

**X.E. KARABAYEV, SH.E. OMONOV,  
SH.B. GULYAMOV**

**BURUN VA  
BURUN YONDOSH  
BO'SHLIQLARINING  
KASALLIKLARI**

TOSHKENT – 2013

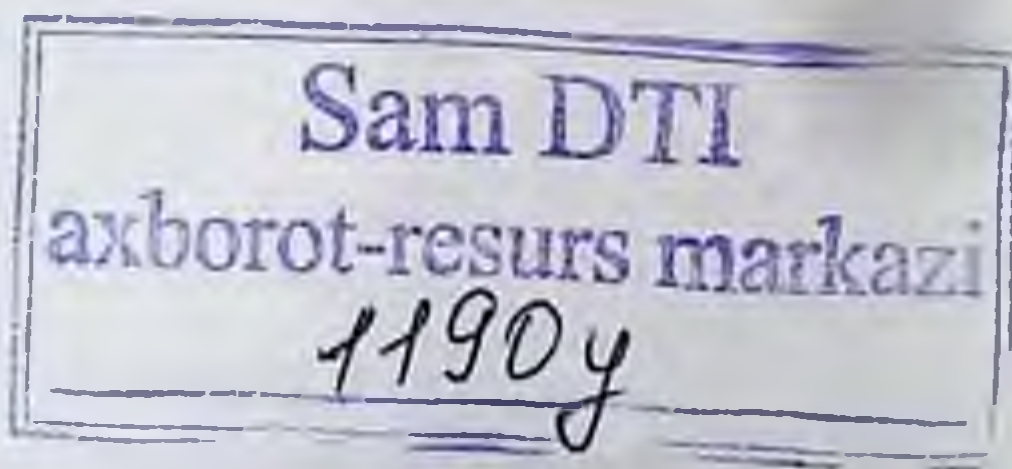
676.27  
K240

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

**X.E.KARABAYEV, SH.E.OMONOV, SH.B.GULYAMOV**

**BURUN VA BURUN YONDOSH  
BO'SHLIQLARINING KASALLIKLARI**

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi  
tomonidan o'quv qo'llanma sifatida tavsiya etilgan*



**TOSHKENT-2013**

**UO'K: 616.21 (075)**

**KBK 56.8**

**K-24**

**K-24 X.E.Karabaev, Sh.E.Omonov, Sh.B.Gulyamov. Burun va burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari. –T.: «Fan va texnologiya», 2013, 208 bet.**

**ISBN 978–9943–10–975–9**

Ushbu o'quv qo'llanmada burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, zamonaviy diagnostikasi, klinikasi, davolash usullari va profilaktikasi bo'yicha ma'lumotlar keltirilgan bo'lib qo'llanma avvalombor yosh, endi ish boshlayotgan shifokorlarga hamda, malakali mutaxassislarga ham dasturil amal bo'ladi. O'quv qo'llanma kamchilliklardan holi bo'lmagan holda o'quvchilarimizning barcha e'tiroz va takliflarini mamnuniyat bilan qabul qilamiz.

**UO'K: 616.21 (075)**

**KBK 56.8**

**Taqrizchilar: K.D. Djabborov – t.f.d., prof., TVMOI Qulok, burun va tomoq kasalliklari kafedrasini mudiri;**

**A.M. Hakimov – t.f.d., TTA Otorinolariningologiya kafedrasini profes-sori;**

**K.Sh.Turdiyeva – f.f.n,dots,ToshPTI O'zbek, rus va lotin tillari kafedrasini mudiri.**

**ISBN 978–9943–10–975–9**

**© X.Karabayev va boshq., 2013.**

**© «Fan va texnologiya» nashriyoti, 2013.**

## SO‘Z BOSHI

O‘zbek tilida hozirgi zamon talabiga javob beradigan darsliklar va o‘quv qo‘llanmalar yaratish zaruriyatidan kelib chiqib mazkur o‘quv qo‘llanma O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi tomonidan tibbiyot institutlari talabalari, magistrleri va klinik ordinatorlari uchun o‘quv qo‘llanma sifatida tavsiya etildi.

Tibbiyotning boshqa sohalari kabi otorinolaringologiya fani ham jadal rivojlanmoqda, ya‘ni zamonaviy diagnostika va davolash usullari tadbiiq etilmoqda, shuningdek yuqori texnologiyali endoskopik asbob-uskunalar hamda dori vositalari ishlab chiqilmoqda. Bu holat LOR kasalliklarini erta tashxislash, o‘z vaqtida davolash va oldini olish imkonini bermoqda Yuqorida tilga olingan fan yutuqlari oxirgi yillarda chop etilgan adabiyotlarga asoslangan holda o‘quv qo‘llanmada tushunarli bayon etilgan. Shuni inobatga olgan holda mazkur o‘quv qo‘llanmani nashr etishga ehtiyoj tug‘ildi.

Bu o‘quv qo‘llanmadan hurmatli o‘quvchilar uchun katta ilmiy tajribaga ega, hamda boy vrachlik va pedagogik mahoratga ega bo‘lgan Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti LOR kafedrasii hodimlarining yutuqlari ham joy olgan. Bu jamoa LOR a‘zolarida shu jumladan burun va burun yondosh bo‘shliqlarida ham yiliga minglab jarrohlik amaliyotlarini amalga oshiradilar.

Ushbu o‘quv qo‘llanmada tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, klinik ordinatorlari va magistrleri, kichik ilmiy xodimlar uchun burun va burun yondosh bo‘shliqlari kasalliklarini diagnostikasi, davolash usullari va profilaktikasi zamonaviy usullarga asoslangan holda talqin qilingan.

O‘quv qo‘llanma juz‘iy xato va kamchiliklardan holi bo‘lmasligi mumkin. Shuning uchun mualliflar o‘quv qo‘llanma haqidagi tanqidiy fikr va mulohazalarni mamnuniyat bilan qabul qilib, kitobxonlarga oldindan chuqur minnatdorchilik bildiradilar.

# 1. TASHQI BURUN KASALLIKLARI

## Burun orqa qismini atreziyasi

Bunday patologik holatga xoanalar atreziyasi misol bo'ladi. Xoanalar atreziyasi to'liq yoki qisman, old yoki orqa, bir taraflama yoki ikki taraflama, okkulyuziyadagi to'qimaga qarab fibroz, tog'ay yoki suyak, gohida aralash to'qimali bo'lishi mumkin. Bu to'qimaning qalinligi 2 mmdan 12 mmgacha bo'lishi mumkin.

Xoana atreziyasining sababi hali oxirigacha o'rganilmagan. Bir qator mualliflar buning sababi tug'ma zaxm deb aytsalar, boshqa toifadagilar embrional rivojlanishda yumshoq tanglaydan hosil bo'luvchi bukkanasalis membranani rezorbsiyasi hisobiga kelib chiqadi deb aytishadi. Total xoanal atreziya bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar erkin burun orqali nafas ololmaydilar, ema olmaydilar va vaqtdan oldin chaqaloqlik davrining birinchi kunlarida nobud bo'lishi mumkin. Lekin bir tomonlama xoana atreziyasi bilan tug'ilgan chaqaloqlar qiyinchilik bilan nafas olishi (yo'tal, nafas olish qiyinligi, stridor, sianoz) mumkin. Tug'ma total xoana atreziyasi bilan tug'ilgan bolalarni birinchi kunligidayoq jarrohlik usuli bilan nafas oldirilsa, bola yashab ketishi mumkin. Qisman atreziya bilan tug'ilgan bolalarda ogiz orqali nafas olish adaptatsiyaga qay darajada moslashganligiga e'tibor beriladi.

Boshqa simptomlariga hid bilishni buzulishi, t'am bilishni buzulishi, bosh og'rig'i, burun shilliq qavatini o'zgarganligi, ta'sirchanlik, tez charchab qolish, jismoniy va aqliy orqada qolish, kraniofatsial dismorfia va boshqalar kiradi.

Oldingi rinoskopiya atreziya bo'lgan sohaga burun to'sig'ini qiyshayishi, burun chig'anog'ning atrofiyasi, burun chig'anog'i ko'kimtir tusda bo'lishi, atreziya bo'lgan sohasida burun yo'li toraygan bo'ladi. Orqa rinoskopiya bir yoki ikki tomonlama xoanani berkligi va nozik fibroz to'qima bilan qoplanganligi aniqlanadi (1.1-rasm).



1.1-rasm. Chap xoana atreziyasi

Bir taraflama xoana atreziyasida, atreziya bo'lgan tomonda burun yondosh bo'shliqlarida yiringli yallig'lanish rivojlanadi. Qisman ikki tomonlama tashxislanmagan xoana atreziyasida yuz suyaklari shaklini buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunda:

- Kurak tishni noto'g'ri o'sishi
- Bir tomonlama atreziyada yuqori tanglay asimmetriyasi bo'lishi
- Burun tubida quyuq, cho'ziluvchan shilliq to'planishi
- Burundan ajralma kelishi sababli, shu tomonda burun kirish qismida va burun lab sohasida dermatit rivojlanishi mumkin
- Faringoskopiya- burun- halqumda quruqlashish belgilari namoyon bo'ladi.

Xoanalar atreziyasi ko'pincha qizlarda ko'p uchraydi. Ayrim hollarda boshqa anomal patologiyalar (atreziya bo'lgan tarafda shu tomonga qarab burun to'sig'ini qiyshayishi, burun pastki chig'anog'ining orqa qismida qurish belgilari, orbitani shaklini o'zgarishi va h.k.) bilan birga qo'shib kelishi mumkin.

**Tashxis.** Obyektiv va subyektiv belgilariga asoslanib olib boriladi.

**Rentgenografiya** (zarurat tug'ilganda kontrast modda bilan) – Yon tomonlama proeksiyada kontrast moddani xoana sohasida ushlanib qolinishi kuzatiladi.

**Burun bo'shligini zondlash** - rezinali kateter yoki metall zond bilan amalga oshiriladi.

**Kompyuter tomografiya** - xoana atreziyasi haqida to'liq anatomik informatsiya beradi. Undan tashqari burun ichidagi boshqa o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.

**Fibroendoskopiya**- burun ichidagi mikrostrukturalarni anomal o'zgarishlarini aniqlash imkonini beradi.

**Davolash.** Xoana atreziyasini davolash albatta jarrohlik usulida olib boriladi. Xoanatomya'ni 3xil usulu bor.

1. **Transnazal usul** (burun bo'shligi orqali xoana atreziyasini bartaraf etish) asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va kichik yoshqagi bola-

larda amalga oshiriladi. Boshqacha qilib aytganda atreziya'ni intranazal usulda bartaraf etiladi. Tug'ruqxonalarda troakarlar yordamida amalga oshiriladi. Katta yoshdagi bolalarda burun to'sig'iga yaqin joyidan atreziya bo'lgan sohadan skalpel yordamida oval kesilib xoanotom bilan kengaytiriladi. Shundan so'ng suyakni kesuvchi o'tkir qoshiqcha bilan xoana qirralari shakllantiriladi. Shakllantirilgan teshikka maxsus termo-plastik nayli drenaj qo'yiladi.

2. *Transmaksillyar usul.* Bu usul bilan qachonki yuqori jag' bo'shlig'ining empiemasi bo'lsagina amalga oshiriladi. Bu usulni yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va kichik yoshdagi bolalarda qo'llash mumkin emas, sababi tish kurtaklariga tegib ketish mumkin.

3. *Transplatinar usul* qattiq tanglay orgali amalga oshiriladi. Qattiq tanglayni shilliq qavati - suyak usti pardadan ko'chirilganidan so'ng (0,5 sm milklardan uzoqlikda) qattiq tanglayning orqa qirrasini trepanatsiya qilinadi. Burun bo'shlig'iga chiqilgandan so'ng xoana atreziya bartaraf etiladi. Katta yoshdagi bolalar uchun transplatinar usul samarali bo'lib qolmoqda.

### 1.1. Burun chipqoni

*Burun chipqoni (furunculus nasi)*- burun terisining tuk qopchasi hamda atrof yog' bez to'qimasining yiringli nekrotik yalig'lanishi.

*Etiologiyasi.* Burun chipqonining rivojlanishida terining stafilokokk yoki streptokokk infeksiyasiga qarshi mahalliy va umumiy immunitetning susayishi muhim ahamiyatga ega. Xavf omillariga: terini texnik moylar bilan, changlar bilan ifloslanishi, mikrotravmalar, shilinishlar va boshqa mexanik travmalar bo'lishi mumkin. Moyillik tug'diruvchi omillarga: terining sekretor faoliyatini buzilishi (gipergidroz, giperbutiroz), avitaminoz, modda almashinuvining buzilishi, immunitetni pasayishi, qandli diabet misol bo'ladi. Ba'zan bir vaqtning o'zida bir nechta chipqonlar nafaqat burun balki tananing boshqa so-halariga chiqishi mumkin. Bunday vaziyatda bemorga "*furunkulyoz*" tashxisi qo'yiladi. Ikki yoki undan ortiq chipqonlar qo'shib *karbonkulni* hosil qiladi. Bunda kasallikni mahalliy va umumiy belgilari ke-skinlashadi (1.2-rasm).



*1.2-rasm. Yuqori lab karbonkuli, yuz venasi trombozi, atrof yumshoq to'qimalarini shishi bilan.  
(I.T.Rufanov bo'yicha, 1959)*

**Patogenezi.** Tukli qopchani o'rab olgan infiltratda kichik vena qon tomirlarning trombozi rivojlanib, infiltrate rivojlanganda (ayniqsa, karbonkulda) tromboz jarayoni vena qon tomirlari bo'ylab (v.fatsialis, v. angularis, v. ophtalmica) g'ovaksimon yoki kalla suyagining boshqa qon tomirlariga tarqalishi va bemorda sepsis va og'ir kalla ichi asoratlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

**Klinikasi.** Eng ko'p uchraydigan sohasi bu burunning kirish qismi ya'ni soch tolasini joylashgan soha hisoblanadi. Kam hollarda burun uchi, burun dahlizi, burun qanotlari, burun lab burmasi sohasida paydo bo'ladi. Kasallikning boshlang'ich davrida terida chegarasi noaniq qizarish, yumshoq to'qimalarning biroz shishishi va konussimon infiltrat paydo bo'lib, paypaslaganda va burun qanotlari hamda yuqori lablarning harakatida keskin og'riydi (*infiltrat bosqichi*). Keyinchalik yumshoq to'qimalarning shishi yuqori labga va lunjga tarqaladi. 3-4 kundan so'ng infiltratning cho'qqisida sarg'ish-oq yiringli o'choq, ya'ni chipqonning o'zagi paydo bo'ladi (*ho'ppoz bosqichi*) va u 4-5 kun davom etadi, keyin o'z-o'zidan ochiladi.

Chipqon yetilayotgan paytda bemorning tana harorati subfebrill yoki baland bo'lib, qonda yallig'lanishga xos o'zgarishlar paydo bo'ladi. Ba'zan karbonkul (rangli 4-rasm) hosil bo'lib, jarayon lunjga, pastki labga, ko'z qovoqlariga tarqalishi mumkin. Bunday hollarda ko'z kosasi (ko'z kosasi to'qimasining yallig'lanishi, ko'z kosasi venalarining trombozi va boshq.) va kalla ichi asoratlari (g'ovaksimon sinus trombozi, sepsis) rivojlanishi mumkin. Shuning uchun burun chipqoni bilan og'rigan bemor kasalxona sharoitida davolanishi lozim.

**Tashxis.** Bemorning shikoyatlari va obyektiv ma'lumotlariga qarab qiyinchiliksiz tashxis qo'ysa bo'ladi. Burun chipqoni tez-tez qaytalanib turgan va uzoq vaqt davom etgan hollarda qonning umumiy tahlili,



qandli diabetni inkor etish uchun qondagi glyukoza miqdorini aniqlash lozim bo'лади. Harorat oshgan mahal qonni sterillikka tekshiriladi. Yiring choqqisidan surtma olinib, mikrofloraga va qaysi antibiotikka sezgirligi aniqlanadi.

*Davolash.* Kasallik bosqichiga (infiltratsiya yoki ho'ppozlashgan) va og'irligiga qarab, konservativ yoki jarrohlik usulidan foydalaniladi.

Konservativ davo faqatgina infiltrativ bosqichda amalga oshiriladi. Bu bosqichda bemorga keng doirali antibiotiklar (sefalosporinlar, makrolidlar, ftorxinolonlar va boshq), antigistaminlar, analgetiklar, isitma tushiruvchi dori vositalari beriladi. Undan tashqari chipqon maydoniga Vishnevskiy mazi, sintomitsin emulsiyasi, spirtli kompresslar qo'yilib bog'lanadi. Agar chipqon qaytalansa immunomodulyatorlar, vitaminlar, stafilakokka qarshi gammaglobulinlar buyuriladi. Bundan tashqari yallig'lanish sohasiga UVCh, UBN, kvars muolajalari buyuriladi.

Og'ir holatlarida - kabunkul yoki ko'z va kalla ichi asoratlari xavfi bo'ladigan bo'lsa antibiotiklar miqdori oshirilibgina qolmay, undan tashqari sxema bo'yicha antikoagulyantlar davo rejasiga qo'shiladi.

Jarrohlik davo ho'ppozlashgan bosqichda amalga oshiriladi. Buning uchun yiringli o'choq keng ochilib, yiringli nekrotik to'qimalar olib tashlanadi va jarohat maydoniga rezina chiqargich o'rnatiladi. Jarrohlik amaliyoti qisqa muddatga umumiy yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Jarohat maydoni ustidan 10% li gipertonik eritma bilan bog'lam qoyiladi va shu eritma bilan namlanib turiladi. Bog'lam o'rniga levamekol, levotsin malhamlaridan foydalanish mumkin. Jarrohlik davosi ko'p miqdorda antibakterial davo, detoksikatsion davo va simptomatik davo bilan birga olib boriladi. Bemorga antikoagulyatlar (aspirin, geparin, tibbiy zuluk va hok) va immunitetni oshiruvchi dori vositalari tavsiya qilinadi.

Chipqon maydoni siqib, yiringini chiqarish qat'iyan man etiladi, chunki bu holatlardan keyin bemorda yuz venalari flebiti, orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanish xavfi tug'iladi.

## 1.2. Tashqi burunni termik jarohatlari

*Burun kuyushlari (combustion nasi)*- issiq, quyosh nuri, kimyoviy moddalar, elektr toki yoki radiatsiya nuri ta'sirida yuz bergan to'qimalar jarohati.

To'qima kuyishining 4 darajasi tafovut etiladi:

*I- Darajasi-* eritema, terining epidermis qavati kuyadi: teri qizarib og'riydi, biroz shishadi.

*II- Darajasi-* terining derma qavati kuyadi, zararlangan epidermis qavati ajralib, ekssudat bilan to'lgan pufakchalar hosil bo'ladi.

*III- Darajasi-* teri nekrozi, dermaning barcha qavatlari, ba'zan teri osti kletchatkasi ham to'liq yoki qisman kuyadi.

*IV- Darajasi-* teri bilan birga fasiya ostidagi mushak va suyak to'qimalari ham kuyadi.

**Davolash.** Kuyishning I-II darajasi, yuzaki kuyish hisoblanib, dori-darmonlar bilan davolanadi. Burun sohasiga atseptikaantitseptik qo'yiladi, anestezin, borat kislotasi va anestezin aralashmasi, oksiklozol, oksikort, levomekol, levotsin, legrazol, tegralezol, levovinozol, olezol aerazollari sepiladi. 1-2% li kaliy permanganati, 1-2% li tannin. furatsillin (1: 5000), 10% li borat lanolin eritmalari va malhami, 10% li sintomitsin emulsiyasi surtiladi. Kuygan maydonga darhol muz parchasi qo'yiladi. Bundan tashqari og'riqsizlantirish, dezintoksikatsiya, desensibilizatsiya tadbirlari o'tkaziladi, vena ichiga kerakli miqdorda suyuqliklar tomchilab yuboriladi. Ikkilamchi infeksiya'ni oldini olish maqsadida bemorga yallig'lanishga qarshi dori vositalar (ampitsillin, sefazolin, amoksiklav) tavsiya qilinadi.

Kuyushning III-IV darajasi, chuqur kuyish sifatida baholanib, zararlangan teri jarrohlik usulida tikiladi. Bemor qoqsholga qarshi emlanadi.

**Burunni sovuq urushi( congelation nasi)-** sovuq havoning mahalliy ta'siri yoki terining judaham sovuq jismga tegishi natijasida sodir bo'ladigan to'qimalar jarohati.

Sovuq urushning 4 darajasi tafovut etiladi.

*I- Daraja-* teri qoplamlari rangpar yoki ko'kimtir bo'lib, shishadi, zararlangan teri maydoni og'riydi va qichiydi, uning sezgirligi pasayadi.

*II- Daraja-* qizargan va ko'kargan terida serozli ekssudat bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib yaraga aylanadi. Terini o'z holiga qaytishi 2-3 hafta davom etadi.

*III- Daraja-* terida gemorragik ekssudat bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'lib, ular yaraga aylanadi, teri va teri osti yog' to'qimasi nekrozga uchraydi.

*IV- Daraja-* terining barcha qavatlari, ya'ni ham yumshoq ham suyak to'qimalari nekrozga uchraydi. To'qimalarning yemirilishi 5-6 oy davom etib, gangrene asorati rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

**Davolash.** Bemorga og'riqsizlantirish tadbirlari, antibiotikaterapiya va jarrohlik davolash usullari buyuriladi. Yengil holatlarda bemorni issiq

xonaga yotqizib, unga issiq ichimliklar beriladi. Sekinlik bilan burun qo'l bilan ishqalaniladi (qor bilan emas), issiq suv (suvning harorati 40° S dan oshmasligi lozim) bilan 30 min davomida isitiladi, terisiga spirt surtiladi, pufakchalar ochiladi. Zarur bo'lganda unga tinchlantiruvchi, og'riqsizlantiruvchi dorilar buyuriladi, UBN, UVCh muolajalari o'tkaziladi.

Sovuq qotishning III-IV darajasida bemoq shifoxona sharoitida davolanadi. U yerda antibakterial, detoksikatsion terapiya o'tkasiladi. Ayrim hollarda jarrohlik usulida nekroektomiya va amputatsiya operatsiyalari amalga oshiriladi. Bemor qoqsholga qarshi emlanadi.

## 2.BURUN BO'SHLIG'I KASALLIKLARI

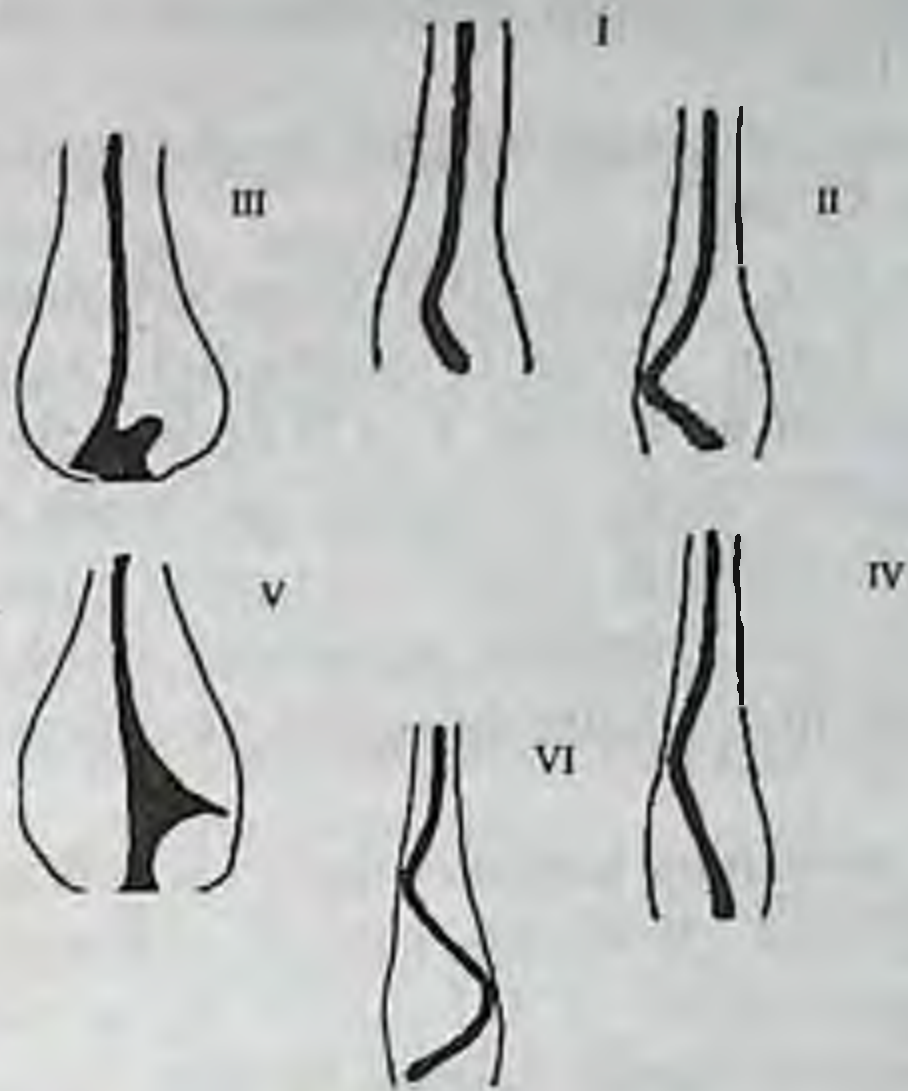
### 2.1. Burun to'sig'i qiyshiqligi

*Burun to'sig'i qiyshiqligi (deviation septi nasi)- burun orqali nafas olishni qiyinlashtiruvchi burun to'sig'ining syak yoki tog'ay qismlarini tabiiy (o'sish xususiyati bilan bog'liq) yoki orttirilgan (jarohat bilan bog'liq) qiyshiqligi.*

Burun to'sig'i qiyshiqligi otorinolaringologiyada ko'p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Uning kelib chiqishiga sabab *travmalardan* keyin (54%), *fiziologik* (32%) ya'ni burunning suyak- tog'ay sistemasi yuz suyaklariga nisbatan tezroq o'sishi tufayli o'zining "romiga" sig'may qolishi tufayli, *kompensator* (8%) ya'ni polip va o'smalar hisobiga bir tomonga surilishi hisobiga kelib chiqadi. Qiyshiqlik shakliga qarab, joylashgan joyiga, uzunligiga va burundan nafas olishini buzilishiga qarab har xil bo'lishi mumkin. Burun to'sig'ini qiyshayishlari turli xil bo'lishi mumkin: burun to'sig'ini *yo'g'onlashishi*, har xil *qiyshayishlar*, *tikon-simon* va *taroqsimon deformatsiyalar*, "C" va "S"-simon qiyshayishlar va ularning kombinatsiyalari bo'lishi mumkin.

R. Mladina burun to'sig'i qiyshiqligini 7 tipga bo'ladi. U deformatsiya' so'zini o'rniga, burun to'sig'ini shaklini o'zgarishi o'zi ma'qul keladi deb aytadi. Lekin buning ahamiyati yo'q.

Birinchi 4 tasi burun to'sig'i tog'ayining oldingi qirrasini pozitsiyasini o'zgarishi bilan bog'liq. 5chi 6 chi tiplari qattiq tanglayga nisbatan parallel burun to'sig'ini qiyshayishi. 7 tipi esa yuqorida sanab o'tilgan turlarning kombinatsiyasidan iborat (1.3-rasm).



1.3-rasm. R.Mladina bo'yicha olti xil burun to'sig'ining qiyshiqliklari

I- Tip- burun klapani sohasida tog'ayni vertikal qiyashayishi, ammo klapan ishlash funksiyasiga halaqit bermaydi. Qiyshiqlik burun klapanining pastki burchagida va lateral tog'ayning pastki kaudal qismida joylashgan. Bunday tipdagi qiyshiqlik travmalardan keyingi holatga xos.

II- Tip- burun klapanining burchagi sohasi, burun klapani sohasi vertikal qiyshayish bilan xarakterlanadi va klapan faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunday tipdagi qiyshiqlik travmalardan keyingi holatga xos.

III- Tip- burun o'rta chig'anog'ining oldingi qismi sohasidagi vertikal qiyshiqlik. Bunday tipdagi qiyshiqlik irsiyatga (genetik) bog'liq.

IV- Tip- ikkita vertikal qiyshiqlik bilan xarakterlanadi: 1) burun klapani sohasida; 2) burun o'rta chig'anog'ining oldingi qismi qarama-qarshi tomoni sohasida. Bunday tipdagi qiyshiqlik ham travmadan keyingi holatda va nasliy bo'lishi mumkin.

V- Tip- burun to'sig'ining asos qismida taroqsimon shakldagi qiyshiqlik bilan xarakterlanadi. Xuddi qadimgi turklarning qiyshaygan qilichiga o'xshash bo'ladi. Bunday tipda qiyshiqlik irsiy bo'ladi.

VI- Tip- burun to'sig'ining bazal qismida chuqur ariqqa oxshab qiyshayish bilan xarakterlanadi. Bu burun to'sig'ining tanglay qismi tomonida va intermaxillary suyakning gipertrofiya bo'lgan qanoti orasida joylashgan bo'ladi. Bunda burun bo'shlig'ining o'ng va chap qismlari

bir-biriga nisbatan assimetrik tuzilishga ega bo'ladi. Bunday tipda qiyshilik irsiy bo'ladi.

VII-Tip- yuqorida sanab o'tilgan barcha qiyshiliklarni kombinatsiyalaridan iborat bo'ladi.

R. Mladina va L. Bastaik (1997)ning turli mamlakatlarda o'tkazgan tekshruvlarida burun to'sig'i qiyshiligi kattalarda 90% gacha aniqlashga muvassar bo'lganlar. I va II tipdagi qiyshilik kombinatsiyalari 16,3% ni tashkil etgan. III tipdagi qiyshilik esa 20,36% ni tashkil etgan. V tipdagi qiyshilik 13,98% ni tashkil etgan. 10,81% aholida esa burun qiyshiligi aniqlanmagan. Mladinani aytishicha, yuqoridagi klassifikatsiya barcha mamlakatlarda millati va irqidan qat'iy nazar ishlatilishi mumkin.

Qiyshilik burunning hamma sohalarida uchrashi mumkin, lekin burun to'sig'ining orqa qismlarida kamroq uchraydi. Gohida burun qiyshiligi singanga o'xshab, ya'ni burun to'sig'ini pastki qismiga nisbatan yuqori qismi burchak ostida egilgan bo'ladi. Taroqsimon va tikanaksimon burun to'sig'ini qiyshayishi burun to'sig'ini qavariqli sohasida ko'p uchraydi, ayniqsa burun to'sig'ining to'g'ayi dimog' suyagini yuqori qismiga birikkan joyida ko'proq uchraydi.

Bolalarda burun to'sig'i qiyshiligi kam uchraydi, lekin M. Shatell (M. Chatellier) kuzatishlarida burun to'sig'ini qiyshiligi hatto embrionda ham aniqlangan. Bolalarda burun to'sig'ining oldingi pastki sohasida rudiment hisoblangan Gushke tog'ayi bo'lishi mumkin. Bola tug'ilgandan keyin shu tog'ayning gipertrofiyasi hisobiga 16% hollarda burun to'sig'ining oldingi ostki sohasida tikanaksimon va taroqsimon qiyshayishlar aniqlanishi mumkin. Burun to'sig'i 5-7 yoshdan boshlab 20yoshgacha o'sishi mumkin. Shu yoshning har xil davrlarida qiyshilik rivojlanishi mumkin.

Burun to'sig'ini kelib chiqishiga sabab burun to'sig'i tog'ayini notekis o'sishidan va uning suyak "romi"ga to'g'ri kelmasligi bilan tushuntiriladi. Bu paytda suyak sekin o'sadi, tog'ay esa suyakka nisbatan tez o'sadi. Burun to'sig'ining qiyshayishini yana bir sabablaridan biri bu tug'ruq va postnatal davrdagi travmalar hisoblanadi. Bunda asosan tog'ayning sinishi bilan namoyon bo'ladi.

Burun to'sig'ini qiyshayishini turli xil nazariyalari bor:

- *Rinologik nazariya*- qiyshilikni burundan nafas olishni buzilishi bilan bog'lab ko'rsatiladi, bolalarda qattiq tanglay gumbazi gotiksimon o'zgarib burun to'sig'ini pastga tortishi tufayli burun to'sig'ini qiyshayti-

radi. Bu nazariya'ning isboti, oz vaqtida tiklangan nafas (adenotomiya) qiyshiqlikka olib kelmasligidadir.

- *Tug'ma qiyshayish nazariyasi*- bu nazariya egalari, burun to'sig'ini qiyshiqligini irsiy moyillikka bog'liq deb qaraydilar. Bu nazariya bir nechta klinik kuzatuvlar natijasida tasdig'ini topgan.

- *Biologik nazariya*- burun to'sig'ining qiyshiqligi inson evolyutsion rivojlanish jarayonida gorizontal holatdan vertikal holatni egallashi hisobigadir deb qaraladi. Bunda insonning miyasini og'irlashishi hisobiga, oldingi miya chuqurchasida bosim oshishi natijasida burun to'sig'iga og'irlik tushib burun to'sig'ini qiyshayishiga sabab bo'ladi deb qaraladi. Buning tasdiq'i, maymunlarda burun to'sig'i 90% hollarda normal, qiyshaymagan tipda bo'lishidadir.

- *Raxit nazariyasi*- bu nazariya, birlamchi osteogenez jarayonini buzilishi hisobiga amalga oshishidadir deb qaraydi.

- *Stomatologik nazariya*- qiyshiqlikning sababi yuz-jag' sohasini rivojlanishini buzilishi deb qaraladi, bular yuqori jag'ni rivojlanmasligi hisobiga, yuqori tanglay ko'tariladi shunga barobar yuqori jag'da tishlar ham yuqoriga tortilib, zichlashib qiyshiqlashadi. Bunday o'zgarish burun ichidagi strukturani o'zgarishiga sabab bo'ladi.

**Klinikasi.** Burun- to'sig'i qiyshiqligi nafas olish faoliyatini qiyinlashuviga va nafas olishni pasayishiga sabab bo'lishi mumkin. Burundagi normal aeratsiya'ni buzilishi burun chig'anoqlarini ikkilamchi qon aylanishini o'zgarishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu o'z navbatida burun chig'anoqlarida qonni dimlanishiga, u esa to'qimani shishiga sabab bo'ladi. U yerda trofik o'zgarishlar sodir bo'ladi, bu esa burunda va burun yondosh bo'shliqlarida kasallik (burun chig'anoqlari gipertrofiyasi, burun poliplari, sinusitlar) kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Rinoskopiya har xil darajadagi burun qiyshiqliklarini ko'rish mumkin.

Qiyshaygan burun to'sig'ini botgan tomonida kompensator ravishda burunning pastki va o'rta burun chig'anoqlari gipertrofiyaga uchraydi. Burun to'sig'ining taroqsimon va tikanaksimon qiyshiqligi burun chig'anog'iga tegib tursa, u yerdagi vegetativ va sezuvchi nerv tolalarini qitiqlaydi. Shundan so'ng burun bo'shlig'ida vazomotor o'zgarishlariga sabab bo'lib, anatomik hosilalarni trofik buzilishiga sabab bo'ladi. Klinik kechuvi 2 xil yo'nalishda bo'lishi mumkin. 1) adaptatsion yo'l- bemorda nafas olish og'iz va burun orqali amalga oshiradi; 2) dezadaptatsion yo'l- bemorda burundan nafas olish bo'lmaydi, burun to'sig'ining qiyshiq joyi mahalliy va umumiy reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

Burun to'sig'ini qiyshiqqligi bemorlarda angina, surunkali tonzillitga, sinusit, faringit, laringit, o'rta quloqdagi turli xil asoratlarga, nevrozlar, bronxial astma, miokardit, bronxit, pnevmoniya, yuz-jag' sohasdagi deformatsiyalarga, aqliy rivojlanishini orqada qolishiga, konstitusional o'zgarishlariga, bosh og'riqlariga sabab bo'lishi mumkin.

Bemorlar asosan burun orqali nafas olish qiyinlashishiga, burun bitishiga, burundan shilliq va shilliq-yiringli ajralma kelishiga, bosh og'rishiga, tomog'i qurishiga hid bilishni pasayishiga, quloqlarini bitishidan shikoyat qilishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, ba'zan burun to'sig'i qiyshiqqligi bemorni bezovta qilmaydi, shunki havo oqimi qiyshaygan maydonning osti yoki ustidan o'tadi.. Shuning uchun bemor burun orqali nafas olishi qiyinlashishiga shikoyat qilmaydi. Demak, burun to'sig'i qiyshiqqligi emas, balki bemorning shikoyatlari jarrohlik amalini bajarishga ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.

**Tashxis.** Burun to'sig'ini qiyshiqqligini qiyinchiliksiz tashxislash mumkin. Tashxis qo'yish uchun bemorning shikoyatlariga, anamnez ma'lumotlariga va rinoskopik belgilariga asoslaniladi. Agar burunning o'rta va orqa qismlarini ko'rish qiyin bo'lsa, burun shilliq qavatini qontomirlarni toraytiruvchi dori vositalari (0,1 % li adrenalin, naftezin, galazolin va bosh) bilan anemizatsiya qilinadi. Yuqori unformatsiya beradigan usul esa har xil burchakli endoskop yordamida ko'rish va KT bo'lib, bunda qiyshiqlik qayerda, qanday burchakda, qaysi sohada joylashganligi haqida informatsiya olish mumkin.

**Davolash.** Burun to'sig'ini davolash faqatgina jarrohlik usulida amalga oshiriladi. Burun to'sig'ida bajariladigan jarrohlik usullaridan 2 ta jarrohlik (rekonstruktiv) ajratib olish mumkin. 1) *Killian* bo'yicha burun to'sig'i shilliq osti qavatini kesish usuli; 2) *Voyatshek* bo'yicha aylanma kesish usullari qo'llanadi. Hozirda burun to'sig'ida bajariladigan jarrohlik usullarini umumiy qilib "*septoplastika*" deb ataladi.

Burun to'sig'ida jarrohlik amaliyotini olib borish qiyin bo'lganligi uchun, jarrohdan ko'p mashaqqatlar talab qiladi. Chunki jarrohlik amaliyoti paytida va jarrohlik amaliyotidan keyin bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarga tayyor turishi kerak.

1) *Killian* bo'yicha burun to'sig'i shilliq osti jarrohlik amaliyoti 14 yoshda amalga oshiriladi. Lekin zarurat tug'ilsa 6 yoshdan so'ng ham bajarilishi mumkin.

Jarrohlik amali mahalliy yoki umumiy endotraxeal og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Mahalliy og'riqsizlantirishda 0,1% adrenalin qo'shilgan 1% li novokain (1% li lidokain) eritmasi (5 ml eritmaga 1

tomchi 0,1% li adrenalin gidrokslorid qo'shiladi) dan foydalaniladi. Jarrohlik amalidan 10 daqiqa oldin bemorning burniga 1% lidokain, 2% li lidokain shimdirilgan doka tiqma qo'yish kerak bo'ladi. Ushbu muolaja jarrohlik amalini deyarli qonsiz bajarish imkonini beradi. (1.4-rasm).



*1.4-rasm. Infiltratsion anesteziya uchun anestetikni yuborish nuqtalari*

Burun bo'shlig'i chap tomonidan burun to'sig'i tog'ayining tashqi chetidan 4-5 mm tashlab shilliq va tog'ay usti pardalari burun tubidan burun qirrasini tomon yoysimon (1.5-rasm (a)) kesiladi. O'tkir ajratgich yordamida burun to'sig'ining chap tomonidagi shilliq parda tog'ay usti pardasi bilan birga tog'aydan ajratiladi. Bu eng asosiy holat- qavat orasiga "to'g'ri" kirish kerak bo'ladi. Natijada tog'ayning silliq, yaltiroq yuzi ko'zga ko'rinadi (1.5-rasm (b)).

Bir tarafni to'liq ko'chirilib bo'lgandan keyin, ikkinchi tarafni ko'chirishga kirishiladi. Buning uchun burun to'sig'i tog'ayi kesiladi. Tog'ayni kesayotganda qarama-qarshi tomondagi shilliq pardaga zarar yetkazmaslikka harakat qilinadi. Keyin ajratgich yordamida qarama-qarshi tomondagi shilliq parda to'gay usti qavati bilan birga asta sekinlik bilan ajratiladi (1.5-rasm (c)). Shundan so'ng qaychi va pichoq yordamida tog'ayning qiyshaygan qismi kesiladi va Bryuningsning aylanma uchli qisqichi bilan kesilgan tog'ay olib tashlanadi (1.5-rasm (d)). Shu qisqich bilan burun to'sig'ining suyak qismini qiyshaygan qismi olib tashlanadi. Ba'zan to'gay va suyaklarining to'g'ri bo'laklari shilliq pardaning orasiga joylashtiriladi (septoplastika). Shundan so'ng burun yo'llariga antibiotikka shimdirilgan tiqma (tamponada qilinadi)



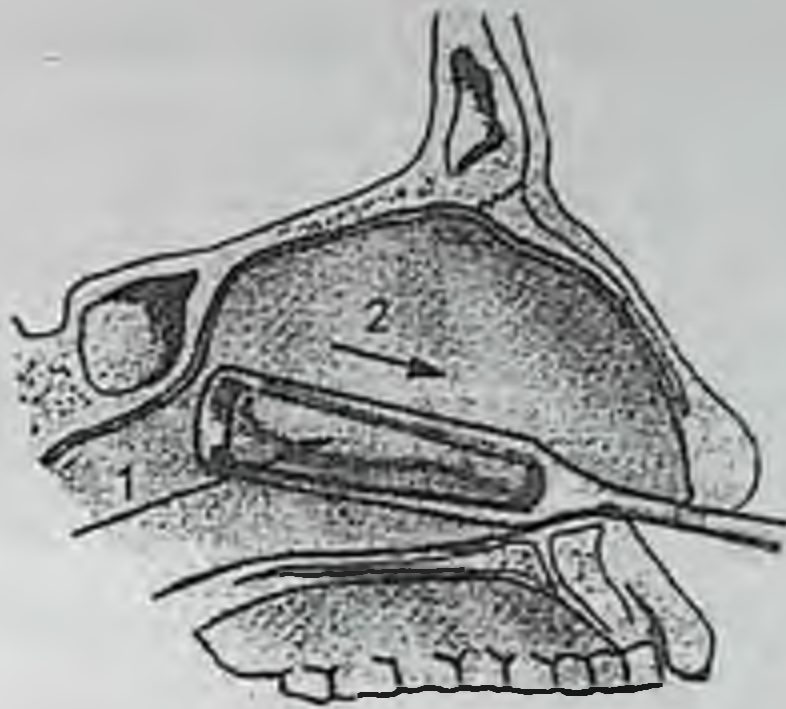
qo'yiladi. Ayrim hollarda shilliq qavatning birinchi kesilgan joyiga chok qo'ysa bo'ladi.



1.5-rasm. Burun to'sig'idagi jarrohlik amaliyotining bosqichlari: a) burun kirish qismini yoysimon kesish; b) burun shilliq qavatini tog'ay usti pardadan ko'chirish; v) burun to'sig'ini qarama-qarshi tomonidagi shilliq qavatini kesish va ko'chirish; d) burun to'sig'ini qiyshaygan sohasini olib tashlash.

Tampon 24-48 soatdan so'ng olib tashlanadi. Tog'ay olib tashlanayotganda burun qirrasiga yaqin olish kerak bo'lmaydi, burun qirrasini bilan tog'ay olinishi kerak bo'ladigan masofa 6-8 mm dan kam bo'lishi kerak emas, keyinchalik burun qirrasini cho'kib qolishi mumkin. Undan tashqari burun to'sig'i oldingi qirrasini ham kirish qismidan 3-4 mm tashlab olish kerak bo'ladi, jarrohlik amaliyotidan keyin burunni uchini his qilish maqsadida.

2) Voyatshek bo'yicha rezeksiya jarrohlik amalida burun to'sig'ining faqat qiyshaygan maydoni olib tashlanadi, shuning uchun bunday jarrohlik amallari *konservativ septoplastika* deb ataladi.



1.6-rasm. Voyatshek bo'yicha retrograde pichoq bilan burun to'sig'ini taroqsimon qiyshiqqligi joyidan kesish va pichoq harakati: 1- taroqsimon qiyshiqqlik; 2- asbobni aktiv harakat bilan harakatlanishi ko'rsatilgan.

Ko'pincha burun to'sig'i qiyshiqqligi kompensator gipertrofik rinit bilan biroga kechadi. Bunday hollarda *pastki konxotomiya*- pastki burun chiganag'ini kesib olish, *vazotomiya*- burun chig'anoqlari shilliq qavatini suyakdan ajratish, *shilliq osti konxotomiya*- pastki burun chig'anog'ining suyak chetidan shilliq pardadan ajratib olib tashlash, *laterokonxopeksiya*- pastki burun chig'anog'ini asosi sohasida sindirib, lateral devorga bosish kabi jarrohlik amallari bajariladi.

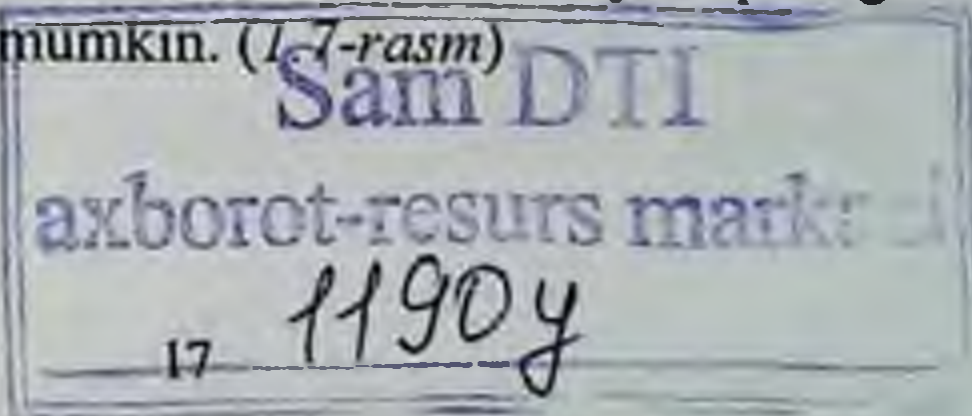
## 2.2. Burun to'sig'i gematomasi va ho'ppozi

*Burun to'sig'i gematomasi*- travma ta'sirida yoki spontan qon ketishi natijasida, burun to'sig'ining to'gayining tog'ay usti va suyakning suyak usti qavatlari orasida qon to'planishi bo'lib, burun yo'llarini torayishi va nafas olishni qiyinchiligiga olib keladi.



