun to'sig'ining oldingi pastki qismida, qarama-qarshi tomondagi pastki chig'anoqqa tegib turadigan, uchi o'tkir bo'rtma bor. Burunni nafas olish vazifasini paxta sinamasi bilan tekshirilganda ikkala tomonda qiyinligi aniqlandi. Burunga 0,1% naftizin eritmasi surtilsa chig'anoqlar yaxshi qisqarmoqda.

Mezofaringoskopiya, laringoskopiya va otoskopiya o'zgarishlar aniqlanmadi.

#### **Kasallik tarixi bo'yicha nazorat savollari**

1. Davolash rejaları belgilang?
2. Bunday sharoitda davolovchi vrach qanday fizioterapetik davolash usullari tavsiya qiladi?
3. Rinoskopiya kasallika xos qanday o'zgarishlar aniqladingiz?
4. Bu xastalikka tashxis qo'yishda nimalarga ehtibor berish kerak?

5. Burun orqali nafas olishni qiyinlashuvi natijasida LOR va ichki ahzolda qanday subhektiv va obhektiv o'zgarishlar bo'lishi mumkin?  
6. Bemorni qaysi shikoyatlariga asosan tashxis qo'yildi?

**Kasallik tarixi -3**

**Bemor:** K., 22 yoshda. **Kasallik tarixi №** 9680\591

**SHifoxonada:** 10 kun bo'lgan.

**Kanday tashxis bilan shifoxonaga jo'natilgan:** Surunkali rinit.

**Xamrox kasalligi:** tubootit.

**Klinik tashxisi:** O'ng tomonlama surunkali yiringli gaymorit

**SHikoyati:** Burun orqali nafas olishni qiyinligiga, bosh og'rig'iga, burundan yiringli ajralma kelishiga, xid sezishni pasayishiga, o'ng tomonda quloqda shovqin va eshitishni pastligiga.

**Kasallik tarixi:** Bir yil davomida bemorni burun orqali nafas olishi qiyinligi, bosh og'rig'i bezovta qiladi, oxirgi 3 oyda ajralma yiringli ko'rinishga ega bo'lgan, xid bilish va o'ng quloqda eshitish pasaygan.

Bemor ambulator sharoitda davolangan, burunga qon-tomir toraytiruvchi dorilar tomizgan, antibiotiklar va fizioterapevtik dovoilar qabul qilgan, lekin samara bo'lmagan.

**Oldingi rinoskopiya**da burunni o'ng tomonida shilliq qavati biroz qizargan, qalindashgan, pastki chig'anoqlar kattalashgan, ko'proq oldingi qismida, o'rta va umumiy burun yo'llarida qo'yiqlik, xidli yiringli ajralma bor. Boshqa LOR ahzolari o'zgarishsiz.

Burun yondosh bo'shliqlarini rentgenografiyasida o'ng yuqori jag' suyagi bo'shlig'i soxasida soyalanish mavjud.

Davolash va tashxisni tasdiqlash maqsadida bo'shliq punktsiya qilindi, 4,0 ml. xajmda qo'yiqlik xidli yiring olindi. Bo'shliq furatsillin eritmasi bilan yuvildi va 250 mg. ampitsillin eritmasi yuborildi.

**Kasallik tarixi bo'yicha nazorat savollari:**

1. Bemorning shikoyatida kasallikka xos qanday belgilar bor.
2. Oldingi rinoskopiya da burun bo'shlig'ida qanday o'zgarishlar bo'ladi?
3. Qon-tomirlar toraytiruvchi dorilar tomizilsa, burun shilliq qavatlari va chig'anoqlarida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
4. Tashxisni tasdiqlash uchun yana qanday tekshirishlar o'tkazilishi zarur?
5. Bemorni davolash usulini belgilang?