1.7-rasm. Burun to'sig'i gematomasi

Gematomaning sababi, travmatik jarohatlanish (maishiy, jarrohlik amaliyotidan keyin va bosh) hisoblanadi. Bunda burun shilliq qavatini butunligini buzmasdan to'gayining tog'ay usti va suyakning suyak usti qavatlari orasida qon to'planadi. Gematoma bir va ikki taraflama bo'lishi mumkin. Odatda gematoma burun to'sig'ining tog'ay qismida joylashgan bo'lib, ba'zan esa suyak qismiga tarqalishi mumkin. (1.7-rasm)



**Belgilari.** Bemor burun orqali nafas olishi qiyinligiga, burni biroz og'rishiga, undan shilimshiq yoki qon aralash oqishiga, hid bilish qobiliyatini pasayganligiga shikoyat qiladi. Bir tomonlama gematomada burun orqali nafas olish faoliyati buzilmaydi, bemorning umumiy holati o'zgarmaydi. Shuning uchun u kasalligiga e'tibor bermaydi.

Old rinoskopiya da bir yoki ikki tomonda burun to'sig'ining old qismlarida umumiy burun yo'lini toraytiruvchi to'q jigarrang yumshoq shish va infiltrasiya ko'rinadi.

Klinik belgilar unchalik namoyon bo'lmagan bemorlarda shifokorga kech murojaat qilishi natijasida, gematoma burun to'sig'ining *yiringli ho'ppoziga* aylanadi. Yiringli ho'ppozda (jarohatdan 4-7 kun o'tgandan so'ng) burun to'sig'ining shilliq qavati keskin shishadi, paypaslaganda og'riydi. Yiringli jarayon burun to'sig'i tog'ayiga o'tadi. Rivojlangan xondroperixondrit keyinchalik burun to'sig'ini teshilishi bilan tugashi mumkin. Ba'san yiring burunning yuqori bo'limlariga tarqalib, ko'z atrofi va kalla ichi asoratlari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

**Tashxis.** Burun to'sig'ini gematomasi va ho'ppozni bemorni shikoyatlari, anamnezi va rinoskopik belgilariga asoslanib qo'yiladi. Burun to'sig'i zond yordamida tekshiriladi, shishgan maydonga teshib ko'riladi va aniqlangan yiringli ajralma bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi, mikroflorani antibiotikka sezgirligi aniqlanadi.

**Davolash.** 1-2 kun bo'lgan yangi gematomani steril xonada punksiya qilib, qon to'plami so'rib olinadi va shu tomondan oldingi tamponada qilinadi. Sababi bu yangi jarohat bo'lganligi uchun, hali u yerga infeksiya tushmagan bo'ladi. Tampon 48-72 soatdan so'ng olib tashlanadi va burun bo'shlig'i shilliq qavatiga ishlov beriladi. Yallig'lanish jarayonini oldini olish maqsadida desensibilizatsiya, antibiotikoterapiya, simptomatikoterapiya tadbirlari o'tkaziladi.

Burun to'sig'i ho'ppozni shoshilinch ravishda ochilishi kerak. Agar ikki tomonlama bo'ladigan bo'lsa, har ikki tomoni alohida-alohida, ayniqsa har xil joydan va har xil yo'nalishda kesilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Tomonlardan bir xil kesiladigan bo'lsa, perforatsiya bo'lish ehtimolligi oshadi. Kesilgan ho'ppoz maydoni 3% li vodorod peroksidi yoki furatsillin eritmasi bilan yuvilib, yiringdan tozalangandan so'ng bo'shliq ichida rezina chiqargich o'rnatiladi va gipertonik eritmaga shimdirilgan pilikcha kiritiladi. Bemorning yoshi, tana vazni va kasallikning kechishini e'tiborga olgan holda antibiotiklar, desensibilizatsiya, dezintoksikatsion vositalar, immunomodulyatorlar tavsiya etiladi.

### 2.3. Burun to'sig'ni teshilishi (perforasiyasi)

Ko'pincha burun to'sig'ining oldingi pastki sohasida, qon tomir chigali joylashgan sohada (kisselbax zonasi) burun to'sig'ining teshilishi kuzatilishi mumkin. Perforaiya'ning sabablari burun to'sig'ida o'tkazilgan jarrohlik amaliyotlari, burun travmalari, atrofik rinit, burun to'sig'i absessi hisoblanadi. Kam hollarda maxsus kasalliklardan - zaxm, sil va boshqalardan keyin burun to'sig'i teshilishi mumkin.

Jarrohlik amaliyoti vaqtida shilliq qavatni qo'pol ko'chirilsa, shilliq qavatni teshilishiga olib kelishi mumkin, bu esa o'z navbatida turg'un teshik shakillanishiga sabab bo'ladi. Atrofik rinitlarda burun to'sig'ining oldingi qismi shilliq qavati qurishni boshlaydi, qatqaloq bilan qoplanadi, ishemik zona ortib boradi, u yerda trofika buziladi va burun to'sig'i teshiladi. Bu jarayonni chang, issiq va quruq havo tezlashtiradi.

**Klinikasi.** Bemorni burundan nafas olish qiyinchiligi bezovta qilishi mumkin, ba'zan teshilgan sohadan nafas olib chiqarganda xushtak ovozi eshitilishi mumkin. Rinoskopiya- burun to'sig'ida teshik va teshik atrofida qatqaloqlar aniqlanadi.

**Davosi.** Burun shilliq qavatini qurishiga va atrofiyalanishiga sabab bo'ladigan omillardan xalos qilishdan boshlanadi. Bemorga yumshatuvchi mazlar, 200 ml izotonik eritmaga 5% li spirtli yoddan 4-5 tomchi qo'shib kuniga 1-2 marta burun ichi yuvilib turadi.

Ayrim hollarda jarrohlik usulidan foydalaniladi, buning uchun mikroendoskopik jarrohlik usuli qo'llaniladi. Endoskop ostida teshilgan burun to'sig'ini burun shilliq qavatlaridan kesib olib plastika qilishdan iboratdir. Ishemiya bor sohani plastika qilinsa operatsiyadan keyin teshik yanada kattalashishiga sabab bo'lishi mumkin.

### 2.4. Burun bo'shlig'ida yot jismlar

Burun yot jismlari shifokorning ish faoliyatida ko'p uchraydi. Ayniqsa bolalarda burun bo'shlig'i yot jismlari ko'p uchraydi. Chunki ular burunga har xil mayda narsalar (tugmashalar, zoldirlar, qog'oz, plastilin, meva danaklari, pista va b) ni tiqadilar. Ayrim hollarda, yot jismlar qusganda xoana orqali tushishi mumkin. Jarrohlik vaqtida yot jismlardan doka, paxta burun bo'shlig'ida qolib ketishi mumkin. Ba'zan burunga tushgan yot jism uzoq muddat burunda bo'lganda, uning atrofiga tuzlar cho'kib, uni o'rab oladi, natijada xuddi toshga o'xshash

qattiq hosila- *rinolit* hosil bo'ladi. Ular turli xil ko'rinishda va kattalikda bo'ladi. Yot jismlar, aksariyat burunning pastki yo'lida joylashadi.

Rinolit va tekis yot jismlar hech qanday og'riq bermaydi. Qirrali yot jismlar shilliq pardani jarohatlantiradi va oqibatda surunkali yiringli yallig'lanish kelib chiqib, burundan qo'lansa hidli ajralma chiqa boshlaydi. Ayrim hollarda, shilliq qavat shikastlanishi natijasida yot jism atrofida yangi to'qima- granulyatsiyalar o'sadi. Bunday holatlarda burun tez-tez qonab turadi.

Kasallikni aniqlashda bemorning shikoyati, rinoskopiya, ba'zan rentgen qilish katta ahamiyatga ega. Bemorda bir tomonlama yiringli tumov bilan og'riganda burunning shu tomonidan sassiq yiring oqsa, yot jism yo'qmikan, degan shubha tug'iladi. Ba'zan yot jism atrofida granulyatsiyalar bo'lsa, yot jismni aniqlash birmuncha qiyin bo'ladi.

**Davolash.** Ko'pincha yot jismni burun qoqish yo'li bilan chiqarish mumkin. Dumaloq, silliq yot jismlar turli ilmoqli asboblarda yordamida olinadi, qisqich ishlatish butunlay man etiladi. Yassi narsalarni ilmoq yoki pinset yordamida olish mumkin. Yot jismni olishdan oldin shilliq parda sezuvchanligini pasaytirish yoki vaqtinchalik yo'q qilish zarur. Buning uchun shilliq qavatga 2% li lidokain eritmasi surtiladi. Yot jismni olishda bemorni qimirlatmay ushlab turish lozim. Agar rinolit katta bo'lsa va bola muolajadan qo'rqsa, umumiy og'riqsizlantirish bilan yot jism burundan olib tashlanadi.

Burun bo'shlig'ida askarida yoki zulukni chiqarib olish uchun maxsus qisqich ishlatiladi. Ostritsa qurtini chiqarib olish uchun burun bo'shlig'iga avval mentol, zulukni chiqarish uchun 10% li natriy xlorid eritmasi tomchilari tomiziladi. Burun ichiga kirib qolgan yirik hasharot ilgak yordamida chiqariladi.

## 2.5. Burundan qon ketishi

**Burunda qon ketish (epitaxis)**- qon tomiri devorining buzilishi yoki o'tkazuvchanligi oshishi natijasida qon tomirlardan qonni oqib chiqishi.

Burundan qon oqishi shifokorlarni amaliyotida ko'p uchraydigan hodisalardan biri hisoblanadi.

Burunning qon tomirlari va vegetativ nerv sistemasi, butun organizmdagi umumiy qon tomirlarning tonusi, ayniqsa bosh miya qon tomirlarining tonuslariga juda ham sezgir hisoblanadi. Burun shilliq qavatining nozikligi va qon tomirlarning yuzaki joylashganligi gipertonik krizlarda, qonning ivish sistemasi faoliyatining buzulishlarida yoki

shunga o'xshash kasalliklarda burunning qonashiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, trigeminal-vegetativ innervatsiya ta'sirlanishi hisobiga burunning endonazal qon tomir chigallarni vazokonstruksiya va dilatatsiyasi hisobiga, burun qon tomirlarining faoliyati buziladi. Burun ichidagi qon tomirlar reaksiyasi mexanik va fizik omillar (burun to'sig'ini ta'sirlovchi tikansimon quyshqlik, sovuq havo va bosh) ga, bundan tashqari ichki adrenergik omillarga ham bog'liq, bular emotsional holatlar yoki buyrak usti bezining adrenergik sistemasini kasalliklari bo'lishi mumkin. Yuqorida aytib o'tilgan holatlarda avval qon tomirlarni torayishi, so'ng kengayishi bilan boshlanadi. Shundan so'ng qon tomirlarning devori parezga uchraydi, qon tomir devori o'tkazuvchanligi oshadi. So'ng to'qimalararo shish rivojlanib to'qimani sklerotik o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Burundan qon ketish ayrim kasalliklarning simptomatik belgilari (85%) va burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari (15%) hisobiga kelib chiqadi. Burundan qon ketish sabablariga ko'ra *simptomatik* (mahalliy va umumiy) va *travmatik* bo'ladi.

Mahalliy xarakterga ega bo'lgan qon ketishlar, burun to'sig'ining oldingi pastki qismida joylashgan, tanglay-ponasimon arteriyasi, burun tanglay arteriyasi va burunning ko'tariluvchi arteriyalarining oxirgi tarmoqlari bo'lgan, anatomik xususiyatga ega qon tomirlar chigaliga (Kisselbax chigaliga) bog'liq bo'ladi. Anatomik xususiyatlariga, Kisselbax chigalining nozik shilliq qavatini bo'lishi, mahalliy qon bosimi bir nechta arteriyalarning qo'shilishidan hosil bo'lganligi hisobiga nisbatan baland bo'lishi misol bo'ladi. Mahalliy xarakterga ega bo'lgan qon ketishlarga sabablardan, burun shilliq qavatini mikrotravmalari (nafas olayotgan muhitda agressiv gazlar, chang zarrachalari), burun shilliq qavatining atrofiyasi va yoshga xos shilliq qavatning o'zgarishlari ham misol bo'ladi. Mahalliy xarakterga ega bo'lgan spontan qon ketishlarga jismoniy zo'riqishlardan so'ng va menstrual sikl sabab bo'lishi mumkin. Qon ketishni bir necha marotaba takrorlanishi burun to'sig'i shilliq qavatini yarali o'zgarishi bilan bog'liq bo'ladi. Keyinchalik burun to'sig'ini harakatlanuvchi yarasi (*ulcus serpens septi nasi*) rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Gohida esa burun to'sig'ining oldingi qismlarida *qonaydigan polip* rivojlanishi mumkin. Uning tuzilishi arteriya venoz anastomozlaridan va angiomatoz to'qimadan (gistologik tuzilishi bo'yicha- angioma yoki angiofibroma) iboratdir. Qonaydigan polipda bemorda aksa urganda va o'z-o'zidan burundan qon kelib turishi mumkin.

Umumiy xarakterga ega bo'lgan simptomatik qon ketish:

- Yurak-qon tomir kasalliklarida (arterial gipertoniya, ateroskleroz)
- O'pka kasalliklarida (o'pka emfizemasi)
- Jigar kasalliklari (jigar sirrozi)
- Buyrak kasalliklarida (nefroskleroz, buyrakka ta'lluqli gipertoniya)
- Qon va qon tomir devorini kasalliklarida (gemofiliya, gemorragik trombasteniyaya, Verlgof kasalligi, gemorragik vaskulit, gemorragik teleangiektaziya)
- Qon ishlab chiqaruvchi organlar kasalliklarida (leykoz, retikulyoz, gemositoblastoz va bosh)

Umumiy xarakterga ega bo'lgan simptomatik qon ketishlarga burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlaridagi o'smasimon kasalliklari keltirib chiqaradigan gemorragiyalar, yaxshi sifatli o'sma kasalliklari (angioma, papilloma), yomon sifatli o'sma kasalliklari (rak, sarkoma), burun- halqumni o'smirlar angiofibromasi, zaxm va sildagi yaralar va boshqalar misol bo'ladi.

Undan tashqari umumiy sabablariga gipo va avitaminozlar (vitamin C yetishmasligi- *singa kasalligi*), kasbiy intoksikatsiyalar, nur kasalliklari, septik va zaxarlanishlar kiradi.

Travmatik xarakterga ega bo'lgan qon ketishlarda har xil maishiy travmalardan keyin, burun bo'shlig'idagi jarrohlik amaliyotlari, o'q otish jarohatlaridan keyin kelib chiqadi. Ozgina qon ketish burun shilliq qavatini travmasi bo'lishi mumkin, ko'p miqdorda qon ketishi g'alvirsimon suyakning travmasi bilan qo'shilgan bo'lishi mumkin.

Travmatik xarakterga ega bo'lgan qon ketishlarda shifokor quyidagicha aniqlashi kerak bo'ladi. Avvalambor travmani xarakterini (lat yeyishi, jarohatlanish, bosh miya travmasi borligi yoki yo'qligi, jarohatlanganni umumiy holatini), qon ketish intensivligiga (sekin, o'rtatsha, tez) baholash kerak bo'ladi. Shundan so'ng bemorga shoshilinch ravishda yordam ko'rsatiladi. Avval qon to'xtatilib, travmatik shokka qarshi choratadbirlarni amalga oshiradi. Burun jarohatlanishlarida yuz-jag' jarrohlik bo'limida yoki LOR bo'limida jarohatga birlamchi rinoplastika bilan birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi va tamponada qilinadi. Antibiotikaterapiya va qon to'xtatuvchi dori vositalari bilan birga, qoqsholga qarshi emlanadi.

**Belgilari.** Burundan qon ketishning belgilarini, burunning kirish qismidan tiniq ko'piksiz va boshni orqaga tashlaganda halqum orqa devorida tiniq qonni ko'rish mumkin. Oldingi rinoskopiya gohida qayerdan qon kelayotganligini aniqlash imkoni bo'ladi. Ko'pinch burun

to'sig'ining oldingi 1/3 qismidan keladi, agar qon kelayotgan manba burun bo'shlig'ining chuqur qismlarida bo'lsa uni aniqlashni imkoni bo'lmaydi. Burundan qon oqishi to'satdan yoki prodromal belgilardan so'ng boshlanadi (bosh og'rig'i, quloq shang'illashi, bosh aylanishi, burun qichishishi).

Yo'qotilgan qon miqdoriga qarab *yengil, o'rta va og'ir* qon oqishlariga bo'linadi.

- Yengil qon oqishlar- odatda, qon Kisselbax maydonidan oqadi, qisqa vaqt davomida qon bir necha millilitr miqdorda qon tomchilab, o'z-o'zdan yoki burun qanotlarini burun to'sig'iga siqish bilan to'xtaydi.

- O'rtasha qon oqishlar- odatda, qon oqishida katta kishi 200 ml gacha qon yo'qotadi. Bunday holatda gemodinamik o'zgarishlar, fiziologik normal holatga mos keladi.

- Og'ir qon oqishlari- yo'qotilgan qonning miqdori 200 ml dan 1000 ml ga yetadi. Bunday qon yo'qotishlar bemor hayotiga xavf solishi mumkin.

Burundan qon ketishi ko'pincha og'ir yuz jarohotlarida, a.maxillaridan (tashqi basseyn) va a.ophtalmika ( ichki basseyn) dan chiquvchi a.sphenopalatina va a.ethmoidalis tarmoqlari jarohatlansa juda kuchli qon ketadi. Travmadan keyingi qon ketishlarni o'ziga xosligi bir necha kunlardan keyin , hatto bir necha haftalardan keyin ham qon ketishi mumkin. Ko'p miqdordagi qon yo'qotgan bemorlarda arteriyal qon bosimi pasayadi, puls noziklashadi, holsizlik va miya'ni gipoksiyaga javob reaksiyalaridan, ruhiyatni buzilishi, vahima bosishi holatlari kuza-tiladi. Organizmning qon yoqolishiga reaksiyasini bemorning shikoyatlari, umumiy ahvoli, yuz terisining rangparligi, qon bosimi, pulsi, qon tahlillaridan bilsa bo'ladi.

Qon yo'qotganlik ko'rsatkichi quyidagicha baholanadi:

- Qon yo'qotishni I- darajasi (500 ml gacha)- gemoglobin yuqoriligicha qoladi- 120 g/l dan yuqori, gematokrit 40% dan yuqori;
- Qon yo'qotishni II- darajasi (500 ml dan 1000 ml gacha)- gemoglobin pasayadi- 100-120 g/l gacha, gematokrit -30-40% gacha;
- Qon yo'qotishni III- darajasi (1000 ml dan 1500 ml gacha)- gemoglobin miqdori -80-100 g/l gacha, gematokrit- 20-30% gacha;
- Qon yo'qotishni IV- darajasi (1500 ml dan yuqori)- gemoglobin miqdori -80g/l dan past, gematokrit- 20% dan past;

Ko'p miqdorda yoki oz miqdorda uzoq davom etgan qon ketishi, qon ishlab chiqaradigan sistemaga ta'sir etib, qon ko'rsatkichlarini



o'zgartiradi. Juda tez, ko'p miqdorda qon ketishi inson hayotini tugashi bilan yukun topishi mumkin.

**Davolash.** Avval bemor tinchlantiriladi va bo'yin va tanasidagi siqib turuvchi predmetlar (galstuk, belbog', tor kiyim) dan xalos qilinadi. Bemorga yarim o'tirish holati beriladi. Bo'yinning orqa qismiga muz yoki muzdek suv qo'yiladi, oyoq kafti ostlariga isitgich qo'yiladi. Shundan so'ng burun ichiga 3% li vodorod peroksidga shimdirilgan paxta burunning oldingi qismiga kiritilib, burun qanotlari barmoqlar bilan burun to'sig'iga qisiladi. Agar burun qonashining sababi, ya'ni qon qayerdan kelayotganligi ma'lum bo'lsa, qonayotgan maydondagi qon tomir kuydiriladi: 2% li dikain bilan burun to'sig'i shilliq qavati og'riqsizlantiriladi. So'ng qonayotgan maydonga ultratovush applikatsiyasi, uglerodli lazer va krioaplikator yordamida ta'sir ko'rsatiladi. Boshqa usullardan kumush nitrat "marvarid" usuli. Kumush nitrat kristalchalari olovda qizdirilgan tugmali zond uchiga olinadi va qonayotgan maydonga surtiladi. Qon to'xtatish endoskop ostida qon tomirni elektrokoagulyatsiya qilish eng samarali usullardan hisoblanadi.

Agar yuqoridagi ko'rsatib o'tilgan usullar foyda bermasa unda *oldingi tamponada* muolajasi bajariladi. Hozirda oldingi tamponadaning *Mikulich, Voyatshek, Lixatshov bo'yicha* usullari mavjud.

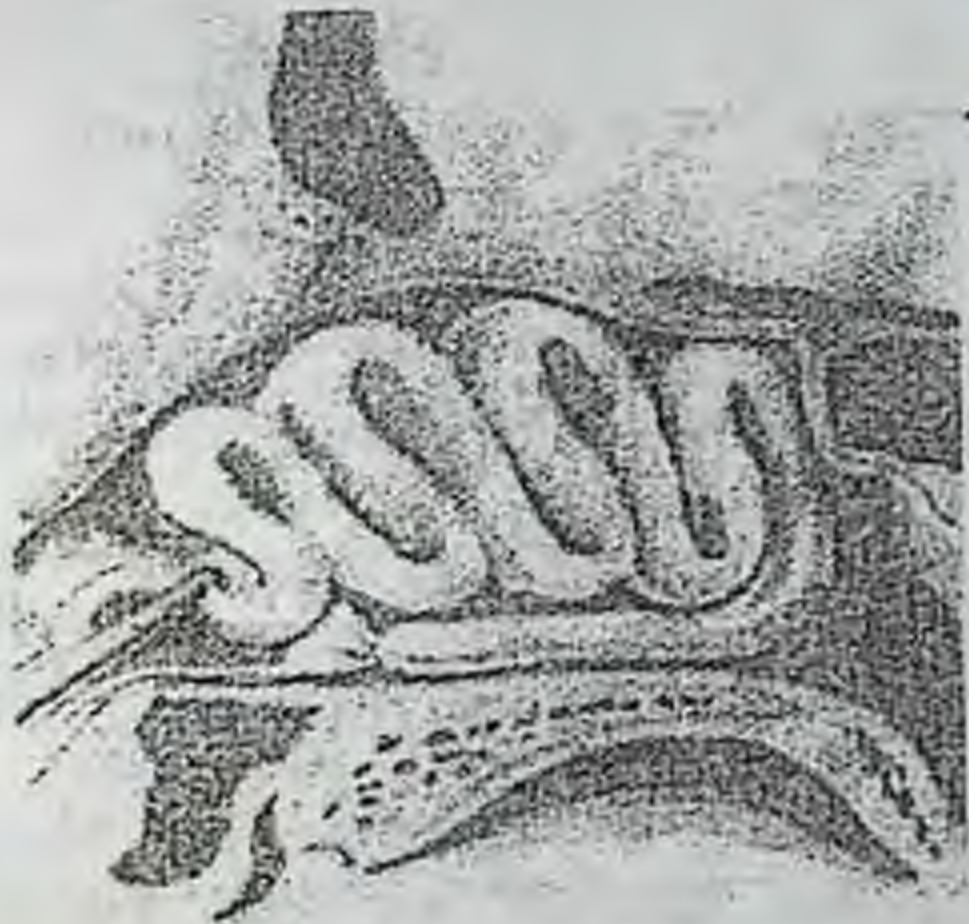
- *Mikulich bo'yicha* oldingi tamponada qilish usuli- buning uchun 60-70 sm uzunlikdagi va eniga 1-1,5 sm bo'lgan uzunlikdagi doka tasma kerak bo'ladi. Pinset yordamida levamikol yoki boshqa bir mazga shimdirilgan doka tasma xoanagacha tiqiladi va zigzaksimon shaklda qat-qat qilib zich joylashtiriladi.

Tasma tiqilayotganda tasmaning uchidan 6-7 sm uzoqlikdan ushlanaadi, sababi agar tampon halqum shilliq qavatiga tegib ketadigan bo'lsa, qusish refleksi yuzaga keladi (1.8-rasm).



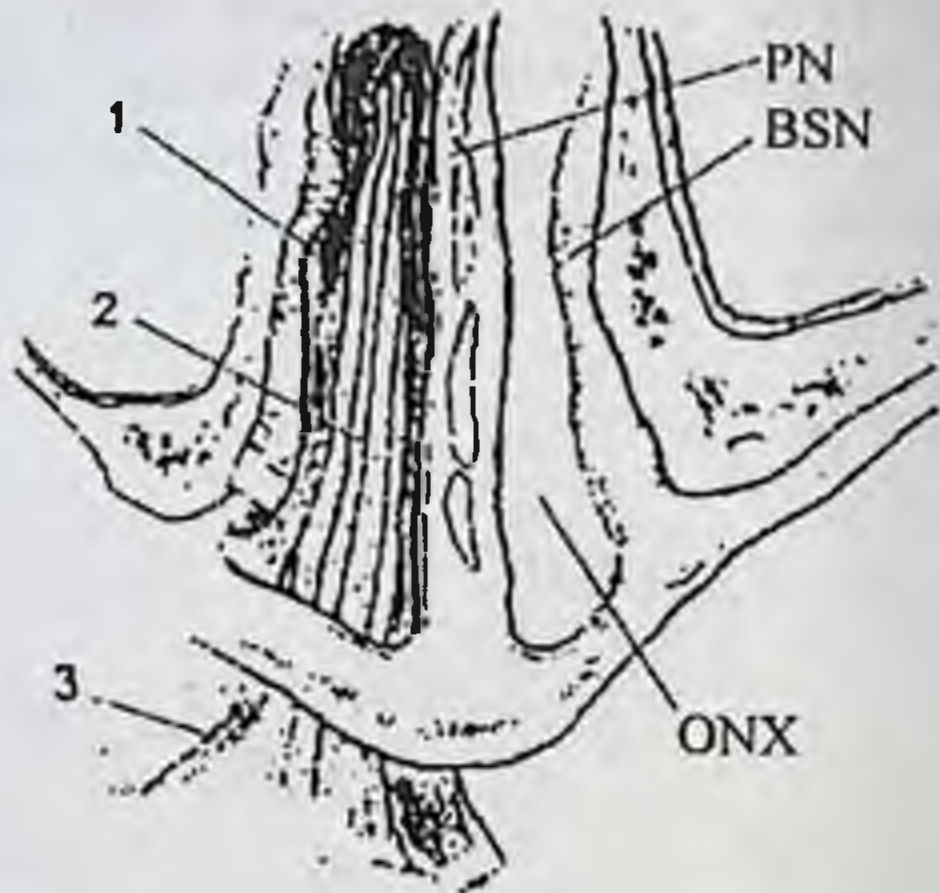
1.8-rasm. Mikulich bo'yicha oldingi tamponada

- *Lixatshov* bo'yicha oldingi tamponada qilish usuli- bu Mikulich usulini takomillashtirilgan turi hisoblanadi. Bunda tamponni uchiga ip bog'lanadi va bu ip burundan tashqarida qoldirib tamponada qilinadi. Shu bilan tampon burun- halqumga tushmaslik kafolat oshadi (1.9-rasm).



*1.9-rasm. Lixatshov bo'yicha oldingi tamponada*

- *Voyatshek* bo'yicha oldingi tamponada qilish usuli- buning uchun burunning tubiga halqali tampon tiqiladi, tampon oxirlari esa tashqarida qoladi. Hosil bo'lgan halqa ichiga kichik tamponchalar tiqiladi. Burun bo'shlig'ini ichida tamponchalar qavatma-qavat qilib taxlanmaydi. Shunday qilib burunni ichiga xalqali tampon tiqiladi va shu tamponni ichiga kichik tamponchalar tiqiladi. Shu bilan tampon burun bo'shlig'i shilliq qavatini bosim bilan siqadi. Bu usul boshqa usullarga nisbatan ayovchi usul hisoblanadi. Tamponchalarni chiqarib olayotganda burun shilliq qavatini jarohatlamasdan chiqarsa bo'ladi. Halqali tamponni chiqarayotganda, tamponning butun qismida turgan yuzasiga ma'lum bitta og'riqsizlantiruvchi vorivositani yuboriladi va 3% li vodorod peroksidini yuboriladi. Shunda tampon chiqayotganda og'riqsiz chiqadi (1.10-rasm).



1.10-rasm. Voyatshek bo'yicha oldingi tamponada: 1- halqali tampon; 2- kalta tamponchalar; 3- halqali tamponning yon tomoni; PN- burun to'sig'i; BSN- burunning yon devori; ONX- umumiy burun yo'li.

Oldingi tamponada 48-72 soat burunda turadi. Agar tampon olingandan keyin yana burundan qon kelsa, oldingi tamponada yana qaytib qo'yiladi. Agar shundan keyin ham qon to'xtamasa orqa tamponada qilinadi.



1.11- Burun-halqumning hajmini aniqlash

**Orqa tamponada** gemostatik terapiya va burun old tamponadasi samarasiz bo'lgan hollarda burun orqa tamponadasi bajariladi. Buning uchun dastlab bemor burun-halqumning hajmi aniqlanadi, odatda bir-biriga yonma-yon qo'yilgan katta barmoqlarning tirnoq falangalarining o'lchami burun-halqumning hajmiga teng bo'ladi. Hamshira turli hajmdagi kubsimon doka tugunchalar tayyorlaydi, buning uchun eni 1,5-2,0 sm, bo'yi 40-50 sm teng

bo'lgan bir nechta doka salfetskalar ustma-ust qo'yiladi va uzunligi 60-70 sm ikki yo'g'on ipak ip bilan zich bog'lanadi (tampon yumshoq bo'lsa qon oqishini to'xtatmaydi). Bog'langandan so'ng iplar soni 4 ta bo'lib, ularning biri kesib tashlanadi, 3 tasi qoldiriladi (1.11-rasm).

Burunning qonayotgan tomonida 15-18 raqamli rezina kateter kiritiladi, keyin tilning old 2/3 qismi shpatel bilan bosilib, kateter uchi

xoanalardan o'tkaziladi (1.12-rasm). Shunda u halqumda, yumshoq tanglay chodirining orqasida ko'rinishi lozim. Keteter uchlari og'iz-halqumda ko'ringandan so'ng, ularning har biri korsang yoki qisqich yordamida og'iz orqali 4-5 sm tashqariga chiqariladi. Keteter uchlariga tugunchaning ikki ipi bog'lanadi (iplar uzunligi 20 sm dan kam bo'lmasligi kerak, 1.12-rasm (a)). Shifokor chap qo'li bilan kateterni va ularga bog'langan iplarning uchini burun orqali chiqarib oladi, bir vaqtning o'zida o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan doka tugunchani yumshoq tanglayning tilchasi orqasiga o'tkazilib burun-halqumga, xoanalarga zich joylaydi (1.12-rasm(b)). Shunga e'tibor berish kerakki tilsha burun-halqum sohasiga buralib qolishi kerak emas, bo'lmasa tilchani nekroziga sabab bo'lishi mumkin.



1.12-rasm. Burun orqa tamponadani bajarilish bosqichlari

Orqa tamponadani burun-halqumda ushlab turuvchi bir juft ipak iplari chap qo'l bilan ushanadi, o'ng qo'l bilan zigzagsimon oldingi tamponada bajariladi (1.12-rasm(c)). Burun orqali chiqarilgan ikki ipning uchi burunga kirish joyida o'rnatilgan doka yostiqchaga aylana qilib bog'lanadi. Tamponadani olib tashlashga mo'ljallangan ip esa og'iz orqali chiqarilib, plaster bilan lunjga yopishtiriladi yoki bo'yin sohasiga bog'lanadi. Bu iplar keyinchalik tamponni olib tashlashga xizmat qiladi. Tampon burun-halqumda 24-72 soatgacha saqlanishi mumkin. Ayrim hollarda tamponada qo'shimcha 2-3 kun antibiotiklar, aminokapronat kislota, disinon yordamida namlanib saqlanib turishi mumkin. Bo'lmasa eshituv nayi va o'rta quloqqa asorat berishi mumkin.

Burunning orqa tuqmasini chiqarib olishda avval oldingi tuqma olinadi. Buning uchun iplarning uchi kesiladi va oldingi tamponada 3% li vodorod peroksidi bilan namlanadi. Bir necha daqiqa kutiladi, sababi qondan qotgan oldingi tamponlar bo'shaydi va tampon burun shilliq qavatidan bo'shaydi. Oldingi tampon olingandan so'ng burun bo'shlig'i yaxshilab rinoskopiya qilinadi, agar qonash belgilari bo'lmasa orqa tam-

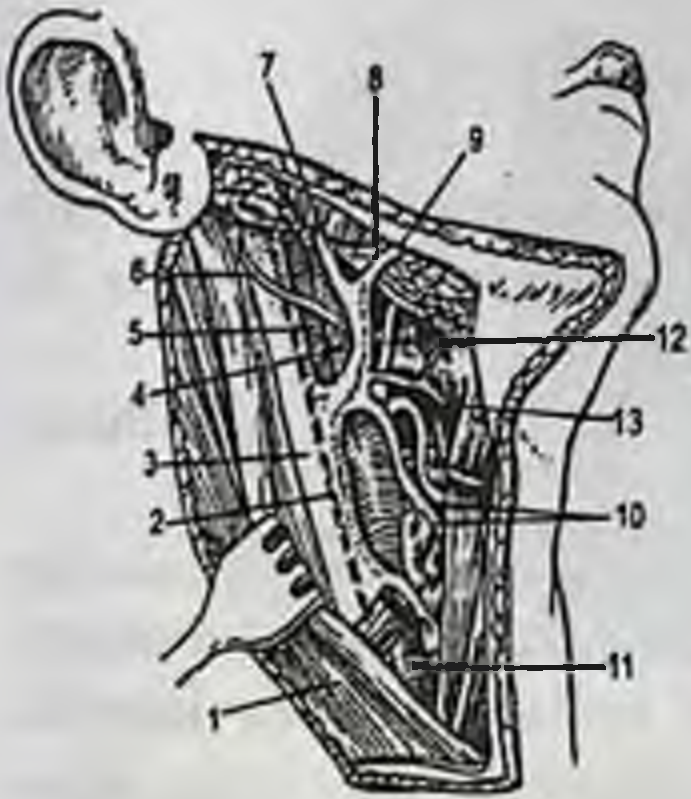
ponadani olishga kirishiladi. Bunda og'izdan chiqqan iplarni kuch bilan tortib chiqarib bo'lmaydi, yumshoq tanglayni jarohatlashi mumkin. Qisqich bilan uchinchi ip halqumdan ushlanadi, avval pastga tortiladi va tezlik bilan og'izdan chiqariladi.

Burundan qon oqishini to'xtatish uchun qo'llangan barcha usullar yordam bermagan hollarda jarrohlik amali bajariladi. Qonayotgan maydonni kuydirish natija bermaganda burun shilliq parda qavati ostiga 5-10 ml 1% li novokain yuborilib, qonayotgan maydonning shilliq pardasi suyakdan ajratiladi. Burun to'sig'i gidroatseparovka qilinadi.

Hayot uchun xavfli bo'lgan arterial qon ketishlarda, ya'ni orqa burun tamponadasi va umumiy gemostatik terapiya yordam bermagan hollarda tashqi uyqu arteriyasi ikki tomondan bog'lanadi. Buning uchun bemor elkalari ostiga yostiqcha qo'yilib, boshini sog'lom tomonga burgan holda chalqancha yotadi. To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning old cheti sohasida pastki jag' burchagidan boshlab 8-10 sm uzunlikda navbatma-navbat teri, teri osti yog' qavati, bo'yin teri osti mushagi (m. platysma) va fassiya kesiladi. Mushak to'qimasi yon tomonga siljiteladi. Jarohat maydonining yuqori qismida bo'yin yeri osti mushagining ostida yotgan tashqi bo'yinturuq vena yon tomonga siljiteladi yoki bog'lanadi. To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushagi ostida asabqon tomir to'plami yotadi. Uning tashqi tomonida ichki bo'yinturuq vena, ichki va old tomonida umumiy uyqu arteriyasi, orqasida yoki ularning orasidan. vagus tolasi joylashgan. O'tmas usulda dastlab umumiy, keyin tashqi uyqu arteriyasining yuzi ochiladi (1.13-rasm).

Tashqi uyqu arteriya'ni ichki uyqu arteriyasidan farqlashda ichki uyqu arteriyasi bo'yin sohasida shoxlanmasligini, tashqi uyqu arteriyasi esa umumiy uyqu arteriyasi bifurkatsiyasi sohasida yuqori qalqonsimon va til arteriyalariga shoxlanishini esda tutish lozim bo'ladi.

Tashqi uyqu arteriyasi yuqori qalqonsimon arteriyaga shoxlangan joydan yuqoriroqda ikki ligatura orasida bog'lanadi. Arteriya'ni to'g'ri bog'lashdan oldin barmoq bilan bosish kerak bo'ladi. Arteriya to'g'ri tanlansa yuz va yuzaki chakka qon tomirlarning urishi to'xtaydi.



1.13-rasm. Bo'yin sohasini topografik anatomiyasi:

1- To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak; 2- adashgan nerv; 3- ichki bo'yinturuq vena; 4- tashqi uyqu arteriyasi; 5- ichki uyqu arteriyasi; 6- ensa arteriyasi; 7- jag' orti venasi; 8- yuz arteriyasi; 9-yuz venasi; 10- yuqori qalqonsimon arteriya; 11- umumiy uyqu arteriyasi; 12- til arteriyasi; 13- hiqildoqning yuqori arteriyasi.

G'alvirsimon labirint qon tomirlari va ponasimon- tanglay arteriyasi jarohati sabab bo'lgan qon oqishlar endoskopiya usuli va bipolyar koagulyator yordamida to'xtatiladi.

Og'ir qon oqishlarda g'alvirsimon labirintda bajariladigan transmaksillary jarrohlik amali yaxshi natija beradi. Bunda g'alvirsimon labirint kattakchalari yuqori jag' bo'shlig'i orqali olib tashlanadi. Keyin g'alvirsimon bo'shliqlar sohasi va burun bo'shlig'iga yuqori jag' bo'shlig'i orqali yodoform shimdirilgan doka tampon tiqiladi. Tamponning uchi kontapertura orqali pastki burun yo'liga chiqariladi.

Qon yirik qon tomirlardan oqayotgan hollarda angiotrafiya tekshiruvini o'tkazilib, elektron optik asboblarni nazorati ostida kalla suyagi ichi qonayotgan qon tomirning emboliyasi bajariladi. Ammo bunday jarrohlik amalidan so'ng bosh miya to'qimalarining qonsizlanishi tufayli bemorda falaj kasalligi rivojlanishi mumkin.

Burundan qon to'xtatish maqsadida mahalliy chora-tadbirlar bilan bir qatorda umumiy gemostatik terapiya o'tkaziladi. Bemorga ichishga yoki ineksiyalarda vitamin K (vikasol), C, P, rutin, aminokapron kislota, kalsiy glukonat, disinon, etamzilat, androkson, pamba va boshqalar buyuriladi. Tomir ichiga 10% li kalsiy xlorid tayinlanadi. Qon yoqotish kuchli bo'lgan bo'lsa (1000 ml va undan ko'p), bemorga eritrotsitar massa, 100-150 ml qon zardobi, qon o'rmini bosish uchun bir guruhga mos donor qoni 100-150 ml quyiladi. Qon quyish payti bemorga og'ir yuqumli kasalliklar, gepatit, OITS ni yuqtirish xavfi borlig'ini esda tutish lozim.

## 2.6. Otkir rinit

*O'tkir rinit (rhinitis atuta)*- burun bo'shlig'i shilliq qavatini o'tkir yallig'lanishi. Kasallik kechishi bolalarda 8 haftagacha, kattalarda 12 haftagacha davom etsa o'tkir jarayon deb yuritiladi.

Kasallik ko'rinishi bo'yicha spetsifik ( turli yuqumli kasalliklar bo'yicha) va nospetsifik turlari farqlanadi.

*Etiologiyasi.* O'tkir rinitlarning rivojlanishida, organizmda mahalliy va umumiy immun tizimini faoliyati susayishi tufayli burun bo'shlig'i saprofit mikroflorasining faollashishi sabab bo'ladi. Odatda kasallik shamollashdan so'ng boshlanadi (ayniqsa surunkali kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda). Bundan tashqari adenovirus, qizamiq, gripp, paragripp viruslari, meningokokk infeksiyasida, skarlatinada, difteriyada va gonoreyada kuzatiladi. O'tkir rinitni rivojlanishiga shilliq parda jarohatlari, yot jismlar, burun bo'shlig'ida o'tkazilgan jarrohlik amallari, noqulay mehnat sharoiti, atrof-muhitning ekologik omillari sabab bo'ladi (chang, ko'mir va metal parchalari, tutun, gaz va turli aerozollar ta'siri)

*Patomorfologiya.* Burun shilliq qavatida yallig'lanish uchun xarakterli bo'lgan bosqichlarni otadi: oldin giperemiya bo'lgan sohadan seroz ajrablib chiqa boshlaydi, keyinchalik to'qima shishadi. Shundan so'ng burun shilliq qavati hilpillovchi epiteliyning kiprikchalari avval sekinlashadi, keyinchalik to'xtaydi. Harakatsiz shilliq qavatga patogen mikroob o'tiradi. Epiteliy va shilliq osti qavat sekin asta yallig'lanish mahsulotlari bilan zaxarlanib boradi. Natijada shilliq qavatni deskvamat-siyasi va shilliq qavatni eroziyasi rivojlanadi.

*Klinikasi.* Kasallik 3 xil shakl bilan namoyon bo'ladi.

1. *O'tkir kataral rinit*- kasallik o'tkir boshlanadi. Bunda burunning har ikkala tomoni ham zararlanadi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, burundan suyuqlik oqadi, burun orqali nafas olishi qiyinlashadi. Kasallik 3 bosqichda ketadi (1.14-rasm).

*I- Quruq bosqich (ta'sirlanish)*- 1-2 kun davom etadi. Bemor burni va burun-halqumda quruqlik, achishishi timalishni his etadi, o'zini noxush sezadi, boshi og'riydi, ba'zan tana harorati  $37^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tariladi. Old rinoskopiya shilliq qavatning qizarishi, shishishi, quruqligi, ajralma yo'qligi aniqlanadi. Bemoqda aksa urish va yo'tal belgilari namoyon bo'ladi.



1.14- rasm. O'tkir kataral rinit. (B.S. Preobrajenskiy bo'yicha 1963.)

*II- Seroz ajralmalar bosqichi-* bemor burnida ko'p miqdorda tiniq, rangsiz, suvga o'xshagan suyuqlik (transsudat) oqadi. N.P. Simanovskiy 2 chi- 3chi davrlarni farqlash uchun quyidagicha aytgan: "birinchi bosqichda ajralgan suyuqlik tiniq, suvga o'xshash bo'lsa, namlangan dastro'mol quritilsa unda hech qanday belgi qolmaydi, keyinchalik sekret shilliq yoki shilliq-yiringli bo'lsa dastro'molda yaltiroq yoki sarg'imgir dog' qoladi". Qadoqsimon hujayra va bezlar foaliyatining kuchayishi tufayli suyuqlik seroz- shilimshiq ajralmaga aylanadi. Transsudat tarkibida natriy xlorid va ammiak borligi sababli burun dahlizining terisi qizarib, biroz shishadi, yoriladi. Bu bosqichda burun ichida quruqlik va achishish kamayadi, ammo burunning bitishi kuchayib, burun orqali nafas olish qiyinlashadi, Jarayon ko'z yosh yo'llariga va eshituv nayiga tarqalganda bemor ko'zidan yosh oqadi, qulog'i bitadi. Bemorga yorug'lik nuri yoqmay qoladi. Aksa urish belgilari saqlanib turadi, hid bilish faolyati yo'qoladi. Rinoskopiya da burun yo'llari toraygan, burun bo'shlig'ida ko'p miqdorda seroz-shilliq yoki yiringli ajralma borligi ko'riladi. Burun chig'anoqlarining shilliq pardasi qizarib va shishib burun to'sig'iga tegib turadi, natijada burun yo'llari yopilib qoladi.

*III- Seroz-yiringli ajralmalar bosqichi-* kasallikning 4-5 kundan boshlanadi. Burundan qalin seroz-yiringli, sarg'ish yashil ajralma oqadi (uning tarkibida leykositlar, limfositlar, ko'chgan epiteliy bo'ladi). Burun orqali nafas olish biroz yengillashadi. Rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq pardasining shishishi, qizarishi kamayib, ajralmani pastki burun yo'lida to'planishi va yiringli xarakterga ega bo'lishi kuzatiladi. Kasallik boshlanishi bilan, 8-12 kundan keyin o'tkir rinit tamoman to'xtaydi. Burunda ajralmalar kamayadi, shilliq pardani shishi asta sekin kamaya boradi, burundan nafas olish tiklanib boradi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanib boradi. Immun holati kuchli bo'lgan va to'g'ri davolangan bemorlarda kasallik 2-3 kun davom etadi, immun ho-



lati sust bemorda esa 3-4 hafta davom etadi va surunkali shaklga o'tishi mumkin.

O'tkir rinitning asoratlari bo'lishi mumkin: infeksiya pastki a'zolarga tarqab faringolaringotraxeobronxidlarni, burun yondosh kasalliklarni, eshitish nayiga, o'rta quloqqa va ko'z yosh yo'llariga, burun kirish qismi terisini dermatitiga sabab bo'lishi mumkin.

**2. O'tkir kataral rinofaringit-** bolalarda yallig'lanish jarayoni faqatgina burunda bo'lmasdan, balki halqum shilliq qavatini yallig'lanishi bilan birga kechadi. Yosh bolalarda o'tkir rinit kattalarga nisbatan ko'proq uchraydi va og'ir kechadi. Burun yo'llarining torligi, immun mexanizmlarining to'liq rivojlanmaganligi, adenoidlar, burun qoqish ko'nikmasining yo'qligi tufayli bolaning burni bitib, burun orqali nafas olish qiyinlashadi. Bemor bolaning tana harorati  $39-40^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tarilib, unda talvasa holati kuzatilishi, ba'zan meningeal belgilar paydo bo'lishi mumkin. Burni bitganligi tufayli go'dak ko'krakni emolmaydi, bir necha qiltum sut emgandan so'ng ko'krakmi tashlaydi. Natijada sutga to'ymagan go'dak vaznini yo'qotadi, uyquasi buziladi, oshqozon-ichak faoliyatining buzilish belgilari (qusish, metiorizm, ich ketish) rivojlanadi. Og'iz orqali nafas olganligi tufayli bolada aerofagiya holati (havoni yutish) kuzatilib, bunda bolaning qorni dam bo'ladi; bu esa o'z navbatida kalta va keng bo'lishi yallig'lanish jarayonining o'rta quloqqa tarqalishiga yordam beradi.

**3. O'tkir travmatik rinit-** burun shilliq qavatini travmalarida, yot jismlarida, qo'pol burun ichidagi amaliyotlardan keyin va jarrohlik amaliyotidan keyin rivojlanadi. Bundan tashqari kimyoviy moddalar bilan kuydirilgandan keyin, galvanokaustikadan ham rivojlanishi mumkin. Travmatik rinitga ishlab chiqarish sharoitida ishlaydiganlarda, aniqrog'i qaytib ishga olingan yoki uzoq vaqt tanaffus qilgan insonlarda kasbga oid travma kuzatiladi, bu esa burun shilliq qavatini yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Buning kelib chiqishi mexanik, fizik, kimyoviy ta'sirlovchilar- tutun changlari, ko'mir changlari, metall zarratshalari, bundan tashqari azot, oltingugurt, ammiak, xlor va boshqalarning gazlari sabab bo'lishi mumkin.

**Tashxis va qiyosiy tashxis.** Tashxis bemorning shikoyatlari, anamnezi va rinoskopik ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Shuni esda tutish kerakki, turli yuqumli kasalliklar o'tkir rinit belgilari bilan boshlanadi. O'tkir nospetsifik rinit yuqumli kasalliklarning belgisi bo'lgan o'tkir spesifik rinitdan va surunkali rinitdan farqlanishi lozim. Bundan tashqari

o'tkir rinitni surunkali rinitdan farqlash kerak bo'ladi. Kasallikni anam-nezi va uni kechishi aniq tashxisga sabab bo'ladi.

Qiyosiy tashxislashni aniqroq o'tkir rinit maxsus kasalliklarda kechuvida batafsil bayon qilinadi.

**Davolash.** Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi. Ayrim hollarda yuqori harorat va kasallikni og'ir kechuvlarida yotoq rejim tayinlanadi. Kasallikni boshlanishida patogen va chalg'ituvchi davo usullaridan foydalansa bo'ladi. Masalan: 10-15 daqiqali oyoqqa issiq vannalar, oyoq tagiga va boldir mushaklariga xantal qo'yiladi. Issiq vannadan so'ng bemor malinali yoki limonli choy qabul qilsa bo'ladi. 0,5-1,0 g paratsetamol yoki aspirin qabul qilsa bo'ladi. ***Ehtiyot bo'ling !!! (Reya sindromi; Rey- bu kasallikni birinchi bor yozgan shifokor.) Ayrim shifokorlar aspiringa xavfsirab qarashadilar. Buning sababi bor albatta. Qiziqarli hodisa: virusli infeksiya tarqagan mahal bolalar orasida o'lim soni oshishi kuzatiladi. Jahon statistikasi bo'yicha 100 000 ta virusli infeksiya bilan og'rgan bolalardan 2-4% da Reya sindromi uchraydi. Kasallik 3 bosqichda kechadi. I-bosqich- shamollashdan tuzalgan bola to'satdan kasallikning 7 kuni to'xtovsiz qusa boshlaydi, bola savollarga javob beradi. II-bosqich- bola zo'rg'a yurib, zo'rg'a gapiradi. III-bosqich- bolada koma, talvasa nafas to'xtashi belgilari namoyon bo'ladi. Shifokorlar ko'p bosh qotiradilar. Keyin ma'lum bo'lishicha asetilalisilat kislota, salisilatlar, tetrasiklinlarni virusli infeksiya tarqagan davrda qollanilganida bolalarda o'lim soni oshgan. Qarangki, gripp virusi o'lat qo'zg'atuvchisiga o'xshab qon tomirlarning devorini noziklashtirarkan, devorni lizisi va teshilishiga sabab bo'larkan. Agar shu mahal aspirin qollanilsa, jarayon tezlashib, qaltis holatga sabab bo'lishi mumkin ekan. Bundan tashqari aspirin oshqozonga ham nojo'ya ta'sir ko'rsatadi.***

O'tkir rinitning I-bosqichida bemorga mahalliy sinptomatik ta'sirga ega dori vositalari: interferon, lizotsim, IRS-19 aerezoli tavsiya qilinadi. IRS-19 2-5 kun davomida kattalarga 5 mahal, bolalarda 3 mahal ingalyatsiya shaklida qo'llaniladi. Bosh og'riganda panadol, taylenol, solpadein, analgin, sitramon-P buyuriladi. Bemorga antigistamin dori vositalari (diazolin, dimedrol, tavegil) tavsiya qilinadi. Bemorning oyoqlari ultrabinafsha nur bilan isitiladi, burunga UVCh yoki diyatermiya kabi fizioterapiya muolajalari o'tkaziladi.

Kasallikni II- bosqichda burun ichiga kumush preparatlarini (1-2% li kollargol, yoki protorgol) 3-5 tomchidan 3 mahal tomiziladi. Nafas faoliyatini tiklash maqsadida qon tomirlarni toraytiruvchi preparatlar-

sanorin, galazolin, tizin, otrivin va hokazo. Burunni fiziologik eritma bilan chayish, burun ichiga sulfanilamid va antibiotiklar aralashmasini (bioporoks, ingakamf, kameton, kamfomin) purkash tavsiya qilinadi. Burun sohasiga UVCh, burun ichiga UBN, mikroto'liqlik terapiya (tana harorati 37°S dan oshmagan hollarda) qo'llaniladi.

Kasallikni III bosqichida burun ichiga 3-5% li protorgol yoki kol-lagol, 20% li albutsid tomizish va fizioterapiya muolajalari davom ettiriladi. Burun ichiga tomiziladigan yoki purkaladigan dorilarni 8-10 kundan ortiq qo'llash man etiladi, chunki bunda xilpillovchi epiteliy faoli-yati, shilliq pardaning vasomotor faoliyati buziladi.

**Infeksion kasalliklarda rivojlanadigan o'tkir rinit (spetsifik rinit).** Asosiy kasallikni ikkilamchi belgilari hisoblanadi va simptomatik xarakterga ega.

- ***Grippdagi o'tkir spetsifik rinit***

*Grippozli rinit* epidemik xarakterga ega bo'lib, umumiy gripp infek-siyasida yuzaga keladi. Simptomlari, xuddi o'tkir nospetsifik rinitning belgilari xos. Faqat kuchliroq namoyon bo'ladi, lekin burundan keladi-gan ajralma gemorragik xarakterga ega bo'ladi. Klinik kechishida yuqori harorat, kuchli bosh og'riqlari, umumiy holsizlik, gohida umumiy miya simptomatikasi (asteniya, depressiya) bilan o'tkir nospetsifik rinitdan farqlanadi.

Grippozli rinitda ko'pincha o'tkir otit, sinusitlar, laringotraxeitlar ko'rinishida asorat qolishi mumkin. Ayrim vaqtlarda pastki nafas kasal-liklariga (pnevmoniya) ham sabab bo'lishi mumkin. Asorat ko'rinishida kechki simptomlar paydo bo'lishi mumkin. Bu neyroganglioz apparatni jarohatlanishi bilan birga kechadi, belgilari: anosmiya, yuzdagi og'riq simptomlari, burun-halqum parastetsiyalari, umumiy va mahalliy vazomotor krizlar.

*Davolash.* Grippning davosi umumiy va mahalliy olib boriladi. Umumiy davo gripp infeksiyasini og'irlik darajasiga qarab tayinlanadi. O'gir hollardagi bemorlarga mushak orasiga *donorlik grippga qarshi globulin (gamma-globulin)* yoki *qizamiqqa qarshi immunoglobulin* yuborish kerak bo'ladi. Dezintoksikasiya maqsadida reopoliglyukin tavsiya qilinadi. Agar grippning A turi bo'ladigan bo'lsa yaxshi foyda bo'ladigan dori vositalaridan remontadin, arbidol, anaferon, viferon va boshqalar hisoblanadi. Mahalliy burunga interferon 5 tomchidan har 1-2 soatda 2-3 kun tomiziladi. Bundan tashqari burun shilliq qavatini 4-5 kun 0,25% li oksolin mazi bilan surtiladi hamda qon tomir toraytiruvchi

tomchilar (naftizin, sanorin, nazivin, galazolin, va boshq) tavsiya qilinadi. Qon tomir o'tkazuvchanligini kamaytirish maqsadida kalsiy preparatlari, askorbin kislotasi, rutin va boshqalar tavsiya qilinadi. Antibakterial davo faqatgina kasallikka ikkilamchi bakterial flora va uzoq vaqt saqlanib turuvchi bronxit, zotiljam, otit qo'shilganida tavsiya qilinadi.

- ***Qizamiqdagi o'tkir spetsifik rinit***

Qizamiq infeksiyasi prodromal boshlang'ich belgilaridan hisoblanuvchi, qizamiq sindromining eskicha nomlanishi "rino- okulyar katar" deb hisoblanadi. Bu kasallikka kataral tumov xos bo'lib, pastki burun chig'anoqlarida oqish dog'lar paydo bo'ladi. Bu oqish dog'lar epiteliyning ko'chishidan hosil bo'lgan (Belskiy- Filatov- Koplík simptomi). Burun shilliq qavatlar to'satdan shishadi va umumiy burun yo'llari torayadi, natijada nafas olish qiyinlashadi. Bunday shishlarga qon tomirni toraytiruvchi dorilar ham ta'sir ko'rsatmaydi. Avval seroz keyinchalik yiringli ajralma (mahalliy saprofit florani aktivizatsiyasi hisobiga) kelishni boshlaydi. Rinitning kataral bosqichi (2-3 kun) eroziya bosqichiga keyinchalik esa yaralar paydo bo'lish bosqichiga o'tib burun shilliq qavatga, yuqori labga, burun-halqumga, og'iz bo'shlig'iga (enantema), halqumga, hiqildoqqa yarali toshmalar toshadi. Terining yallig'lanishlarida yaraning ustida qatqaloqlar paydo bo'ladi va bu o'zidan keyin pigmentli dog'lar qoldiradi.

Qizamiq rinitidagi asoratlari mahalliy va masofada paydo bo'lgan turlarga bo'linadi. Mahalliy asoratlari otitning har xil shakllari va otomastoiditlar, sinusitlar misol bo'lsa, masofada paydo bo'lgan turlariga laringit, laringotraxeit, bronxit, zotiljam misol bo'ladi. Qizamiqli laringitning eng xavfli asoratlari hiqildoqning obstruksiyasi va asfiksiyasi hisoblanadi. Kechki asoratlari esa, ayrim olimlarning fikricha qizamiqning toksini neyrotrofik ta'sirga ega bo'lganligi uchun burun shilliq qavatini har xil darajadagi atrofiyasiga sabab bo'ladi va ozenaga sabab bo'ladi.

***Tashxis.*** Yuqorida ko'rastilgan belgilar va klinik belgilarga (qizamiq toshmasining xarakteriga), epidemiologik ma'lumotlariga asoslaniladi. Enantema va konyunktivaga e'tibor beriladi.

***Davolash.*** Umumiy va mahalliy davolashga bo'linadi. Umumiy davo pediatr va infeksiyalar tomonidan tavsiya qilinadi. Mahalliy davo esa burun va og'iz shilliq qavatini parvarishiga qaratilgan. Agar burun shilliq qavatida shilliq yoki yiring to'planib qolgan bo'lsa, u yerni proteolitik ferment bilan yumshatiladi, ehtiyotkorlik bilan mexanik tozalash

bajariladi. Ko'z konyunktivasiga va burun bo'shlig'iga 10-20% li natriy sulfatsil eritmasi 1-2 tomchidan 2-3 mahal kuniga tomizib turiladi.

Bemorni tuzalishi esa sekin kechadi. 2-8 hafta mobaynida va undan ko'p rekonvolissentlarda astenik sindrom rivojlanishi mumkin. O'lim hollari bemorlarda kam uchraydi, ko'pincha ensefalit bilan asoratlanganlarda o'lim hollarini kuzatiladi.

- ***Bo'g'madagi o'tkir spetsifik rinit***

*Bo'g'mali tumov yoki burun bo'g'masi* bola tug'ilganidan boshlab bir necha kundan keyin yoki bola 3-8 oyligida, ko'pincha sovuq oylarda rivojlanadi. Kasallik boshlanishida xuddi o'tkir banal rinitning boshlanishiga o'xshaydi: burun bitishi, nafas olish qiyinligi (bola ko'krak bilan o'ziqlanishi buziladi), burundan shilliq-yiringli ajralma keladi, gohida kulrang yoki qon aralash, badbo'y hidli kelishi mumkin. Burundan ajralma kelishi bilan burun kataklari atrofi qurib yorilishni boshlaydi. Burun shilliq qavatida plyonka aniqlanadi. Bo'g'maning bu turi kuchli intoksikatsiya bilan kechmaydi, lekin cho'ziluvchan uzoq vaqt davom etishi mumkin. Bo'g'maning bir nechta klinik shakllari tafovut qilinadi.

- *"Oddiy shakli"*- burun shilliq qavatini zararlanishi patognomik belgilari bo'g'maga xos bo'lmaydi.

- *Pseudomembranoz shakli*- burun shilliq qavatini va burunhalqumni shilliq qavatida pseudomembranoz karash bilan qoplangan bo'ladi. Bu shakli fibrinoz shakli bilan birga kechishi mumkin. Bu infeksiyalar majmuasi Lyofler batsillasi va pnevmokokk, stafilokokk bilan aralash bo'ladi.

- *Eroziv shakli*- burun shilliq qavatida pseudomembranoz plyonkalar ostida ko'p miqdorda eroziyalar va yaralar bo'lishi bilan farqlanadi. Gohida bo'g'maning bu shakli yuqorida aytib o'tilgan belgilersiz, "quruq" rinit fonida shakllanishi mumkin.

- *Yashirin yoki "okkulitli" shakli*- burun shilliq qavatida bo'g'maga xos bo'lgan belgilar topilmaydi, lekin bakteriologik Lyofler batsillasi topiladi. Oddiy batsilla tashuvchilardan farqi, bu bemorlarning klinik kechuvida OIT vabo sifat kasalliklari va og'ir bronxopnevmoniya sindromi bilan namoyon bo'ladi.

- *Falajli (polinevrotik) shakli*- bo'g'mani lokal belgilaridan tashqari bemorda bosh miya va orqa miya nervlarini falaji bilan birga kechadi. Gohida til-yutqun nervini (IX- juft nerv) falaji bilan kechsa, til orqa 1/3 qismida ta'm bilish yo'qoladi, yumshoq tanglay bir taraflama falaj bo'ladi, manqalanish, yutush faoliyatini buzulishi bilan birga kechadi. Gohida Sikar sindromi- IX juft nervning nevralgiyasi bilan birga ke-

chadi. Adashgan (X juft) nervni zararlanishi bilan birga kechsa, halqum va hiqildoqni ko'p harakat funksiyalarini parez va paralichiga, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolari faoliyatiga salbiy ta'siriga sabab bo'lishi mumkin. Ikki taraflama adashgan nervni zararlanishi yoki uning yadrolarini zararlanishi, nafas va yurak qon-tomir faoliyatiga ta'sir etib *vagus o'limi* deb nomlanuvchi holatga sabab bo'ladi.

- *Qaytalanuvchi yoki surunkali shakli* asosan batsilla tashuvchi toifalarda uchraydi. Ularni umumiy holati sekin, lekin doimiy sustlashib boradi, ma'lum bir holatda bemorlar ozib ketgandan keyin o'lim holati yuz beradi.

Asoratlari qizamiqdagi o'tkir spetsifik rinitning asoratlariga o'xshash bo'ladi. Kechki asoratlariga burun yo'llarini va burun kattalarini torayishlari misol bo'ladi. Bo'g'mali tumov bronxopnevmoniya, bo'g'mali laringit va nafas siqishiga hamda ichki a'zolari va bo'g'mali polinevritiga sabab bo'lishi mumkin.



1.15-rasm. Burun bo'g'masi  
(burun difteriyasi) (B.S.  
Preobrajenskiy bo'yicha  
1963.)

**Tashxis va qiyosiy tashxis.** Yuqorida aytib o'tilgan belgilar va burundan halqumdan olingan bakteriologik tekshiruvlarga asoslanadi. Bo'g'mali rinit, o'tkir banal rinit bilan va tug'ma zaxmdagi o'tkir rinit bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Bunda bemorda oyoq va qo'l terisida pemfigus, teri sifilidlari, splenomegaliya kuzatiladi. Bunday holatda umumiy qabul qilingan serologik va bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi.

**Davolash.** Mahalliy va umumiy chora tadbirlar ko'riladi. Umumiy chora tadbirlarga Bezredko usulida bo'g'maga qarshi antitoksinli zardob yuborishdan iborat. Bundan tashqari desintoksikatsion davo muolajalari olib boriladi. Mahalliy davo muolajalariga burundan nafas olishni tiklash va burun ichidagi yiringli infeksiyaga qarshi kurashishdan iboratdir. Buning uchun fibrinolitik dori vositalari, qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalari qo'llaniladi. Shundan so'ng burun ichi tozalanadi va 1% li

kumush nitrat, protargol, kollargol tomiziladi va fiziologik eritmada bo'g'maga qarshi zardob yoki antibiotik bilan yuviladi.

### *-Skarlatinadagi o'tkir spetsifik rinit*

Skarlatina (italiyanchadan *scarlatum*- tiniq- qizil rang)-  $\beta$ - gemolitik streptokokkning A guruhiga kiruvchi qo'zg'atuvchi tomonidan qo'zg'atilib, siklik intoksikatsiya, angina, teridagi mayda nuqtali toshma toshishi bilan xarakterlanuvchi o'tkir yuqumli kasallik hisoblanadi. Klassik ta'surotlarga monand "skarlatina yuqori nafas yo'llarini yoqtirmaydi, hazm a'zolarini yoqtiradi, lekin qisman halqumni ham yaxshi ko'radi". Lekin burun sohasini yallig'lanishi bu kasallikda nisbatan ko'p uchraydi. Asosan o'smirlarda ko'p'roq uchraydi. Og'ir holatlarda burunning yarali- membranali yoki gangrenozli rinit shakllariga o'tadi.

#### *Simptomlari va klinik shakllari.*

Burun skarlatinasini bir nechta shakllari farqlanadi.

*-Erta skarlatinali yiringli rinit-* ko'p miqdorda rinoreya bilan kechadi. Avval kasallikning boshida ajralma seroz xarakterga ega bo'ladi, keyinchalik qolansa hidli va gemorragik yiringli xarakterga ega bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan o'tkir yiringli rinitga qo'shimcha ravishda burun kirish qismi, burun kataklar va yuqori lab terisini dermatitis qo'shiladi. Bu esa burunning obstruksiyasiga sabab bo'ladi va konyunktivani yallig'lanishi bilan birga kechadi. Bir vaqtning o'zida yoki 1-2 kun o'tib halqum va tanglay murtaklarini yallig'lanishi qo'shiladi. Yuqoridagi holatlar og'ir hollarda, yuqori harorat, toksik genezli yurak- o'pka yetishmasligi, organizmni umumiy holati og'ir kechishi, komatoz yoki soporoz holatlar bilan birga kechishi va 4-5 kundan keyin letal holat bilan tugashi mumkin. Agar yuqoridagi holatlar kuzatilmasa, yiringli rinit cho'ziluvchan xarakterga ega bo'lib, shilliq qavatning atrofiyasi (endonazal qon tomir va limfa sistemasini, vegetativ nerv tolalarini atrofiyasi hisobiga) bilan tugaydi.

*-Kechki skarlatinali yiringli rinit-* asosan toshma o'rnida teri ko'chadigan mahal, umumiy klinik belgilari kamayib boradigan mahal rivojlanadi. Mahalliy belgilariga burundan ko'p miqdorda shilliq- yiringli ajralma kelishi, burun yo'llarini obstruksiyasi, yallig'lanish infiltratlari burun kirish qismi uning piramida sohasida va yuqori labga taqashi bilan namoyon bo'ladi.

*-Pseudomembranoz skarlatinali yiringli rinit-* klinik kechishi oldingi shakliga o'xshash, faqat uning rivojlanishida burun shilliq qavatlari oqish- sarg'imtir nozik plyonkaga o'xshash pseudomembranalar

hosil bo'ladi. Bu plyonkalar burun yo'llarini to'ldirib turadi. Yengil olinadi va tezda burun yo'llarini yana to'ldiradi.

**Asorati.** Skarlatinadagi asoratlarga xuddi qizamiq va bo'g'ma kasalligidagi asoratlarga o'xshash bo'ladi. Jarayonning tarqalishi asosan hiqildoqda bo'lib, stridor, ovoz boylami osti qavatini shishiga, hiqildoq stenozi va asfiksiyaga sabab bo'lishi mumkin. Parenximatoz a'zolaridan buyrakda skarlatinali nefrit kasalligiga sabab bo'lishi mumkin. Jarayon o'rta quloqqa tarqab og'ir kasalliklariga sabab bolishi va aralash tipdagi eshitish pastligiga sabab bo'lishi mumkin.

**Tashxis.** Agar tipik belgilariga va yuqorida ko'rsatilgan simptomlariga asoslanilsa qiyinchilik tug'dirmaydi.

**Davosi.** Mahalliy va umumiy olib boriladi. Umumiy olib borish antibiotikoterapiyaga asoslangan. Mahalliy davo esa burun bo'shlig'ining yiringli kasalliklari bilan o'xshash.

#### **-Gonokokk kasalligidagi o'tkir spetsifik rinit.**

Gonokokkli rinit bolaga onaning tug'ruq yo'llari oqrali yuqadi. Buning qo'zg'atuvchisi Neysner diplokokki hisoblanadi. Gohida gonokokkli kon'yuktivit bilan birga kechadi. Ma'lum bo'lishicha avval ko'zning kon'yuktivasi zararlanadi, so'ng ko'z yosh qopi va burun-ko'z yosh kanali orqali burun shilliq qavatida zararlanadi. Gohida retrograd yo'l orqali infeksiya tarqalishi mumkin.

Mahalliy va umumiy belgilari farqlanadi. Mahalliy belgilariga burundan quyruq, cho'ziluvchan, yashil rangga o'xshagan qon aralash-yiring aniqlanadi. Burun uchi, qanotlari va yuqori lab qizaradi va shishadi. Yiringli ajralmalar qotib, burun yo'llarida qotadi. Bular burun kirish qismida va yuqori labda terining yorilishiga va yara hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Burun shilliq qavatida giperemiya, infiltratsiya va yaralanish o'choqlarini ko'rish mumkin. Umumiy belgilariga harorat ko'tarilishi, nafas va oziqlanish (bola tana vazni kamayishi) faoliyatini buzilishi. Kasallikni kechishi bola hayotining birinchi kunlaridan namoyon bo'lishi mumkin.

**Asorati.** Ko'krak yoshidagi bolalarda gonokokkli yiringli oftalmit kuzatiladi

**Davosi.** Mahalliy va umumiy davo turlariga bo'linadi. Mahalliy davoga burun bo'shlig'ini penitsillin guruhidagi va antiseptik moddalar bilan yuvishdan iborat. Umumiy davoga amfenikolaminlar (xloromfenikol), makrolid, azalidlar (azitrimitsin, eritromitsin) va penitsillin



guruhi (amoksotsillin, oksamp, flemoksin) dori vositalari hamda immunomodulyatorlar (N-metilglyukomin, sikloferon) qo'llaniladi.

## 2.7. Surunkali rinit

*Surunkali rinit (rhinitis chronica)*- burun shilliq pardasining surunkali nospetsifik yallig'lanishi. Jarayonni kechishi bolalarda 8 haftadan, kattalarda 12 haftadan ko'p bo'lgan hollarda surunkali jarayon deb qaraladi. Surunkali rinitning 5 xil shakli tafovut qiladi.

1. Surunkali kataral rinit

2. Surunkali gipertrofik rinit:

A. Surunkali gipertrofik chegaralangan rinit

B. Surunkali gipertrofik diffuz rinit

3. Surunkali atrofik rinit:

A. Surunkali atrofik chegaralangan rinit

B. Surunkali atrofik diffuz rinit

4. Vazomotor rinit:

A. Allergik shakli

B. Neyrovegetativ shakli

5. Ozena (sassiq tumov)

Har bir surunkali rinit shakli, o'zining kechishi bo'yicha o'z xususiyatiga ega va ularni bir biridan qiyoslash shart bo'ladi.

### 2.7.1. Surunkali kataral rinit

*Surunkali kataral rinit (rhinitis catarrhalis chronica)*- burun bo'shlig'i shilliq qavatining turg'un qizarishi, shishi va infiltratsiyasi, ayrim joylarda epiteliy metaplaziyasi bilan kechgan yallig'lanish jarayoni. Bolalarda bu shaklli rinitning kelib chiqishiga, surunkali adenoidit va surunkali tonsillit sabab bo'ladi. Surunkali kataral rinitni keltirib chiqaruvchi omillarga gipovitaminoz, mikroelementlar yetishmasligi, allergiya, diatezlar, adipozagenital distrofiyalar va boshqalar misol bo'lishi mumkin. Kattalarda surunkali kataral rinitni keltirib chiqaruvchi omillarga kasbiy kasalliklar, chekish, alkogolizm, narkomaniya misol bo'ladi. Patogenezida burun bo'shlig'ida kislorod miqdorini pasayishi yotadi. Mikrobiologiyasida biogen florani polimorfizmi bilan xarakterlanadi. Surunkali kataral rinit bolalarda va kattalarda turlicha kechadi.

*Bolalarda surunkali kataral rinitning kechishi.*

**Belgilari:** burundan doimiy ajralma kelishi, yuqori lab terisini doimiy yorilib turishi, mánqalanish va ovozni xiralashishi, tez-tez shamollash, laringitlar, traxeitlar, ishtaha pastligi, umumiy holsizlik va boshqalar. Surunkali kataral rinitni uzoq vaqt cho‘zilishi yuz skeletini dismorfiyasiga, tishlar qatorini buzilishiga, ko‘krak qafasini shakllanishini buzilishiga sabab bo‘ladi. Bunday bolalar doimiy rangpar ko‘rinadi, jismoniy va aqlan rivojlanishdan orqada qoladilar, kataral salpingootit fonida eshitish pastligi kuzatiladi. Rinoskopiya shilliq-yiringli ajralma aniqlanadi, burun kirish qismida yiringli qatqaloqlar aniqlanadi, gohida burun kirish qismi shilliq qavati va yuqori labni doimiy yuzaki zararlanib turishi giperemiyaga va burun kirish qismini epiteliyni qalinlashishiga sabab bo‘ladi. Burun shilliq qavati giperemiyalashgan, shishgan, burun chig‘anoqlari kattalashgan, shilliq qavati yiringli ajralmalar bilan qoplangan, bu esa o‘z navbatida surunkali sinusit jarayonga qo‘shilganligidan dalolat beradi. Surunkali kataral rinitda burundan keladigan ajralma hidsiz bo‘ladi, lekin hidli bo‘ladigan bo‘lsa bu surunkali sinusit yoki surunkali adenoidit bo‘rligidan dalolat beradi.

**Tashxis.** Yuqorida aytib o‘tilgan belgilarga asoslanib qo‘yiladi. Surunkali kataral rinitni burun bo‘shlig‘i yot jismi, surunkali sinusit, ozenani birinchi fazasi, surunkali adenoidit bilan qiyosiy tashxislanadi.

**Asorati.** Surunkali kataral rinit o‘tkir va surunkali sinusitlar, eshitish nayi va o‘rta quloq kasalliklari, burun poliplari, burundan qon ketishi, o‘tkir laringit, tonzillitlar, traxeobronxitlar kabi asoratlarni berishi mumkin. Bolalar burunni yaxshi qoqishni bilmaganliklari uchun burundan ajralgan ajralmalarni yutadilar, natijada oshqozon ichak traktini zararlanishiga ya‘ni surunkali gastrit, gastroduodenitga, kolit va appenditsitga sabab bo‘lishi mumkin. Bolalar yiringni yutaverganliklari uchun tillari yaltiroq, qorinlari dam, qusish, ko‘ngil aynash, qo‘lansa hidli ich ketish belgilari bezovta qiladi.

*Kattalarda surunkali kataral rinitning kechishi.*

**Etiopatogenezi.** Kattalarda surunkali kataral rinitga bolaligidan ko‘p kasal bo‘lishi, bir qator burun ichidagi anatomo-konstitutsional o‘zgarishlar, oshqozon ichak sistemasi kasalliklari, yurak qon-tomir va endokrin kasalliklar, neyrovegetativ disfunktsiyalar sabab bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari fizik-kimyoviy va mikrobiologik kasbga oid muhitdagi zararliklar sabab bo‘lishi mumkin.

**Belgilari.** Subyektiv va obyektiv bo‘ladi.

Subyektiv belgilariga kuzda boshlanib qishda kuchayib, bahorda sustlashib yozda to‘xtaydigan uzoq vaqt davom etuvchi tumov, burun-

dan nafas olish qiyinligi, doimiy burundan shilliq va shilliq-yiringli ajralma kelib turishi, halqum orqa devoridan ajralmani oqib turishi, burun-halqumda yot jism hissi, hid bilish faoliyatini susayishi, hamda gipokuziya misol bo'ladi. Umumiy belgilariga vaqti-vaqti bilan bosh og'rig'i, ayniqsa kasallikning qo'zg'alish davrida kuchayadi, psixointellektual charchoqlikni kuchayib borishi va har xil kardiovaskulyar, kardiopulmolyar, gastroenteral sindromlar misol bo'ladi.

Obyektiv belgilarga burun bo'shlig'iga kirish qismida va burun kaktaklarida furunkuldan keyingi belgilar, yorilish belgilari va terini ko'chishini va dermatitni ko'rish mumkin. Rinoskopiya shilliq ajralma aniqlanadi. Burun shilliq qavatlarida kulrangroq qatqaloqlar aniqlanadi. Shilliq qavat giperemiyalashgan, yallig'langan, shishgan bo'ladi. Burun chig'anoqlari, ayniqsa pastki burun chig'anog'i venoz qon tomirlar hisobiga hajm jihatidan kattalashgan. Adrenilizatsiya qilinganda shilliq qavat tezda qisqaradi va burun yo'llari keng ochiladi. Bu kasallik surunkali tonzillit, gipertrofik faringit, til murtagining yallig'lanishi, surunkali tibootit yoki surunkali kataral otit bilan birga kechadi.

**Tashxis va qiyosiy tashxis.** Qiyinchilik tug'dirmaydi. Lekin atipik kechishi qiyinchilik tug'diradi. Ozenaning boshlang'ich davrida burunda sassiq hid kelishni boshlaydi. Burun ichida sarg'imtir- yashil qatqaloqlar, burun bo'shlig'ining hamma ichki strukturalarida atrofiya kuzatiladi, bundan tashqari giposmiya, ko'proq anosmiya va atrofik faringit belgilari bo'ladi. Bundan tashqari allergik rinitning turli shakllari bilan qiyosiy tashxislanadi.

**Davolash.** Umumiy davo olib borish uchun yuqorida aytib o'tilgan sabablarni yo'qotish kerak bo'ladi. Mahalliy davo simptomatik va patogenetik davolarga bo'linadi. Simptomatik davo qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalaridan iborat. Uzoq vaqt bu dori vositalarini ishlatish surunkali rinit kechishini og'irlashtiradi, burun chig'anoqlarini gipertrofiyasiga va skleroziga olib keladi. Bu dori vositalarini agar to'xtatilsa burun chig'anoqlari kengayib, burun yo'llarini tez obstruksiyasiga olib keladi. Bunday holatni "rikoshet sindromi" deb ataladi. Patogenetik davoga esa individual olib boriladi. Bularga antigistamin dori vositalari (akrivastin, loratadin), dekongestantlar (ksimetozol, oksimetozol), glyukokortikoidlar (betamizon, mometazon, nazoneks), regeneratrlar va reparantlar (dezoksiribonukleat natriy, derinat), semiz hujayralarini membranasi turg'unligini oshirishlar (xromogeksal, kromoglin), antibiotiklar (sefadeksil, sefuroksim) kiradi. Bundan tashqari yuqorida sanab o'tilgan dori vositalaridan tashqari yalpiz, evkalipt, tuya aralashmali dori

vositalarini burun shilliq qavatini oziqlanishini oshirish maqsadida burunga surtishga buyuriladi. UVCh, UBN mahalliy biyuriladi. Yana mahalliy davo maqsadida tarkibida dengiz suvini tutuvchi dori vositalari (akvamaris, marimer) va mineral moddalar tutuvchi vositalar (mineral suv) tavsiya qilinadi. Davolashda muhim bo'lgan davolash usullaridan, bu balneologik va sanator-kurort usullardir. Bu usullarda organizm qarshiligi, kislorod bilan to'yinishi, modda almashinuvi va MNS faoliyati oshadi.

### 2.7.2. *Surunkali gipertrofik rinit*

*Surunkali gipertrofik rinit (rhinitis chronica hypertrophica)*- burun bo'shlig'i pardasining shishi va infiltratsiyasi, ayrim maydonlarda epiteliy metaplasiyasi va proliferativ jarayon; epiteliy giperplaziyasi, fibroz va suyak to'qimasining giperplaziyasi bilan kechuvchi yallig'lanish jarayonidir.



1.16-rasm. *Surunkali fibrozli rinit.* (B.S. Preobrajenskiy bo'yicha 1963.)

Surunkali gipertrofik rinitning ikki xil shakli bor.

#### a. *Surunkali gipertrofik diffuz rinit*

**Etiologiyasi.** Asosan yoshi katta erkaklarda ko'proq uchraydi. Bu kasallikni keltirib chiqaradigan omillar surunkali kataral rinitni keltirib chiqaradigan omillarga o'xshash. Bundan tashqari qo'shni LOR a'zolaridagi o'choqli infeksiyalar, zararli maishiy odatlar va allergiya ahamiyatga ega.

**Patologik anatomiya va patogenezi.** Gipertrofik jarayon sekinlik bilan rivojlanib, avval pastki burun chig'anog'i keyinchalik o'rta burun chig'anog'i va burun shilliq qavatini qamrab oladi. Bu jarayon ayniqsa pastki burun chig'anog'ini oldingi va orqa qismlarida rivojlangan bo'ladi. Gipertrofik jarayonning bir qancha davrlari bolib: *birinchi davr - yumshoq gipertrofiya davridir*- shilliq qavat giperemiyalashgan, shish-

gan, xilpillovchi epiteliy zararlangan. Bu davrda hali pastki burun chig'anoqlarning venoz qon tomirlarining mushak tolalari degenerative sklerotik jarayon bilan qamrab olinmagan. Burun dekongestantlarning ta'sir qilishi hali saqlangan. Palpatsiyada burun chig'anoqlari elastikligi saqlangan bo'ladi. *Ikkinchi davr- biriktiruvchi to'qimali gipertrofiya davri-xilpillovchi epiteliy metoplaziyasi, bez apparatini gipertrofiyasi, mushak tolalarini degenerative o'zgarishini boshlanishi, limfositar-gisteositar infiltratsiya va subepitelial qavatni qalinlashishi kuzatiladi (1.16-rasm).* Bu o'zgarish limfa va qon tomirlarni siqilishiga olib keladi, to'qima orasi shishadi, shilliq qavati rangi oqish va oqimtir-ko'k rangni egallaydi. Bu davrda qon tomirni toraytiruvchi dori vositalarining faoliyati pasayib boradi. *Uchunchi davr- "shish", "miksamatoz" yoki "polipsimon gipertrofiya" davri-* bunda tomirlararo giperkollagenoz rivojlanadi, shilliq qavatining hamma elementlarida diffuz infiltratsiya aniqlanadi, qon tomir, limfa tomirlarining devori va bez apparati ham diffuz o'zgargan bo'ladi. Burun chig'anoqlarining yuzasi silliqlashgan, ko'kimtir rangda, polipsimon o'zgargan bo'ladi. *Patogenezida* surunkali yallig'lanish ya'ni, qon va limfa almashinuvining buzilishi, to'qimani kislorod almashinuvi buzilishi, metabolism faoliyatini buzilishi, mahalliy immun holat tushib ketadi va saprofit flora aktivlashadi.

**Klinikasi.** Subyektiv belgilar. Xuddi surunkali kataral rinitning belgilariga o'xshaydi. Lekin burun bo'shlig'ining ichidagi strukturalari gipertrofiya bolish hisobiga burundan nafas olish qiyinlashadi yoki butunlay yo'qoladi. Bemorlarning shikoyatlari burun dekongestantlarning ta'sir qilmasligiga, og'iz qurishiga, tunda xurrak otishiga, doimiy burundan shilliq va shilliq-yiringli ajralma kelishiga, burun- halqumda yot jism turganlik hissi, yomon uxlashga, charchoqlikni yuqoriligiga, hid bilishni pasayishiga yoki uni yo'qolishi kuzatiladi. Burun va burun yondosh bo'shliqlarning qon tomir, limfa sistemasi va oldingi miyada dimlanish bo'lishi hisobiga bemorlarda doimiy bosh og'rishi, hotira pasayishi va jismoniy charchash bezovta qiladi. Obyektiv belgilariga bemorning og'zi doimiy ochiq bo'ladi, qachonki unga ma'lum qilinganda og'zini yopadi. Bemor yurganda yoki yugurganda og'iz orqali nafas olishi hisobiga kislorod tanqisligi bo'lmasligi mumkin. Bemor tinch o'tirganda og'zini yopib burundan nafas olganda, ma'lum bir vaqtgacha nafas olishi mumkin. Bemorni ovozida manqalanishlik belgisi bo'ladi ya'ni yopiq manqalanish bo'ladi.

Oldingi rinoskopiya yumshoq gipertrofik davrda burun chig'anoqlari o'zgarishsiz bo'ladi, shunga qaramasdan bemor "burundan

nafas olishga qiynalyapman” deb shikoyat qiladi. Adrenalin bilan burun chig‘anoqlariga surtilganda, burun chig‘anoqlari qisqaradi va umumiy burun yo‘li kengayadi. Keyinchalik bu reaksiya butunlay yoqoladi. Burun yo‘llari o‘rta va pastki chig‘anoqlarning kengayishi hisobiga berkilib turgan bo‘ladi. O‘rta burun chig‘anog‘i bullyoz yoki shish ko‘rinishda bo‘ladi, hatto pastki burun chig‘anog‘igacha kengayib tegib turgan bo‘ladi. Lekin burun yo‘llarida shilliq va shilliq-yiringli ajralmalar aniqlanadi. Biriktiruvchi toqimali gipertrofiya davrida burun pastki chig‘anog‘ida rangi ko‘kimtir tusda bo‘ladi, gohida polipoz tuzilishga ega bo‘ladi.

Orqa rinoskopiya pastki burun chig‘anog‘ining orqa qismlari shilliq qavati ko‘kimtir tusda; gipertrofiyaga uchragan, shishgan, burun-halqumga osilib turgan bo‘ladi. Burun shilliq qavatini gipertrofiyaga uchragan va shishgan qismlari burun to‘si‘giga tegib turadi.

Rentgenografiya burun shilliq qavatini qalinlashishi hisobiga burun yondosh bo‘shliqlarida yorug‘lik pasaygan bo‘ladi.

Burundan nafas olish holatini va hid bilish faoliyatini tekshirilganda, bu faoliyatlarni pasayganligini yoki butunlay yo‘qolganligini aniqlash mumkin.

**Asoratlari.** O‘tkir va surunkali evstaxiitlar va tubootitlarga, eshitish nayining burun-halqum teshigi obstruksiya, burun-halqum shilliq qavatining shishiga, sinusitlarga, adenoidlarga, tonsillitlarga, traxeobronxitlarga, dakreosistitlarga, konyuktivitlarga sabab bo‘ladi.

**Tashxislash.** Bemorning shikoyatlariga, anamnezlariga, burun sohasini instrumental tekshiruvlariga asoslanib qo‘yiladi.

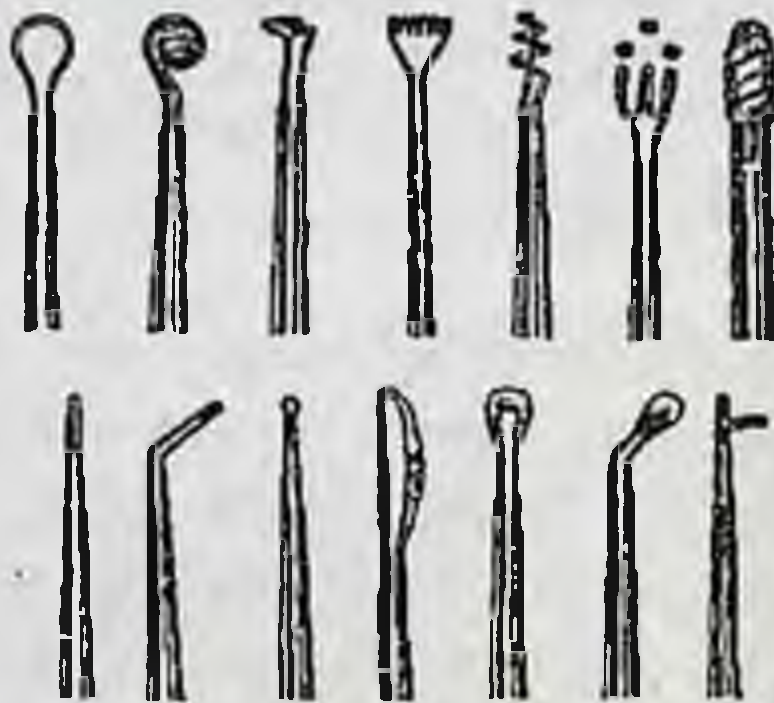
**Qiyosiy tashxis.** Burun to‘sig‘i qiyshiqligi bilan, burun-halqum murtagi gipertrofiyasi bilan, burun yo‘llari va xoana atreziasini bilan, polipoz rinit bilan, yomon sifatli o‘smalar bilan, burun yot jismi bilan qiyoslanadi.

**Davolash.** Umumiy va mahalliy olib boriladi. Mahalliy- simptomatik va jarrohlik usullarida olib boriladi. Umumiy davo surunkali kataral rinitning davosiga mos keladi. Jarrohlik usulidan maqsad burundan nafas olish va hid bilishni tiklash, burun chig‘anog‘ining gipertrofiyaga uchragan sohani chandiqli o‘zgartirishga qaratilgan.

“Yumshoq gipertrofiya” davrida quyidagi usullardan foydalaniladi.

- *Galvanokaustika*- elektr toki yordamida to‘qimani kuydirishdan iboratdir. Buning uchun burun shilliq qavatiga 5-10% li kokain eritmasi yoki 5% li dikain eritmasi surtiladi. Chuqurroq anesteziya uchun chig‘anoq ichiga novokain, trimekain yuborish mumkin. Burun kengay-

tirgich yordamida galvanokauter uchi pastki chig'anoqning ostiga kiritiladi. Shundan so'ng galvonakauter ishlatiladi. Burun shilliq qavatiga va chig'anoq to'qimasiga tekkiziladi, to'qima kuydiriladi. Shundan so'ng uning yuzasida chuqur kuygan iz qoladi. Gohida shunaqa ikkita iz qoldiriladi (1.17-rasm).



1.17-rasm. Galvanokauterlarning turli shakllari

-*Krio jarrohlik usulda ta'sirlash*- ( $-195,8^{\circ}\text{S}$ ) gacha suyultirilgan azotdan iborat krioaplektor yordamida bajariladi. Bunday usulda to'qima muzlaydi, asseptik nekroz rivojlanadi va to'qimani bitmasligiga ya'ni keyinchalik chandiqlanishiga olib keladi. Bu usul faqatgina pastki burun chig'anog'ining polipoz o'zgarganida amalga oshiriladi.

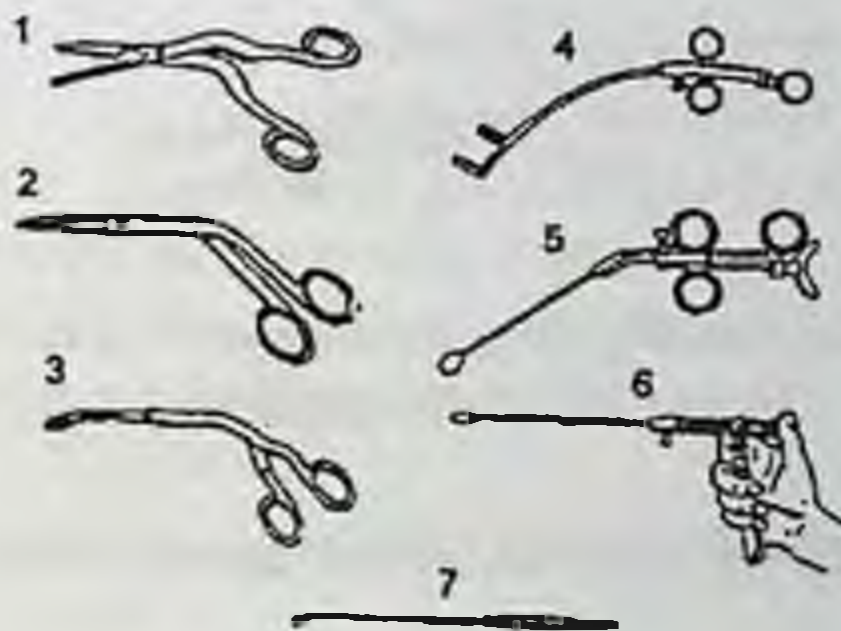
-*Lazerli destruksiya*- quvvati 199 Vt ga teng bo'lgan jarrohlik lazeri yordamida pastki burun chig'anog'i kuydiriladi. To'qimaga lazer omilining ta'siri, fokuslangan lazer nurining uzunlik diapazoni 0,514-10,6 mkm ga teng bo'lishi kerak. Keng tarqalgan turi uglekislotali turi yoki  $\text{CO}_2$ -lazerlaridir. Jarrohlik amaliyoti aplekatsion anesteziya usulida olib boriladi va qonsiz usul hisoblanadi. (Plujnikov M.C 1990).

-*Ultratovushli destruksiya*- O'tkir uchli uzun konussimon poyanakli, quvvatli generator orqali ultratovushlarni harakatga keltiruvchi, ularni mexanik ultratovush tebranishga aylantiruvchi va to'qima tarkibini buzuvchi qurilma hisoblanadi (Nakatis Ya.A., 1986). Buning uchun amplitudasi 10-50 mkm va 20-75 kGs chastotali tebranishlardan foydalaniladi. Applikatsion anesteziyadan keyin ultratovushli jarrohlik asbobini destruksiya uchun pastki burun chig'anog'ining tagiga kirgaziladi va keragicha ultratovush yuborilib destruksiya qilinadi.