**Kasallik tarixi-4**

**Bemor:** M., 19 yoshda. **Kasallik tarixi №** 9665-589

**SHifoxonada:** 5 kun bo'lgan.

**Kim tomonidan shifoxonaga jo'natilgan:** ADTI klinikasi maslaxat poliklinikasidan.

**Qanday tashxis bilan shifoxonaga jo'natilgan:** Surunkali rinit

**Klinik tashxisi:** Surunkali kataral rinit.

**SHikoyati:** Burundan vaqti-vaqti bilan nafas olishi qiyinligiga ( ayniqsa kechqurun yotganda), shilimshiq ajralma kelishiga va bosh og'rig'iga.

**Kasallik tarixi:** Kasallik bir necha yildan beri bezovta qiladi Boshlanishini shamollash bilan bog'laydi. Poliklinikaga qatnab davolangan: burunga qon tomir toraytiruvchi dorilar tomizgan,UVCH qabul qilgan, ammo foydasi vaqtinchalik bo'lgan. Oxirgi vaqtlarda bosh og'rig'i, xid bilishni pasayishi, uyquni buzilishi kabi shikoyatlar kuchaygan.

**Rinoskopiya:** Burun bo'shlig'ini shilliq qavati bir tekis qizargan va qalinlashgan, burun chig'anoqlari (ko'proq pastki) kattalashgan, qizargan, yuza qismi tekkis. Burun yo'llari (pastki va umumiy) toraygan, shilimshik ajralma bilan to'lgan. Burun bo'shlig'iga 0,1%- naftizin tomizilsa chiganoqlar qisqarib burun yo'llari kengaymoqda.

#### **Kasallik tarixiga oid savollar:**

1. Surunkali kataral rinitni shikoyatida nimalarga axamiyat berish kerak.
2. Surunkali rinitning rinoskopik ko'rinishi izoxlab bering.
3. Nima uchun naftizin tomizilsa burun chig'anoqlardagi shishlar qisqaradi?
4. Surunkali kataral rinitni gipertrofik rinitdan farqini belgilang?
5. Surunkali kataral rinitni davolash usullarini ko'rsating?

#### **Kasallik tarixi**

**SHifoxona nomi:** ADTI klinikasi LOR bo'limi

**Bemor:** S., 1978 y. tug'ilgan

**SHifoxonada:** 5 kun bo'lgan.

**Qanday tashxis bilan shifoxonaga jo'natilgan:** Burun chipqoni

**Kim tomonidan jo'natilgan-** QVP bosh xakimi tomonidan.

**Klinik tashxis:** Burun chipqoni

**SHikoyati:** Burun soxasida og'riqqa, tana xaroratini ko'tarilishi, bosh og'rig'iga.

**Kasallik tarixi:** Kasallik 4 kun avval boshlangan, dastlab burun soxasida qizarish paydo bo'lgan, so'ngra infilg'rat kattalashib markazida yiringli o'choq xosil bo'lgan. Keyingi kunlari burundagi og'riq kuchaygan, tana xarorati yuqoriga ko'tarilgan va bosh og'rig'i qo'shilgan.

**Rinoskopiya:** burunni chap tomoniga kirish qismi terilari qizargan, shishgan, konus shaklidagi chegaralangan infilg'rat, markazida yiringli ajralma bor.

**Faringoskopiya va otoskopiya** o'zgarishlar yo'q.

#### **Kasallik tarixi bo'yicha nazorat savollari:**

1. Burun chipqonini o'ziga xos rinoskopik ko'rinishini izoxlab bering.
2. Tashxis qo'yish uchun yana qanday tekshirish usullaridan foydalanish mumkin?
3. Kasallik qanday maxalliy va umumiy asoratlar beradi?