-*Mexanik usulda chig'anoq ichi dezintegrasiyasi*- oddiy usul hisoblanib, yuqoridagi usullardan foydaliligi bo'yicha qolishmaydi. Bu usulning mohiyati, burun pastki chig'anog'ining oldingi qismidan kesi-

ladi. Shu kesilgan sohadan mexanik destruksiya uchun raspator kirgaziladi va qo'l bilan harakatga keltiriladi. Shu bilan burun chig'anog'ining shilliq qavatini ko'p qismi saqlanib qolinadi. Jarrohlik oldingi tamponada bilan yakun topadi va tamponada bir kun turadi.

“Biriktiruvchi to'qimali gipertrofiyada” qatshonki qon tomirlarda mushak apparatini faoliyati buzulmagan bo'lsa, yuqoridagi amaliyotlar yaxshi foyda beradi. Dezintegratsiya usuli qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalari burun chig'anoqlariga qanday ta'sir qilishiga qarab tanlanadi. Agar burun chig'anoqlarida yaqqol gipertrofiya belgilari bo'lsa va qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalari naf bermasa, burun chig'anoqlarini rezeksiyasi usuli qo'llaniladi. 1.18-rasmda burun chig'anoqlarini rezeksiya qilish uchun ishlatiladigan ayrim asboblarni tasvirlangan. Pastki burun chig'anog'ini olib tashlash uchun maxsus pichoqlar, kesuvchi ilmoqlardan foydalanilsa, poliplarni olib tashlash uchun yuluvchi ilgaklardan foydalaniladi.



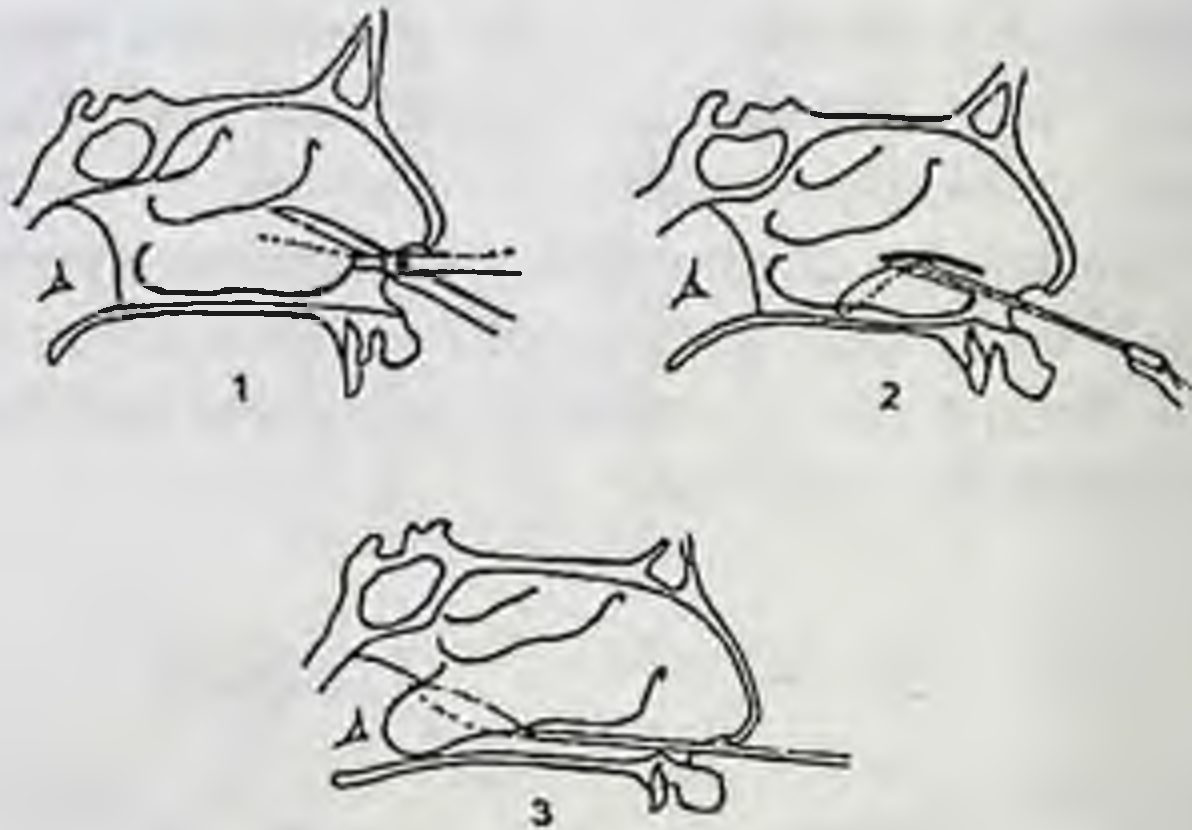
1.18-rasm. Burun chig'anoqlarini rezeksiyasi va polipotomiya uchun asosiy jarrohlik asboblari.;

1- Ruauil-Mahu qisqichi, gipertrofiya bo'lgan shilliq qavatni kesish uchun; 2- konxotomiya uchun tishli pichoq; 3- o'rta burun chig'anog'ini ekstraksiya qilish uchun Luc qisqichi; 4- o'rta burun yo'lidan va hid bilish zonasidan polipni olish uchun Escat qisqichi; 5- lermoyer ni polip oladigan ilgagi; 6- ruault ni polip oladigan ilgagi; Lubet- Bardom ni egiluvchan kyuretkasi.

Pastki burun chig'anog'ini rezeksiyasi jarrohlik amaliyoti ikki bosqichda olib boriladi. Buning uchun mahalliy applikatsion va infiltratsion anesteziya qo'llaniladi. Shilliq qavatga og'riqsizlantiruvchi dori vositasi surtilgandan keyin, burun chig'anog'iga 1-2 ml 2% li novokain eritmasiga 2-3 tomchi 0,1% li adrenalin eritmasi qo'shilgan aralashma yuboriladi. Birinchi bosqich burun pastki chig'anog'ini oldingi qismidan



suyakkacha kesiladi (1.19-rasm (1)). Keyin gipertrofiya bo'lgan sohaga kesuvchi ilgak kirgaziladi va chig'anoq kesiladi (1.19-rasm (2)). Chig'anoqning orqa dipertrofiya qismini olib tashlash kesuvchi ilgak orqali amalga oshiriladi (1.19-rasm (3)). Bu usuldan keyin qonash ehtimoli yuqori bo'ladi, shuning uchun Voyatshekni halqali oldingi tamponadasi bajariladi, ayrim hollarda orqa tamponadan ham bajarishga to'g'ri keladi.



1.19-rasm. Pastki burun chig'anog'ini oldingi (1,2) va orqa (3) qismlarini rezeksiya qilish.

#### **b. Surunkali gipertrofik chegaralangan rinit**

Surunkali gipertrofik chegaralangan rinitda burun shilliq qavatida faqatgina ma'lum sohalardagina gipertrofik o'zgargan shilliq qavatni ko'rish mumkin bo'ladi. Joylashgan joyiga qarab surunkali gipertrofik chegaralangan rinit turlicha bo'ladi: Pastki burun chig'anog'ini orqa qismlarini gipertrofiyasi, burun chig'anoqlarining oldingi qismlarini gipertrofiyasi, burun to'sig'i orqa qismini shilliq qavatini gipertrofiyasi, burun to'sig'i shilliq qavatining gipertrofiyasi.

-Pastki burun chig'anog'ini orqa qismlarini gipertrofiyasi- sabablari surunkali gipertrofik diffuz rinitning sabablari bilan bir xil. Lekin bularni ichida asosiylari burun-halqum murtagini surunkali yallig'lanishi, g'alvirsimon labirintning surunkali yallig'lanishi, asosiy bo'shliqni yallig'lanishi va allergiya hisoblanadi. Bunda bemorlarning shikoyatlari burundan nafas chiqarishni qiyinligiga bo'ladi, sababi chig'anoqning gipertrofik qismi klapan vazifasini bajarib xoanani yopib

turadi. Talaffuz manqalangan, yopiq tipdagi manqalanish kuzatiladi. Bemorlar burun-halqumda yot jism turganligi hissiyotini sezadilar, doimiy ular pishqirab halqum tomonga harakatlantiradilar.

Oldingi rinoskopiya ko'rinish o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Orqa rinoskopiya xoanani qisman yoki to'liq berkitib turuvchi go'shtsimon, polipoz o'zgargan hosilani ko'rish mumkin. Ularni rangi pushtidan ko'kimgacha bo'lishi mumkin. Yuzasi esa silliq bo'ladi yoki papillomaga o'xshash bo'ladi. Jarayon ikki taraflama bo'ladi, lekin assimetrik bo'ladi.

*-Burun chig'anoqlarining oldingi qismlarini gipertrofiyasi-* orqa qismlarini gipertrofiyasiga nisbatan kamroq uchraydi. Ko'pincha o'rta chig'anoqda uchraydi. Sabablari xuddi yuqorida aytib o'tilganidek. Uni bir taraflama bo'lishi *concha bullosa* bo'lishi mumkin yoki burun yondosh bo'shliqlarini latent kechuvchi yallig'lanishi bo'lishi mumkin.

*-Burun to'sig'i orqa qismini shilliq qavatini gipertrofiyasi-* ko'pincha bu pastki burun chig'anog'ini orqa qismini gipertrofiyasi bilan birga kechishi mumkin. Orqa rinoskopiya burun to'sig'ining orqa qismida ikki tomondan o'ziga xos hosila ko'rinadi. Xoana tomonga osilib turadi, nafas olib chiqarganda harakatlanadi. Burun to'sig'ining "dumchalari yoki qanotchalari" deb nom olgan.

*-Burun to'sig'i shilliq qavatining gipertrofiyasi-* juda kam uchraydi, burun to'sig'i shilliq qavati yostiqsimon qalinlashadi. Jarayon ikki taraflama bo'ladi.

**Tashxis.** Tipik hollarda qiyinchilik tug'dirmaydi, lekin atipik turarida qiyinchilik tug'diradi.

**Davolash.** Umumiy va mahalliy olib boriladi. Jarrohlik davolash usuli gipertrofiya'ning darajasi va joylashgan joyiga qarab tanlanadi. Agar pastki burun chig'anog'ining oldingi va orqa qismlarini gipertrofiyasi shish yoki vazokonstruktor faoliyati saqlangan bo'lsa dezintegratsiya usullari yaxshi samara berishi mumkin (yuqorida qayd etilgan). Lekin bu usullarga ehtiyotkorlik bilan yondashish kerak, sababi galvanizatsiya yoki lazer bilan kuydirilsa eshitish nayining burun-halqum teshigini chandiqlanib oblituratsiyaga olib kelishi mumkin. Galvanokaustika o'rta burun chig'anog'ining gipertrofiyasida ishlatilmaydi. O'rta burun yo'lini jarohati va infisirlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Pastki burun chig'anog'ining oldingi va orqa qismlarini fibroz yoki polipoz gipertrofiyalarida konxotom, kesuvchi ilmoqlar yordamida, yoki burun pichoqlari yordamida konxotomiya jarrohlik amaliyoti bajariladi.

### 2.7.3. Surunkali atrofik rinit

*Surunkali atrofik rinit (rhinitis atrophica)*- burun shilliq pardasi-ning chegaralangan yoki tarqoq nospetsifik o'zgarishi bo'lib, uning asosida yallig'lanish jarayoni emas, balki distrofik jarayon yotadi.

Shilliq qavatning qadoqsimon hujayralari tuksizlanib, silindlik epiteliy yassi epiteliyga aylanadi, natijada shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar va qon tomirlarning faoliyati buziladi. Atrofiya jarayoni asosan burun to'sig'ining oldi qismiga (chegaralangan) yoki burun bo'shlig'ining barcha maydonlariga (diffuz), ba'zan faqat nafas olish maydoniga tarqalishi mumkin.

*Etiologiyasi.* Burlamchi atrofik rinit tarqoq xarakterga ega bo'lib, umumiy kasallikning (masalan, temir tanqisligi kamqonligi) belgisi sifatida namoyon bo'lib, jarayon burun-halqum va hiqildoq sohasiga tarqaladi. Atrofiya jarayonining rivojlanishida turli yuqumli kasalliklar (qizamiq, gripp, bo'g'ma, skarlatina) va tashqi muhit omillari (quruq va issiq havo) ta'sirida shilliq pardaning epiteliy qatlamining faoliyati pasayadi. Infekzion nazariya tarafdorlari kasallik burun bo'shlig'ida mavjud bo'lgan patogen mikroflora ta'siri natijasida yuzaga keladi deb hisoblaydilar. Boshqa olimlarning fikricha kasallikni dori darmonlar yetishmovchiligi bilan bog'liq deb ta'kidlaydilar. Bundan tashqari chang, gaz, bug', tamaki, silikat va sement changi ham atrofik rinitning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ba'zan kasallik konxotomiya yoki burun jarohatidan so'ng rivojlanadi, Kasallikning rivojlanishida qaytalangan o'tkir rinit va endokrin buzilishlar muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari irsiy bog'liqlikni aytib o'tish kerak. Atrofik rinit ozenani boshlang'ich davri bo'lishi mumkin (Rudenko V.P., 1981).

*Belgilari.* Bemor burunda quruqlikni his etishiga, unda po'stloqlar hosil bo'lishiga, burun orqali nafas olish qiyinligiga, hid sezish susayganligiga yoki uni butunlay yoq'olganligiga, vaqti-vaqti bilan burundan qon oqishiga shikoyat qiladi. Odatda qon oqishi o'z-o'zidan yoki burun old tamponadasi qo'yilgandan so'ng to'xtaydi (1.20-rasm).



1.20-rasm. Surunkali atrofik rinit.  
(B.S. Preobrajenskiy bo'yicha  
1963.)

Old rinoskopiya da burun bo'shlig'ining shilliq pardasi oq-pushti rangda, quruq va yupqalashganligi, burun yo'llari kengayganligi, umumiy burun yo'lida qalin sarg'ish-yashil ajralma borligi, ayrim maydonlarda ajralma po'stloqlar hosil qilib, shilliq pardaga yopishganligi ko'rinadi. Ba'zan burun to'sig'ining old qismida tog'ay teshilganligi ko'zga tashlanadi.

**Davolash.** Umumiy va mahalliy davo chora tadbirlari olib boriladi. Umumiy davoga vitaminoterapiya, umumiy stimullovchi dori vositalari (aloe sharbati, aloe tabletkalari, aloe temir bilan, fitin, rutin). Burun shilliq qavatini mikrosirkulyatsiyasini yaxshilovchi preparatlar va shilliq qavatni oziqlanishini yaxshilovchi preparatlar, angioprotektorlar (ksantinol nikotinat, pentoksifillin, agapurin). Ma'lumki yuqori nafas yo'llarini va OIT shilliq qavatlarida ham atrofik o'zgarishlar bo'lib, bularda bezlar faoliyati buzilgan bo'ladi. Shuning uchun bunday bemorlarga temir moddalar tayinlanadi (ferrum-lek, temir tuzlari). Umumiy davoga klimatobalneoterapiya usullari kiradi. Bemorlarga ishqorli 2-3% li dengiz tuzi eritmasi bilan ingalyatsiya buyuriladi. Mahalliy davoga burun shilliq qavatini modda almashinuvini yaxshilovchi, silindrik epiteliyni regeneratsiyasini, qadoqsimon hujayralarni faoliyatini, bez faoliyatini, kapillyar va limfa qon tomirlarini, nerv to'qimasini yaxshilashga qaratilgan. Bemorning burni fiziologik eritmaga yod qo'shib (200 ml fiziologik eritmaga 6-8 tomchi 10% li yodning spirtli eritmasi qo'shiladi) kuniga 1-2 marta yuviladi. Vaqti-vaqti bilan burun bo'shlig'i shilliq pardasiga yod-glitserin aralashmasi, 1% li lyugol eritmasi surtiladi (kuniga 1 mahal 10 kun davomida). Sitralning 1-2% li yog'li eritmasi burun bo'shlig'iga 5 tomchidan kuniga 2 mahal (bir hafta mobaynida), A va E (aevit) dorilarining yog'li eritmalari, aloe sharbati, kolanxoe va propolis tomiziladi. Burun bo'shlig'iga yengil ishqor eritmasi (masalan Toshkent ma'danli suvi) bilan tez-tez purkab turish yaxshi natija beradi.

Biq qator mualliflar surunkali atrofik rinitda har xil tarkibida polimer tutgan dori vositalarini buyurganlar. Masalan: karboksi-metilsellyuloza natriyli tuzi (natriy-KMS). Z.S. Piskunov va T.A. Pank-rusheva quyidagi malham tarkibini tavsiya qilganlar:

- Riboflavin 0,1; glyukoza 0,3; natriy- KMS 2,9; distillangan suv 94 ml;

- 1% li natriy adenozintrifosfat eritma 50 ml; natriy-KMS 3 g; distillangan suv 47 ml;

- 1% li gumizol eritmasi 97 ml; natriy-KMS 3g.

#### 2.7.4. *Vazomotor rinit*

L.B. Daynyakning tasnifi bo'yicha kasallik 2 turga bo'linadi.

1. Vazomotor rinitning neyrovegetativ shakli.

2. Vazomotor rinitning allergik shakli.

##### 1. *Vazomotor rinitning neyrovegetativ shakli.*

Kelib chiqishiga sabab markaziy va vegetativ nerv sistemasini organik va funksional o'zgarishlari, endokrin funksiya'ni buzilishi ahamiyatga ega. Uzoq vaqt davomida umumiy va mahalliy ta'sirga ega dori-larni qo'llash, burun to'sig'i qiyshiqqligi kasallikning rivojlanishiga yor-dam beradi.

**Klinikasi.** Bemorda vaqti-vaqti bilan yoki doimiy burun bitishi, bu-rundan doimiy suvga o'xshash ajralma kelishi, huruj davrida esa eng be-zovta qiladigan shikoyatlar- burunda qichishish, aksa urush, burunning tubida bosimni his qilish, bosh og'rig'i bezovta qiladi. Bemorda kun davomida aksa urush va rinoreya bezovta qiladi. Yuqoridagi belgilar to'satdan paydo bo'lib, to'satdan yo'qoladi, bir kunda bu holat 10 mar-tadan ko'p uchrashi mumkin. Kechki mahal bemor uxlaganda, parasim-patik nerv faoliyati ustun bo'lganligi uchun bu holat doimiy bo'ladi. Vazomotor rinitning bu turiga bemor qaysi tomonga yonboshlab uxlasa shu tomonida burun bitishi kuzatiladi, ikkinchi tomoni bilan esa erkin nafas oladi. Bu fenomen vazokonstruktor faoliyatni pastligidan dalolat-dir. V.F. Undris va K.A. Drennovaning ma'lumotlariga ko'ra, funksional holatni uzoq davom etishi organik holatga sabab bo'ladi, ya'ni to'qima oralig'i o'sadi va gipertrofik rinit rivojlanadi va doimiy dekongestant-larni qo'llanilishiga sabab bo'ladi.



*1.21-rasm. Vazomotor rinitning neyrovegetativ shakli. (B.S. Preobrajenskiy bo'yicha 1963.)*

Oldingi rinoskopiya da pastki burun chig'anoqlarini kengayganligini ko'rish mumkin, Voyatshek "ko'kimtir va oq dog'lar" veb atagan. (1.21-rasm). Pastki burun chig'anog'ini tugmali zond bilan paypaslab ko'rilganda zond shilliq qavatni jarohatlamasdan yumshoq botadi. Patognomik belgisi bo'lib qon tomir toraytiruvchi dori vositalari burun chig'anog'iga surtilganda, burun chig'anoqlari tezda qisqarishi hisoblanadi. Hid bilishini buzilishi burundan nafas olish faoliyatini buzulish darajasiga bog'liq bo'ladi.

**Davosi.** Asosan siptomatik olib boriladi. Qon tomirlarni toraytiruvchi xususiyatga ega bo'lgan simpatomimetiklar (sanorin, naftizin, efedrin va boshq) buyuriladi. Yangi avlod dori vositalariga oksimetazolin (nazivin, nazol), tetragidrozolin gidrokslorid (tizin), ksimotozolin gidrokslorid (ksimetazolin, ksimelin). Barcha yuqorida aytib o'tilgan dori vositalari  $\alpha$ -adrenomimetik ta'sirga ega, periferik qon tomirlarni toraytiradi, burun shilliq qavati shishini, giperemiyasini, ekssudatsiyasini kamaytiradi.

Bundan tashqari burun chig'anoqlarini kumushning nordon azotli tuzlari bilan kuydirish va jarrohlik amaliyoti (pastki burun chig'anoqlarini qon tomir chigallarini mexanik va ultratovushli shilliq osti destruksiyasi, pastki burun chig'anoqlarini galvanokaustikasi) bajariladi.

Patogenetik davoga vegetativ nerv sistemasini simpatik va parasimpatik tolalari ta'sirini normallashtirish, mikrosirkulyatsiya'ni, fermentativ faoliyatni, hujayralarni membranasini yaxshilash maqsadida fizioterapevtik usullardan foydalaniladi.

Umumiy davolarga yuqorida sanab o'tilgan sabablar davolashga qaratilgan bo'ladi.

## 2. Allergik rinit

“Allergiya” terminini birinchi bo‘lib avstriyalik pediater C.P. Pirquit 1906 yilda tavsiya qilgan. Bunday hodisaga bolalarga davolash maqsadida bo‘g‘maga qarshi zardobni yuborgandan keyin noma‘lum reaksiyaga shohid bo‘ladi. Atipik (allergik) reaksiyalarni keltirib chiqaruvchi moddalar *allergenlar* deb ataladi. Allergenlar *ekzogen* (kimyoviy moddalar, oziq ovqat mahsulotlari, o‘simliklar, oqsil birikmalari, mikroorganizmlar va bosh) va *endogen* (allergiyasi bor organizmning hayotiy mahsulotlari, modda almashinuvida hosil bo‘lgan mahsulotlar, mikroblarni organizmga ta‘siri natijasida yuzaga kelgan kasalliklar) bo‘ladi. Bundan tashqari allergenlarning manbai bo‘lib surunkali o‘choqli infeksiyalar, zardob va vaksinalar, ko‘p miqdordagi dori vositalari, maishiy va epidermal allergenlar bo‘lishi mumkin.

Allergenni organizmga kirishi *allergik reaksiyaga* sabab bo‘ladi. Reaksiya ikki xil bo‘lishi mumkin. 1) *spetsifik reaksiya*- 3 bosqichda kechadi; immunologik, mediatorlar hosil bo‘lish bosqichi va patofiziologik yoki klinik belgilarni namoyon bo‘lish bosqichi. 2) *nospetsifik (psevdoallergik, noimmunologik) reaksiya*- allergen bilan birinchi bor ta‘sirlanganda sensibilizatsiyasiz yuzaga keladi. Bularga faqat allergik reaksiya’ni ikkinchi va uchunchi bosqichlari xarakterli. Allergik rinit allergik reaksiya’ni I- tipiga taalluqlidir. Bu tipga yana anafilaktik shok, eshak yemi, atopik bronxial astma, pollinoz va Kvinke shishi misol bo‘ladi.

**Etiologiya va patogenezi.** Allergik rinit mavsumiy va doimiy bo‘ladi.

1) *Mavsumiy allergik rinit*- o‘simliklar gullashi bilan bog‘liq bo‘lib, uni ba‘zan “pichan tumovi” yoki “pichan terlamasi” deb ataladi. Kasallik har yili u yoki bu o‘simlik gullashi davrida takrorlanib turadi. Uzoq vaqt davom etgan va ko‘p marotaba takrorlanadigan mavsumiy allergik rinit doimiy allergik rinitga o‘tishi mumkin.

Nafas olinganda burun bo‘shlig‘i shilliq pardasiga turli yot jism zarachalari o‘mashib qoladi. Allergen molekulalari tez so‘rilish xususiyatiga ega bo‘lganligi uchun, bir necha daqiqadan so‘ng bemorlarda o‘ziga xos klinik belgilar yuzaga keladi. Allergenni immunoglobulinga (IgE) mansub tanachalar bilan o‘zaro ta‘siri natijasida allergik reaksiya yuz beradi. Ushbu reaksiya biriktiruvchi to‘qima labrotsitlarida (semiz hujayralarida) va bazofillarda sodir bo‘ladi, keyin biologik faol moddalar, xususan gistamin, araxidon kislotasining metabolitlari, serotonin,

asetilxolin, trombotsitlarni faollashtiruvchi omil, leykotreyinlar ajralib chiqadi. Biologik faol moddalar qon tomirlarni kengaytirish, qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshirish xususiyatiga ega bo'lganligi sababli burun bo'shlig'i shilliq pardasi shishib, bemorda burun bitishi, aksirish, burundan shilimshiq ajralma oqishi belgilari kuzatiladi.

Mavsumiy allergik rinitni patognomik belgilari o'tkir tumovning mavsumiy huruji va konyuktivit hisoblanadi. Gohida og'ir hollarda bronxial astma qo'shilishi mumkin. Ba'zida changli intoksikatsiya rivojlanadi: charchashlik belgisi yuqori bo'lishi, ta'sirchan, uyqusizlik, gohida- harorat ko'tarilishi mumkin.

**Klinikasi.** Klinik kechishida 3 ta belgi lider hisoblanadi.

- Aksirish;

- Burundan ko'p miqdorda shilimshiq va seroz ajralma kelishi (burun gidroreyasi)

- Burun orqali nafas olish qiyinlashishi.

Shu bilan birga konyuktivit belgilari kuzatiladi. Mavsumiy allergik rinitni huruji sutkasiga bir necha bor 2-3 soatga cho'zilishi mumkin. Bunday holatni quyoshda yoki shabadada turish, mahalliy va umumiy sovuq qotish yuzaga chiqarishi mumkin. Ruhiy zo'riqish yoki ruhiy stress bu holatni kamaytiradi yoki pichan tumovini to'xtatib qo'yadi.

Oldingi rinoskopiya davrida huruj bo'lmagan mahal burun shilliq qavati o'zgarishsiz bo'ladi. Gohida burun to'sig'i tikanaksimon qiyshiqqligi, donali burun poliplarini ko'rish mumkin. Huruj davrida burun shilliq qavati shishgan, umumiy burun yo'llari berkilgan, burun chig'anog'ining shilliq pardasi giperemiyalashgan yoki ko'kimtir tusda bo'ladi va ko'p miqdorda shillikli ajralma aniqlanadi. Burun chig'anog'iga qon tomirni toraytiruvchi dori vositasi surtilsa tezda qisqaradi. Ayrim bemorlarda mavsumiy allergik rinitning hurujiga hiqildoq va traxeya'ning shilliq qavati ham reaksiya berishi mumkin. Bemorda yo'tal, ovozni xiralashishi, quyuq cho'ziluvchan tiniq balg'am ajrashishi kuzatiladi.

2) *Doimiy (yillik) allergik rinit*- bu rinit uy va qog'oz changi, sochi, hayvonlar juni, qushlar pati, akvarium baliqlariga beriladigan ovqat mahsulotlari, oziq-ovqat, dorilar, mikroflora (streptokokk va stafilokokk), zamburug'larga o'xshagan allergenlar ta'siri natijasida rivojlanadi. Uy changi tarkibidagi Dermatophagoides kanasi hamda hayvonlar junining changi kuchli allergen hisoblanadi.

**Klinikasi.** Doimiy allergik rinit 4 bosqichga bo'linadi: a) tranzitor davrsiz huruj; b) continua; c) polip rivojlanishi; d) karnifikatsiya.



a) Tranzitor davrsiz hurujda bemorlarda vaqti-vaqti bilan huruj krizlari bo'lib turadi. Bemorlar bu bosqichda sovuq havoga juda sezgir bo'lib qoladilar. Bemorlarning shikoyati doimiy kuchayib boruvchi burun bitishiga, hid bilishini pasayishiga yoki yo'qolishiga, notinch uyquga, og'iz qurishiga, bosh og'riqlariga, jismonan charchashga va xotirani pasayishiga va vaqtgi-vaqti bilan hafas siqishi bo'ladi. Oldingi va orqa rinoskopiya o'zgarishlar mavsumiy allergik rinitga o'xshab ketadi. Bu davrda qon tomirni toraytiruvchi dori vositalari ta'siri saqlangan bo'ladi.

b) Birinchi davr uzoq davom etishi natijasida ikkinchi davr, doimiy allergik tumov bosqichi rivojlanadi. Bunda shilliq qavatida degenerativ o'zgarishlar asta sekin rivojlanadi. Burun shilliq qavati oqish- kulrang rangga kiradi, usti donasimon bo'lib qoplanadi, ayniqsa o'rta va pastki chig'anoqning oldinga va pastki qismlari va pastki chig'anoqning orqa qismlarida yaqqol ko'rinadi. Bu bosqichda burundan nafas olish qiyinlashgan. Qon tomir toraytiruvchi dori vositalari ta'siri sezilarli darajada pasaygan, hid bilish faoliyati deyarli yo'q, umumiy shikoyatlari oshib boradi.



1.22-rasm. Allergik rinit.  
(B.S. Preobrajenskiy  
bo'yicha 1963.)

c) Oradan birmuncha vaqt o'tib (bir necha oydan 1-1,5 yilgacha) o'rta burun yo'lida shilliqli poliplar (polip hosil bo'lishi bosqichi yoki, polipoz rinit) paydo bo'ladi. Bu poliplar yaltiroqroq qopsimon, osilib turuvchi ko'rinishda bo'ladi.

d) Shu vaqtda kornifikatsiya bosqichi rivojlanadi- bu bosqichda o'rta va ayniqsa pastki burun chig'anog'i zichlashadi, burun qon tomirlarini toraytiruvchi dori vositalari ta'sir qilmay qo'yadi, gipertrofik rinitning hamma belgilari rivojlanib bo'ladi.

Uchunchi va to'rtinchi bosqichlarga doimiy burun bitishi, mexanik va sensitiv anosmiya, umumiy kasallik belgilari kuchayishi xos.

**Davosi.** Asosan allergiyaga qarshi, desensibilizatsiyalovchi vositalar, antigistaminlar, qon tomir toraytiruvchilar, mahalliy og'riqsizlan-

tiruvchilar va umumiy sedativ moddalar qo'llaniladi. Allergik riniti bor bemorlarni tuzatish hozirga kunda qiyin va muammoligicha qolmoqda.

Barcha allergik rinit turlarini davolashda mahalliy va umumiy, simptomatik va patogenetik usullar bilan davolanadi. Agar allergen topilgan bo'lsa unga qarshi mos keluvchi zardob yuboriladi, bu etiologik yoki immunologik davoga ta'lluqli bo'ladi.

- *Mahalliy davo* allergik reaksiya'ni mahalliy bloklashga qaratilgan. Mahalliy ishlatiladigan dori vositalari asosan spreylar shaklida, ayrim hollarda tomchi shaklida ishlatiladi. Bu dori vositalarining tarkibi asosan azelastin gidroklorid (allergodil), levokabastin dir.

*Allergodil* nazal spreylar va ko'z uchun tomchi shaklida ishlab chiqariladi, levokabastin endonazal va ko'z uchun tomchi shaklida ishlab chiqariladi. Bu ikki preparat allergiyaga qarshi va antigistamin xususiyatga ega bo'lib H<sub>1</sub>-retseptorlarini bloklaydi. Intranazal ishlatilganidan so'ng allergik rinitning belgilari (burun bo'shlig'idagi qichishish, ak-sirish, rinoreya) yo'qoladi va burun shilliq qavatining shishi kamayishi hisobiga burundan nafas olish yaxshilashadi. Antigistamin dori vositalari bilan birga  $\alpha$ - adrenomimetiklar (naftizin, sanorin, galazolin) ishlatiladi.

*Allergodil-spreylar*: kattalarga va 6 yoshdan kattalarga- har bir burunga 1 sepishdan 2 marta sutkasiga

*Leokabastin*: kattalar va 6 yoshdan kattalarga intranazal- har bir burun yo'liga 2 ta ingalyatsiyadan sutkasiga 2 marta.

*Nazivin (oksimetazolin)*: 1 yoshgacha 0,01%, 1-6 yoshgacha 0,025%, kattalar va 6 yoshdan kattalarga 0,05% li eritmasi buyuriladi.

*Ksimelin (ksimetazol)*: Kattalarga 0,1% li, bolalarga 0,05% li spreylar ishlatiladi.

- *Umumiy davo* asosan patogenetik davoga kiradi, lekin immunologik usul ishlatilsa etiologik davoga aylanadi. A.S. Kiselyov aytganidek spetsifik immunoterapiya samarali foyda beradi, lekin laboratoriya sharoitida allergenni ajratib olish qiyin hisoblanadi. Undan tashqari spetsifik immunoterapiya zardobi giperergik reaksiya'ni yuzaga keltirib anafilaktsiya'ni va atopik astmani hurujiga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun qo'llash qiyin bo'lganligi sababli bizda bu usulda davolash keng tarqalmagan. Allergik rinitlarni davolashda eng yaxshi, og'iz orqali beriladigan umumiy ta'sir etuvchi allergiyaga qarshi dori vositalari hisoblanadi.

Antigistamin dori vositalari, hozirgi kunda keng tarqalgan dimedrol, diazolin, suprastin, tavegil davolash maqsadida ishlatilini kelmoqda. Bu dorilarning farmakologik ta'siri endogen gistaminlarni qon tomirdagi

gistamin retseptorlariga biriktirmaslik va gistaminlar shu retseptorlarda bloklashdan iborat. Hozirgi kunda shu dorilarning yangi avlodi ishlatilib kelmoqda. Bu dorilar  $H_1$  – gistamin retseptorlariga tanlab ta'sir qiladi, tomirlarning silliq mushagiga gistamin ta'sir qilmaydi, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini kamaytiradi, bezlarni ekskretor funksiyasini va eksudatsiya'ni bloklaydi, qichihishini, kapillyarlar stazini, eritemani kamaytiradi allergik jarayonni kechishini yengillashtiradi.

Ichish uchun ishlatiladigan dori vositalari:  $H_1$  – gistamin retseptorlari bloklashga asoslangan. Bu dori vositalarining yutug' tomoni 24 soat ta'sir ko'rsatadi. Hech qanday sedativ, uxlatadigan va depressiv ta'siri yo'q (gematoensefalik to'siqdan o'tmaydi).

*Loratadin*- ovqat qabul qilinguncha tavsiya qilinadi. Kattalar va 12 yoshdan kattalarga yoki tana og'irligi 30 kg dan ortiq bo'lganlarga- 10 mg (1 tabletka yoki siropdan 1 choy qoshiq) kuniga 1 mahal tavsiya qilinadi.

*Dezloratadin*- ovqat qabul qilishga ta'lluqli emas. Kattalarga va 12 yoshdan kattalarga- 5 mg/ sutkasiga. 2-5 yoshli bolalarga (sirop shaklida)- 1,25 mg/sutkasiga, 6-11 yoshlilarga- 2,5 mg/ sutkasiga tavsiya qilinadi.

*Ketotifen (astafen, ketotiv, zaditen)* semiz hujayralarni membranasini mustahkamlaydigan ta'sirga ega. Bu dorini sutkasiga 2 mahal 0,001 g tavsiya qilinadi. Bu dorining kamchiligi: uyquvchanlik, sedativ ta'sirlarga ega

Umumiy steroid davo allergik tumovda juda kam ishlatiladi. Lekin glyukokortikoidlar bilan antigistamin dori vositalarini birga qo'llash juda yaxshi samara beradi.

*Bekonaze*- intranazal qo'llash uchun aerosol shaklidagi glyukokortikoid vositadir. 1 doza 50 mkg beklametazon dipropionat aktiv moddasini tutadi. Juda kuchli yallig'lanish va allergiyaga qarshi ta'sirga ega bo'lib, shish va giperemiya'ni qaytaradi. Mavsumiy va doimiy allergik rinitda profilaktika va davolash maqsadida 2 ta ingalyatsiyadan kuniga 2 mahal sepiladi. Maksimal sutkalik ingalyatsiya- kuniga 8 ta.

### 2.7.5. *Ozena (sassiq tumov)*

*Ozena (grek. ozo- lrid tarqatish yoki ozaina- burundagi sassiq polip (qadimgi nomi); sinonimlari- surunkali atrofik sassiq tumov yoki genuinli tumov)- burun bo'shlig'ining to'qimasini spetsifik yallig'lanish kasalligi bo'lib, burun shilliq qavatini, burun chig'anoqlarining suyak*

asoslarini, burun to'sig'ini tog'ay va suyak qismlarini va uning piramidasini kuchayib boruvchi atrofiyasi bo'lib, burunda quyuq ajralma kelib, qatqaloq bo'lib qotuvchi, sassiq va (ko'ngil aynatuvchi), masofadan keluvchi hidli kasallik hisoblanadi.

Bu kasallik haqida ma'lumotlar juda qadim yillarga borib taqaladi. Misrda bundan er. 1500 yil oldin ozenani Naa deb atashgan, er. old. 1000 yilda esa induslar- putinatsiya (sassiq burun) deb ataganlar. Qadimgi vrashlar bu kasallikni alohida kasallik deb qaraganlar. Er. old. II asrda Galen ozenani burunning sassiq yarasi deb atagan. XI asrda Konstantin Afrikanskiy ikkita turga bo'lgan- yarali va yarasiz. Yevropada salib yurishlar davrida (1096-1270 yillar) ozenani- zaxmning yarali jarayoni deb ataganlar. Evropada ozenani zamonaviy tushunchalari XIX asrga kelib paydo bo'ldi. J.H. Cloquet, C. Michel, A. Frenkel larni fikricha kasallikni kelib chiqishida burun shilliq qavatini va pastki burun chig'anog'ining atrofiyasi deb qarashgan.

Ozenani tarqalishi har xil bo'lib, qora tanlilarda, mulatlarda va arablarda bu kasallik umuman uchramaydi. Yevropaning Ispaniya, Gretsiya, Shveytsariya mamlakatlarida ko'p uchraydi. Bu kasallikning uchrash chastotasi juda kam bo'lib rinosinual kasalliklar ichida- 0,75 dan 3% gachani tashkil etadi. Kasallik bolalik davrida va 40-50 yoshdan keyin hamma kasallik belgilari yo'qolib faqat endonazal strukturalarda atrofiya belgilari qolganida uchraydi. Bu kasallik ayo'llar orasida ko'p uchraydi, bunga sabab ayo'llarda endokrin kasalliklar ko'p bo'lishi deb qaraladi. Ozenani kelib chiqishiga olib keluvchi omillarga yomon ijtimoiy ahvol, ovqatlanishni buzulishi, zararli odatlar, surunkali o'choqli infeksiyalar va infeksiyon kasalliklar (skarlatina, qizamiq, suvchechak, bo'g'ma), kasbiy kasalliklar, burun suyaklarini va yuz skeletini vegetativ nerv sistemasi bilan kechgan travmalar misol boladi.

**Etiologiya va patogenezi.** Oxirigacha o'rganilmagan. Sabablar kasalliklarning nazariyalarida o'z aksini topgan.

- *Anatomik nazariya*- bu nazariya egalari burun yo'llarining kengligi bilan buni izohlashadi. Bu esa burun shilliq qavatlarini qurishiga sabab bo'ladi va natijada yallig'lanadi. Lekin bu nazariya egalari burun yo'llari tor kasallarda nega uchrashini sababini tushuntirib bera olmaydilar.

- *Patofiziologik nazariya*- bu nazariya egalari kasallikni kelib chiqishida avval ichki burun strukturalarida yallig'lanish kasalliklari bo'lib o'tishi natijasida bo'lgan deb qarashadi. Bu nazariya'ning tasdig'ini kasallikni klinik kechishida kuzatish mumkin.

- *Infeksion nazariya*- bu nazariya egalari esa kasallik qo'zg'atuvchi (shilliq tayoqcha, Abel bakteriyasi, va nihoyat ozana klepsiellasi) bilan bog'liq deb qarashadi. L.B. Daynak fikricha (1987), ozenani maxsus qo'zg'atuvchisi bo'lmaydi, sababi bemorlarning burnidan bakteriologik surtma olib ekilganda har xil qo'zg'atuvchilar topilgan.

- *O'choqli nazariya*- bu nazariya infeksiion nazariyaga yaqin bo'lib, kasallikni kelib chiqishida burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari rol oy'naydi deb qaraladi. Haqiqatdan ozena bilan og'rikan bemorlarda ko'p miqdorda surunkali latent kechuvchi sinusitlar aniqlanadi. Bu o'z navbatida ikkilamchi infeksiya vazifasini bajarib, burun shilliq qavatini himoya faoliyatini pasayishiga sabab bo'ladi. Keyinchalik burun shillig'ini ishlab chiqarish kamayadi, lizosim, mutsin, ingibin kabi biologik antibakterial moddalarni ishlab chiqarilish pasayadi va to'qima immuniteti pasayishiga olib keladi.

- *Nasliy nazariya*- bu nazariya egalari kasallikni "oilaviy kasallik" deb qarashadi. Ko'p olimlarning fikricha bu oilaviy kasallik emas, balki faqat oilaviy moyillik deb qaraladi. L.B. Daynak fikricha endogen va ekzogen omillar yordamida burun chig'anoqlarining suyak qismini shilliq qavati birlamchi zararlanadi, bu esa atrofiyaga olib keladi, bu o'z navbatida shilliq qavatda yoqimsiz o'zgarishlarga sabab bo'ladi.

- *Neyrogen va immun nazariya*- distrofik jarayonlarning asosida, VNS ning simpatik va parasimpatik nerv sistemalarini orasida nomutanosiblik kelib chiqishi yotadi hamda ikkilamchi immunitetni pasayishiga olib keladi.

- *Neyroendokrin nazariya*- bu nazariyalarning ichida o'z o'rniga ega bo'lgan nazariyadir. Bunda birlamchi sabab (travma, infeksiya o'chog'i, o'sma, endokrin disfunktsiya, har xil xavf omillari) vegetativ markazlarga, trigeminal zonaga, tanglay-qanot tuguniga, bo'yinning simpatik tugunlariga nojo'ya ta'sir ko'rsatib (L.D. Rabotnov, V.F. Undris, I.V. Filatov), rinotsinual sohada distrofik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Neyrovegetativ o'zgarishlar bilan bir qatorda endokrin buzulishlar birga kechadi. Ozenani klinik belgilarini kuchayishi jinsiy bezlarni faoliyati aktivlashadigan davrga to'g'ri kelsa, klinik belgilarni susayishi esa jinsiy bezlarni faoliyati susayishi davriga to'g'ri keladi. Bu o'z navbatida neyrovegetativ sistemani endokrin sistema bilan bog'liqligini anglatadi.

**Patologik anatomiya. Makroskopik belgilari.** Burun bo'shlig'ining hamma qismlarini atrofiyasi aniqlanadi. Umumiy burun shunchalik keng bo'ladiki, hatto oldingi rinoskopiya halqumning yuqori qismining

orqa devorini ko'rsa bo'ladi. Burun chig'anoqlari kichraygan, shilliq qavati oqish, usti laklanganga o'xshaydi. Burun bo'shlig'ining yuzasi xira kulrang sassiq qatqaloq bilan qoplangan va shilliq qavatdan qiyinchilik bilan ko'chiriladi. Ayrim cho'zilgan holatlarda halqum va halqum-hiqildoqning shilliq qavatini atrofiyasi, atrofik laringit va traxeya'ning atrofiyasi kuzatiladi. Bu ozenani barcha yuqori nafas yo'llarini sistemali zararlanishidan dalolat beradi. *Mikroskopik tekshiruv.* Silindrik hilpillovchi epiteliy ko'p qatorli yassi shoxsimon epiteliyga aylanganini ko'rish mumkin. Ayrim sohalarda epiteliy biriktiruvchi to'qima bilan qoplanib bo'lgan bo'ladi. Burun biriktiruvchi qavati nozik bo'lib, bu yerda bez apparati deyarli yo'q, saqlangan bez sekret bilan cho'zilgan bo'ladi; epiteliylari atrofiyaga uchragan bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy limfosit va monosiyalar bilan infiltratsiyaga uchragan bo'ladi. Kavernov qon tomirlar sklerozga uchragan, nerv tolalari biriktiruvchi to'qima bilan ezilgan va atrofiyaga uchragan. Burun suyagida ayniqsa os turbenalida va oz miqdorda g'alvirsimon labirintda kuchli distrofik o'zgarish va atrofiya belgilari aniqlanadi. Suyak to'qima qalinlashgan suyak usti parda bilan qo'shilib ketgan. Atrofiya jarayoni suyak qismiga va tog'ay qismiga ham o'z ta'sirini o'tkazadi. Bunday holatda tog'ay o'zining elastikligini yoqotadi, kichrayadi va burun qirrasini cho'kadi.

**Klinikasi.** Ozenani 3 ta bosqichi tafovut qilinadi

1) *Boshlang'ich bosqich*- asosan 7-8 yoshli bolalarda rivojlanib, hech qanday tipik belgilersiz boshlanadi. Ota-onalar bolaning burnidan quyuq yiring kelayotganini va uni sassiq hidli ekanligidan shifokorga ma'lumot beradilar. Bemorda burun bitish belgilari, ishtahani pastligi, vaqti-vaqti bilan bosh og'rig'i, holsizlik, uyqusizlik belgilari paydo bo'ladi. Burun shilliq qavati biroz oqishroq, burun chig'anoqlari nisbatan kattalashgan, burun yo'llarida cho'ziluvchan ajralma aniqlanadi, sassiq hidli qatqaloqlar paydo bo'lgan bo'ladi. Burundan keladigan ajralma doimiy sassiqroq tusga kiradi, balog'at davriga va hayz davriga kelib hid kuchayishni boshlaydi. Boshlang'ich bosqichida sassiq hid bemorning o'ziga bilinishni boshlaydi, vaqt o'tishi bilan hid bemorga bilinmay qoladi. Bemorda qaytmas anosmiya rivojlanadi, atrof-muhitdagilar bemordan jirkana boshlaydilar.

2) *Avj bosqich*- ozenani rivojlanish bosqichi hisoblanadi. Bemorlarning shikoyatlari burunda qurushni his qilishga va burun bitishiga bo'ladi bundan tashqari qatqaloqlar ko'p miqdorda hosil bo'lishiga, burun piramidasi va burun yondosh bo'shliqlari sohasida og'riq hissiga, hid bilish faoliyatini yo'qligiga va ta'm bilishni pasayishiga, uyqu buzil-

ishiga va tez charchab qolishga shikoyat qiladilar. Obyektiv tekshirilganda burun piramidasi yaxshi rivojlanmaganligini, lablari qalinlashganligini, yuz skeletlarini yaxshi rivojlanmaganligini ko'rish mumkin. (1.23-rasm).



1.23-rasm. Ozena. (B.S. Preobrajenskiy bo'yicha 1963.)

Oldingi rinoskopiya keng burun yo'llari, burun chig'anoqlarini subtotal atrofiyasi, burun shilliq qavatini atrofik bo'lishi, burun ichki strukturalariga zich yopishgan xira-kulrang qatqaloqlarni ko'rish mumkin. Ozenani yaxshi ko'rgan joyi o'rta burun chig'anog'i va o'rta burun yo'li hisoblanadi. Agar qatqaloqlar olib tashlansa, tagidan oqish, nozik, qonamaydigan shilliq qavat ko'rinadi. Oldingi rinoskopiya qilib ko'rilganda halqumning oldingi devori va asosiy bo'shliqning oldingi devori bilan u yerda chiqaruv teshiklarini ko'rish mumkin.

Faringoskopiya halqumning orqa devorining shilliq qavatini atrofiyasini ko'rish mumkin. Bu kasallarda atrofik laringit va traxeitni belgilarini ko'rish mumkin.

3) *Tugash yoki terminal bosqich*- asosan 40 yoshdan keyin rivojlanadi. Burunda ajralmalarni hosil bo'lishi va qatqaloqlar hosil bo'lishini tugashi kuzatiladi. Burundan asta sekin hid ketishni boshlaydi. Bemorlar shikoyat qilishni kamaytiradilar. Burun, halqum, hiqildoq shilliq qavatini atrofiyasi saqlanib qoladi va yuz-jag' sohasining yumshoq to'qimasini morfologik o'zgarishlari qoladi. Keyinchalik shifokorni vazifasi surunkali atrofik rinitni davolashdan iborat bo'ladi

### ***Ozenani klinik turlari.***

a) *Bir taraflama ozena*- bu kasallik turi burun to'sig'i qiyshiqi bo'lgan bemorlarda uchraydi. Tipik ozena jarayoni burun keng tomonida shakllanadi, tor qismida umuman shakllanmaydi. Ozena tor burun yo'llarini yoqtirmaydi.

b) *Lokal atrofik ozena*- faqatgina burun bo'shlig'i va burun-halqum ayrim qismlarida atrofik sohalar aniqlanadi. Asosan o'rta burun yo'llarida yoki faqat orqa qismlarida patologik jarayon shakllanadi. Burun pastki chig'anoqlarining oldingi qismida normal holat kuzatiladi.

c) *Qatqaloqsiz ozena*- bu turi uchun burundan ajralma kelishi va qatqaloqlar hosil bo'lishi xarakterli emas. Shunga monand kakosmiya aniqlanmaydi. Lekin boshqa belgilari u yoki bu darajada shakllangan bo'ladi.

*Tashxis va qiyosiy tashxis.* Boshlang'ich davrida tashxis qo'yish birmuncha qiyin bo'ladi. Ayniqsa bolalarda "banal surunkali tumov" uzoq, sababsiz cho'zilganligi uchun aniqlash qiyin bo'ladi. Shundan so'ng ozenani birlamchi belgilari paydo bo'ladi, tashxislash shu paytda aniqroq bo'lishni boshlaydi. Avj davrida ozenani tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi.

Qiyosiy tashxisni ozenani boshlang'ich davrida o'tkazish qiyin bo'ladi, ko'pincha boshlang'ich davrini gipertrofik rinit bilan adashtiriladi. Ozenani yana uchlamchi zaxm bilan qiyosiy tashxislanadi. Bundan tashqari rinoskleroma, surunkali yiringli sinusit, rinolit, posttravmatik osteomieliit, o'sma kasalligini parchalanish davri bilan qiyosiy tashxislanadi.

*Asoratlari.* 2 ga bo'linadi.

*1. Mahalliy asoratlar.*

a) Ozenali faringit (shilliq qavat atrofiyasi, qatqaloqlar, og'izda qurush belgilari, disfagiya aniqlanadi.)

b) Ozenali laringit (hiqildoq shilliq qavatini subatrofiyasi, ovoz xiralashishi, hiqildoqda shish va doimiy yo'tal aniqlanadi.)

c) Surunkali yiringli sinusit (gaymorit, etmoidit, frontit, sfenoidit)

d) Ko'z va uning hosilalarini yallig'lanish kasalliklari (blefarit, konyuktivit, keratit, dakriosistit)

e) O'rta quloq va eshituv nayining yallig'lanish kasalliklari. Bemorda aralash tipda eshitish pastligi aniqlanadi.

*2. Alohida asoratlar.*

a) OIT tomonidan kasalliklar (pirofagiya, surunkali gastrit, dispeptik o'zgarishlar, ko'ngil aynishi, gohida qusish, ishtaha yo'qligi, qorin dam bo'lishi, qo'lansa hidli axlat.)

b) Bronx-o'pka asoratlari (surunkali va mavsumiy kataral traxeo-bronxitlar, bronxopnevmoniya, ikkilamchi bronxoektazlar)

c) Nevrologik asoratlar (uch shoxli nervning nevrалgiyasi, kraniofasial og'riq sindromlari)



d) Psixastenik buzulishlar (intellektual apatiya, xotirani pasayshi, depressiv holat)

**Davolash.** Etiologik davolash ozenada asosiy davolash usuli hisoblanadi. Hamma davolash usullari nazariyalarga asoslanadi. Shuning uchun zamonaviy davolash burun shilliq qavatini trofikasini yaxshilashga, burun bo'shlig'ini normal hajmini tiklashga, ozenani tipik qo'zg'atuvchisi kliebsiella ozenaga qarshi kurashishdan iborat. Davolash ikkiga bo'linadi.

1. *Konservativ davolash.* Bunga: fiziologik va ishqoriy eritma bilan burun bo'shlig'ini yuvish, qatqaloqlarni proteologik ferment bilan yuvib ularni yumshatiladi va ko'chiriladi, har xil vitaminsimon, Lyugol eritmasi bilan, salkoseril bilan burun bo'shlig'i chayiladi.

Burunni dezinfeksiyali eritmalar bilan yuvishdan oldin burunni ichiga proteologik fermentli dori vositalarini 15-20 minut yoki na'matak yog'ini 1,5-2 soatga tamponcha shaklida burniga tiqiladi. So'ng burun bo'shlig'i 2% li natriy bikarbonat eritmasini glitserin aralashmasi bilan yuviladi. Bemorni eshitish naylariga suyuqlik kirib ketmasligi uchun, bemor burnini yuvayotganda boshi biroz ko'tarilgan holatda bo'lishi kerak. A.S. Kiselyov (2000), N.P. Simanovskiy tavsiya qilgan dori vositasi xushbo'y hidga va bakteriotsid ta'sirga ega bo'ladi (Thymoli 0,1 + Spiritus aethylici 95%- 20,0; 2-3 tomchi 1 stakan suvga qo'shiladi). Yuvish shprints bilan amalga oshiriladi. Yaxshi kompleks davoda dezodorirlovchi, bakteriotsidli va stimullovchi xususiyatlarni xlorofilkaratin pasta amalga oshiradi (Passtae chlorophyllo- carotini 0,2+ Butyri Catsao 0,5, shamchada) yoki ixtiol malhamini ishlatish mumkin (Ung. Ixthyoli 2%- 30,0+ Ol. Jecoris Aselli+ Ol. Persicorum 5,0 ml). Bundan tashqari A,E vitaminlarini yog'li eritmaları, zaytun yog'lari yaxshi samara beradi.

Fizioterapevtik davo ham yaxshi foyda beradi, masalan endonazal elektroforez 1-2% -KY eritmasi bilan (20 ta muolajaga), 0,5-1% nikotin kislota eritmasi (15 muolajaga), 0,1-0,2% li ximotripsin eritmasi (15 ta muolajaga) tavsiya qilinadi.

Ozenani davolashda medikamentoz usul qo'llanadi. Ayniqsa kliebsiella ozenaga sezgir antibiotiklar tavsiya qilinadi. Bularni ichida aktivligi bo'yicha sterptomitsin sulfat hisoblanadi.

2. *Jarrohlik usulida davolash.* Etiopatogenetik nazariyalardan anatomik va neyrogen turlarida qo'laniladi.

A) Burun yo'llarini toraytirishga asoslangan usullar.

a) *Burun to'sig'iga burunning lateral devorini surish usuli.* Ikkala yuqori jag'ning oldingi devoridan kesib ochiladi. Medial devoridan shilliq qavati ajratib olinadi. Shundan so'ng ajratib olingan shilliq qavat pastki burun chig'anog'i bilan birga burun to'sig'i tomon suriladi. Ikkala qiyqim (loskut) shunday holatda bo'shliq ichiga to'mtoq tampon tiqilib va ipak tola bilan tikib qo'yiladi.

b) *Burun to'sig'i osti shilliq qavati va uning lateral devorini alloplast implantatsiyasi usuli.*

- Burun pastki chig'anog'i shilliq qavati ostiga 1:1 nisbatda parafin yoki bariy sulfat aralashmasi yuborish;

- Burun to'sig'i shilliq qavati ostiga xuddi shu moddalarni yuborish;

- Shilliq osti va suyak usti pardaga ikkita hosil bo'lgan akril tayoqchalarini yuborish. Ulardan biri tub sohani va og'iz dahlizi orqali kesilib burun to'sig'ining pastki sohasini shakllantirsa, ikkinchisi pastki burun chig'anog'ini shakllantiradi. Akril tayoqchalarining diametri gugurt cho'pidan katta bo'lishi kerak emas.

B) Burun shilliq qavatini oziqlanish jarayonini stimulatsiyasiga qaratilgan usullar.

Alloplast implantli materiallar burun shilliq qavatini oziqlanish jarayonini stimullab beradi. Shu maqsadda K.L. Xilov (1962) vegetativ nerv chigalini stimulyatsiya qilish qo'llanmasini ishlab chiqqan. Burun to'sig'ini orqa qismiga sintetik mahsulot- ivalonni ko'chirib o'tkazgan. Bu mahsulot ko'p miqdorda biriktiruvchi to'qimaga o'xshash va simpatik nerv tolalarini stimullash xususiyatiga egadir.

C) Burun shilliq qavatini namlashga qaratilgan usullar.

- *Almeyd usuli*- ko'z yosh qopidan o'rta burun yo'liga ko'z yosh oqishi uchun drenaj shakllantirish. Burun shilliq qavatini nisbatan namlanishiga sabab bo'ladi.

- *Vitmaak usuli*- bunda quloq oldi bezining chiqaruv kanali yuqori jag'ga implantatsiya qilinadi. Burun o'rta chig'anog'ini yuvulib turishiga sabab bo'ladi.

- *Uyqu arteriyasining simpatik nerv chigalini olib tashlash*- burun shilliq qavatini giperemiyasuga sabab bo'lib, bezlarning funksiyasini aktivlashishiga sabab bo'ladi.

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

*Sinusit*- bu burun yondosh bo'shliqlarini shilliq qavatini, shilliq osti qavatini, gohida suyak usti parda va suyak qismini yallig'lanishi bilan birga kechuvchi kasallikdir.

Burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishi LOR kasalliklarini ichida birinchi o'rinda turadi. Pediatrriyada barcha yuqori nafas yo'llari kasalliklari ichida burun yondosh bo'shliqlari kasalliklari 28-30% ni tashkil etadi. Shu kasallik bilan og'rigan bolalarning 50% keksalikkatsha kasallanishda davom etadi. Jarayon burunning bir nechta bo'shliqlariga bir vaqtda tarqalsa- polisinusit, bir tomonlama hamma bo'shliqlarni yallig'lanishi- semisinusit, hamma bo'shliqlarni yallig'lanishi- pansinusit deb ataladi. Yuqori jag' bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi (gaymorit)- 12,9 %, surunkali yallig'lanishi 7,1% ni tashkil etib, boshqa sinusitlar ichida ko'p uchraydi. Keyin g'alvirsimon bo'shlig'ining yallig'lanishi (ethmoidit)- 1,6% ni tashkil etsa, keyingi o'rinda peshona bo'shlig'ini yallig'lanishi (frontit)- 0,3% va asosiy bo'shliqni yallig'lanishi (sphe-noidit) egallaydi. Yoshi 7 yoshdan oshgan bolalarda va kattalarda gay-morit, 3 yoshgacha etmoidit (80-92%), 3 yoshdan 7 yoshgacha bolalarda ko'proq etmoidit va gaymorit qayd etiladi. Ko'pincha gaymoroetmoidit (70% gacha) kombinatsiyasi tashkil etsa, eng kamini frontoetmoidit (14%) kombinatsiyasi tashkil etadi.

**Tasnifi.** Shu paytgacha bir nechta olimlar o'zlarining turli tavsiflarini tavsiya etganlar. Shulardan bir nechtasini ko'rib chiqamiz.

I) B.S. Preobrajenskiy (V.T. Palchun 1974 yilda)ning takomillashgan tavsifi quyidagicha.

A. *Ekssudativ shakli:* 1) kataral; 2) serozli; 3) yiringli (davolash asosan konservativ va ayovchi jarrohlik usullari (zondlash, punksiya, drenajlash, burun yondosh bo'shliqlarini endoskopik ochish, infundibulotomiya va boshq)

B. *Produktiv shakllari:* 1) devor oldi giperplastik turi; 2) polipozli (davolash jarrohlik usulida, giposensibilizatsiyali dori vositalari bilan birga qo'llab)

C. *Alterativ shakllari:* 1) atrofik; 2) nekrotik; 3) xolesteatomali; 4) kazeozli (jarrohlik usulida davolash)

D. *Aralash shakllari (yiringli-polipoz, kistozli-polipoz)*

E. *Vazomotor va allergik sinusit*

II) 1997 yilda Z.S. Piskunov va G.S. Piskunovlar tavsifini tavsiya qiladilar.

1. Kechishi va jarohatlanish shakli bo'yicha

- A) O'tkir;
- Kataral;
- Yiringli;

- Nekrotik;
- B) Surunkali;
  - Kataral;
  - Yiringli;
  - Devor oldi- giperplastik;
  - Polipoz;
  - Fibroz;
  - Kistali (aralash shaklli bo'lishi mumkin, masalan: yiringli-polipoz, kistali-polipoz)
    - Asoratlangan (osteomielit, xolesteatoma, pio-mukatsele, ko'z orbitasi klechatkasiga yallig'lanishni tarqalishi)
      - Allergik;
- 2. Kelib chiqish sababiga ko'ra:
  - Rinogen;
  - Odontogen;
  - Travmatik;
- 3. Qo'zg'atuvchining xarakteriga ko'ra:
  - Virusli;
  - Aerob bakteriyali;
  - Anaerob bakteriyali;
  - Zamburug'li;
  - Aralash;
- 4. Jarayonni tarqalishiga ko'ra:
  - Etmoidit;
  - Gaymorit;
  - Frontit;
  - Sfenoidit;
  - Etmoidogaymorit;
  - Etmoidofrontit;
  - Etmoidogaymorofrontit;
  - Etmoidogaymorosfenoidit;
  - Etmoidofrontosfenoidit;
  - Gemisinusit (o'ng tomonlama, chap tomonlama)
  - Pansinusit.

III) Kechishi bo'yicha 1997 yilda Klement P.A quyidagicha taklif bergan.

1. *O'tkir*- yallig'lanish jarayoni bolalarda 12 haftagacha, kattalarda 8 haftagacha davom etgan bo'lsa.

2. *Qaytalanuvchi*- yil davomida 2-4 marta simptomsiz davrlar bilan kechsa

3. *O'tkir osti*- o'tkir respirator virussiz boshlansa va hurujsiz kechsa.

4. *Surunkali*- bolalarda yallig'lanish jarayoni 8 haftadan ko'p bo'lsa, kattalarda 12 haftadan oshgan bo'lsa yoki medikamentoz davolashdan keyin 4 haftadan keyin tashxis qo'yilsa.

5. *Surunkali sinusitning huruji*- to'satdan odatdagi simptomlarni og'irlashishi yoki yangilarini paydo bo'lishidir.

*Nazokomial* yoki *postinkubatsion sinusit*- bu sinusitni alohida shakli bo'lib, 24 soat ichida reanimatsiya bo'limida davolanuvchi bemorlar orasida shakllanadi.

Jarayonni og'irlik darajasiga qarab.

- *Yengil kechishi*- tana harorati subfebrill, umumiy intoksikatsiya belgilarini (bosh aylanishi, holsizlik, bosh og'rig'i) sekin asta namoyon bo'lishni boshlaydi. Hid bilish faoliyati nisbatan pasaygan, mahalliy- burun biroz bitgan va burundan shilliq yoki shilliq- yiringli ajralma aniqlanadi. Rentgenogrammada va kompyuter tomografiyada burun shilliq qavatini shilliq oldi shishi tipida qorayish aniqlanadi, shilliq qavatning qalinligi 6 mmgacha (norma- 0,1- 0,5 mm) bo'ladi.

- *O'rtacha og'irlikda kechishi*- tana harorati  $37,5^{\circ}\text{S}$  dan baland bo'ladi, umumiy intoksikatsiya belgilari kuchliroq namoyon bo'lishni boshlaydi. Bemorlar bosh og'rig'iga, hid bilish pastligiga, og'riqni quloqqa va tishlarga uzatilishiga shikoyat qiladi. Mahalliy: burunda quyuc shilliq- yiringli ajralma aniqlanadi, burun bitishi, uchlamchi nerv tolasi chiqadigan teshiklar bosib ko'rilganda og'riqli bo'lishi, periferik qondagi patologik o'zgarishlar (leykositlarni chapga siljishi) aniqlanadi. Rentgenogrammada va kompyuter tomografiyada burun shilliq qavatini total qorayishi aniqlanadi, shilliq qavatning qalinligi 6 mmdan ko'p bo'ladi.

- *Og'ir kechivi*- tana harorati  $38^{\circ}\text{S}$  dan yuqori bo'ladi, umumiy belgidan juda kuchli namoyon bo'ladi. Kuchli bosh og'rig'i, uchlamchi nerv tolasi chiqadigan teshiklar bosib ko'rilganda og'riqli bo'lishi, halqumni yoki burundan orqa devoridan ko'p miqdorda yiring oqishi. Periferik qonda leykositar formula chapga siljigan. Rentgenogrammada va kompyuter tomografiyada burun shilliq qavatini total qorayishi bitta yoki bir nechta bo'shliqlarda aniqlanadi, shilliq qavatning qalinligi 6 mmdan ko'p bo'ladi

- *Juda o'gir kechishi*- asosiy belgilari- rinogen kalla ichi yoki ko'z asoratlari aniqlanadi.

## *Etiologiyasi.*

### *1) O'tkir sinusitning etiologiyasi.*

- Rinosinusitlar, har xil viruslar keltirib chiqaradi: respirator- sinsi-tial viruslar, paragripp va gripp virusi, adenovirus, rinovirus, koronavi-rus va boshq.

- Bakterial rinosinusitlar, Streptococcus pneumonia, Moraxella ca-tarrhalis, Haemophilus influenza, Streptococcus pyogenes, Staphilococ-cus aureus, hujayra ichi parazitlari (xlamidiyalar va mikoplazmalar)

- Noma'lum genezli o'tkir rinosinutsit ( shilliq qavatni termik va kimyoviy kuyushlari, atmosfera omillarini ta'siri- past harorat, yuqori namlik)

### *2) Surunkali sinusitlarni etiologiyasi.*

Burun yondosh bo'shliqlarini surunkali yallig'lanishiga infeksiyalar sabab bo'ladi. Asosiylari bakterial flora hisoblanadi. Asosiylari: spora hosil qilmaydigan anaeroblar (Peptostreptococcus, Batsteroides, Prevotella, Veillonella, Fusobacterium avlodidagi bakteriyalar) Strepto-coccus pneumonia, Moraxella catarrhalis, Staphilococcus aureus. Su-runkali zamburug'li rinosinusitlarni: achitqisimon zamburug'lar Candida va Geotrichum, Aspergillus, Penitsillium, Scopulariopsis, Mucor avlodi zamburug'lari misol bo'ladi.

Surunkali rinosinusitning yana bir sababi- allergiya hisoblanadi.

Surunkali yallig'lanishga tashqi omillar (havoda har xil zaxarli moddalar bor joyda, aktiv kimyoviy moddalr bor joylarda ishlab chiqar-ish korxonalarida ishlash, ekologik muhiti zaxarli tumanlarda yashash, doimiy suv sportlarida ishtirok etish va doimiy burun travmalari) ta'sir qilishi mumkin.

Burun yondosh bo'shliqlarini surunkali yalliglanishiga burun to'sig'ini qiyshiqqligi (8- simon qiyshayish, C-simon qiyshayish, tikanak-simon va taroqsimon burun to'sig'i qiyshiqqligi, burun to'sig'ini yuqori-orqa qismlarini pnevmatizatsiyasi), pastki burun chig'anog'ining giper-trofiyasi, o'rta burun chig'anog'ining anomal joylashishi yoki tuzilishi (bullyoz gipertrofiya, suyak gipertrofiyasi, asosiy plastinkani pnevmati-zatsiyasi), ilgaksimon o'simtani anomal tuzilishi, agger nasi hujayra-larini gipertrofiyasi, g'alvirsimon bullani anomaliasi, yuqori jag' bo'shlig'ida qo'shimcha teshigi bo'lishi, yuqori va pastki burun chig'anog'ining bullyo gipertrofiyasi, halqum murtagini gipertrofiyasi, yuqori jag' bo'shlig'ini odontogen o'zgarishi sabab bo'lishi mumkin.

3) *Nazokomial rinosinusitni kasalxona ichi infeksiyasi* qo'zg'atadi. Bularning asosiylari Pseudomonas aeruginosa, Escherichia

coli, *Staphylococcus aureus*, *Candida* va *Aspergillus* zamburug'lari hisoblanadi.

### *Patogenezi.*

#### *O'tkir sinusitda virusli infeksiya'ni patogenezi.*

Asosan bolalarda sinusitlarni sababi (70- 80%) virus hisoblanadi. Virusli infeksiya'ni kelib chiqishiga sabab bo'luvchi omillar: umumiy va mahalliy sovuq qotishlar, ob-havoli sharoit, atrof-muhitni haroratini yoki namligini tezlik bilan o'zgarishi, , charchash, stress holatlar, burun sekretini ishqoriy bo'lishi, gipogammaglobulinemiya, zardobdagi IgG va sekretor IgA faoliyatini pasayishi misol bo'ladi. Virus epiteliyning hujayrasi tarkibiga kirgandan keyin o'zining replikatsiyasini boshlaydi, bunga organizmning yallig'lanish va immun javob reaksiyalari shakllanadi. Buning asosiy belgilari: vazodilatatsiya, qon tomir o'tkazuvchanligini oshishi, hujayra infiltratsiyasi, har xil yallig'lanish mediatorlar mahsulotlari ishlab chiqariladi. Bundan tashqari seroz va shilliq bezlardan shilliq ajrashni boshlaydi, epitelial va subepitelial sohada nerv retseptorlarini qo'zg'aluvchanligi oshadi, bemorni qonida va burun sekretida neytrofillar miqdori oshadi. Eksperimental va klinik tekshiruvlarda bradikinnin, sitokinin, xemokin miqdori oshganligi aniqlanadi. Epitelial qavatda qo'pol morfologik oz'garishlar kelib chiqadi: epitelial hujayrani deskvamatsiyasi, xilpillovchi kiprikchalarni yuzasida va o'zida ultrastruktur o'zgarishlar kelib chiqadi. O'tkir rinit boshlangandan keyin burun shilliq qavatining hilpillovchi epiteliy faoliyati to'xtaydi. Hujayralar deskvamatsiyasi bo'lgandan so'ng bazal qavat ochilib qoladi. Bu o'zgarish esa to'qimani transsudatsiyasiga olib keladi. O'tkir yallig'lanish fonida epitelial sohada destruksiya kuzatiladi, qadoqsimon hujayralar soni kamayadi, alveolyar-nayli hujayralar cho'ziluvchan shilliq ishlab chiqarishni boshlaydilar. Bez hujayralaridan shilliq ishlab chiqarilgandan keyin, shilliq qavat ustida shilliq to'planadi. Shuning uchun ham rinitning ikkinchi bosqichida shilliq zichligi pasayadi. Bu esa o'z navbatida shilliq qavatni birinchi himoya qavatini buzilishiga sabab bo'ladi. Shundan so'ng ko'p miqdordagi mikroblar va agentlar sinusitni keltirib chiqarishni boshlaydi.

#### *O'tkir sinusitda bakterial infeksiya'ni patogenezi.*

Burun shilliq qavatiga bakteriyalarni o'tirishi asosan hilpillovchi kiprikchalari yo'q epiteliy hujayralarida amalga oshadi. Epiteliy qatlamini butunligi- normal himoya funksiyalari uchun yaxshi sharoit hisoblanadi. Ayrim mikroorganizmlar (*Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*)

mophilus influenza) epiteliy hujayralarini butunlay buzulishiga sabab bo'ladi.

Respirator traktini epiteliy qatlamining ustki qatlamida shilliq gel bo'lib, kipriksiz hujayralarga bakteriyalarni o'tirishdan saqlaydi va himoya qiladi. Sekretor antitelalar bakteriyalarni samarali agglyutinatsiya qilib, eruvchan antigen bilan bog'laydi. Sekretor IgA va IgM larning funksiyasi shilliq qavatda infeksiyalarni kolonizatsiyaga olib kelmaslik va eruvchan antigenlarni ishlashiga yo'l berishdan iborat. Gel qatlamini chuqurligi kiprikli epiteliy hujayralaridagi bakteriyalarni harakatlanish tezligiga ta'sir ko'rsatadi. Agar gel tarkibi quyruq va kiprikchalar ustidan chiqib tursa, shilliq harakati sekinlashadi, natijada mikroorganizm va yot jism zarralari kam harakatlanadi yoki harakati to'xtatiladi. Ko'p mikroorganizmlar (*Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*) o'zidan substansiya ishlab chiqaradi, bu o'z navbatida shilliq sekretini oshiradi, natijada uning himoya funksiyalari ham pasayadi.

Ayrim mikroorganizmlar o'zidan silioingibirlovchi omil ishlab chiqaradi. Bu omil kiprikchalar harakatini pasaytiradi, shilliq qavatda ustidagi shilliqni yo'qotadi. Bu xususiyatga, masalan, *Pseudomonas aeruginosa* piosianin va gidroksifenazin moddalarini ishlab chiqaradi. *Streptococcus pneumoniae* pnevmolizin degan modda ishlab chiqarib nafaqat kiprikchalar harakatini yo'qotibgina qolmasdan, balki kiprikli epiteliy hujayra bilan bazal membrana orasidagi bog'liqlikni ham buzadi. Kiprikchalar harakat funksiyasi kiprikchalarning harakat koordinatsiyasini buzilishi hisobiga kelib chiqishi mumkin.

Ko'p bakteriyalarning mahsuloti normal kiprikli epiteliyni jarohatlaydi va shilliq qavatda mikroorganizmlarni adgeziyasiga sabab bo'ladi. Epiteliy jarohatlanish natijasida bakteriyal, mexanik, kimyoviy va boshqa yallig'lanish omillari ta'sirida hujayrani deskvamatsiyasi bo'ladi. Shundan keyin yallig'lanishning ikkinchi bosqichi, mahalliy va umumiy yallig'lanish reaksiyalari kelib chiqadi. Vazodilatatsiya kuzatilib, barcha arteriovenoz anastomozlar ochilib, barcha prekapillyar va kapillyarlarning sfinkterlari bo'shashadi. Mahalliy giperemiya kichik arteriyalarda, arteriolalarda, kapillyarlarda va venulalarda bosim oshishi hisobiga kelib chiqadi. U yerdagi bosim plazmadagi osmotik bosimdan yuqori bo'ladi, natijada mikro qon tomir ichida suyuqlik to'qumaga sizib chiqadi va yallig'lanish shishiga olib keladi. Mahalliy jarohatlangan joylardan fiziologik aktiv moddalar (semiz hujayralardan va bazofillardan ishlab chiqariluvchi gistamin) ajrab chiqib farayon yana kuchayadi.



*Surunkali sinusitda zamburug'li infeksiya'ning patogenezi.*

Shilliq qavatni zararlanishi virusli va bakterial infeksiyalardan keyin kelib chiqadi. Shilliq qavatga zamburug'lar joylashib olgandan keyin shilliq qavatdan eozinofillar chiqishi aktivlasadi. Eozinofillar o'zidan kationli oqsil ishlab chiqarib shilliq qavat epitelyisini jarohatlab, yal- lig'lanishli ta'sir ko'rsatadi. Shundan so'ng zamburug'li allergik rinit kuzatiladi. Lekin ko'p hollarda zamburug'-bakterial assotsiatsiyasi kuza- tiladi.

*Burunning ichki strukturasi anomaliyasi va halqum murtagini gipertrofiyasi.*

Burunda har xil to'siqlar bo'ladigan bo'lsa, havoni turbulentligi va yo'nalishi o'zgaradi. Shilliq qavatni retseptorlari mexanik va kimyoviy ta'sirlanishi kuchayadi. Retseptorlarni qitiqlanishi, ayniqsa tikanaksimon va taroqsimon qiyshiqliklar burun lateral devoriga tegib turgan soha ku- chli qitiqlanadi. Yopiq halqa paydo bo'ladi, ya'ni burun to'sig'ida qiy- shaygan soha kuchli qitiqlansa, uning qarama- qarshi tomonida burun chig'anoqlarining shilliq qavati shishadi va yanada ko'proq burun to'sig'iga bosim uyushtiradi, natijada burun to'sig'ining retseptor oxir- lari yanada qitiqlanadi. Reflektor o'zgarishlar paydo bo'lib, nafaqat shil- liq qavat balki qo'shni va uzoqroq organlarda ham vazomotor o'zgarishlar kelib chiqadi. Vazomotor o'zgarishlar burun chig'anog'ining ma'lum bir qismini yoki hammasini egallashi mumkin. Bundan tashqari osteomeatal kompleksni ahamiati juda katta: anatomik tuzilishlar burun bo'shlig'ini stenoziga va qaytuvchi infeksiyaga sabab bo'lishi mumkin.

**Tashxisot.** Tashxis asosan kompleks tekshirishlardan keyin qo'yiladi. Faqatgina rentgenogrammaga asoslanish bu xatodir, sababi bo'shliqdagi o'zgarish eski kasallikning qoldig'i va yillab saqlanishi mumkin. Bundan tashqari rentgenogrammadagi o'zgarish 12% hollarda o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Tekshirish quyidagicha olib boriladi:

1. Shikoyat va anamnezini baholash;
2. Umumklinik va otorinolaringologik tekshiruv;
3. Burundan ajralmani bakteriologik tekshiruv;
4. Endoskopik tekshiruv (endo foto suratlash), sinusoskopiya (kerak bo'lganda)
5. Biopsiya va sitologik tekshiruv;
6. Burun yondosh bo'shliqlarini rentgenologik tekshirish va ko'rsatmaga asosan kontrast usulda tekshirish.
7. Kompyuter tomogramma (KT), magnit rezonans tomo- grafiya(MRT) (kerak bo'lganda)

8. Diagnostik maqsadda bo'shliqlarni punksiyasi (ko'rsatmaga asosan)

### 3.1. Yuqori jag' bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi

*O'tkir gaymorit (highmoritis acuta)*- yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatini o'tkir yallig'lanishi.

*Etiologiya va patogenezi.* Gaymoritni asosiy qo'zg'atuvchilari 3.3 bo'limda ko'rsatilgan. Lekin yuqori jag'ni yallig'lanishi ko'pincha asorat ko'rinishida kechadi. Bunga misol qilib o'tkir rinit, gripp, qizamiq, skarlatina va boshqa infeksiyon kasalliklar, hamda yallig'langan tishlar (odontogen gaymorit) bo'lishi mumkin. Yallag'lanishda infeksiya'ni kiradigan darvozalari *rinogen, odontogen, travmatik va gematogen* bo'lishi mumkin. Gohida birlamchi yallig'lanish o'chog'i bo'lib g'alvirsimon bo'shliqning yallig'lanishi hisoblanadi.

O'tkir gaymorit *kataral (seroz)* va *yiringli* bo'ladi. Lekin g'arb davlatlarida boshqacha tavsifni taklif qilishgan. Ular o'tkir gaymoritni *kataral noekssudativ, kataral ekssudativ, seroz-yiringli, allergik, suyak to'qimasini nekrotik o'zgarishi* bo'ladi. Kataral shaklida boshliq ichidagi shilliq qavatda giperemiya va shish kuzatiladi. Qon tomirlar va bezlarda hujayra atrofida infiltratsiya aniqlanadi. Bu esa shilliq qavatni qalinlashishiga sabab bo'lsa, u yerda ekssudat ko'payadi va havo bo'shlig'i kamayadi. U yerda havo aylanish faoliyati buziladi va "vakuum" shakllanadi, natijada ekssudat yanada ko'payadi.

Shunday qilib, o'tkir gaymoritni kelib chiqishi, avval yuqori jag' bo'shlig'ini tabiiy chiqaruv teshigi torayadi yoki butunlay okklyuziya bo'ladi, natijada bo'shliqni drenaj faoliyati buziladi va mukasiliar klirens pasayishi natijasida infeksiya bo'shliqlarda qolib yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradi.

*Klinikasi.* O'tkir gaymorit mahalliy va umumiy belgilarga ega bo'lishi mumkin.

*Mahalliy belgilariga* yallig'langan bo'shliq tomonda burun bitishi yoki ikkala burun bitishi, yallig'langan bo'shliq tomonda boshning, yuzning yarmiga yoki chakka qismlarga o'griq har xil irridiatsiya va intensivlikda tarqalishi, burundan yiringli yoki shilliq yiringli ajralmalarni kelishi, hid bilish faoliyati har xil darajada buzilganligi kiradi. Boshni oldinga egiltirilganda og'riqni kuchayishi yoki og'iqlik hissini oshishi xarakterli hisoblanadi. Yuqori jag' bo'shlig'ini oldingi devorini palpat-siya qilinganda bemor og'riqni his qiladi. Bo'shliq proeksiyasida va

paraorbital sohada yumshoq toqimalarda shishi va infiltratsiya paydo bo'lishi yiringli gaymotirdan (orbita flegmonasi, subperiostal ho'ppo'z) dalolat beradi. Shuni aytib o'tish kerakki, o'tkir yiringli gaymorit ko'pincha o'tkir yiringli etmoidit bilan birga kechib, gaymoritning kechishini og'irlashtiradi.

Oldingi rinoskopiya o'rta burun yo'lida shilliq- yiringli ajralma aniqlanadi va burun- halqumga oqib turadi. Shuning uchun ham orqa rinoskopiya va faringoskopiya burun-halqum sohasida va halqumning orqa devorida shilliq- yiringli ajralma aniqlanadi. Ayrim hollarda tajriba o'tkaziladi, buning uchun o'rta burun yo'lining barcha qismlariga adrenalin eritmasi surtib chiqiladi. Ma'lum vaqt o'tgandan keyin boshni oldingi pastga va yon tomonga yallig'langan bo'shliq tomonga egib o'tiriladi. Agar bo'shliqda yiring bo'ladigan bo'lsa, kengaygan yo'l orqali yiring ajraladi (P.P. Zabloskiy- Desyatovski simptom). Burun boshlig'i ko'zdan kechirilganda o'rta burun chig'anog'ini va pastki burun chig'anog'ini shishganligini va giperemiyasini ko'rish mumkin. Agar ikki tomonlama gaymorit bo'ladigan bo'lsa hid bilish yo'qoladi.

*Umumiy belgilariga* tana haroratini subfebrill yoki febrill darajagacha ko'tarilishi, umumiy holatini yomon his qilish, ishtaha pastligi, bosh og'riq bezovta qiladi. Umumiy qon tahlilida yallig'lanishga xos belgilar paydo bo'ladi: formulani chapga siljishi, yuqori darajada leykositoz, EChT ni yuqori bo'lishi. Kasallikni kechishi 2 haftagacha bormasligi mumkin. Noto'g'ri davolanish oqibatida kasallik cho'zilishi va surunkali shaklga o'tishi mumkin.

*Tashxis.* Kasallikni shikoyatlari, anamnestik ma'lumotlariga asoslanib va obyektiv ko'ruvga qarab tashxis qo'yish har doim ham to'g'ri bo'lavermaydi. O'tkir gaymoritni, etmoidit va frontitdan hamda bo'shliq qay darajada patologik jarayon ketayotganini aniqlash uchun bir necha xil tekshiruvlar bajariladi.

1. Endoskopik tekshiruv (1.24-rasm). Hozirgi kunda turli xil endoskoplari ishlatilib kelinmoqda. Ularni ichida, burun bo'shlig'ini egiluvchan ixcham endoskoplardan foydalaniladi. Har xil burchak ostidagi optik qurilmalari orqali burun bo'shlig'ini barcha struktural qismlarini ko'rish mumkin.

O'tkir gaymoritda osteomeatal kompleksga baho beriladi, o'rta burun yo'lidan aniqrog'i gaymor bo'shlig'ini tabiiy chiqaruv teshigidan yiring chiqayotgani ko'riladi.

2. Rentgenologik tekshiruv. Deyarli patologik jarayon qay darajada bo'shliqni yallig'lantirganligini ko'rib baho berish mumkin. Boshliq yallig'langan bo'lsa tasvirning tiniqligi o'zgaradi.



1.24-rasm. Endoskopik tasvir. O'rta burun yo'lida yiringni ko'rinishi



1.25-rasm. A) Normal gaymor bo'sg'lig'i rentgenogrammasi; B) Chap taraflama gaymorit rentgenogrammasi

Shish yoki shilliq qavatning qalinlashishi bo'shliqning vualizatsiyasiga sabab bo'ladi, agar boshliq ichi yiring yoki shilliq bilan to'lgan bo'lsa- uning intensiv soyalanishiga sabab bo'ladi. Rentgenografiya qilinayotganda bemor vertikal holat tanlagani uchun suyuqlik yuqoridan pastga oqib tushganligi uchun rentgenogrammada gorizontalsath aniqlanadi.

3. KT yoki MRT tavsiya qilinishi, qachonki yuz skeletida qo'pol chegaralangan yallig'lanish belgilari, infeksiyalarga yuqori verulentlilik bo'lsa, immunodefitsit holatida, hamda yallig'lanish jarayoni og'ir klinik kechishida, yiringli asorat belgilari (yuz, orbita va retroman-

dibulyar sohani flegmonasi, bosh miya'ni sinuslarini trombozi) bo'ladigan bo'lsagina tavsiya qilinadi(1.26-rasm).



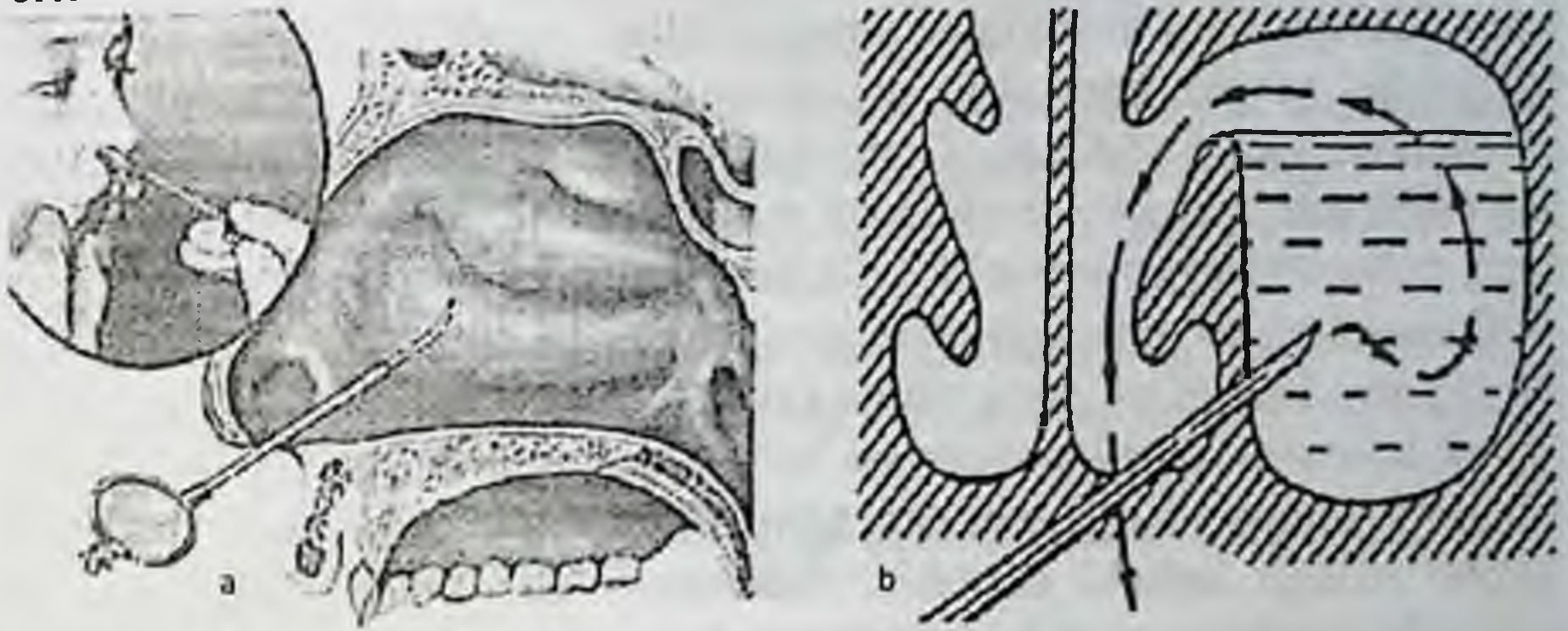
1.26. KT, koronar proeksiya, chap taraflama gaymorit

4. Otkir yallig'lanishda KT da gaymor bo'shligi uchun nima xarakterli degan savolga, S.V. Kuznesov (1990) KT bilan 84 ta o'tkir rinosinit tashxisi bemorlarni tekshirganda, gripp etiologiyali o'tkir yallig'lanish jarayonida yuqori jag' bo'shlig'ining shilliq qavati qalinlashganini va infiltratsiyalanganini aniqlagan, bir vaqtning o'zida burun boshlig'ining ichki strukturalarida vualizatsiya va qalinlashishni ko'rgan. Deyarli hamma vaqt yuqori jag' bo'shlig'ida ma'lum bir miqdorda suyuqlik qoladi.

5. "Sinuskan" ultra tovush apparati yordamida yuqori jag' bo'shlig'ini tekshirish. Bu usul quyidagilarga asoslangan: 1) u havo muhitidan o'ta olmaydi; 2) suyuqlik va zich to'qimalardan yaxshi o'tadi; 3) har xil zichlikdagi bir-biriga tegib turgan muhitlarda tasvir paydo bo'ladi, masalan: suyuqlik-suyak, suyak-havo, suyak- kista.

6. Yuqori jag' bo'shlig'ini punksiyasi. Bu amaliyot ham davolash va tashxis uchun qo'llaniladi. Punksiya qilishdan avval burun bo'shlig'ining shilliq qavatini yaxshilab qon tomir toraytiruvchilar bilan anemizatsiya qilinadi (ayniqsa o'rta burun yo'li). Maqsad yuqori jag' bo'shlig'ini sohasini shilliq qavatini toraytirishdir va suyuqlikni u yerdan ajrashini yengillashtirish uchundir. Pastki burun chig'anog'ini yo'lini 10% li lidokain (2% li dikain, 5% li kokain, 10% li dimedrol) eritmasi bilan surtiladi.

yerdan ajrashini yengillashtirish uchundir. Pastki burun chig'anog'ini yo'lini 10% li lidokain (2% li dikain, 5% li kokain, 10% li dimedrol) eritmasi bilan surtiladi.



1.27-rasm. Yuqori jag' bo'shlig'ini punksiyasi: a) pastki burun chig'anog'ini ostiga ignani kiritish; b) Suyuqlik oqimini sxemasi.

Eng optimal soha pastki burun chig'anog'ining gumbazi, chig'anoqni burunning lateral devoriga yopishgan qismi, taxminan pastki burun chig'anog'idan 1-1,5 sm uzoqlikda soha hisoblanadi. Igna bilan teshishi shu sohadan qulay, sababi bu yerda lateral devorning suyak qalinligi yupqa hisoblanadi. Pastki burun yo'liga Kulikovskiy ignasi tiqilganidan so'ng, ignani bosh qismini medialroq suriladi, igna burun bo'shlig'ini lateral devoriga zich tegib turishi kerak bo'ladi va biroz kuch bilan igna ko'zning tashqi burchagiga qarab yo'naltiriladi. Ignani barcha barmoqlar bilan mahkam ushlanadi, faqatgina ko'rsatkich barmoq ignada turadi. Igna tiqilganda taxminan chuqurligi 10-15 mm bo'lishi kerak. Tiqilgan ignadan shprits orqali bo'shliq ichidagi suyuqlik tortib chiqariladi va bo'shliq ichiga antiseptik qori vositasi (furatsillin, xlorofillipt, va bosh) kirkaziladi. Ignadan dori vositasini tomchilab turishi, ignani bo'shliq ichida ekanligi va boshliqning tabiiy teshigi ochiqligidan dalolat beradi. Dori kirkazilganidan so'ng, gaymor bo'shlig'ining tabiiy chiqaruv teshigi orqali dori vositasi bo'shliq ichidagi patologik suyuqlik bilan birga chiqishi kerak bo'ladi. Bo'shliq yuvilayotganda bemor boshini biroz oldinroq va pastroq egib o'tiradi, sababi dori vositasi bo'shliqning oldingi devorini ham yuvishi kerak bo'ladi.