4. Bemorni davolash usulini belgilang.
5. Davolashni samaradorligini qanday oshirsa bo'ladi?

#### Mavzu bo'yicha vaziyat masalalari va nazorat savollari

1. O'z mudatida yangi tug'ilgan chaqaloqda, burundan nafas olish umuman yo'q, bezovta. Tekshirilganda burun yo'llarida shilimshiq ajralma bilan to'lgan, burundan nafas o'tmaydi. Burun yo'llari zond orqali tekshirilganda, va 2% protorgol eritmasi tomizilganda burun-halqumga o'tmayyapti.

Bemorga tashxis qo'ying va davolash choralarini belgilang.

**Javob:** Bemorda burun yo'llarini tug'ma to'liq atreziyasi.

Tavsiya - darhol jarroxlilik usul bilan burun yo'llarini ochish zarur.

2. **Bemorni shikoyatlari:** Xar yili baxor oylarida chuchkirish xuruji, burundan nafas olishni qiyinligi va burundan ko'p miqdorda xidsiz, tiniq shilimshik ajralishiga, burun va ko'z soxalarida qichishishiga.

**Rinoskopiya**da burun shiliq qavatlarini, burun chig'anoqlari shishgan, oqish-kulrangda, yo'llar toraygan. Burun yo'llari tiniq xidsiz, shilimshiq bilan to'lgan.

Bemorni tashxisini aniqlang va davo choralarini belgilang.

**Javob:** Bemorda vazomotor-allergik rinit. Tavsiya- kasalikni keltirib chiqaruchi allergeni aniqlash, spetsifik va nospetsifik giposensibilizatsiya choralarini o'tkazish, fizioterapevtik muolijalar (burun ichiga gidrokortizon suspeziyasi bilan elektroforez), antigistamin dorilar buyuriladi.

3. **Bemorni shikoyatlari:** Bir yildan beri bemorni bosh og'rigi, burundan nafas olishni qiyinligi va xidli yiring ajralishi bezovta qiladi.

**Rinoskopiya**da burun shiliq qavatlarini va burun chig'anoqlari qizirib shishgan, o'rta va umumiy burun yo'llarida yiringli ajralma bor. Rentgenologik tekshirishda o'ng yuqori jag' suyagi bo'shlig'i soxasida soyalanish kuzatilmoqda.

Bemorga tashxis qo'ying va davolash tadbirlarini belgilang.

**Javob:** Bemorda o'ng tomonlama surunkali yiringli gaymorit.

Tavsiya-tashxisni tasdiqlash va davolash maqsadida o'ng yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punktsiya qilinadi, burunga qon tomir toraytiruvchi tomchilar tomiziladi, antibiotiklar ichishga, UVCH.

4. **Bemorni** bir necha yillardan beri burundan sassiq xid kelishi, bosh og'rig'i, burunda yot jism borligi xissiyoti, burunni quruqshab qolishi, vaqti-vaqti bilan burundan qon ketishi, bosh og'rig'i, uyqu va ishtaxani buzilishi bezovta qiladi.

**Rinoskopiya:** Ko'rish vaqtida burundan sassiq xid keladi, burun shilliq qavatlarini va chig'anoqlari quruqshagan, xajmi jixatidan kichraygan, burun yo'llari keng, kulrang-ko'kimtir qo'yiqlik ajralma va qasmoqlar bilan to'lgan.

Bemorga tashxis qo'yib davolashni tavsiya eting.

**Javob:** Bemorda sassiq tumov (Ozena). Tavsiya Burunga yog'li tamponlar 2-2,5 soatga qo'yish, qasmoqlar yumshagandan so'ngra furatsilin (1:5000) eritmasi bilan yuvish, vitaminlar, aloe, fibs, gumizol burun shilliq qavti ostiga inhektsiya qilish, burun ichiga yog'li ingolyatsiya qilish. Temir preparatlari ektofer yoki ferrumlek tomir ichiga yuborish tavsiya qilinadi.

Bemor doimo maxaliy LOR vrach nazoratiga olinadi.