Agar devorni teshib o'ta olinmasa, ignani biroz ichi yuqoriroq ko'tariladi va pastki burun yo'lini orqaroqdan biroz ko'proq kuch ishlatib teshishiga harakat qilinadi.

bo'shliq yuviladi. Bo'shliqdan chiqayotgan suyuqlik xarakteriga qarab kasallikni aniqlash aniqroq bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasini mahalliy va umumiy asoratlari, kam uchraydi. Bu asoratlarni yuzaga kelishi amaliyotini hatto bajarishi tufaylidir. Agar burundan qon ketadigan bo'lsa, burun bo'shlig'iga tampon qo'yib to'xtatiladi. O'rta burun yo'lidan igna tiqib punksiya qilish natijasida, gaymor bo'shlig'ini yuqori va oldingi devorlarini jarohatlasa, yuborilayotgan suyuqlik ko'z kosasi atrofi yumshoq to'qimasiga va lunj yumshoq to'qimasiga o'tib keyinchalik bu suyuqlik yiringlab og'ir asoratlarni berishi mumkin. Juda kam og'ir asoratlarga bosh miya yoki yurak qon tomirlarini emboliyasi bo'lishi mumkin. Bu asorat, qatshonki bo'shliq punksiya qilinganidan so'ng, bo'shliqqa havo yuborilganidan keyin yuzaga kelishi mumkin. Adabiyotlarda bunday asoratlarni kam uchrashi yozilgan, shuning uchun punksiya qilish qoidalariga rioya qilish kerak bo'ladi. Ba'zan yuqori jag' bo'shlig'ining o'ziga xos anatomik nuqsoni, ya'ni uning medial yoki old devorini ichkariga bo'rtib chiqishi kuzatilishi mumkin. Bunday hollarda medial va ko'z kosasining pastki yoki old devorlari orasidagi masofa 2 martaga kamayadi. Shuning uchun punksiyadan oldin rentgenografiya tekshiruvini bajarish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

*Kechishi va asorati.* O'tkir gaymoritni kechishi har xil yo'nalishda kechishi mumkin.

a) Tuzalish- qatshonki o'tkir rinit bo'lgandan keyin gaymor bo'shlig'ida kataral o'zgargan hollarda bu yo'nalishda kechishi mumkin. Buning uchun organizmning umumiy immuniteti yuqori bo'lishi, mikroblarni virulentligini pastligi, endonazal strukturani normal anatomik tuzilishi, tabiiy chiqarish teshiklarini normal ishlashi kerak bo'ladi.

b) Adekvat davolash natijasida tuzalish bilan kechishi.

c) O'tkir gaymoritni surunkali gaymoritga o'tishi bilan kechishi. Buning uchun organizmning umumiy immuniteti past bo'lishi, yallig'lanishni keltirib chiqargan mikroblarni virulentligini yuqori bo'lishi, yuqori nafas yo'llarini va bronx o'pka sistemasini surunkali kasalliklari, umumiy allergiya, gaymor bo'shlig'ini va burun anatomik elementlarini normal tuzilmaganligidir (burun to'sig'ini qiyshiqqligi, chiqaruv tabiiy teshiklarini tor yoki tiqilib qolishligi.)

d) Gohida yallig'lanish gematogen yoki limfogen yo'llar orqali kalla ichi (meningit, miya absessi, sinus tromboz, sepsis va hok) yoki ko'zga (orbita flegmonasi, retromandibulyar soha flegmonasi, yuz flegmonasi) asorat berishi mumkin.

*Davolash.* Konservativ va jarrohlik davolash usullariga bo'linadi.

*Konservativ davolash* usullaridan maqsadlar:

1. Yuqori jag' bilan o'rta burun yo'lini biriktirib turuvchi tabiiy teshikni ventilatsion va drenaj funksiyasini tiklash.

2. Bo'shliqdan aktiv usullar qo'llagan holda patologik ajralmalarni chiqarib olish va u yerga dori vositalarini kiritishdan iboratdir.

3. Umumiy antibakterial, desensibilizatsiyali dori vositalari va simptomatik moddalar qo'llashdan iborat.

4. Fizioterapevtik vositalarini qo'llashdan iborat.

5. Organizmni immun quvvatini oshiruvchi dori vositalarini qo'llashdan iborat.

6. Korsatmaga asosan organizmga detoksikasiya usullaridan foydalanishdan iborat.

7. Bemorda asorat va superinfeksiyalarni rivojlanmasligi uchun, xavf omillarini yo'qotish va yaxshi sharoit yaratib berishdan iborat.

8. Bo'shliqda yallig'lanish manbalari, o'choqli infeksiyalarni sanatsiya qilish (masalan, o'tkir pulpit, surunkali paradontit yoki surunkali tonsillit ni huruji)

*Jarrohlik usullariga* ikkilamchi o'choqli infeksiyalar qo'shilganda, masalan rinogen ko'z orbitasi flegmonasida bo'shliqni keng ochib atrof to'qima va organlardan yiringli eliminatsiya qilishdan iborat bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'iga dori kiritish va u yerdan patologik suyuqlikni chiqarib olish ushuni *Proets usulidan* foydalaniladi. Proets usulida burun yuvish burun bo'shlig'ida manfiy bosim hosil qilishdan iborat. Bir tomondan burun katagidan shprints bilan dori yuborilsa, ikkinchi burun katagidan so'rib oluvchi apparatning olivasi orqali dori vositasi so'rib olinadi. "Ku-ku" so'zini aytishdan maqsad esa, yumshoq tanglay halqum orqa devoriga yopishadi, bo'shliqlarda manfiy bosim paydo bo'ladi, aytilgan so'z orqali bosim o'zgaradi va dori vositasi ochiq tabiiy teshik orqali bo'shliqqa kiradi.

Yuqori jag'- burun kanalini drenaj funksiyasini tiklash uchun burun shilliq qavatiga yoki o'rta burun yo'liga qon tomirlarni toraytiruvchi moddalarni surtish yoki tomizishdan iborat bo'ladi. Lekin bu unchalik ham yaxshi foyda beravermaydi. Buning uchun yuqori natijaga erishishda eng yaxshi usul yuqori jag' bo'shlig'ini punksiyasi va yerga maxsus drenaj vazifasini o'tovchi kateter qo'yishdan iborat bo'ladi. Shunda bir vaqtning o'zida bo'shliqdan yiring chiqadi, aeratsiyasi tiklanadi, antiseptik modda bilan yuviladi va davolovchi dori vositalari (proteolitik fermentlar, antibiotiklar, steroid dori vositalari va bosh) kiritiladi.



Oxirgi yillarda burun yondosh bo'shliqlarini teshmasdan davolash usuli, ya'ni ularni yuvish usuli keng qo'llanilmoqda. Bu usul G.I. Markov va V.S. Kozlov (1990) taklif qilgan "YaMIK" sinus-kateteri yordamida bajariladi. Ushbu moslama burun bo'shlig'ida manfiy bosim hosil qiladi va bir tomondagi burun yondosh bo'shlig'idan patologik ajralma so'rib chiqariladi, keyin bo'shliq ichiga turli dori-lar yuboriladi. Sinus kateter ikki shisha bal-longa ega bo'lib, ularning biri (distal ballon) xoana orqasiga, ikkinchisi (proksimal bal-lon) burun dahliziga o'rnatiladi. Har bir bal-lonchadan klapanli naycha chiqariladi. Ballonchalar orasida sinus-kateterni yuzida uchunchi naychani teshigi ochiladi.



1.28-rasm. YaMIK kateteri

Burun bo'shlig'i og'riqsizlantirib, burun yondosh bo'shliqlarining chiqish teshiklariga qon tomirlarni toraytiruvchi dori surtilib, ularning tabiiy chiqarish teshiklari kengaygandan so'ng sinus-kateter burun bo'shlig'iga (dastlab distal, keyin proksimal) kiritiladi. Shprits yor-damida havo yuborilib, ballonlar shishiriladi, shunda burun bo'shlig'i burun-halqum va burun dahlizidan ajralib turadi. Havo uchunchi naycha orqali burun bo'shlig'idan so'rib chiqarilgandan so'ng burun bo'shlig'ida manfiy bosim hosil bo'ladi. Burun yondosh bo'shliqlari esa musbat havo bosimi saqlangan bo'ladi, shuning uchun patologik ajralma burun yondosh bo'shliqlarining tabiiy teshiklari orqali burun bo'shlig'iga oqib chiqadi va kateter orqali shpritsga kelib tushadi. Keyin shpritsga antitseptik dori eritmasini olib burun yondosh bo'shlig'iga yuboriladi. Dori tabiiy teshiklar orqali burun yondosh bo'shlig'iga yetib borgandan so'ng shprits bilan qayta tortib olinadi. Muolaja bir necha marta tekrorlanadi. Bo'shliqlardagi patologik ajralma chiqarilib, bo'shliq yuvilgandan so'ng burun yondosh bo'shliqlariga dori eritmasi yoki kon-trast modda yuboriladi.

Asoratsiz kechgan o'tkir sinusitlar asosan dori darmonlar bilan davolanadi. Bemorga antibiotikaterapiya (augmentin, amoksitsillin, am-pitsillin, sefozolin, seporin, klaforan, kefzol, seftriakson, doksitsiklin, eritromitsin, rulid, sumamed, azitromitsin, oleandomitsin) buyuriladi. Ampitsillin mushak orasiga kuniga 500 mg dan 4-6 mahal yuboriladi. Agar bitta antibiotik 72 soat davomida ijobiy natija bermasa, unda be-morga boshqa antibiotik buyuriladi. Antibiotiklar bilan davolash odatda

10-12 kun davom ettiriladi. Sulfanilamid dori vositalaridan: sulfadime-toksin (birinchi kuni 2g, keyingi kunlari 1 g dan), biseptol 480 mg yoki 960 mg (1 tab.kuniga 2 mahal ovqatdan keyin) tavsiya qilinadi. Bundan tashqari burun va burun yondosh bo'shliqlari shishini kamaytirish va yiringni chiqarilishini yaxshilash maqsadida antigistamin dori vositalari (suprastin, tavegil) buyuriladi. Burun bo'shlig'iga qon tomirni toraytiruvchi dori vositalari tomiziladi: 0,1% li sanorin, 0,05- 0,1% li galazolin, 0,05-0,1% li naftizin tomiziladi.

Tarkibida sekretolitik, antibiotik va og'riqsizlantiruvshi dori vositasi bo'lgan murakkab endonazal spreylarni (rinofluimutsin, izofra, fenilefrinli polidesa va boshq) burun bo'shlig'iga sepish yaxshi natija beradi.

Burun bo'shlig'idan yiringli ajralmalarni chiqishi yengillashgandan so'ng bemorga issiq muolajalar buyuriladi. LUCH-2 apparati yordamida mikroto'lqinli terapiya kontakt usulida qo'llanganda to'qima yaxshiroq isiydi va yaxshi natija beradi. Bundan tashqari, burun yondosh bo'shlig'i sohasini UVCh (8-12 muolaja), KUF (6-8 muolaja), UBN, lazeroterapiya yoki ko'k lampa yordamida isitish tavsiya qilinadi.

O'tkir gaymoritda yuqori jag' bo'shlig'ini teshish ambulatoriya sharoitda ham bajarilishi mumkin. Bo'shliqda patologik ajralma borligi aniqlangandan so'ng bo'shliq iliq 0,9% li fiziologik etirma, furatsillin (1:5000), yodinol eritmalari bilan bo'shliqdan toza eritma chiqquncha uviladi va kerakli dori darmon yuboriladi. Kulikov ignasi chiqarib olinmay turib, igna ichiga teflonli naycha kirgaziladi, keyin igna chiqarilib olinadi. Teflon naycha burun dahliziga yoki yuqori labga leykoplastir yordamida yopishtirib qo'yiladi. Teflon naychani bo'shliq ichida 2 hafta yordamida qoldirish mumkin. Naycha orqali zararlangan bo'shliq furatsillin yoki boshqa antiseptik eritma bilan yuviladi. Bo'shliq ichiga har 12 soatda kuniga 2 mahal novokainda eritilgan antibiotik 500 mg, dioksidin, 5mg tripsin yoki gidrokartizon yuborish mumkin.

Yuqori jag' bo'shlig'i 16 kun davomida yuvilsa-da, lekin undan yiringli ajralma chiqishi kamaymasa, bunday hollarda gaymorotomiya (endonazal gaymorotomiya, mikrogaymorotomiya) jarrohlik amali bajariladi.

### ***3.2. Yuqori jag' bo'shlig'ining surunkali yaliig'lanishi***

***Surunkali gaymorit (higmoritis chronika)- yuqori jag' bo'shlig'ini shilliq qavatini surunkali yallig'lanishi.***

*Surunkali gaymorit (higmoritis chronika)- yuqori jag' bo'shlig'ini shilliq qavatini surunkali yallig'lanishi.*

*Etiologiya va patogenezi.* Surunkali gaymoritni kelib chiqishida mikroblar, asosan anaerob flora, viruslar va zamburug'lar katta ro'l o'ynaydi. 3.3 bo'limda surunkali gaymoritni qo'zg'atuvchilari ko'rsatilgan.

Surunkali gaymoritni kelib chiqishiga, asosan hilpillovchi epiteliy aktivligini yetihsmasligi hisobiga o'tkir gaymoritni cho'zilishi yoki uni 2-3 oy davomida kechishi va noto'g'ri davolanish natijalari sabab bo'lishi mumkin. Hilpillovchi epiteliy gipotrofik tipda bo'ladi, uning faoliyatini pasayishi surunkali jarayonni bir necha bor huruj berishi natijasida amalga oshadi. Bundan tashqari yallig'lanish natijasida hosil bo'lgan quyuq shilliq sabab bo'lishi mumkin, bu shilliq tarkibida o'lgan mikroblar tanachalarining endotoksinlari bo'ladi. Yana bir surunkali gaymoritlarning sabablaridan tabiiy chiqarish teshigini fiziologik torayishi misol bo'ladi. Bu torayish konvergirlangan sinostoz sohada joylashgan bo'lib, asosan tanglay suyagi, pastki burun chig'anog'ining suyagidan (os turbenali) va g'alvirsimon suyakning plastinkasidan hosil bo'ladi. Tabiiy chiqarish teshigini shilliq qavatini shishi obstruksiyasiga sabab bo'ladi, buning natijasida bo'shliqda ekssudat ko'payadi va u yerda bosim ko'tariladi, kislorod to'qimaga so'riladi. Buning natijasida ko'p miqdorda aerob mikroblari o'ladi va anaerob flora miqdori oshadi, gohida mikobakteriyalar bilan birga kelishi mumkin.

Tabiiy teshiklarni obstruksiyasiga *chin (retension) kistalar* va *psevdokistalar* sabab bo'lishi mumkin. Chin kistalarning ichki qavatida silindrik epiteliy bilan qoplangan bo'ladi, psevdokistalarda esa bu qavat bo'lmaydi. Bu kistalar yallig'lanish jarayoni to'xtatilganidan so'ng yo'qolib ketishi mumkin. Chin kistalar katta hajmda bo'lishi mumkin va bo'shliq devorini siqishi mumkin, natijada u yerda trofik buzilishlarga sabab bo'ladi. Keyinchalik suyak bilan birga so'rilib suyak nuqsoniga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda bemorlarning asosiy shikoyatlari bosh og'rig'iga bo'ladi.

Surunkali yallig'lanishga gaymor bo'shlig'idagi ko'rfazlar sabab bo'lishi mumkin. U yerda yiringli massalar oshib anaerob florani ko'payishiga olib keladi. Yuqori jag'ning surunkali yallig'lanishida burun va shu bo'shliqdagi yug'ma va orttirilgan anatomik kamchiliklar, yuqori nafas yo'llarining limfa sistemasining surunkali o'choqli infeksi-

infeksiyalari, tishlar sohasidagi surunkali kasalliklar va boshq. sabab bo'lishi mumkin.

Aytib o'tganimizdek tishlarda yallig'lanishdan tashqari shu sohada jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan mahal, tishni va yuqori jag'ni alveolyar o'simtasida operativ amaliyotlar, boshliqni perforatsiyasi va bo'shliqqa infeksiya tushirish bilan tugashi *odontogen* gaymoritga sabab bo'lishi mumkin. Odontogen gaymorit bo'lishiga yuqori jag' bo'shlig'ini pastki devoriga, ikkinchi kichik oziq tishi, birinchi va ikkinchi katta oziq tishlarining ildizini uchlari kirib turishi yoki nozik suyak to'qimasi va shilliq parda bilan to'silgan bo'lishi mumkin. Yuqorida aytib o'tilgan tishlarning ildizlarini yallig'lanishi yuqori jag' bo'shlig'ining yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

Bo'shliqlarda surunkali yallig'lanishni og'ir kechishiga olib keluvchi omillariga, iqlimning va ishlab chiqarishning noqulay sharoitlari, barotravma va allergiya ham misol bo'ladi. Ko'p kasal bo'ladigan toifa asosan avitaminoz, raxit, diatez, gipotrofiya bilan kasallangan insonlar surunkali sinusit bilan og'rishlari mumkin.

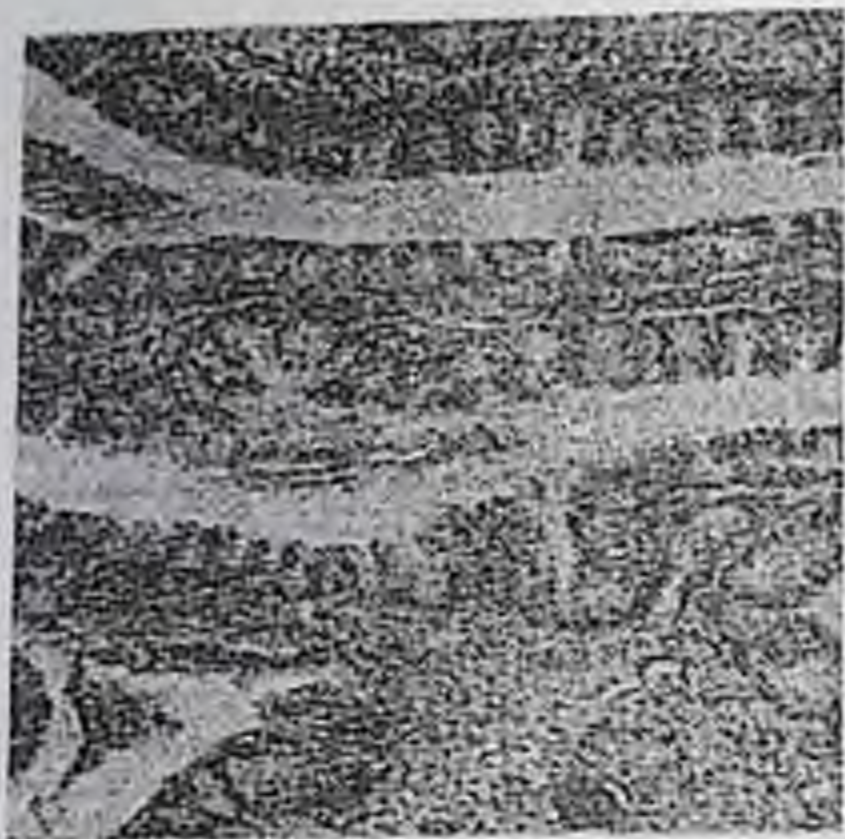
**Patologik anatomiyasi.** Surunkali gaymoritni quyidagi patomorfologik shakllari tafovut qilinadi.

1. *Surunkali kataral gaymorit* (yopiq shakli), bunda bo'shliqning drenaj funksiyasi buziladi yoki normal ventilyatsiyasi amalga oshmaydi. Bunda shilliq qavat diffuz giperimiyalangan, qalinlashgan, bo'shliqda seroz transsudat aniqlanadi, kasallik tez qaytalanishi bilan xarakterlanadi.

2. *Surunkali yiringli gaymorit.* Bo'shliqda "eski" yiring kazeoz massa bilan, qo'lansa hidli, cho'ziluvchan, kulrang tusda, gohida go'sht yuvundisiga o'xshash yiring, katta miqdordagi nekrobioz holati, osteit va osteomielit belgilari bilan xarakterlanadi.

3. *Surunkali polipli gaymorit.* Bunda bo'shliqning shilliq qavati turli darajada patomorfologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bularning ichida tipik hollardan- ko'p qavatli silindrik hilpillovchi epiteliy o'zining strukturasi va shilliq bezlarini sekresiya qilish xususiyatini saqlagan holda, epiteliy proliferatsiyaga uchragan bo'ladi. Chet el adabiyotlarida ko'p qavatli silindrik epiteliyning bu turdagi proliferatsiyasi "tishli arralar" deb nomlangan. Keyinchalik shu o'zgarishlardan polipoz massalar hosil bo'ladi.

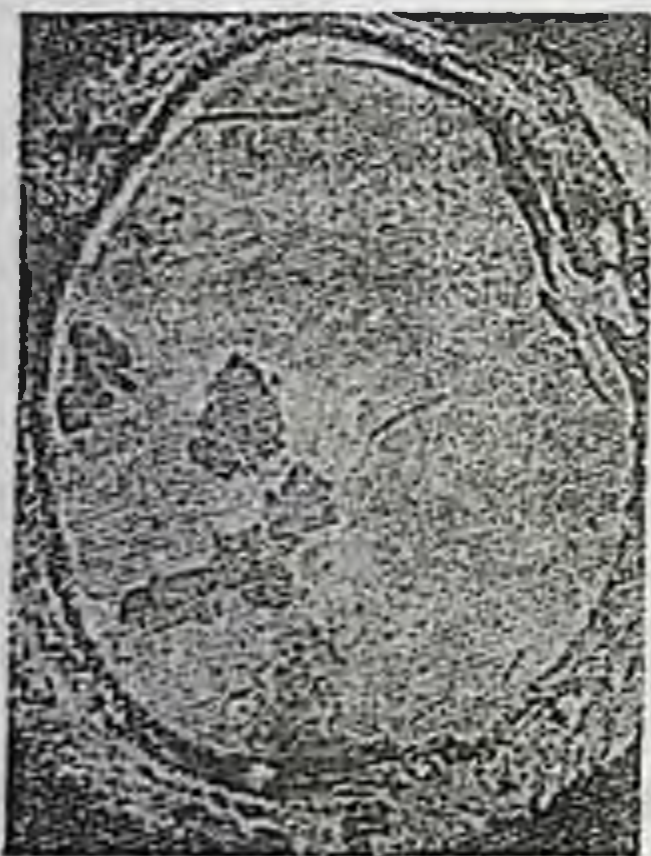
4. *Surunkali kistali gaymorit.* Shilliq bezlarining sekretini retensiyasidan hosil bo'ladi. Mikrokistalar bo'lib, bular asosan nosik devorli bo'shliq shilliq qavatining ustida joylashgan bo'ladi va qalin devorli



1.29-rasm. Ko'p qavatli silindrik hilpillovchi epiteliyni tishli arralar ko'rinishida prolefiratsiyasiga uchrashi.

5. *Surunkali giperplastik gaymorit.* Shilliq qavatni qon tomir chigallarini qalinlashishi va gialinli fibrozli o'zgarishi.

6. *Surunkali odontogen gaymorit.* Bunda bo'shliqning suyak qismlari jarayonda qatnashishni boshlaydi. Yallig'lanish natijasida suyak to'qima rezorbsiyaga uchrab, osteomielit xarakteriga ega bo'ladi.



1.30-rasm. Surunkali kistali gaymoritda yuqori jag'ning shilliq qavatida mikrokistalar: A) yuzaki joylashgan kista; B) chuqur joylashgan kista.

epidermisni o'sishidan kelib chiqib, o'ziga xos oqish yaltiroq qobiqqa ega (matrix) bo'lgan, mayda epiteliy tangachalaridan va ichida yog'simon moddadan iborat yoqimsiz hidli hosilalardan iboratdir.

8. *Yuqoridagi surunkali gaymoritlarni kombinatsiyalari.*

*Simptomlari.* Simptomlarni kelib chiqishida surunkali gaymoritni klinik shakllariga bog'liq bo'ladi. Surunkali gaymoritning simptomlari mahalliy va umumiy bo'ladi.

Mahalliy simptomlarini o'zi subyektiv va obyektiv belgilarga bo'linadi.

*Mahalliy subyektiv simptomlariga* burundan doimiy yiringli ajralma kelishi, doimiy bosh og'riq, bu og'riq yuqori jag' sohasidagi og'riq kuchayshiga bemorlar shikoyat qilishi mumkin. Og'riq krizi surunkali jarayonning hurujiga mos keladi va og'riq chakka va orbital sohaga irradiatsiyalanadi. Odontogen gaymoritda og'riq xarakteri tish og'rig'i bilan birga kechadi. Bundan tashqari bemorlar yallig'langan bo'shliq tomonida og'irlik va shishganlik his qiladilar. Yomon hidli burundan ajraluvchi yiring, bemorlarda ko'ngil aynashiga va ishtahani yo'qolishiga sabab bo'ladi. Subyektiv simptomlaridan biri burundan nafas olish qiyinligi, burun bitishi, hid bilishni pasayishi kabi shikoyatlar ham misol bo'ladi.

*Mahalliy obyektiv simptomlar.* Bemorni ko'zdan kechirganda ko'z tashqi qoplamlarini, ko'z yosh kanalini diffuz giperemiyasi va shishi, burun kirish qismi va yuqori lab sohasida surunkali dermatit belgilarini ko'rish mumkin. Doimiy burundan yiring oqib turishi, oqib turgan tomonda terini impetigosi, ekzemasi, yorilishlari ko'zga tashlanishi mumkin, gohida bu yallig'lanishlar sikoz va furunkul bilan birga kechadi. Gaymor bo'shlig'i sohasining og'rishi kasallikning huruj davrida kuchayadi. N. infraorbitalis, it chuqurchasi va ko'zning ichki burchagi og'riq nuqtalari bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Rinomanometr bilan tekshirilganda yallig'landan tomonda noto'liq yoki to'liq nafas olish qiyinchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Yallig'lanishga g'alvirsimon bo'shliq qo'shilganligi uchun gohida burun bo'shlig'ida bir taraflama poliplar bo'lishi mumkin. Kam hollarda ikki tomonlama gipo- yoki anosmiya bo'ladi. Burun bo'shlig'ining shilliq qavatida shish bo'lganligi uchun ko'z yosh qopining nasos funksiyasi buziladi.

Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarida shilliq- yiring yoki quyuc kazeozli, xira-sarg'imtir yiring aniqlanadi. Gohida o'rta burun yo'lida va umumiy burun yo'lida har xil kattalikdagi polip aniqlanadi. O'rta va pastki burun chig'anoqlari shishgan, gipertrofiyaga uchragan va giperemiyalangan bo'ladi. Gohida o'rta burun chig'anog'i yolg'on ikkilanashi kuzatiladi, bu infundibulum shilliq qavatini shishi bo'lib, o'rta burun yo'lining yuqori qismidan umumiy burun yo'lga shishib chiqqan bo'ladi (Kaufman yostiqlasi yoki gubkasi). O'rta burun chig'anog'i giperemiyalashgan va qalinlashgan bo'lib, bullyoz ko'rinishga ega bo'lib qoladi.

chig'anog'i giperemiyalashgan va qalinlashgan bo'lib, bullyoz ko'rinishga ega bo'lib qoladi.

Shilliq qavat anemizatsiya qilinib ko'rilganda, o'rta burun yo'lida yuqori jag' bo'shlig'idan ajrab chiquvchi quyuc yiringni ko'rish mumkin bo'ladi. Orqa rinoskopiya xoanadan burun- halqumga oqib turgan yiringni ko'rish mumkin bo'ladi. O'rta burun chig'anog'i orqa qismlari polipga o'xshab kengayganli aniqlanishi mumkin.

Tishlar tekshirilganda ularda karies, parodontit, apikal granulyoma, milklar sohasida fistula aniqlanishi mumkin.

*Umumiy belgilari.* Bosh og'rishi huruj davrida, boshni oldinga egkanda, yo'talganda, burun qoqqanda, aksirganda, kallani harakatga keltirganida kuchayadi. Ba'san uch shoxli nerv nevrалgiyasiga xos belgilar kuzatiladi. Bemorning xotirasi pasayadi, fikrini jamlay olmaydi va tez toliqadi.

**Klinikasi.** Remissiya va huruj davrlariga bog'liq bo'ladi. Yilning issiq vaqtlarida bemorda tuzalganlik hissi bo'lishi mumkin, lekin sovuq davr boshlanishi bilan bemorda yangittan patologik belgilar paydo bo'ladi. Bular kuchayib boruvchi bosh og'rishi, burundan avval shilliq keyinchalik yoqimsiz hidli yiringli ajralma kelishi, burundan nafas olishni buzilishi, umumiy quvvatsizlik, tana haroratini ko'tarilishi, umumiy qon tahlilida yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi.

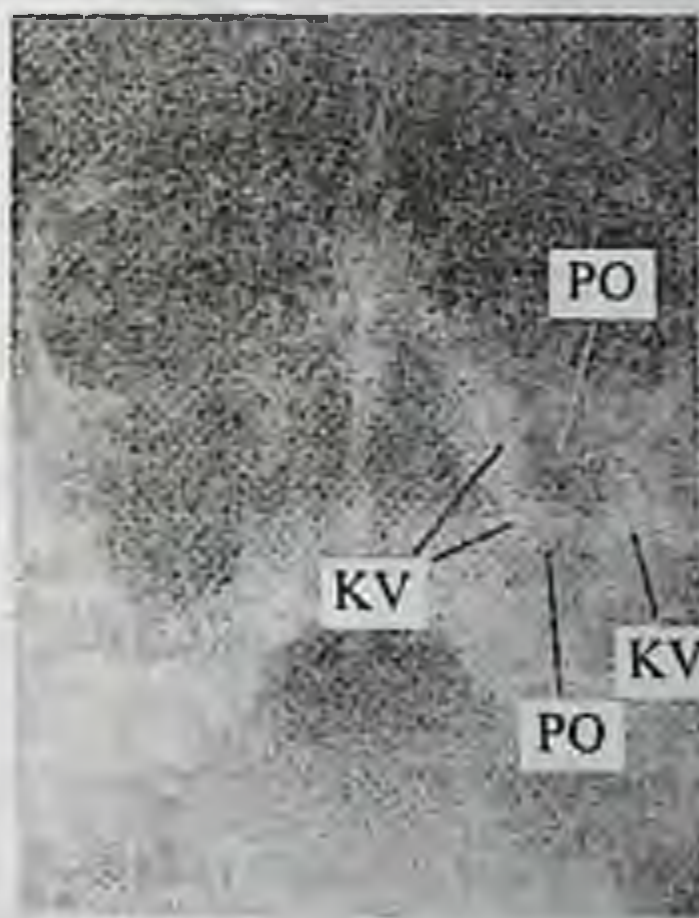
*Tashxis.* Bemorni shikoyatlariga, anamnestik, obyektiv va endoskopik tekshiruvlari, rentgenografiya, KT, yuqori jag' bo'shlig'ini diagnostik tekshishlarga asoslaniladi. Yuqori jag'ni tekshishdan oldin ajralmaning bakteriologik tekshiruvi o'tkaziladi, kasallik qo'zg'atuvchisini turi va uni antibiotiklarga sezuvchanligi aniqlanadi. Rentgenologik tekshirishda asosan 3 ta - peshona- burun, peshona- iyak va yon proeksiyalardan foydalaniladi. 1.31-rasmda o'ng tomonlama surunkali gaymoroetmoidit burun yondosh bo'shliqlari rentgenogrammasi tasvirlangan. Rentgenogrammada o'ng gaymor va g'alvirsimon bo'shliqlarni total qorayishi aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'ida patologik ajralmani borligini qo'shimcha aniqlash uchun kontrast rentgenografiyadan foydalaniladi. 1.32-rasmda chap gaymor bo'shlig'iga kontrast modda yuborilib tekshirilganda patologik hosilalar aniqlanmagan. Lekin rasm chap gaymor bo'shlig'iga kontrast yuborilib tekshirilganda surunkali yiringpolipli gaymorit aniqlangan. 1.33-rasmdan ko'rinib turibdiki, gaymor bo'shlig'ining hamma joylari to'liq yopilmayapti, polip massalarini atrofini aylanib o'tmoqda.



1.31-rasm. Surunkali o'ng tomonlama gaymoroetmoiditda burun yondosh bo'shliqlarini rentgenogrammasi: VChP- o'ng yuqori jag' bo'shlig'ini proeksiyasi; PYa- g'alvirsimon suyakning oldingi katklarining proeksiyasi.



1.32-rasm. Chap yuqori jag' bo'shlig'iga kontrast modda yuborilganidan so'ng normal rentgenologik tasvir



1.33-rasm. Chap yuqori jag' bo'shlig'ini surunkali yiringli-polipli gaymoritda kontrastli rentgenogrammasi: KV- kontrastli modda; PO- polipli hosila.

**Qiyosiy tashxis.** Surunkali gaymoritni oddiy surunkali yiringli rinit , burun yot jismi , surunkali yiringli frontit , ozena bilan, odontogen kista bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

**Davolash.** Surunkali gaymoritning har xil shakllari bemorga individual yondoshishni talab etadi.



*Konservativ davo mahalliy va umumiy tadbirlardan* iborat. Barcha jarayonlar tabiiy berkilib qolgan teshikni ochishga va shilliq qavatda shishga qarshi chora tadbirlardan iborat. Bundan tashqari bo'shliqdan yiringni evakuatsiya bo'lishi va hilpillovchi epiteliyning funksiyasini tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. Shuni aytib o'tish kerakki remissiya davrida bemorga antibiotiklar berilmaydi, huruj davrida esa boshqa dori-lar bilan qo'zg'atuvchiga qarshi antibiotiklar tayinlanadi.

Mahalliy davoga qon tomirlarni toraytiruvchilar kiradi. Bu dori vositalari yog'da eruvchi (pinosol, tizin va boshq) va suvda eruvchilarga (naftizin, galozolin, sanorin va boshq) bo'linadi. Yog'da eruvchi qon tomir toraytiruvchilar suvda eruvchi dori vositalariga nisbatan uzoqroq ta'sir ko'rsatadi, lekin yog'da eruvchilari hilpillovchi epiteliyning funksiyasini kamaytiradi. Qon tomir toraytiruvchi dori vositalarini 8-10 kundan ortiq qo'llash taqiqlanadi. Uzoq vaqt qo'llash qon tomir tonusini buzilishiga, qon tomirlarda qon bilan to'lishi va burundan nafas olish qiyinlashishi, hilpillovchi epiteliyning funksiyasini pasayishiga sabab bo'ladi. Konservativ davolash ichida eng yaxshi samara beradigan usullardan, yuqori jag' bo'shlig'ini punksiyasi hisoblanadi. Bo'shliq punksiya qilinganidan so'ng, u yerni antiseptikalar bilan (furatsillin, xlorfillipt, dioksidin) yuvish, bo'shliq ichiga antibiotiklar (sedeks, augmentin, sefazolin, seftriakson) yuboriladi. Antibiotiklar bilan bo'shliq ichiga ferment eritmalarini (agar yiring quyuq bo'lsa), ayniqsa proteologik effekt beruvchi (tripsin, ximotripsin) yoki kortikosteroidlarni (gidrokortizon, deksametazon, prednizolonlarni) yuborish mumkin. Punksiya bilan davolash 7-8 kundan ko'p bo'lishi kerak emas.

Oxirgi vaqtlarda surunkali sinusitlarni davolashda elektroosdan foydalanilmoqda. Antiseptik eritmalar bilan almashtirilib yuvish yaxshi natija bermoqda.

Hozirgi kunda punksiyasiz usul, sinus-kateter "YaMIK" bilan davolash yaxshi samara bermoqda.

Davolashda medikamentoz davo bilan bir qatorda fizioterapevtik muolajalar yaxshi samara beradi. Fizioterapevtik usullar yallig'lanishga qarshi, analgezik ta'sirga ega. Fizioterapevtik muolajalardan UVCh, antibiotiklar va allergiyaga qarshi dori vositalar aerezollar bilan ingalyasiyalar qilish, mikroto'lqinli terapiya, burun yondosh bo'shlig'i sohasiga tibbiy loy yoki 30 daqiqaga ozokerit applekatsiyasi (42-45 °S) 10-12 muolajadan tavsiya qilinadi. Gidrokartizon va dioksidinni elektro- va fonoforez qo'llash va lazer terapiyasi yaxshi samara beradi. Barcha

fizioterapevtik muolajalarga yuqori qon bosimi, o'sma kasalliklari, yuqori haroratli reaksiya qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Konservativ davo bilan bemorda birlamchi o'choqlarni davolash yaxshi samara beradi. Masalan odontogen gaymoritlarda avval yallig'langan tishlarni sanatsiya qilishdan iborat bo'ladi. Bolalarda adenoidlar kasallikni rivojlanishiga sabab bo'lsa, avval burun-halqumni sanatsiya qilib keyinchalik gaymorotomiya qilish yaxshi samara beradi. Burun to'sig'i qiyshiqliklarida yoki burun chig'anoqlarining gipertrofiyasida bir vaqtning o'zida burun ichi strukturalarida jarrohlik korreksiyasi amalga oshiriladi.

**Jarrohlik usulida davolash.** Konservativ davo samara bermaganda jarrohlik amaliyotidan foydalaniladi. Buning uchun quyidagi ko'rsatmalarga asoslaniladi:

- Antibiotiklar, proteolitik fermentlar, vaksinoterapiya, punksiya va drenajlar allergiyaga qarshi davo muolajalari foyda bermaganda;

- Biopunksiyalarda va nur diagnostikasi orqali tasdiqlangan bo'shliq ichidagi proliferativ jarayonlar;

- Gaymoritni yopiq shakllari, tabiiy teshiklarini yopilib qolishi, yopilib qolganlikni konservativ va punksiya usullari bilan davolashni iloji bo'lmaganda;

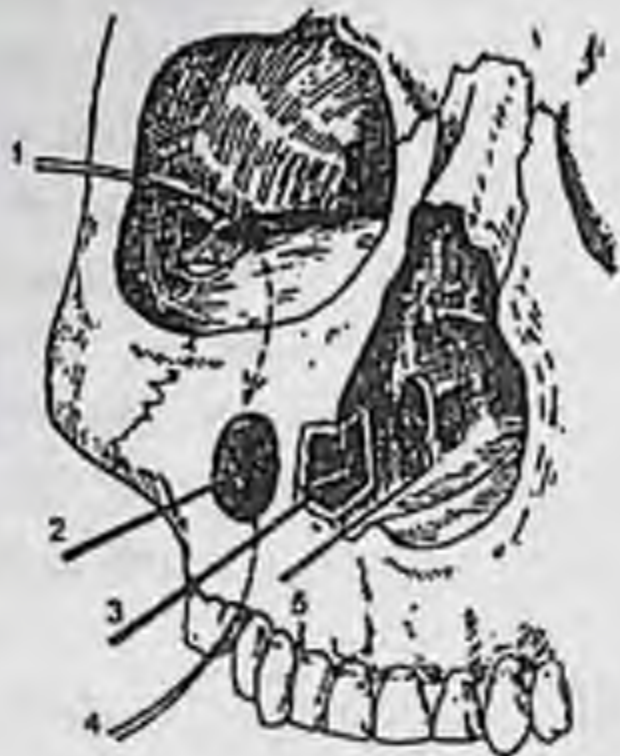
- Yiringli oqmalar, osteomielitli sekvestrlar, bo'shliqqa teshib kirgan tishlar (ularni ekstraksiyasida);

- Har xil asoratlangan kistalar va sinusitlar, intraorbital va kalla ichi asoratlarida;

- Ichki organlar tomonidan ikkilamchi asoratlar (burun yondosh bo'shliqlarining surunkali jarayonlariga ta'lluqli bo'lsa);

**Qarshi ko'rsatmalarga** esa organizmning umumiy holatini og'irligi, jarrohlik amaliyotini o'tkaza olmasligi, sistemali qon kasalliklari, endokrin sistema kasalliklari, umumiy yallig'lanishli va infeksiyon kasalliklar va boshqalar asos qilib olinadi. Ayrim hollarda qarshi ko'rsatmalar bo'lsa ham, hayot uchun kasallik xavf solayotgan bo'lsa ham jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi.

1.34-rasm da tasvirlangan sxemada har xil avtorlar tomonidan yuqori jag'da bajariladigan jarrohlik amaliyotlarining bo'shliqni ochish joylari ko'rsatilgan.



*1.34-rasm Yuqori jag'ga kirish va yo'llarning sxematik tuzilishi:  
1-Bo'shliqni yuqori devori orqali, transorbital; 2- dahliz-lunij orqali (Kolduell-Lyuk usuli); 3- noksimon teshik qirralarini tashqi qismidan qisman rezeksiya qilib (Krechman- Denker usuli); 4- odontogen gaymoritlarda transalveolyar yo'l orqali; 5- endonazal yo'l orqali (Shturman- Kanfild, I. Mikulich, M.F. Sitovich usuli)*

### **Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyoti**

Umumiy yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Avval it chuqurchasi va ko'z osti teshigi sohasi, n. infraorbitalis chiqadigan soha yumshoq to'qimasi infiltratsion anesteziya qilinadi. Or'ta va pastki burun yo'llariga 5 min.ga 10% li lidokain eritmasi qo'yiladi. Jarrohlik 5 ta yoki 6 ta bosqichda olib boriladi.

1. *Bir vaqtning o'zida shilliq va suyak usti parda og'iz kirish qismidan, II chi kurak tishdan boshlab, yuqori labning yuganchasidan 3-4 mm uzoqlikdan II oziq tishlargacha kesiladi.* Shilliq qavat bilan suyak ysti parda birgalikda ko'chiriladi, yuqori jag'ning oldingi suyak devori it chuqurchasigacha ochiladi, bunda ko'z osti nervini jarohatlamaslikka harakat qilish kerak bo'ladi. (1.35-rasm (a))

2. *Naysimon parma (bor) bilan yuqori jag'ning oldingi devori teshiladi va keyinchalik fissurali parma bilan teshiklar birlashtiriladi, oldingi devoridagi suyak olib tashlanadi.* Keyin Chitelli qisqichlari bilan teshik qirralari qisib olinib, kerakli darajada teshik kengaytiriladi (1.36-rasm (b)).

Boshliqni teshish oldingi devorning yupqa sohasidan amalga oshiriladi. Bo'shliqni ko'kimtirroq joydan va metall jism bilan perkussiya qilib bo'shliq ovozi eshitilgan sohadan topiladi. Gohida bu devor shunchalik nozik bo'lib qoladiki, birozgina kuch bilan bo'shliqqa tushish mumkin bo'ladi, bunga sabab bo'shliq ichidagi patologik jarayon hisoblanadi. Bunday holatlarda oqma bor joydan yiring massalari chiqishini ko'rish mumkin bo'ladi. Yiring tezda elektrootsos yordamida tozalaniladi,

bo'shliq atrofida halaqit berayotgan yumshoq to'qimalar sekin olinadi, qon ketishlikdan saqlanish maqsadida ehtiyotlik bilan amalga oshiriladi.

3. *Bo'shliqqa jarrohlik ishlov berish.* Kolduell- Lyuk jarrohlik amaliyoti klassik varianti "radikal jarrohlik" deb nom olgan, sabab bunda bo'shliq ichidagi shilliq qavat keyinchalik qaytalanmasligi uchun total qirib tashlanadi,. Lekin bu usul o'zini oqlamadi.

Bo'shliq ichi qiyshiq ajratgich va suyak qoshiqchasi yoki uchi aylana qisqich yordamida patologik o'zgargan shilliq parda, yiring, nekrotik to'qima va poliplardan, yallig'langan o'smalardan tozalanadi.

4. *Sun'iy drenajli teshikni (kontraperturani) shakllantirish.* Burun bo'shlig'i va pastki burun yo'liga bo'shliqning medial devoridan drenaj funksiyasi va ventilatsion funksiyalarini amalga oshirish maqsadida teshik ochiladi. Bu usulning klassik turida, burun bo'shlig'idan bu teshikni yulib olishgan va hosil bo'lgan laxtakni pastki burun yo'li lateral devorining shilliq qavati bilan olib tashlangan. Hozirgi kunda bunday usul qo'llanilmaydi. Avval bo'shliqning medial devorining suyak qismi sindiriladi, keyin pastki burun yo'lining lateral devori shilliq qavat bilan suyak qavat orasidan kichik raspator bilan kirib suyak devori tanga kattaligida olib tashlanadi (1.35-rasm (c)). Bunday holatda teshikni balandroq kattalashtirishga harakat qilinadi, lekin unchalik ham pastdan ham pastki burun chig'anog'ining suyakka birikkan joyidan ham teshik ochilmaydi. Bu keyinchalik shilliq qavatdan laxtakni kerakli uzunlikdagi shakllantirish uchun kerak bo'ladi. Keyin burun bo'shlig'i lateral devorining qolgan shilliq qavati burun bo'shlig'ining tubigacha ko'chiriladi. Shunday qilib burun bo'shlig'ining tubi bilan bo'shliq tubining o'rtasida "ostonasi" ochiladi. Keyinchalik shu soha burun shilliq qavatini bo'shliqning tubiga plastika bo'lishini ta'minlaydi. Keyinchalik bu ostonaga iskana yoki o'tkir qoshiqcha yordamida tekislanadi. Tekislangan mahall shilliq qavat (keyinchalik laxtak qilib ishlatish uchun) ehtiyot qilinadi. Ostonaga tekislangandan keyin va bo'shliq tubidagi ostonaga laxtakka yaqin maydon tayyorlanib bo'shliq tubini plastikasiga kirishiladi. Buning uchun pastki burun yo'lidan shilliq qavat (keyinchalik laxtak qilib ishlatish uchun) raspator bilan ushlab turilib, o'tkir naysimon skalpel bilan shilliq qavatdan maxsus P-simon kesma o'tkazilib to'g'ri burchakli laxtak quyidagicha kesiladi: birinchi bo'lib vertikal kesmani suyak darchasining orqa qismi sohasidan yuqoridan pastga qarab o'tkaziladi, ikkinchi vertikal kesma darchani oldingi qirrasidan sohasidan o'tkaziladi, uchinchi gorizontaal kesma darchaning yuqori qismidan o'tkaziladi. Hosil bo'lgan to'g'ri burchakli laxtak raspator yordamida

tekislangan ostona orqali bo'shliq tubiga yotqiziladi. Ko'pgina rinoxirurklar bu bosqichni amalga oshirmaydilar, ular baribir shilliq qavat epitelizatsiya bo'ladi deb aytishadi. Lekin tajriba boshqasha o'ylantiradi. Yalang'och qolgan suyak vaqt o'tishi bilan u yerdagi shilliq qavat chandiqli metaplaziyaga uchrab, bo'sg'liqni qisman yoki butunlay obliteratsiyasiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari plastik laxtak fiziologik jarayonlarda reparativ manba bo'lib xizmat qiladi, bo'shliqda shilliq qavat shakllanib, laxtakda qolgan sekretor elementlar trofik- va bakteriotsid aktiv moddalar ishlab chiqaradi, keyinchalik sinusni morfologik va funksional rehabilitatsiyasiga sabab bo'ladi.



a



b



v

*1.35-rasm. Yuqori jag' bo'shlig'ida Kolduella-Lyuk bo'yicha jarrohlik amalini o'tkazish bosqichlari:*

*a) jarrohlikni boshlang'ich bosqichi; b) teshikni shakllantirish bosqichi;*

*v) kontrapetrurani shakllantirish bosqichi.*

5. *Yuqori jag' boshlig'ini tamponadasi.* Ko'p shifokorlar bu bosqichga katta ahamiyat berishgan. Jarrohlikdan keyingi qon ketishlarni, gemosinusni shakillanishini, infisirlanmasligini oldini olish maqsadida bajariladi. Asosan gaymoritli tamponni vazelinli yog'ga shimridiladi, tamponadadan oldin bo'shliqqa antibiotik sepiladi, keyin tamponada qilinadi.

Operatsiyadan keyin har xil dori vositalatini ishlatish mumkin. So'z *regenerantlar va reparantlar* haqida ketmoqda. Bu dori vositalari *reparativ regeneratsiya*'ni stimullaydi. Bu jarayon jarohatlardan, jarrohlik amaliyotidan yallig'lanish jarayonlari yoki distrofiyadan keyingi to'qima va organning tiklanishiga yordam beradi. Reparatsiya natijasida parabioz bosqichida yotgan to'qima va organ tiklanishni boshlaydi. Umumiy regeneratsiya mexanizmining tarkibida, purin va pirimidin biosintezini, RNK, hujayrani funksional va fermentativ elementlarini, shu jumladan membrana fosfolipidlarini, DNKni reduplikatsiyasini, hijayralarni bo'linishini kuchaytirib beradi. Xoh fiziologik yoki reparative (travmadan keyingi) regeneratsiya bo'lsin substratlarga (almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar va yog' kislotalar, mikroelementlar, vitaminlar) muhtoj bo'ladi. Bundan tashqari oqsil va fosfolipidlar biosintez jarayoni ko'p miqdorda energiya talab qiladi, shunga binoan energetik materiallar ham mos bo'lishi kerak. Shunday moddalarga, energetik va reparativ jarayonini substratini ta'minlovchi moddalarga aktovegin, solkoseril va boshqalar kiradi.

Regeneratsiya va reparatsiya'ni stimullovchi mahalliy ta'sir etuvchi dori vositalarini ikki guruhga bo'lib o'rganiladi: 1) *hujayraviy (universal)*- barcha regeneratsiya bo'ladigan to'qimaga ta'sir etadi, bularga anabolik steroidlar, nostreroid anaboliklar- natriy dezoksiribonukleat (derinat), metiluratsil, inozin va vitaminlar kiradi. Turli sababli kelib chiqqan jarohat bo'shliqlaridan tamponlar chiqarib olinganidan so'ng, infeksiyalardan profilaktika maqsadida mahalliy qo'llash va terapevtik rejasida, yuqorida aytib o'tilgan reparant vositalarni ishlatish maqsadga muvofiq bo'ladi. 2) *to'qima maxsus stimulyatorlari*- regeneratsiya jarayonlarini turli xil mexanizmga ega bo'lgan dori vositalari bilan keltirib chiqariladi. U yoki bu to'qimaga tanlab ta'sir qilishiga qarab turli guruhlarga bo'linadi. Bunday vositalarga plastik ta'sirga ega vitaminlar (alfakalsidol, askorbin kislota, beta karotin, vitamin E, retinol va boshq) misol bo'ladi. Ularni qo'llash (mahalliy va umumiy) reparative jarayonlarga ta'sir etib, jarrohlik amaliyotidan keyin 10-14 kun davomida albatta berish kerak bo'ladi.

Tamponadadan oldin bo'shliq ichida yakunlovchi gemostaz (suyak emissariyasini plombirovka qilish, qonayotgan patologik to'qimalardan

tozalash, qon tomirni lazerakoagulyatsiyasi va boshq) amali bajariladi. Adrenalinli sohaga surtilganidan keyin vaqtinchalik qon tomir torayib turadi, keyinchalik qon tomirlarni kengayadigan bosqichi keladi. Tamponada qilishdan oldin bo'shliqni ichiga antibiotiklarni gidrokartizon bilan aralashtirilib sepish tavsiya qilinadi. Shundan so'ng bo'shliq ichiga bir nechta kichik hajmda kesilgan gemostatik gubkalar joylanadi. Gubka tiqilganidan so'ng tamponada qilinadi. Tampon 48 soatdan keyin olib tashlanadi. Tampon bemalol chiqishi uchun sun'iy yasalgan drenaj teshikni qirralari silliqlangan bo'lishi kerak.

6. *Jarohatga chok qo'yish.* Bu bosqichda chok qo'yish yoki qo'y-maslik jarrohga bog'liq hisoblanadi. 3-4 soatdan keyin jarohat chetlarini to'g'ri qo'yish, ularni zich yopishishiga sabab bo'ladi. Ayrim avtorlar jarohat yuzasiga jarohat chetlarini yopishtirish maqsadida dokali valik qo'yishni tavsiya qiladilar va uni 2-3 soatdan keyin olib tashlaydilar.

*Jarrohlik amaliyotidan keyin bemorni kuzatish.* Jarrohlik amalini boshidan kechirgan kuni bemorga ovqatlanish tavsiya qilinmaydi. Ertangi kunida bemorga 0,2-0,3 litr suyuqlik (biroz shirin yoki limonli choy) ichish tavsiya qilinadi. Bemorga antibiotiklar, sedativ dori vositalari, antigistaminlar ko'rsatmaga qarab buyuriladi. Tartib-ertasi kuni-gacha yotoq tartib belgilanadi. Tampon olib tashlanganidan so'ng bo'shliq ichi bemorning holatiga qarab izotonik yoki furatsillin eritmasi bilan yuviladi. Bu muolajani o'zida reparantlar saqlagan moddalar, antibiotiklar, yog'da eruvchi vitaminlar bilan yuvib bir necha kun davom etiladi. Shu intensiv davolashda bemorni tuzalishi 2 haftagacha cho'zilishi mumkin, bemor esa tampon olib tashlanganidan so'ng 3-5 kundan keyin ambulator sharoitda kuzatilib turishi uchun kasalxonadan chiqarilib yuborilishi mumkin.

### **Krichman- Denker jarrohlik amaliyoti**

Bu usulni birinchi bor 1903-yilda Denker tavsiya qilgan, shundan so'ng bu usulni Krichman takomillashtirib yuqori labning yuganchasigacha kesishni taklif qilgan.

Jarrohlik amaliga ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, jarrohlik amaliyotidan oldin tayyorlash, og'riqsizlantirish Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyoti bilan bir xil. Bu usul bilan burun- halqumgacha borish mumkin, masalan: miya asosi fibromasini olib tashlashda.

Bu usul ham bir nechta bosqichlardan iborat:

1- Bosqich. Kesish yuqori labning yuganchasigacha olib boriladi.



*1.36-rasni. Denker jarrohlik.amaliyoti bo'yicha yuqori jag' bo'shlig'ining oldingi devoridagi teshikning ko'rinishi*

2- Bosqich. Burun bo'shlig'ining lateral devorining oldingi qismlaridan va yuqori jag' bo'shlig'ining oldingi devoridan yumshoq to'qima suyakusti parda bilan birga ko'chiriladi va noksimon teshik ochiladi.

3- Bosqich. Yuqori jag' bo'shlig'ining oldingi devorini bir qismi va burun bo'shlig'ining lateral devorining bir qismi, noksimon teshikning atroflari iskana yoki qisqichlar bilan kengaytiriladi. Yuqori jag' uning oldingi medial burchagi orqali keragicha ochilganidan so'ng, qolgan boshqa bosqichlari Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyoti bo'yicha olib boriladi. Bu usulda yuqori jag'dagi ko'rfazlarni peshona reflektori bilan ko'rish qiyin bo'ladi. Buning uchun bo'shliqni reviziya qilish uchun endoskopik usullardan foydalansa bo'ladi.

### **A.F. Ivanov boyicha jarrohlik amaliyoti**

Jarrohlik amaliga ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, jarrohlik amaliyotidan oldin tayyorlash, og'riqsizlantirish Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyoti bilan bir xil.

Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyotida yumshoq to'qimalarni jarohatlanishini oldini olish maqsadida shilliq qavatni kesish 3 sm dan ko'p bo'lmaydi. Kesma yuqori labning burmasidan qilinmasdan, balki undan pastroqdan kesma o'tkaziladi. Lunj sohasida keyinchalik shish rivojlanmasligi uchun va kesmani keyinchalik yiringlamasligi uchun kesma lunjning shilliq qavatigacha davom ettiriladi. Yuqori jag' boshlig'ini oldingi devori I-chi molyar tish ustidan, yonoq suyagining asosidan teshiladi. Bu teshish bo'shliqning hajmi qanday bo'lishidan qat'iy nazar bo'shliqqa tushishni ta'minlaydi. Bo'shliqning oldingi devori Kolduella-Lyuk jarrohlik amaliyotidan farqli lateralroq keng ochiladi. Asosiy e'tibor alveolyar ko'rfazni oldingi qismlariga beriladi. Noksimon te-



shikning qirralari saqlanib qolinadi. Qolgan ketma-ketlik Kolduella-Lyuk jarrohlik amaliyotiga o'xshab ketadi. Oxirida jarohat tikilmaydi va tamponada qilinmaydi.

### *Odontogen gaymorit*

*Odontogen gaymorit- tish-jag' sohasidan patologik jarayonni yuqori jag' bo'shlig'iga o'tib, bo'shliqni shilliq qavatini yallig'lanishidir.*

Hozirgi kunda ikkita mutaxassislik, otorinolaringologlar va stomatologlarning oldida turgan dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Bu kasallikning uchrash chastotasi 3% dan 24% gacha kuzatiladi (Uvarov V.M., 1962; Bernadskiy Yu.I., 1968; Shargorodskiy A.G., 1985; Moroxoev V.I., 1998).

1. *Odontogen gaymoritni rivojlanishida anatomik nuqtai nazardan qarashlar.*

Hozirgi kunda otorinolaringologlarni yuqori jag' sinusiti bilan tish kasalliklarini ajrata ololmasliklari, odontogen gaymoritni rinogen gaymorit deb davolashlari ko'p uchramoqda. Albatta, stomatologlarni yuqori jag' boshlig'ini va g'alvirsimon bo'shliqni burun bo'shlig'iga nisbatan anatomiyasini yaxshi o'zlashtirmaganliklari, zamonaviy endonazal jarrohlik amaliyotlarini bilmasliklari endodontik jarrohlik amaliyotlarida yuqori jag' boshlig'ini perforasiya qilishlari va bu bo'shliqqa keyinchalik infeksiya tushishi, gaymoritni rivojlanishi, poliklinikada va stomatologik bo'limlarda odontogen gaymoritni noto'g'ri davolanishlari kasallikni ko'p uchrashiga eng achinarlisi asoratlar bilan birga uchrashi ko'p kuzatilmoqda.



1.37-rasm. a) yuqori jag' bo'shlig'iga nisbatan tish ildizlarini normal joylashishi; b) anatomik preparatda tish ildizlari yuqori jag' bo'shlig'ini ichida joylashib turibdi

Klinikasi uchun bo'shliqni morfologik tuzilishi katta ahamiyatga ega. Uning balandligi, hajmi, burun bo'shlig'iga nisbatan joylashuvi va tishlarni yuqori jag' bo'shlig'iga nisbatan joylashuvi katta ahamiyatga ega. G.V. Kruchinskiy (1991) yuqori jag' bo'shlig'ini 3 ta tipini farqlaydi: pnevmatik, sklerotik va oraliq. Tekshirishlar shuni ko'rsatganki, yallig'lanish ko'pincha pnevmatik tipli bo'shliqlarda ko'p uchrar ekan (Bernadskiy Yu.I., 1968; Tanfilev D.E., 1968; Kuchinskiy G.V., 1991). Shuni aytib o'tish kerakki bo'shliq katta bo'ladigan bo'lsa bo'shliqning tubiga 6 ta tishning ildiz qismlari yaqin joylashgan bo'lishi mumkin. Ko'rinib turibdiki shu tishlardan birida yallig'lanish jarayoni kelib chiqadigan bo'lsa odontogen gaymoritga sabab bo'lishi mumkin.

## 2. Mexanik nuqtai nazardan qarashlar.

a) Yuqori jag' bo'shlig'ining tubini perforatsiyasi. Perforatsiya etiologiyasi, lokalozatsiyasi, kattaligi va kechishi bo'yicha farqlanadi. Ko'pincha bu tishlarni ekstraksiya qilinganda, yuqori jag'ni I-II mofyar tishlarini olib tashlanganidan keyin kryutaj qilish va alveolyar o'simtada boshqa jarrohlik amaliyotlarini o'tkazish bo'shliqni tubini perforatsiyasiga sabab bo'lishi mumkin. Hozirgi kunda yuqori jag' bo'shlig'ini tubini jarohatlanishida quyidagi sabablar misol bo'lishi mumkin:

- Patologik jarayon natijasida tish ildizining yuqori uchida to'qimani buzilishi;

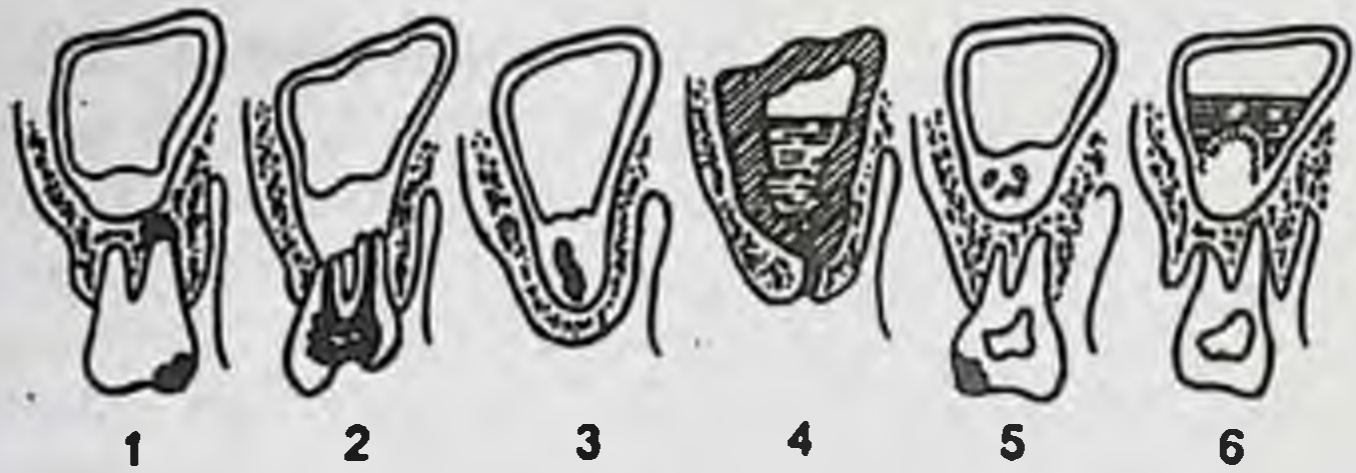
- Bo'shliq tubini tish ildizlariga anatomo- fiziologik yaqin joylashishi;

- Tish olish qoidalariga rioya qilinmaslik;

b) Bo'shliqqa yot jism (tish ildizi, plomba materiali, tish ildizidan o'tgan parchalangan mahsulotlar) kirishi, apikal teshik orqali yot masalarni itarib kirgazib yuborish; periodont va yuqori jag' shilliq qavat orasida suyak devorini bo'lmasligi; tish ildizlariga kengaygan kanal orqali millerskiy ignalari, bor va boshqa asbob- uskunalar yordamida tish ildizining yuqori uchi qismidan mexanik ravishda patologik to'qimalarni kirgazib yuborish.

## 3. Patologik jarayonlar nuqtai nazardan qarash.

Yuqori jag' bo'shlig'ini pastki devorini buzilishiga sabab bo'luvchilar: pulpit, periostit, osteomielit, radikulyar kista, granulyasiyalar, o'smalar, paradantoz, paradontit (1.38-rasm).



1.38-rasm. Odontogen gaymoritni kelib chiqish sabablari:

- 1) ildizga granulyoma; 2) subperiostal abscess; 3) yot jism; 4) fistula; 5) osteit; 6) paradontoz.

#### 4. Innervatsiyasi, qon aylanishi va limfa aylanishini umumiy bo'lishi.

Odontogen gaymoritni ko'p darajada uchrashi bir qator ijtimoiy sabablarga bog'liq.

-Ko'p miqdorda xususiy stomatologik va tishni protezlash kabinetlarining ochilishi, ularni orasida raqobatni kuchayishi, tishga qo'yiladigan va ishlatiladigan tish materiallarini qimmatlashishi yoki asoratli tishlarni yaxshi davolamaslik va hokazolar;

-Ko'pgina otorinolaringologlar gaymoritni tish jag' kasalliklari bilan bog'lab tekshirmaydilar, ya'ni qiyosiy tashxis yaxshi baholanmaydi, shuning uchun ham ko'pgina simptomsiz kechadigan odontogen gaymoritlar oddiy rinogen gaymorit deb baholanib davolanib kelinadi.

-Xalq orasida tish jag' va burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari orasidagi bog'liqlikni tushuntiruvchi sanitar ishlarini yetishmasligi.

**Tavsifi.** I.G. Lukomskiy (1950) odontogen gaymoritni ikki guruhga bo'ladi.

a) Toksik odontogen gaymorit- periapikal fokusdan toksinlar tarqalishi hisobiga kelib chiqadi (yuqori jag' bo'shlig'ida qaytalanuvchi kataral gaymorit ko'rinishida namoyon bo'ladi, odontogen o'choqni yo'qotilsa yengil tuzalish bilan tugaydi)

b) Infeksion odontogen gaymorit- infeksiya'ni odontogen o'choqli osteonlar kanali, shilliq qavatdagi qon tomir va venalari orqali yuqori jag' bo'shlig'ini shilliq qavatiga o'tishidir.

G.N. Marchenko (1966) odontogen gaymoritni yuqori jag' bo'shlig'i bilan og'iz bo'shlig'ini orasida bog'liqlik borligini hisobga olib *ochiq* va *yopiq* turlarga bo'lgan.

Odontogen gaymoritni kechishiga qarab: a) o'tkir- 3-4 haftagacha; b) o'tkir osti- 4 haftadan ko'p; c) surunkali- 6 haftadan ko'p;

**Klinikasi.** Odontogen gaymoritni klinikasi har doim ham aniq kechmaydi, ayniqsa og‘iz bilan bo‘shliqni bog‘lab turuvchi oqma yoli bo‘ladigan bo‘lsa, bunday holatlarda yiringli sekret bo‘shliqdan chiqib subyektiv belgilarni kamayishiga olib keladi: burundan nafas olish erkin bo‘lishi, bosh og‘rig‘i intensiv xarakterga ega bo‘lmaydi, shuning uchun ham odontogen gaymorit tashxisi oz‘vaqtida va aniq qo‘yilmaydi. Bemor yonoq sohasini biroz shishiga, og‘ziga yuqori qismidan yiring kelishiga, burnini qoqqanda og‘ziga havo kirishi, og‘zidan va burnidan badbo‘y hid kelishiga shikoyat qiladi. Bemorda rinoskopiya o‘rta burn yo‘lida yiringli ajralma aniqlanadi. Yiring quyruq va qo‘lansa hidli bo‘ladi. Faringoskopiya bemorda yallig‘langan bo‘shliq tomonida yallig‘langan tish aniqlanadi.

Odontogen gaymorit tashxisini qo‘yish uchun rentgenografiya, ortopantomografiya va KT tishlarni ildizi qay ahvoldagiligi haqida axborot beradi. Gohida bo‘shliq ichini kontrast yuborib tekshiriladi. Yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining boshqa devorlariga qaraganda pastki devorini ko‘proq qalinlashganligini ko‘rish mumkin bo‘ladi (1.39-rasm).



1.39- rasm. KT. Koronar proeksiya  
O‘ng tomonlama odontogen gaymorit

**Davolash.** Odontogen gaymorit “aybdor” tishda va yuqori jag‘ bo‘shlig‘ida bajarilgan jarrohlik amali va boshqa kompleks davolash tadbirlari yordamida davolanadi. Oqmalı odontogen gaymoritda Kolduell-Lyuk jarrohlik amaliyotidan tashqari, og‘iz dahlizi yoki tanglay yumshoq to‘qimasida hosil bo‘lgan oqma teshigining plastikasi bajariladi.

### 3.3 Peshona bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi

**O'tkir frontit (frontitis atsuta)**- peshona bo'shlig'ini shilliq qavati o'tkir yallig'lanishidir.

Bunda ham kataral, ekssudativ va yiringli patologoanatomik bosqichlarga bo'linadi. Etiologiya va patogenezini banal sinusitlarga xos va 3.3 bo'limda batafsil yoritilgan. Bundan tashqari peshona- burun kanali o'rta burun yo'liga ochiladi, bu kanalning uzunligi 15-25 mm bo'lib, eniga 2-4 mm ni tashkil etadi. O'tkir frontitni uchrashi va asoratlari, klinik kechuvini og'irlik darajasi bo'shliqning hajmiga, peshona- burun kanalining uzunligiga va uning o'tkazuvchanlik xususiyatiga bog'liq hisoblanadi.

O'tkir frontit quyidagi mezonlarga qarab tavsiflanadi:

-*Etiopatogenez*: banal rinopatiya, mexanik va barometrik jarohatlar, modda almashinuvini buzilishi, immunotanqis holat va boshq.

-*Patomorfologik o'zgarishlar*: kataral yallig'lanish, transsudatsiya va ekssudatsiya, vasomotor, allergik, yiringli, yarali- nekrotik yallig'lanishlar, osteitlar.

-*Mikrob tarkibiga qarab*: banal flora, spetsifik flora, viruslar.

-*Simptomatika*: nevralgik, sekretor, febrill shaklli va boshq.

-*Klinik kechuvi*: torpid shakli, o'tkir osti, o'tkir, umumiy holati juda og'ir bo'lib, yallig'lanish jarayonlari qo'shni a'zo va to'qimalarga tarqalgan bo'ladi.

-*Asoratlangan shakllari*: orbital, retroorbital, kalla ichi va boshq.

-*Yoshga xos shakllari*: frontit bolalarda, yoshi kattalarda va qariyalarda kechishida klinik o'ziga xoslik bo'ladi.

**Belgilari va klinikasi.** Subyektiv belgilar. Bemorlar peshonadagi pulsatsiyali yoki kuchayib boruvchi og'riqqa shikoyat qiladilar, bu og'riq burunning ichki qismlariga va ko'z olmasiga tarqaladi, burun ichida va qosh usti sohasida to'lishishlik va shishganlik his qiladilar. Yuqori qosh, ko'z ichki komissirada, perikulyar soha shishgan va qizargan bo'ladi. Yallig'langan tomonda ko'z yosh oqishi kuchayadi, yorug'likdan qo'rqish bo'ladi, sklerani giperemiyasi, bemor ko'z tomonda mioz bo'lishi hisobiga anizokariya bo'lishi mumkin. Yallig'lanish jarayoning avjida, kataral bosqichdan ekssudatsiya bosqichiga o'tganda og'riqlar kuchayadi, tunda og'riqni intensivligi va tarqalishi kuchayadi. Og'riq chidab bo'lmaydigan, oshib boruvchan xarakterga ega bo'ladi.

Burundan keladigan ajralma ozgina miqdorda bo'lib, faqatgina burun shilliq qavatini yallig'lanishiga xos bo'ladi, endoskopik ko'rinishi o'tkir kataral rinitga xos bo'ladi. Bosh og'rig'i burundan ajralma

to'xtagan mahal kuchayishni boshlaydi. Bu esa o'z navbatida ajralmalarni peshona bo'shlig'ida to'planganidan dalolat beradi. Dekongestantlarni qo'llash burundan nafas olishni yaxshilab, o'rta burun yo'lini kengaytiradi va burun- peshona kanalini drenaj funksiyasini tiklaydi. Natijada peshona bo'shlig'idan ko'p miqdorda o'rta burun yo'liga ajralma tushishini ta'minlaydi. Bir vaqtning o'zida bosh og'rig'i kamayadi yoki butunlay to'xtaydi. Faqatgina peshona qism palpatsiya qilib ko'rilganda n. supraorbitalis ning medial tarmog'i hisobiga og'riq saqlanib turadi. Boshni harakatga keltirganda va qoshni qimirlatganda og'riq to'mtoq xarakterga ega bo'ladi. Ajralmalar yana peshona bo'shlig'ida to'planadigan bo'lsa og'riq sindromi doimiy kuchayib boradi, tana harorati oshadi, bemorni umumiy holati og'irlashadi.

Oldin ko'rsatib o'tilgan simptomlar tunda kuchayadi. Bosh og'rig'i, ko'sga, retromaxillary sohaga, qanot tanglay sohasiga og'riqlar tarqaladi.

**Obyektiv belgilar.** Yuz sohasi ko'zdan kechirilganda qosh usti sohasida, burun ildizi sohasi, ko'zning ichki burchagi va yuqori qoshning ichki burchagi shishgan, ko'z yosh yo'llari va ko'z olmasini membranasida shish aniqlanadi. Sklerani giperimiyasi va ko'z yosh oqishi kuzatiladi. Yallig'langan bo'shliq tomonda yorig'likdan qo'rqish kuzatiladi. Teri qoplami zararlangan tomonda qizaradi, ushlaganda og'riqli va mahalliy harorati oshgan bo'ladi. Bundan tashqari o'rta burun yo'liga tugmali zond bilan tegib ko'rganda og'riqli bo'ladi.

Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarida shilliq yoki shilliq- yiringli ajralma aniqlanadi. Agar shu ajralmalardan tozalanib yana ko'rilsa shu joyda o'rta burun yo'lining oldingi qismida yiring aniqlanadi. Ayniqsa o'rta burun yo'lini adrenalin bilan anemizatsiya qilib ko'rilsa, ko'p miqdorda ajralma kelayotganini ko'rish mumkin bo'ladi. Shilliq qavat qizargan va shishgan, o'rta va pastki burun chig'anoqlari kattalashgan, shuning hisobiga yallig'langan tomonda umumiy burun yo'li toraygan holda ko'rinadi. Kopincha bir tomonlama giposmiya aniqlanadi. Jarayonga ko'p hollarda etmoidit qo'shiladi. Yuqori jag'da yarali- nekrotik jarayon rivojlansa, bemorda kakosmiya rivojlanadi.

**Tashxis.** Bemorga yuqorida aytib o'tilgan simptomlar va klinik belgilarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Bunda hisobga olish kerakki infeksiya tabiiy chiqarish teshigi orqali yoki gematogen yo'l orqali tarqaladi. Shuning uchun ham klinik kechishida maskirovka bo'lishi mumkin. Frontit tekshirishda rentgenografiya, termografiya yoki UZI tekshiruvlaridan foydalaniladi.

**Qiyosiy tashxis.** Avvalambor surunkali frontit hurujidan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Bundan tashqari o'tkir gaymorit, o'tkir etmoidit bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Yuqori jag' bo'shlig'ini punksiya qilib ko'rsatilganidan so'ng burun bo'shlig'i o'rta burun yo'lida yiring aniqlansa, yallig'lanish peshona bo'shlig'ida deb qaraladi.

O'tkir frontitni yuz nevrалgiyasi sindromi bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Bundan tashqari o'tkir frontitni peshona bo'shlig'ining o'sma kasalliklari keltirib chiqargan ikkilamchi yiringli kasallik bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Bundan tashqari uch shoxli nerv tolasining nevrалgiyasini inkor etish maqsadida bemorga rentgenografiya, KT tekshiruvlari o'tkaziladi. Nevrалgiyada og'riq to'satdan boshlanib, o'tkir kechadi, frontitda og'riq sekin boshlanib, peshona bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonini rivojlanishi bilan tobora kuchayib boradi; frontitda og'riyotgan maydon barmoq bilan bosilganda og'riq kuchayadi, nevrалgiyada esa og'riq kamayadi; frontitda jismoniy zo'riqishda, yo'talganda, aksirganda og'riq kuchayadi.

**Davolash.** Boshqa sinusitlarni davolashdan farq qilmaydi. Uning asosiy prinsiplari: peshona bo'shlig'idagi shishni kamaytirish, burun-peshona kanalini drenaj funksiyasini tiklash va infeksiyaga qarshi kurashishdan iborat bo'ladi. Buning uchun sistemali intranasal dekongestantlarni tavsiya qilish, kateter orqali peshona bo'shlig'iga adrenalin, gidrokatrizon va antibiotik yuborish kerak boladi. Agar o'rta burun yo'lida polip shakllangan bo'lsa, ayovchi usuldan foydalanib endoskopik rinojarrohlik usuli bilan yiring so'rib olinadi. Og'ir holatlarda peshona bo'shlig'i trepanopunksiya qilinadi.

Bu yerda ham o'tkir gaymoritni davolagandagidek antibiotiklar, antigistaminlar, proteolitik fermentativ moddalar tavsiya qilinadi. Bundan tashqari burun yondosh bo'shliqlari Proets usulida yuviladi. Lekin peshona bo'shlig'i burun bilan kanal orqali bog'langani uchun, bu boshliqni zondlash mumkin.

Buning uchun o'rta burun yo'lga 0,1 % li naftizin yoki 0,1% li adrenalin qo'yilganidan so'ng, shu sohaga kattalarga 10% li, bolalarga esa 2% li lidokain eritmasi tozalagichda qo'yiladi. 5-7 daqiqa o'tgandan so'ng 0,6 mm li ichida temir mondrenli bo'lgan kateter peshona tarafga qaratilib biroz qiyshaytiriladi. Shundan so'ng qiyshaytirilgan zondning bir uchini burun bo'shlig'ini lateral devoriga o'rta burun chig'anog'ining oldingi qismidan taxminan mo'ljal olib, zondni yuqoriga va oldinga qarab yo'naltiriladi. Gohida mo'ljal noto'g'ri olinsa peshona bo'shlig'ining teshigini biroz oldinroqdan qidiriladi. Zond peshona

bo'shlig'ining teshigiga joylashganidan so'ng kateter bo'shliq ichiga yo'naltiriladi, kateter ichidagi mondren esa chiqarib olinadi. Bo'shliqqa tushganligidan so'ng shprits bilan tortib tekshirilib ko'riladi. Agar bemorda og'riq kuchayadigan bo'lsa bo'shliq ichiga 2% li lidokain eritmasi kiritiladi. So'ng antiseptik moddalar bilan bo'shliq yuviladi. Yu-vish eritma toza chiqqunicha amalga oshiriladi. Bemorning bo'shlig'iga antibiotik kiritishdan oldin bemor yuqoriga qaratilib yotqiziladi va shprits bilan antibiotik kiritilganidan so'ng kateter chiqarib olinadi.

Bundan tashqari sinus- kateter "YaMIK" ishlatish samarali hisoblanadi.

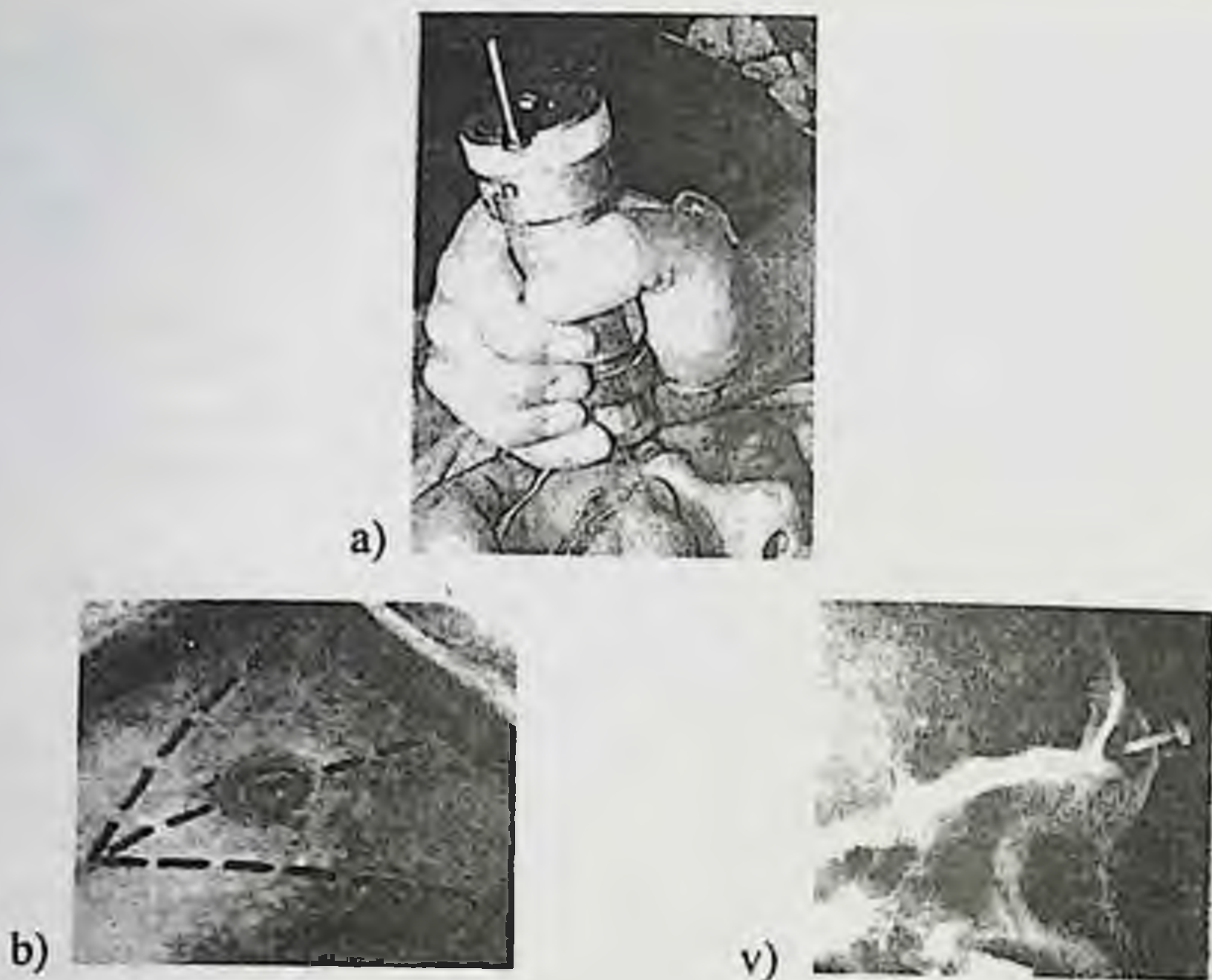
Fizioterapevtik davolashda, bularga mahalliy isituvchi muolajalar, UVCh peshona sohasiga 8-10 marta muolaja, endonazal KUF 6-8 muolaja, lazeroterapiya muolajalari buyuriladi.

Agar yuqoridagi davolashlardan va konservativ davolashlardan so'ng va og'ir asoratlar bilan kechadigan hollarda trepanopunksiya amaliyoti amalga oshiriladi.

Trepanopunksiya M.E. Antonyuk trepan jamlanmasidan foydalaniladi. Jarrohlik amalidan oldin trepanopunksiya qilinadigan nuqta belgilanadi: peshona sohasining o'rtasi va burun usti bo'ylab birinchi vertikal chiziq, qosh usti yoyining suyak cheti bo'ylab birinchi chiziqqa perpendikulyar holda ikkinchi gorizontal chiziq o'tkaziladi. Uchinchi chiziq esa birinchi va ikkinchilar hosil qilgan to'g'ri burchakning bissektrisasi bo'lib xizmat qiladi. Burchakdan 1-1,5 sm tashlab uchinchi chiziqqa trepan jamlanma qo'yiladigan nuqta belgilanadi. Xatoga yo'l qo'ymaslik uchun frontal, sagittal proeksiyalarda bajarilgan rentgenogramma manzarasi, ya'ni peshona bo'shlig'ining hajmi, kengligi, chuqurligi, medial devori hisobga olinishi lozim.

Trepanopunksiya jarrohlik amali asosan kasalxona sharoitida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilingan holda amalga oshiriladi. Mahalliy og'riqsizlantirish ostida (1% li novokain- 5,0 ml, 2% li lidokain) belgilangan nuqtada trepan jamlanma yordamida peshona bo'shlig'ining old devori teshiladi. Keyin trepan jamlanma chiqarilib, hosil bo'lgan teshikka zond kiritiladi va peshona bo'shlig'ining chuqurligi va orqa devori aniqlanadi. Shundan so'ng teshikchaga qiyshiq kanyula kiritiladi va peshona bo'shlig'i shu kanyula orqali iliq furatsillin, 0,9% li fiziologik eritmalar bilan yuviladi, bo'shliq ichiga antibiotik, gormon va fermentlar eritmasi kiritiladi. Muolaja muddati 7-12 kun davom ettiriladi.





**1.40-rasm. Peshona bo'shlig'ini trepanopunksiyasi:** a) trepan jamlanma bilan trepanopunksiya qilish bosqichi; b) peshona bo'shlig'ini belgilab olish; v) yon yomondan bajarilgan rentgenogramma: trepanopunksiyadan keyin peshona bo'shlig'ida konyulani joylashib turishi.

Maxsus igna yordamida peshona bo'shlig'ining pastki (ko'z kosasi) devorini ham teshsa bo'ladi. Bunda igna ichidan peshona bo'shlig'iga maxsus kateter (o'mrov osti venasiga qo'yiladigan kateter) kiritilib, bo'shliqda qoldiriladi. Keyin igna chiqarib olinadi. Kateter peshona sohasiga leykoplastir bilan yopishtirilib qo'yiladi. Peshona bo'shlig'i shu kateter orqali yuvilib turiladi, unga dorilar yuborish mumkin. Ko'z kosasi yaqin joylashganligi sababli peshona bo'shlig'ini old devori orqali trepanopunksiya qilish maqsadga muvofiq.

Dori darmonlar bilan davolash usuli natija bermagan hollarda o'tkir frontit jarrohlik amali yordamida davolashga; peshona bo'shlig'i endoskop yordamida burun bo'shlig'i orqali ochiladi. Faqatgina atrof organlarga va kalla ichiga asorat berganida (kalla suyagi osteomieliti, leptomeningit, bosh miya'ning peshona bo'lagini absessi, orbitani venoz chigalini tromboflebiti, govak sinusni trombozi, orbita flegmonasi, ko'z nervining retrobulbar nevrity) peshona bo'shlig'i

ochilib sun'iy peshona- burun kanali shakllantiriladi. Bunday holatlarda jarrohlik amaliyotini faqatgina iskana yordamida olib boriladi, bolg'acha ishlatish qat'iyyan man etiladi, bularni ishlatish bosh miya'ni chayqalishiga va vibratsiyasiga sabab bo'ladi, bu esa bosh miyada qon tomirlarini mikrotromblarni hosil bo'lishiga va boshqa joylarga infeksiya'ni tarqalishiga sabab bo'ladi. Shilliq qavatning kryutaji ham bunga tegishli ya'ni uni ham qilib bo'lmaydi.

### ***3.4. Peshona bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi***

***Surunkali frontit (frontitis chronica)- peshona shilliq qavatini surunkali yallig'lanishi.***

Suyak to'qimasini chuqurroq o'zgarishi bilan birga kechib, o'tkir frontitdan keyin kelib chiqib, u yoki bu sababli 3 oy davomida tuzalishsiz kechgan bo'lishi kerak. Surunkali frontit kelib chiqishida endonazal tuzilmalarni anatomik malformatsiyasi (burun to'sig'i qiyshiqligi, tor yoki uzun peshona- burun kanali), kanalni drenaj va ventilatsion funksiyasini buzilishiga olib keluvchi poliplarni bo'lishi, allergiya, kasbga oid bir nechta barotravmalar, yuqori nafas yo'llaridagi surunkali o'choqli infeksiyalar sabab bo'ladi. Uzoq vaqt kechgan surunkali frontit surunkali gaymorit va surunkali etmoidit bilan, ayrim hollarda surunkali sfenoidit bilan qo'shib kelishi mumkin.

Surunkali frontitni kelib chiqishida burun shilliq qavatini surunkali kasalliklari, masalan: surunkali rinit ahamiyati katta hisoblanadi.

***Surunkali frontitni klinik va etiopatomorfologik shakllariga qarab tavsifi.***

1. ***Peshona bo'shlig'ining pnevmosinusi.*** Bunda klapan mexanizmiga o'xshash jarayon, ya'ni havo bo'shliqqa kirgandan keyin, undan havo chiqib ketmaydi. Bunda yallig'lanish jarayoni kuzatilmaydi, lekin bo'shliq ichida bosim oshadi, algik sindrom kuzatiladi.

2. ***Surunkali frontitni yopiq va ochiq shakli.***

3. ***Etiologik:*** banal mikroflora, anaerob flora, spetsifik flora, zamburug'li flora.

4. ***Patogenetik shakllari:*** rinopatik, allergik, travmatik va boshq.

5. ***Patomorfologik shakllari:*** surunkali kataral (vatsuum sinus turi) yoki transsudatli shakli, polipli, kistali, ekssudativ, yiringli, kazeoz, osteonekrotik, giperplastik, aralash shakllari.

6. ***Simptomatik shakllari:*** latent oligosimptomatik, nevralgik sekretor, anosmatik shakllari.

7. *Yoshga xos shakllari*: bolalardagi, kattalardagi, qariyalardagi frontit.

8. *Asoratli shakllari*: qovoqni, ko'z yosh yo'llarini yallig'lanishi, chuqur silliyulit va orbita flegmonasi, uzunchoq va g'ovak venani tromboflebiti, meningit, peshona bo'lagini absessi.

**Simptomlari va klinikasi.** **Subyektiv simptomlari**: peshona sohasini yarmida va burunning tubida to'lishishlik, shishganlikni sezish, zararlangan tomonda ko'z olmasida og'irlikni his qilish, burundan doimiy shilliq- yiringli, kazeozli yoki sasigan- qonli xarakterli ajralma kelishi, kasallikning sasigan shaklida obyektiv kakosmiya aniqlanadi. Zararlangan bo'shliq tomonida fotofobiya, ko'z yosh oqishi, ikkilamchi dakriotsistit, ko'rishning pasayishi aniqlanadi. Og'riq sindromi peshona sohasida doimiy to'mtoq og'riq, bu og'riqlarni doimiy ko'zga, chakka, peshona va retromaksillyar sohaga tarqalishi xarakterli hisoblanadi.

**Obyektiv simptomlari**: zararlangan tomonda ko'z yumshoq toqimasini shishi va giperemiyasi aniqlanadi, bundan tashqari ko'z yosh sohasi shishi, ko'z yoshni burunlab burmasidan oqib turishi, burun shilliq qavati shishgan va giperemiyalashgan, dermatit, impetigo, burun kirish sohasi va yuqori lab sohasini ekzemasini, burundan doimiy shilliq- yiringli ajralma kelib turishi, gohida burun kirish qismida furunkul bo'lishi mumkin.

Peshona do'ngini yoki ko'z usti teshigi sohasi (n. supraorbitalis) chiqadigan teshik) bosib ko'rilganda og'riqni bemorlar his qiladilar. Barmoq bilan orbitani tashqi ichki burchagi bosib ko'rilganda og'riq his qiladi- *Yuringni og'riq nuqtasi*. Endoskop bilan tekshirilganda zararlangan peshona sohasida burun bo'shlig'ini o'rta 1/3 qismida shish va giperemiya aniqlanadi, o'rta burun chig'anog'i kattalashgan, ko'p miqdorda yiringli ajralma, ayniqsa bu burun chig'anoqlarini qon tomirni toraytiruvchi dori vositalari bilan surtilganda miqdori yana oshadi. Ajralma o'rta burun yo'lini oldingi sohasida paydo bo'ladi va pastki burun chig'anog'ini oldidan oqib turadi. Bundan tashqari yuqorida aytib o'tilgan o'rta burun chig'anog'i ikkilanishi bo'ladi- Kaufman fenomeni.

Surunkali frontitni samarasiz davolanilsa bemorni ahvoli asta sekinlik bilan yomonlasha boradi. Peshona bo'shlig'ida granulyatsiya, polip, mukosele, bo'shliqni suyak devori kazeoz va xolesteatomli bo'lib o'zgaradi, oqmalar paydo bo'ladi, oqma ko'pincha ko'z sohasiga ochiladi. Bo'shliqni orqa devori buzilsa, bemorda kalla ichi asoratlari kuzatiladi.

**Tashxis.** Surunkali frontitni bemorni anamnezi (kasallikni kechishi 3 oydan ortiq bo'lishi), subyektiv va obyektiv belgilariga hamda yordamchi burun yo'llarini anemizatsiya qilishdan keyingi ko'rinishlar, rentgenoskopiya va asoratli shakllarida KT va MRT tekshiruvlariga asoslaniladi. Eng "qimmatli" tekshirish usullaridan to'g'ridan va yon tomondan tushurilgan proeksiyalardagi rentgenografiyalar hisoblanadi. Bunda ekssudat sathi, bo'shliqni total soyalanishi, poliplar, kazeoz va xolesteatomli massalar bilan fragmentar soyalanish aniqlanishi mumkin.

**Qiyosiy tashxis.** O'tkir frontit va surunkali frontitni hurujini latent kechuvchi shakli bilan o'tkaziladi. Bundan tashqari surunkali etmoidit va surunkali gaymorit bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Surunkali frontitni uch shoxli nervni nevralgiyasi, peshona bo'shlig'ini o'smasimon kasalliklari bilan qiyosiy tashxislanadi.

**Davolash.** Konservativ va "yarim jarrohlik" usulida davolash bemor uchun munim hisoblanadi. Davolash natijasi yaxshi bo'lmasa ham lekin bemorda klinik kechishini yengillashtiradi va chuqur patomorfologik o'zgarishlarga olib kelmaydi. Surunkali frontitni davolash chora tadbirlari o'tkir frontitni davolashdagi shora tadbirlarga o'xshash kechadi.

Buning uchun surunkali o'choqli infeksiyalarni sanatsiya ya'ni ichki burun kasalliklari bilan hamroh kechishida: burun- peshona kanalini va boshqa bo'shliqlarning kanallarini drenaj funksiyasini yaxshilashga qaratilgan muolajalar (septum- jarrohlik, burun poliplarini olib tashlash, medial yo'nalishda o'rta burun chig'anog'ini oldingi qismini lyuksatsiyasi, g'alvirsimon labirintni periinfundibulyar hujayralarni olib tashlash va bosh). Lekin barcha ko'rsatilgan konservativ va "yarim jarrohlik" usullari har doim ham ayniqsa bemorda allergiya yoki patologik jarayonni keltirib chiqaruvchi ma'lum bir omil shakllangan bo'lsa bemorni tuzalishiga olib kelmaydi. Bemorda periost va suyak to'qimasi yallig'lanishi, mukosele yoki xolesteatoma va surunkali yallig'lanishning asoratlari bilan kechgan bo'lsa konservativ davo samara bermaydi. Bunday holatda faqatgina bemorga jarrohlik amaliyoti naf berishi mumkin.

**Jarrohlik davosi.** Surunkali frontitni jarrohlik usulida davolashdan maqsad: peshona bo'shlig'ini ochish, shilliq qavatdan patologik o'zgarishlarni va patomorfologik o'zgarishlarni (granulyatsiyali to'qima, poliplar, suyak to'qimasini nekrozga uchragan qismi) olib tashlash, bo'shliqni drenaj va ventilatsion funksiyalarini tiklash maqsadida burun-peshona kanalini shakllantirish. Agar bir vaqtning o'zida boshqa bo'shliqlarda o'zgarish bo'ladigan bo'lsa, bir vaqtning o'zida boshqa

bo'shliqlarni xirurgik sanatsiya qilishdan iborat bo'ladi. Barcha burun-peshona kanalini shakllantirish uchun o'rta burun chig'anog'ini oldingi qismini medial lyuksatsiyasi va barcha g'alvirsimon labirintning periinfundibulyar hujayralarini olib tashlab, burun-peshona kanalini shakllantirishdan iborat bo'ladi.