#### Test savollari

1. Burundan qon ketishiga asosiy sabab nima?

xA) Xafaqon kasalligi, jigar kasalligi.

xB) Yuqumli kasalliklar

V) Oshqozon kasalligi

xG) Qon kasalligi

xD) Yurak va qon-tomir kasalligi

2. Burunni qaysi qismidan ko'proq qon ketishga sabab bo'ladi?

A) Oldingi qismi

B) Pastki qismi

xV) Kisselg'bax zonasi

G) Orqangi qismi

D) Burun tubi

3. Kisselg'bax maydoni qaerda joylashgan

A) Burun to'sig'ini orqangi qismida

B) Pastki burun chig'anog'ida

xV) Burun to'sig'ini oldingi- pastki qismida

G) Dimog' suyagida

4. Buruning uzoq muddatga qo'yilgan orqa tamponada qanday asoratlar beradi?

A) Burun - halqumdan qon ketishi

xB) O'tkir o'rta otit

V) Tashqi otit

G) Laringit

D) Ezofagit

5. Burun to'sig'i jarroxligida qanday asoratlar kuzatish mumkin?

A) Halqum arteriyasidan qon ketish

xB) Burun to'sig'ida teshik paydo bo'lish, burun belini cho'kishi

V) Burundan yiring ketishi

G) Kovak vena trombozi

6. O'tkir gaymoritni rinoskopik belgilari.

A) Burun to'sig'ini qiyshayishi

B) Bosh og'rishi, yo'talning kuchayishi

- xV) O'rta va umumiy burun yo'lida yiring to'planishi  
 G) Yuqori burun yo'lida polip  
 xD) Burun bo'shlig'i shilliq qavatlarini qizarishi
7. Odontogen gaymorit bilan bemorlarni davolash rejasiga nimalarni kiritish mumkin?  
 A) Peshona bo'shlig'ini zondlash  
 B) Galvirsimon labirint kataklarini yuvish  
 x V) Tishlar sanatsiyasi  
 G) Burun halqum sanatsiyasi
8. Burun halqum shikastlanishi qaysi ahzolari shikastlanishi bilan birgalikda yuz beradi?  
 A) Burun bo'shlig'i medial devori bilan  
 x B) Burun yondosh bo'shliqlar bilan  
 V) Ko'z soqqasi bilan  
 G) Quloq bilan  
 D) Umurtqa pog'onasi bilan
9. Burun shikastlanishini qanday asosiy turlari mavjud  
 x A) Tashqi burunni qiyshayishi  
 x B) Burun yumshoq to'qimasini yirtilishi  
 x V) Tog'ay va suyaklarni oddiy va murakkab sinishi  
 G) Burundan yiringg oqishi  
 D) Ko'z soqqasini shikastlanishi
10. Tashqi burun qiyshayishi kuzatilmasa, bu xolatda burun suyaklarni singanligini qanday aniqlash mumkin?  
 xA) Paypaslash yordamida  
 xB) Rentgenologik tekshirish orqali  
 V) Diafonoskopiyada  
 G) Zondlash orqali  
 D) Punktsiya qilish bilan
11. Qanday sharoitda burundan qon ketishi, orqa miya suyuqligini oqishi, va kuzoynak belgisi paydo bo'ladi?  
 A) Oldingi miya chuqurchalarida o'sma bo'lsa  
 B) Orqa miya chuqurchalari jaroxatida  
 V) O'rta miya chuqurchalarini yiringli yallig'lanishida  
 G) Yiringli etmoidida  
 xD) Burun jaroxati, galvirsimon suyakni sinishi bilan birgalikda kuzatilsa
12. Atrofik rinitda bemorni shikoyati



- A) Burundan ko'p miqdorda ajralma kelishiga va bosh og'rishiga
  - xB) Burundan ayrim xollarda nafas olishi qiyinlashishi
  - xV) Burunni quruqshashi va yot jism borligiga
  - xG) Xid bilishni pasayishi va burundan vaqti-vaqti bilan qon ketishiga
  - D) Burundan yiring oqishi
13. Burunni qanday kasalliklari, burun yondosh bo'shliqlarni yallig'lanishiga olib keladi?
- A) Otitlar
  - B) Burun yo'llarini kengligi
  - xV) Burun-halqum bezini gipertrofiyasi
  - xG) Burun to'sig'ini qiyshayishi
  - xD) Burun polipi
14. Burun yondosh bo'shliqlarni yallig'lanishida umumiy shikoyat qanday?
- A) Bosh aylanishi
  - B) Tana xaroratini 40 S darajagacha ko'tarilishi
  - xV) Bosh og'rish, burundan ajralma kelishi
  - G) Ko'rishni pasayishi
  - xD) Burundan nafas olishni qiyinlashishi, xid bilishni pasayishi
15. Burun yondosh bo'shliqlarni yallig'lanishida umumiy rinoskopik o'zgarish qanday?
- A) Tashqi burun qiyshiqligi
  - xB) Burun chig'anoqlarini qizarishi va kattalashuvi
  - V) Burun yo'llari keng, shilliq qavatlar quruqshagan
  - xG) O'rta va umumiy burun yo'llaridan yiringli ajralmalar kelishi
  - D) Burun yo'llarida xech qanday o'zgarish bo'lmaydi
16. Peshona, yuqori jag' va galvirsimon suyak bo'shliqlarni o'tkir yallig'lanishida rinoskopiya uchun qanday umumiy ko'rinishlar xos?
- A) Yuqori burun yo'lida yiring
  - B) Pastki burun chig'anoqlar kattalashgan
  - V) Burun to'sig'i qiyshaygan
  - G) O'rta va umumiy burun yo'llari yiring bilan to'lgan
  - D) Burun shillik kavatlari qizargan va shishgan
17. Sinusitlar boshqa ahzolariga qanday asoratar berishi mumkin?
- A) Appenditsit
  - xB) Ko'z flegmonasi, retrobulg'bar abstsess
  - V) Bronxit
  - xG) Meningit, miya abstsessi, araxnoidit
  - D) O'pka yallig'lanishi
18. Surunkali kataral rinitda rinoskopik ko'rinish qanday.
- A) Burunda polip ko'rinadi
  - B) Burun shilliq qavatlar o'zgarmagan

- V) CHig'anoqlar ko'kimtir rangda, yuzalarida oq dog'lar bor.  
 xG) Burun shilliq qavati, burun chig'anoqlari qizargan, shishgan.  
 xD) Burun yo'llari toraygan, shilimshiq ajralmalar bor
19. Gipertrofik rinit jarayoniga suyak to'qimasini gipertrofiyasi xam qo'shilishi mumkinmi?
- xA) Suyak to'qimasi gipertrofiyasi doimo kuzatiladi  
 B) Faqat kasallikni qaytalashin davrida kuzatiladi  
 V) Surunkali jarayonda mumkin  
 G) Qon ketganda qo'shilishi mumkin  
 D) Suyak to'qimasini gipertrofiyasi umuman kuzatilmaydi
20. Allergik rinitda burun shilliq qavati rangi qanday
- A) Oqargan  
 B) Qoramtir kulrang  
 V) Siyoxrang  
 G) O'zgarmagan  
 xD) Marmar – ok-kulrang
21. Oddiy atrofik rinitni rinoskopik ko'rinishi
- xA) SHilliq qavat quruqshagan va yuqqalashgan  
 B) Qo'yiqliq, qoramtir-kulrang ajralma bilan to'lgan  
 V) Polipli o'simtalar bilan qoplangan  
 xG) SHilliq qavatlar xiralashgan, yuzalarida xidsiz, oq kulrang qasmoqlar bor  
 D) CHig'anoqlar giperplaziyasi kuzatiladi
22. Allergik tumovga asosiy sabab nima?
- A) Burun yon bo'shliqlarida o'tkaziladigan jarroxlik  
 xB) Organizmga turli allergenlar kirishi natijasida  
 V) Yuqumli kasalliklar xisobiga  
 G) Irsiyat va xayot davomida allergen reaksiyaga moyillik  
 D) SHilliq qavatlarni shikastlanishi sababli
23. Allergik tumovda tomir toraytiruvchi dorilar tahsirida burun shilliq qavati qisqaradimi?
- xA) Qisqaradi  
 B) Qisqarmaydi  
 V) Faqat UVCH tahsirida  
 G) Jarroxlikdan so'ng qisqaradi  
 D) Xammasi javoblar to'g'ri
24. Burun bo'shlig'ini yuqori devori nimadan tashkil topgan
- xA) Oldingi tomoni burun suyaklaridan, yuqori jag' suyagini peshona o'simtasidan va qisman galvirsimon suyakni ko'ndalang o'simtasidan iborat  
 V) O'rta qismini g'alvirsimon suyak plastinkasi, orqadan esa asosiy suyakdan iborat  
 G) Burun to'sig'idan  
 D) Burun chig'anog'idan

25. Galvirsimon suyak katakchalari kalla bo'shlig'idan nima orqali ajralib turadi?

- A) Galvirsimon suyakni asosi orqali
- xB) Qog'ozsimon plastinka orqali
- V) Asosiy suyak tanasi orqali
- G) Tanglay-suyagini gorizontall plastinkasi orqali
- D) Dimog suyasi orqali

26. Burun-halqumini yuqorigi va orqangi devorini nima tashkil etadi?

- A) Tanglay suyagining gorizontall plastinkasi
- B) Tanglay suyagining asosiy tanasi
- xV) Ensa suyagini qismi va bo'yinni 1-2 umurtqasi
- G) 3-dimog' bezi
- D) Eshituv nayi

27. Burunni umumiy yo'li qalarda joylashgan?

- A) Lateral devor va pastki burun chig'anoqlari orasida
- B) Pastki va o'rta burun chig'anoqlari orasida
- xV) Burun chig'anoqlari va burunni medial devori orasida
- G) Pastdan burun tubi va burun chig'anoqlari orasida
- D) Pastki chig'anoqlar va burun tubi orasida

28. Yuqori burun yo'liga ochiladi

- A) Peshona suyasi bo'shlig'i va asosiy suyak bo'shlig'i
- xB) Asosiy suyak bo'shlig'i va galvirsimon suyakning orqangi katakchalari
- V) Gaymor bo'shlig'i va galvirsimon suyak bo'shliqlari
- G) Galvirsimon suyakning o'rta katakchalari.

30. Atrofik rinitda bemorni shikoyati

- xA).Burun kurukshashi, yot jism borligi xissiyoti
- B).Burundan nafas olishni kiyinlashishi.
- V).Burundan ajralma kelishi bosh ogrishi
- G).Burun bitib kolishi va xid buzilishi.

31. Burun to'sig'i jarroxligida qanday asoratlar kutish mumkin?

- xA).Burun to'sig'ini teshilishi, burun belini cho'kishi
- B).Xalqum arteriyasidan qon ketish.
- V).Sikoz.
- G).Kovak vena trombozi.





Bosmaxonaga 2022 yil 23 avgustda berildi. Bosishga 2022 yil 25 avgustda ruxsat etildi. Bichimi 84x108 1/32. Hajmi 8,5. Bosma taboq. Times New Roman garniturasida. Ofset qog'ozida, offset usulida chop etildi.  
Buyurtma 13. Adadi 100 dona.

“Step by step print” MChJ bosmaxonasida chop etildi.  
Andijon shahar Xrabek ko'chasi 94-b uy.  
O'zbekiston Respublikasi Prezidenti adminratsiyasi huzuridagi Ahborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligining  
12.07.2019.dagi 12-3299. Raqamli guvohnoma.