Peshona bo'shlig'idagi barcha jarrohlik amaliyotlari 3 ga bo'linadi:

1. Tashqi peshona orqali (Ogston-lyuk, Kuntu bo'yicha peshona bo'shlig'ini oldingi devorini trepanatsiyasi, bunda peshona bo'shlig'ini oldingi devori, qosh usti ravog'ini va peshona bo'shlig'ini pastki devorini total rezeksiyasi, peshona bo'shlig'ini orqa devorini teri parchasidan invaginatsiya qilib yotqizish).

2. Tashqi ko'z orqali (Yansen-Jaku bo'yicha peshona bo'shlig'ini pastki devorini trepanatsiyasi).

3. Burun orqali (Galle-Vake-Deni bo'yicha qiyshaygan tugmali zondni taxminan yuborish bilan peshona-burun kanali oldidan suyak massasini olib tashlashdan iborat).

Ko'pgina peshona bo'shlig'ini ochish qo'llanmalari (Killian-Taptas, Tilley, Mouret, N.V. Belogolova va boshqalar) yuqoridagi usullarni modifikatsiyasi hisoblanadi. Shuni aytib o'tish kerakki Kunta jarrohlik amaliyoti hozirgi kunda jarohatli va bundan keyin katta nuqson qolganligi uchun qo'llanilmaydi.

**Tashqi peshona orqali Ogston-Lyuk usuli.** Bu jarrohlik usulida peshona bo'shlig'ini ochish yuqori jag' bo'shlig'ini ochishda bajariladigan Kolduella-Lyuk jarrohlik amaliyotini analogi hisoblanadi. Bu usul g'arb davlatlarida kam travmatik, bo'shliqqa yaxshi kirish, jarrohlik amaliyotidan keyin parvarish yengil va qulay bo'lganligi uchun ko'p bajariladi.

**Ko'rsatma:** samarasiz konservativ davo (trepanopunksiya, antibiotikoterapiya, dekongestantlar); tabiiy burun-peshona kanali orqali peshona bo'shlig'ini endonazal drenajlash bajarila olinmasa; peshona bo'shlig'ini ko'p kamerali turida surunkali frontit bo'lishi; polipozli frontit; jarohatdan keyingi frontit; jarohat natijasida peshona bo'shlig'ida yot jism va suyak to'qimasini joylashib qolishi; orbital asoratlar; surunkali frontit natijasida o'tkir meningoensifalit bilan asoratlanishi.

**Qarshi ko'rsatma:** o'tkir asoratlanmagan frontit; 14 yoshgacha; umumiy sistemali kasalliklar; barcha jarrohlik amaliyotiga vaqtincha yoki doimiy qarshi ko'rsatmalar. Peshona bo'shlig'ida jarrohlik amaliyoti

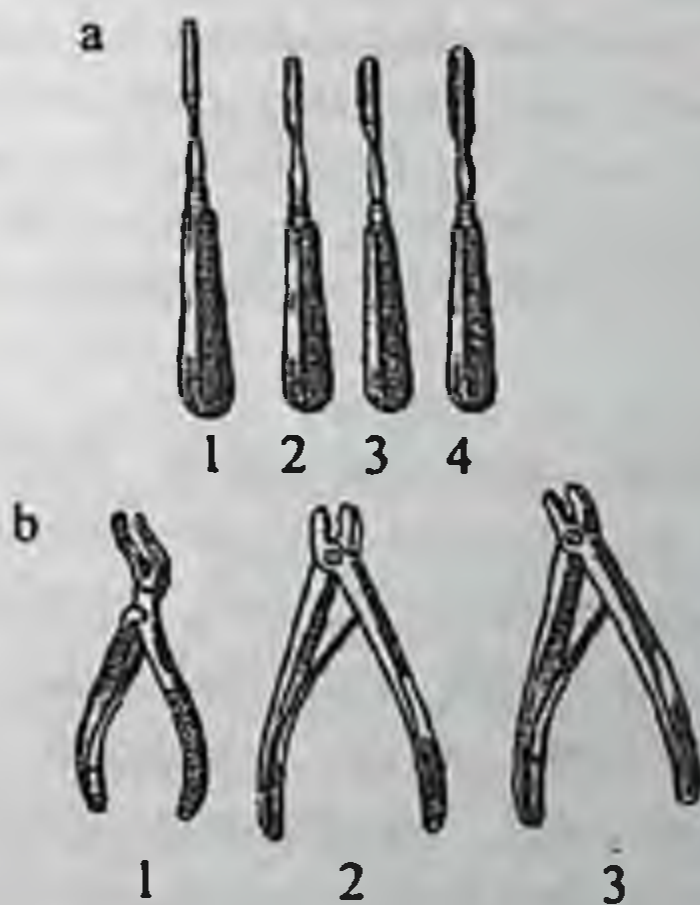
qarshi ko'rsatma bo'lsa ham, hayot uchun xavfli holatlarda amalga oshiriladi.

*Og'riqsizlantirtsh:* Mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Mahalliy og'riqsizlantirish qosh usti sohasiga teri orasiga va teri ostiga 1% li novokainni infiltratsiya qilib yuboriladi. Hosil qilingan infiltratsiya maydoni kesma kesiladigan jarohatdan katta bo'lishi kerak, bundan tashqari burun ildizidan 3-4 sm pastdan ushlab olinadi. Og'riqsizlantirish jarayoni infundubulyum, o'rta burun chig'anog'i, burun to'sig'ini yuqori qismi va hid bilish sohasini og'riqsizlantirishi bilan tugatiladi.

*Jarrohlik amaliyoti texnikasi.* Peshona bo'shlig'ini "oddiy trepanatsiya" si 5 ta bosqichdan iborat.

1. Qosh usti ravog'i bo'ylab teri va suyak usti parda birga kesiladi; qon tomir bog'lanib yoki elerktokaugulyatsiya yo'li bilan gemostaz; dokali prokladka ko'zga yopiladi; peshona do'ngini va peshona bo'shlig'ini oldingi devori to'g'ri keng iskana bilan yumshoq to'qima ko'chiriladi; suyak maydonini ilmoq bilan kengaytirish.

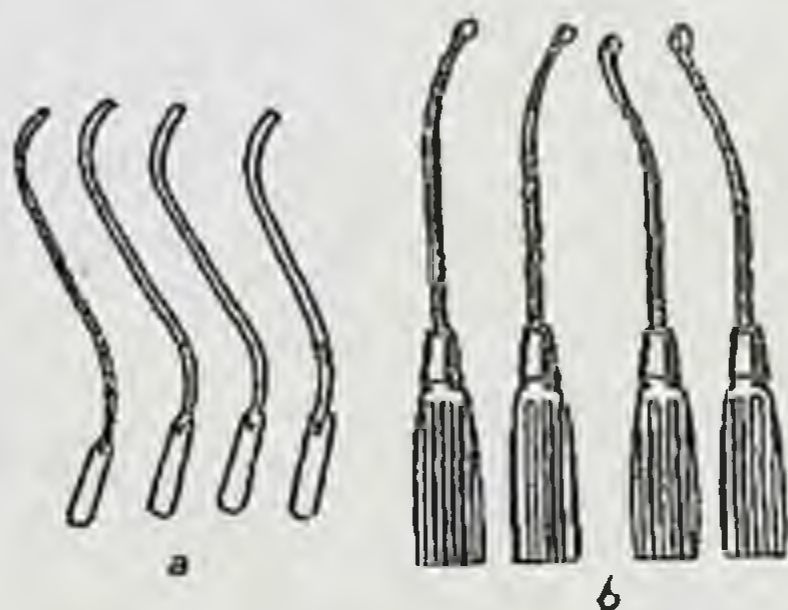
2. Peshona bo'shlig'ini tarnovsimon iskana yoki Voyatshekning tarnovsimon (*1.41-rasm*) iskanasi bilan trepanatsiyasi bajariladi; o'rta chiziqdan 1 sm tashqaridan uzoqlashib suyak qisqichlari yordamida suyak jarohatining qirralari tekislanadi.



*1.41-rasm. LOR- a'zolarida suyak bosqichida jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun qo'llaniladigan jarrohlik asboblari: a) V.I. Voyatshek iskanalari: 1- tarnovsimon iskana, 2- huddi shu 4mm, 3- 8 mm, 4- 10 mm; b) suyak qisqichlari: 1- Yansening suyak qisqichi; 2- suyak uchun to'g'ri qisqich-ombir, 3- suyak uchun qiyshaygan qisqich-ombir.*

3. Bo'shliq ichini ko'zdan kechirish, patologik o'zgargan shilliq qavatni yoki patologik to'qima maydonini aniqlash, bo'shliqlar o'rtasini ehtiyotkorlik bilan kyuretaji, gohida shu devor shilliq qavatni dublekatu-rasi bo'lib infeksiya'ni qarama- qarshi tomonga o'tmasligi uchun. Ky-uretajni bo'shliq miya devori tomonda olib borish ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Bo'shliq ko'zdan kechirilib bo'lgandan keyin G. Lau-rens bo'shliqni yuqori tashqi sohasini tamponada qilishni tavsiya qiladi.

4. Peshona- burun drenaj kanalini shakllantirish. Bo'shliqni pastki-ichki burchagidan peshona-burun kanalini yuqori teshigi qidiri-ladi va u yerga dastali diametrik 5mm dan katta bo'lmagan o'tkir qoshiqcha kirgaziladi va ehtiyotkorlik bilan kanal kyuretaji o'tkaziladi.



1.42-rasm. Peshona- burun kanalini zondlash va peshona bo'shlig'i bilan bu-run bo'shlig'i sun'iy drenaj kanalini shakllantirish uchun asboblari:

- a) peshona- burun kanalini zondlash uchun Ritterning peshona zondlari;
- b) g'alvirsimon labirint hujayralarini va peshona- bo'shlig'ini kanalini kyure-taj va teshishi uchun egiluvchan peshona qoshiqlari.

Asbobning harakati peshona-burun kanali va o'rab turuvchi g'alvirsimon labirint to'qimasini buzgan holatda ichkariga, yuqoriga, orqaga, pastga, oldinga harakatlantiriladi, taxminan jimjaloq barmog'ini uchi kiradigan darajada teshik shakllantiriladi. Sun'iy burun-peshona kanali shakllantirilganidan so'ng, peshona bo'shlig'ini Mikulich bo'yicha tamponada qilinadi. Tamponada oxirida tamponni bir uchini kanalning peshona teshigidan tiqilib burun teshigidan chiqariladi.

5. Ligaturani ostidan dokali valik qo'yib teri jarohatini atravmatik igna bilan 3-4 ta chok qo'yib tikiladi. Choklarni jarrohlik amaliyotidan 6 sutka o'tgandan so'ng olib tashlanadi.

**Killian bo'yicha peshona bo'shlig'ini fronto-orbital trepanatsiyasi.**

Bu usul XX asrga kelib keng tarqadi, bunda ijobiy taraflari ko'p bo'lib, jarrohlik amaliyoti maydonini keng ko'rinishi, g'alvirsimon hujayralarini deyarli barcha hujayralarini hamda asosiy bo'shliqni ochish, patologik o'zgargan to'qimani tozalash qoidalariga rioya qilish va yaxshi kosmetik natijani kutish, sun'iy burun-peshona kanalini optimal shakllantirishni amalga oshirsa bo'ladi. Bunda bir vaqtni o'zida ikkinchi peshona bo'shlig'ini reviziya qilish imkonini berib, ikkinchi peshonani frontotomiyasi amalga oshirilmaydi.

*Ko'rsatma va qarshi ko'rsatma* Ogston- Lyuk usulidagi ko'rsatmalar bilan bir xil. V.V. Shapurov peshona bo'shlig'ida bajari-  
ladigan Killian jarrohlik amaliyotiga quyidagi ko'rsatmalarni sanab o'tgan:

1. Peshona bo'shlig'ini surunkali empiemasi, suyak devorini yemirilishi bilan, ayniqsa serebral devori;
2. Peshona bo'shlig'idagi ko'p qaytalanuvchi yoki jarrohlik amaliyotidan keyingi tuzalmagan sinusitlar;
3. Peshona bo'shlig'i o'smalari;
4. Peshona bo'shlig'i jarohatlanishidan keyingi yot jismlar;
5. O'tkir va surunkali yiringli frontitlarda kalla ichi asoratlari.

*Og'riqsizlantirish.* Umumiy va mahalliy o'griqsizlantish ostida olib boriladi.

*Jarrohlik texnikasi.* Jarrohlik amaliyotini nomlanishi (peshona bo'shlig'ini fronto- orbital trepanatsiyasi yoki ko'z- yuz frontitomiysi) bejiz emas, sababi bunda jarrohlik amaliyoti peshona bo'shlig'ini yuz devori bilan ko'z devorida olib boriladi, lekin ularni orasidagi to'siq saqlangan holatda olib boriladi. Peshona bo'shlig'ini Killian bo'yicha jarrohlik amaliyoti bir necha bosqichdan iboratdir:

1. Bir vaqtni o'zida 1.42, 1 da ko'rsatilgan qosh bo'yicha tashqi qirrasidan chiziq bo'yicha teri va suyak usti pardasini yumshoq to'qimasini bir vaqtni o'zida kesiladi. Kesma tashqi burunning yon sohasidan va burun lab burmasigacha yoysimon o'tkaziladi. A. S. Kiselyov (2000) ko'zning yuqori medial qirrasi sohasidan suyak usti pardasi kesmaslikni tavsiya qiladi. V. V. Shapurov keyinchalik kesilishi uchun kerak bo'ladigan sohasidan perpendikulyar chiziq o'tkazishni tavsiya qilgan. Keyinchalik jarohat qirralarini kosmetik tikish uchun kerak bo'ladi. Gemostaz.



2. Kesma o'tkazilgan sohadan yumshoq to'qimalarni ko'chirish, faqat ko'zning tashqi medial sohasida 1-1,5 sm ko'chirilmaydi. Maqsad keyinchalik bo'ladigan suyak- suyak usti pardani loskut oziqlanishini saqlash maqsadida (1. 42, 8 rasm).

3. Suyak usti parda (a, 3) birinchi kesmadan 0,5- 1 sm yuqoridan parallel ravishda kesiladi (a, 2). Bu keyinchalik killian ko'prigini (c, 7, 8) chegaralarini anglatadi.

4. Suyak usti parda kesmadan yuqoriga qarab ko'chiriladi va peshona suyagi (b, 4) yuz sohasi kortikal qavati ochiladi.

5. Peshona bo'shlig'ining oldingi devori trepanatsiyasi (c, 6) tar-novsimon iskana yordamida olib boriladi va Voyatshekni tamovsimon iskanasi bilan gubkasimon suyakdan qirib olinadi. Teshik boshida kichik bo'lib, keyinchalik ko'prik uchun bo'shliqni kattaligini va bo'sg'liq ichi-dagi bor narsa va yuqori qirrasiga (c, 7) nisbatan chamalash uchun kerak bo'ladi.

6. Peshona bo'shlig'ini yuz devorini trepanatsiya teshigini kengayti-rish uchun, teshikni kengaytiradigan maxsus qulay asboblardan foy-dalaniladi (Gaek qisqichi, Voyatshekni suyak qisqichlari, iskanalari va boshq). Teshik kattaligini bo'shliqni hajmiga va uning ichidagilariga (poliplar, xolesteatoma, granulyatsiya, o'sma), devorni patologik ho-latiga (osteomielit, sekvestr va oqmalar bo'lishi), patologik jarayonni xarakteriga bog'liq bo'ladi. Gohida ko'rsatmaga muvofiq peshona bo'shlig'ini oldingi devorini butunlay olishga to'g'ri keladi.

7. Killian bo'yicha keyingi bosqich, bo'shliq ichidagi barcha narsalardan tozalashga qaratilgan. Hozirda bunday holat qo'llanilmaydi. Kalla ichi asoratlarida (ekstra- va subdural absesslarda, peshona bo'lagini absessi, meningoensefalit va boshq) jarrohlik amaliyoti kengaytirilgan tartibda o'tkaziladi va kalla ichi patologik jarayonini ko'rinishi aniqlanadi.

8. Suyak usti pardasi kesilgan joydan pastroqdan a,2, chiziq bo'yicha ko'chiriladi, tegilmagan suyak usti pardasi esa saqlaniladi. Suyak usti pardasini ko'chirish peshona bo'shlig'ini pastki (ko'z) devorida va tashqi burunning yon sohasida (1.43-rasm, b, c, d, va e da suyak usti loskuti oq chiziq shaklida ko'rsatilgan) olib boriladi. Korsatilgan ko'chirish faqat ko'z devorini 1/3 sohasida olib boriladi, ko'zning yuqori qiyshiq mushagi payini jarohatlamaslik uchun bajariladi. Tashqi burunni yon yuzasini suyak usti pardasini ko'chirish ko'z yosh chuqurchasini tashqi qirrasidan olib boriladi. 8- bosqichga kelgandan keyin ko'zni dokali salfetka bilan yopiladi. Suyak

trepanatsiyasi bajarilayotganda qog'oz plastinkaga nisbatan ehtiyot bo'linadi.

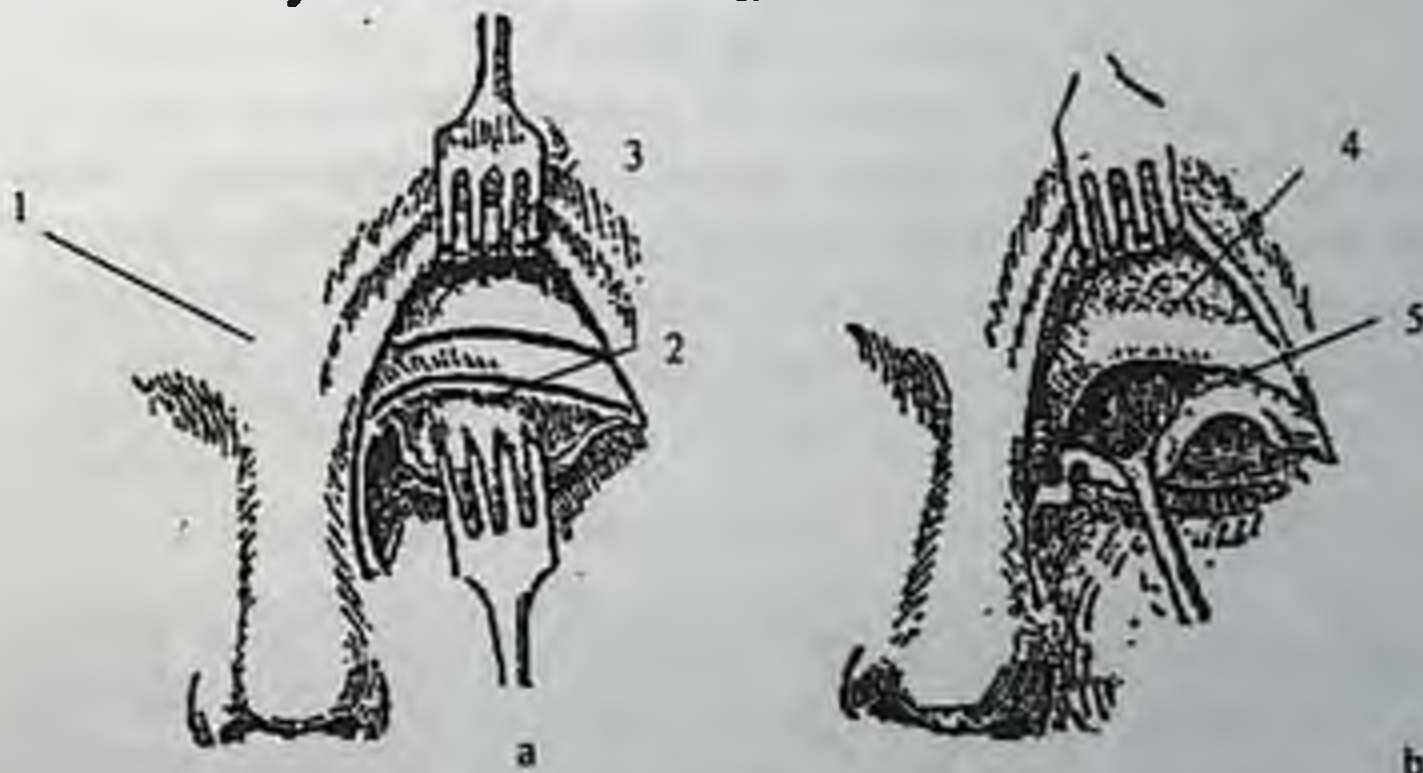
9. Peshona bo'shlig'ini pastki devorini trepanatsiyasi suyak usti pardasini pastdan shunday hisob kitob bilan kesiladiki, ko'priki pastki qirrasini aniqlash va yuqori jag'ni peshona o'sig'i yo'li bo'ylab burun bo'shlig'iga kiriladi. Suyakni tarnovsimon iskana bilan olish uchun mo'ljal bo'lib tugmali zond hisoblanadi, zondni bo'shliq tomonidan ko'priki ostidan otkazib peshona- burun kanali orqali burun bo'shlig'iga kiritiladi.

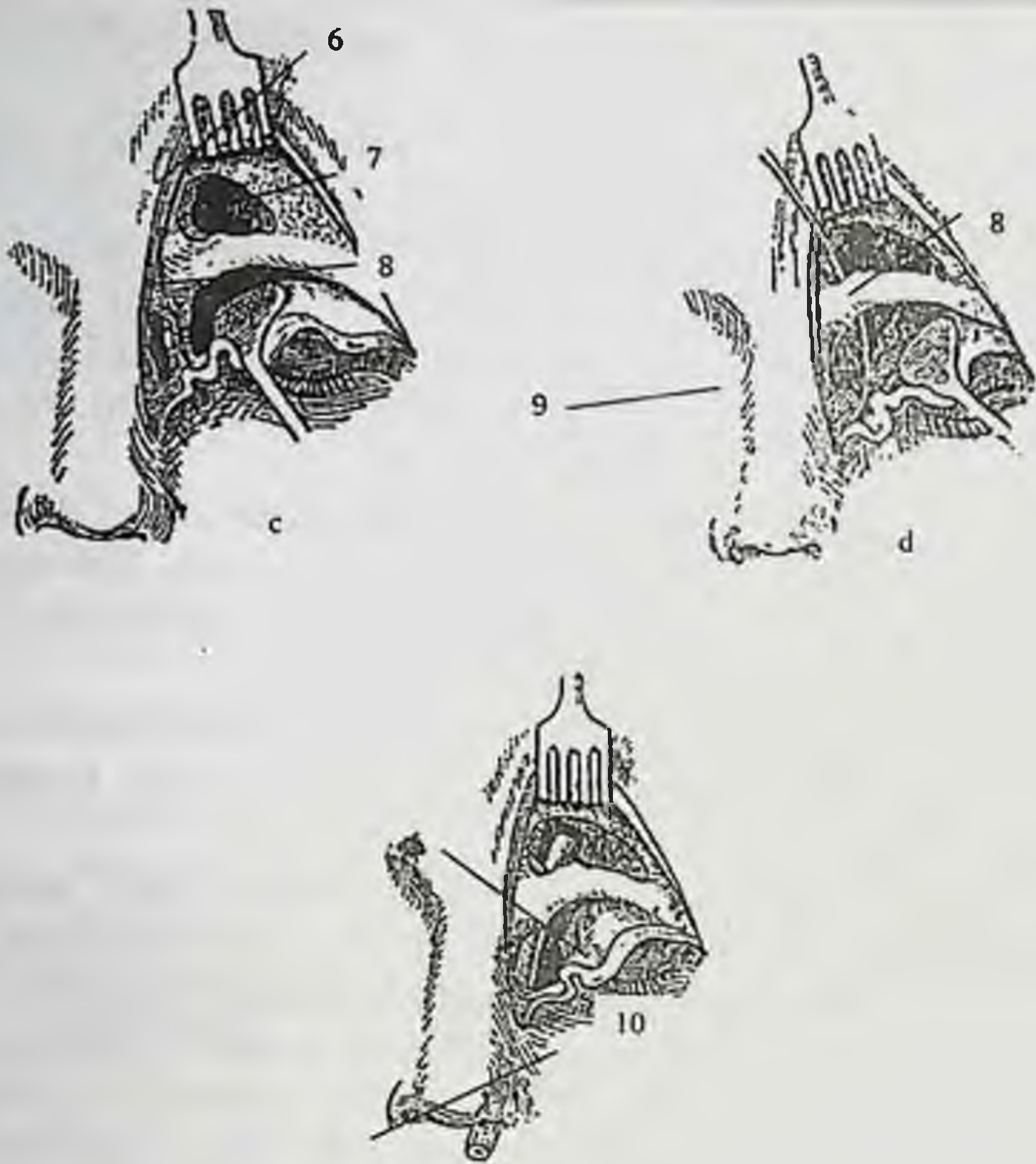
10. Burunda suyak va shilliq qavat teshilgandan so'ng, g'alvirsimon hujayralarni ochish maqsadida teshikni yuqori medial tomonga qarab kengaytirish mumkin. Shu yo'l bilan asosiy bo'shliqni ham ochish mumkin.

11. Peshona bo'shlig'idan patologik tuzilmalarni olib tashlash.

12. Jarohatni qavatma- qavat tikish, pastki qavatni ketgut bilan, terini- atravmamatik igna bilan tikiladi.

13. Oxirgi bosqich bo'lib kauchukdan yoki polimer materialdan drenaj nay qoyish bilan tugatiadi (1.43-rasm, d, 10). Kateterni yuqori uchi peshona bo'shlig'ini tubida joylashishi kerak. Rasmda ko'rsatilganidek, agar kateter yuqoriroq o'rnatiladigan bo'lsa bo'shliqda yotgan kateterni uchi biroz qirqiladi, sababi bo'shliq ichidagi to'planadigan shilliq yoki qonli ekssudat kateterning pastki uchi sohasidan chiqib ketishi kerak bo'ladi. Kateterni pastki uchi burun kataklaridan 1 sm chiqib turishi kerak bo'ladi. Kateter shunday mahkamlanishi kerakki, jarrohlik amaliyotidan keyin kateter chiqib ketishi kerak emas. Proshevidniy bog'lam. Ikkinchi kuni bo'shliqni antiseptik moddalar, antibiotik dori vositalari, bilan bo'shliq ichi yuviladi. Kateterni 3 haftadan keyin olib tashlanadi.





1.43-rasm. Killian bo'yicha peshona bo'shlig'ida jarrohlik amaliyoti bosqichlari (V.V. Shapurovdan, 1946 y): a- terini va suyak usti pardasini kesish yo'li; b- peshona bo'shlig'ini pastki (ko'z) devorini trepanatsiyasi; c- peshona bo'shlig'ini yuz devorini trepanatsiya teshigi; d- jarrohlik maydonini yakunlangan holati; e- rezinali nay orqali peshona bo'shlig'ini drenajlash; 1- Killian bo'yicha teri va suyak usti pardasini bir vaqtini o'zida kesish; 2- suyak usti pardani kesish chizig'i, terini ko'chirgandan keyingi ko'rinishi; 3- suyak suyak usti pardani ko'priq uchun suyak usti pardani qo'shimcha kesish; 4- peshona suyagini yuz qevorini kortikal qavatini ochish, teri loskuti bilan birga ko'chirish; 5- peshona bo'shlig'ini pastki devorini trepanatsiya qilinadigan sohasi; 6- peshona bo'shlig'ini yuz devorini trepanatsion teshigi; 7- shakllantirilgan suyak- suyak usti parda ko'prigini yuqori qirrasini; 8- suyak- suyak usti parda ko'prigi; 9- sun'iy peshona- burun kanalini burun ichi qismi; 10- drenaj nay.

*Jarrohlik amaliyotidan keyingi davo.* Jarrohlik amaliyotidan keyingi davo xarakterini jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma bo'lgan bo'shliq ichidagi patologik jarayon, jarrohlik amaliyotidan keyingi bo'shliq

holati, asoratlari bormi yoki yoʻqligi, shu jumladan koʻz va kalla ichi asoratlari borligi, hamda shu klinikadagi jarrohlarning amaliy koʻnikmalari belgilaydi. Suyak toʻqimasini zararlanishsiz kechgan asoratsiz yiringli frontitlarda qisman boʻshliq shilliq qavatini saqlanib qolganligi uchun parenteral antibiotiklarni yuborish tavsiya qilinmaydi va boʻshliq ichi har kuni yuqorida aytib oʻtilgan dori vositalari bilan yuvilib turiladi. Asoratli kechgan holatlarda (peshona suyagini osteomieliti, orqa devorini buzilishlarida, orbita flegmonasida va boshq.) jarohat yarasi ochiq qoldiriladi va birlamchi toʻqimani tiklanish belgilari paydo boʻlgunga qadar har kuni antibiotik eritmalari bilan boʻshliq yuvib turladi va yengil tamponada qilinadi. Bunday holatda kesilgan jarohatning chetlarida chandiqlanish belgilari paydo boʻladi.

Agar bu jarayon spontan bitadigan boʻlsa, gohida xunuk kosmetik chandiqlanish boʻlishi mumkin. Shuning uchun toʻqima granulyatsiya bilan bitishi uchun, toʻqima atshekkalari kesib turiladi, chandiqli toʻqima kesib olib tashlanadi va qaytadan jarohat ikkilamchi tikiladi, jarohatning lateral chetlariga rezinali chiqargichlar tiqib qoʻyiladi. Peshona- burun kanali nay olib tashlangandan keyin obliteratsiya boʻlmasligi uchun, oʻsgan granulyatsiya toʻqimalari oʻtkir qoshiq bilan olib tashlanadi yoki lyapis bilan kuydiriladi yoki Ritter peshona zondi bilan kengaytiriladi (1.42-rasm). Bu bosqich eng mehnat taʼlab qiladigan va javobgarlik his qiladigan bosqich hisoblanadi.

### **N.V. Belogolovov boʻyicha peshona boʻshligʻini koʻz orqali ochish**

Jarrohlik texnikasi quyidagi bosqichlardan iborat:

1. Jarohatni aniq qirralarini aniqlash uchun va chok qoʻyish uchun qosh ustidan chiziladi. Killian boʻyicha yoysimon kesish. Gemostaz.
2. Yumshoq toʻqimalarni va suyak usti pardani koʻchirish.
3. Peshona boʻshligʻini koʻz devorini trepanatsiyasi.
4. Boʻshliqni kengaytirilgan pastki devori orqali peshona boʻshligʻini koʻzdan kechirish (ayniqsa videojarrohlik uchun qulay hisoblanadi). Boʻshliqni patologik tuzilmalardan tozalash. Uni vaqtinchalik tamponadasi.

Belogolovov usulining oʻziga xosligi peshona- burun kanalini ochish noksimon teshik tomonidan amalga oshiriladi. Suyakni burun shilliq qavatini suyak yorigʻi hosil boʻlguncha olinadi, bunda shilliq qavatga tegmaslikka harakat qilinadi.

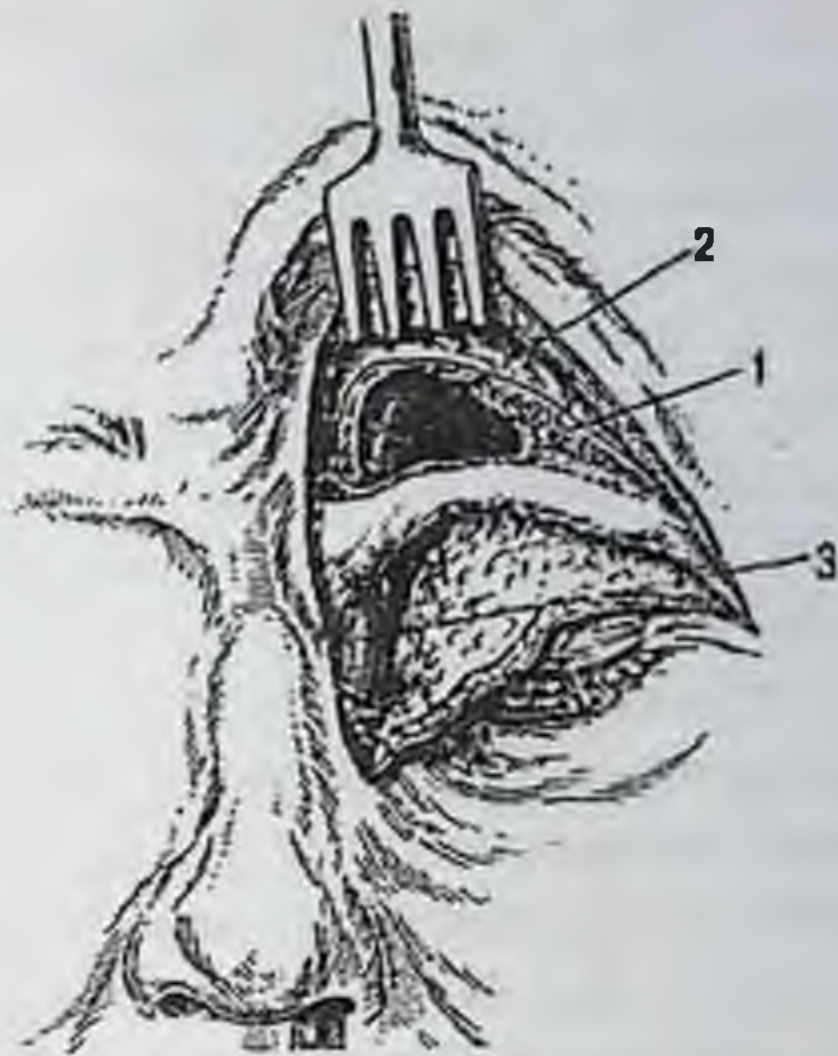
5. Aytib o'tilgan shilliq qavatdan burun bo'shlig'i bilan suyak yorig'i orasiga to'siq hosil qilinadi, suyak jarohatini qirrasiga maxsus loskut bichiladi. Buning uchun ariqchani oldingi va orqa qirralari bo'ylab shilliq qavat kesiladi va qoshimcha pastga ko'ndalang kesiladi. Hosil qilingan loskutni yengil suyak jarohatini qirralariga tashlanadi.

6. Jarohatga chok qo'yish. Bog'lam.

Burun orqali peshona bo'shlig'iga rezinali yoki boshqa materialli nay qo'yiladi, bunda yasalgan loskutni surib yuborish kerak emas va nay mustahkamlanadi. Jarrohlik amaliyotidan keyin natija ko'pincha yaxshi. Yuzda hech qanday nuqson qolmaydi.

### **Peshona bo'shlig'ini Ritter- Yansen usuli bo'yicha orbita orqali ochish**

Mahalliy va mahalliy og'riqsizlantirish ostida teri ko'z kosasining yuqori chetlari bo'ylab qoshning o'rtasidan ichkariga, burun yon devori tomon kesiladi. Yumshoq to'qima suyak usti to'qimasi bilan birga ko'z kosasining yuqori devori, qosh usti yoyi va burun yon devoridan ajratiladi. Iskana va qisqichlar yordamida ko'z kosasi yuqori devorining bir qismi qosh usti yoyigacha olib tashlanadi va bo'shliq ichiga ochiluvchi oval teshik (2x1 sm) hosil qilinadi. Burun bo'shlig'iga keng yo'l ochish maqsadida ba'zan suyakdagi jarohat pastga qarab kengaytiriladi, yuqori jag' peshona o'sig'ining yuqori qismi, burun va ko'z yosh suyaklari qisman olib tashlanadi. Peshona bo'shlig'i va g'alvirsimon bo'shliqning yuqori qismidan polip, patologik o'zgargan to'qima aylana uchli qisqich va suyak qoshiqchalari yordamida chiqarib olinadi va gistologik tekshiruvga yuboriladi. B.S. Preobrajenskiy bo'yicha sun'iy teshik yo'l hosil qilish uchun peshona bo'shlig'iga burun bo'shlig'i orqali uzunligi 3 sm, diametri 6-8 mmga teng rezina naycha kiritiladi. Naycha teriga yopishtirilib qo'yiladi. Jarohat maydoniga chok qo'yiladi. Kanaldagi drenaj 3-4 haftaga qoldiriladi va peshona bo'shlig'i vaqti-vaqti bilan ushbu drenaj naycha orqali yuviladi (1.44-rasm).



1.44-rasm. Peshona bo'shlig'i radikal jarrohlik amaliyoti: 1- peshona bo'shlig'i oldingi devoridagi trepanatsion teshik; 2- peshona bo'shlig'ini orqa devori; 3- Preobrynskiy bo'yicha rezinali kateter.

### 3.5. G'alvirsimon bo'shliqni o'tkir yallig'lanishi

**O'tkir etmoidit (ethmoiditis acuta)**- g'alvirsimon labirintni shilliq qavatini o'tkir yallig'lanishi. Eng ko'p yallig'lanadigan bo'shliqlardan biri hisoblanadi, gaymoritdan keyin ikkinchi o'rinda turadi.

**Etiopatogenezi.** Asosan o'tkir rinit, O'RVI, gripp va boshqalardan keyin rivojlanadi. Bunga olib keluvchi omillarga g'alvirsimon labirintni tabiiy chiqarish teshiklarini anatomo- topografik joylashuvi, o'rta burun yo'lini tor bo'lishi, burun to'sig'ini qiyshiligi va boshq. sabab bo'ladi. Bunday omilda burun shilliq qavatini biroz shishi g'alvirsimon bo'shliqdan ajralmalarni ajrashini qiyinlashtiradi. Anatomik yaqinlik esa boshqa bo'shliqlarda yallig'lanish bo'lsa, g'alvirsimon bo'shliqqa tez o'tib ketishiga sabab bo'ladi.

**Klinikasi.** Bo'shqa bo'shliqlarga o'xshab umumiy va mahalliy belgilar tafovut qilinadi.

**Umumiy belgilari.** Tana haroratini ko'tarilishi ( $38-39^{\circ}\text{S}$ ), harorat 6-7 kun ushlab turilishi mumkin, holsizlik belgilari bo'lishi mumkin. Bemorlarni ko'pincha bosh og'rig'i bezovta qiladi, uni xarakteri har xil bo'ladi, og'riq burun ildizida va ko'z kosasi sohasiga tarqaladi. Bu og'riq simptomlari uch shoxli nerv tolalarini qo'zg'alishiga bog'liq bo'ladi.

*Mahalliy belgilari.* Burun bitishi va burundan nafas olish qiyinligi, burundan shilliq- yiringli ajralma oqishi, har xil darajada hid bilishni pasayishi bezovta qilishi mumkin.

Bolalarda immun holati sust surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarda infeksiya ta'sirida g'alvirsimon bo'shliq kataklarining suyak devorlari qisman yemiriladi. Bunday hollarda zararlangan tomonda ko'z kosasining ichki burchagi, yuqori va pastki qovoqlari shishib, qizaradi. Ushbu maydonda yopiq empiema (yopiq yiringli o'choq) hosil bo'lishi va yiringli jarayon ko'z kosasi atrofida yumshoq to'qimasiga tarqalishi mumkin. Natijada ko'z olmasini tashqi tomonga siljishi, ekzoftalm, xemoz, ko'z olmasi harakatlenganda kuchli og'riq paydo bo'lib, ko'rish o'tkirligining pasayishi va organizmning zaxarlanish belgilari kuzatiladi.

**Tashxis.** Old rinoskopiya o'rta burun chig'anog'i sohasida shilliq parda shishgan va qizarganligi, ba'zan o'rta burun yo'lida yiringli ajralma yoki orqa kattakchalar yallig'langanda hid sezish teshigidan yiringli ajralma oqayotganligi ko'zga ko'rinadi. G'alvirsimon bo'shliqning old kattaklari yallig'langanda esa- yuqori burun yo'lida aniqlanadi. Rentgenografiya tekshiruvida g'alvirsimon bo'shliq kataklarning xiralashishi qayd etiladi. Endoskopiya tekshiruvida g'alvirsimon bo'shliq kataklarining burun bo'shlig'iga ochilish teshiklarini ko'zdan kechirish va old etmoidit yoki orqa etmoiditni tashxisini aniqlash imkonini beradi.

Yiringli ajralma g'alvirsimon bo'shliq kataklaridan chiqarilmay qolganda (yopiq empiema) bemorning ko'z qovoqlari shishib, ko'z olmasi tashqi tomonga va pastga siljiydi, ba'zan ko'z kosasi atrofida, keyinchalik ko'zning ichki burchagida oqma hosil bo'ladi. Og'ir hollarda yiringli jarayon ko'z kosasidan kalla ichi bo'shlig'iga tarqalib kalla ichi asoratining rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

**Klinikasi.** Quyidagi mezonlarga asoslaniladi:

1. Etiopatogenetik: rinopatik, jag'- odontopatik, barotravmatik, mexanotravmatik va bosh;
2. Patomorfologik: katlaral, sekretor-seroz;
3. Mikrobiologik: yiringli flora, viruslar, spetsifik flora;
4. Simptomli: belgilariga qarab (gipersekretor shakli, gipertermik, anosmotik, nevrologik);
5. Aniq mezonlar: juda og'ir kechishi va qo'shni a'zolarga yallig'lanish o'zgarishlarni tarqalishi ( ko'proq bolalarda uchraydi), o'tkir osti (ko'pincha qariyalarda), o'tkir;
6. Asoratlangan shakllari: intraorbital, intrakranial, optoxiazmal;

7. Yosh mezonlari: bolalardagi, kattalardagi va qariyalardagi etmoidit.

**Davolash.** O'tkir etmoiditni asorat bo'lmaganda konservativ davolanadi. Mahalliy davo bo'shliq ichidagi shishni kamaytirishga va bo'shliqdan ajralmani chiqishini yaxshilashga qaratilgan. Shu maqsadda burun bo'shlig'iga qon tomirni toraytiruvchi dori vositalari tomiziladi. Adrenalinga shimdirilgan paxtani 1-2 daqiqaga o'rta burunga qo'yish yaxshi samara beradi. Kombinatsiyali dori vositalari, o'zida sekretolitik, antibiotik va og'riq qoldiruvchi dori vositari sprej shaklida (rinoflumi-mutsin, izofra, polimiksin va boshq) buyuriladi va fizioterapevtik muo-lajalar (UVCh, terapevtik lazer) qo'llash tavsiya qilinadi. Burun yon-dosh bo'shliqlari Proets usulida yuviladi. Bundan tashqari "YaMIK" si-nus- kateter bilan yuvish yaxshi samara beradi. Umumiy davolash qat-shonki bemorda tana haroratini ko'tarilishi va intoksikatsiya belgilari kuzatiladigan bo'lsa shunda tavsiya qilinadi. Bemorga keng ta'sir doira-siga ega bo'lgan antibiotiklar (augmentin, sumamed, klasid, sipromed va boshq), antigistaminlar, mukolitiklar, simptomatiklar tavsiya qilinadi.

Agar asoratlari kuzatilsa (empiema, subperiostal abscess, ko'z kosasi hujayralarini flegmonasi) jarrohlik amaliyotiga- g'alvirsimon bo'shliqni, qovoq va ko'z kosasini kletchatkasini absessi endonazal ochish tavsiya qilinadi.

### **3.6. G'alvirsimon bo'shliqni surunkali yallig'lanishi**

**Surunkali etmoidit (ethmoiditis chronica)- g'alvirsimon labirint hujayralari shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi.** Surunkali etmoidit tashxis o'z vaqtida qo'yilmagan va o'tkir etmoidit oxirigacha yaxshi davolanmaslik natijasida kelib chiqadi. Boshqa sinusitlarga nis-batan surunkali etmoidit ko'pincha boshqa sinusitlar bilan birga kechadi. Surunkali etmoiditni kelib chiqishida o'tkir infeksiyon kasalliklar, or-ganizmni immun holatini pasayishi, adenoid vegetatsiya, burun to'sig'ini qiyshiqqligi (3.3 bo'limda aytib o'tilgan) va boshq. sabab bo'lishi mumkin. Surunkali etmoiditni kataral- seroz, yiringli yoki giperplastik turlari tafovut qilinadi. Bunda shilliq qavat qalinlashgan va giperemiyalangan, o'rta burun yo'lida shilliq qavat polipoz metaplazi-yaga uchragan bo'ladi. Shilliq qavatni polipoz o'zgarishi uzoq vaqt ma-halliy allergik reaksiya sababli bo'ladi. Poliplar ko'picha ko'p miqdorda va har xil kattalikda uchrab burun bo'shlig'ini barcha sohalarini egallab, gohida burun teshigidan chiqib turadi. Ayrim hollarda poliplar burun



to'sig'ini bir tomonga siqishi natijasida, ba'zida tashqi burunni defor-matsiyasiga olib kelishi mumkin.

**Patomorfologiya.** Polip shilliq qavatni shishli yallig'langan hosilasi hisoblanadi. Neytrofillar, boshqa hujayralar (eozinofillar, labrotsitlar, plazmaik hujayralar) uchraydi. Ko'p qavatli silindrik epiteliyni ko'p qavatli epiteliyga o'choqli metaplaziyasi kuzatiladi.

**Simptomlari va klinik kechishi.** Surunkali etmoiditni ochiq turini belgilarini subyektiv va obyektiv belgilariga bo'linadi. Bemorning asosiy shikoyatlari burun tubida va peshona- orbital sohada to'lishishlik hissiga, bir yoki ikki tomonlama burun bitishiga, burun nafas olish qiy-inligiga, ayniqsa kechasi, burundan doimiy shilliq- yiringli ajralma oqib turadi, burun qoqilgandan so'ng u yerdan ajralmalarni chiqishi qiyin bo'ladi. Surunkali etmoiditni boshlang'ish davrida burun ajralmalar kam bo'ladi, cho'ziluvchan shilliq xarakterga ega bo'ladi. Vaqt o'tishi bi-lan shilliq yashil- sariq rangli yiringli ajralmaga aylanadi, agar u yerda osteit yoki periostit rivojlanadigan bo'lsa, qo'lansa hidli yiring chiqishni boshlaydi, subyektiv va obyektiv kakosmiya rivojlanadi. Yuqorida aytib o'tilgan osteit yoki periostit shakllangan bo'lsa bu ko'pincha odontogen gaymorit bilan birga kechadi. Agar jarayon peshona bo'shlig'iga yoki yuqori jag' bo'shlig'iga tarqaladigan bo'lsa, unda burundan kelayotgan ajralma ko'payadi.

Og'riq sindromi murakkab xarakterga ega bo'lib, quyidagilarga bog'liq bo'ladi. Og'riqlarni doimiy, to'mtoq, burunni tubiga tarqaluvchi, tunda kuchayuvchi turlariga bo'linadi. Jarayon bir taraflama bo'ladigan bo'lsa og'riq bir taraflama bo'lib, shu tomondagi ko'zga va peshona so-hasiga tarqaladi. Ikki tomonlama jarayonda og'riq uchuvchan xarakterga ega bo'lib, ikkala ko'z va peshona sohasiga tarqaladi, tunda kuchayadi. Yallig'lanish jarayoni huruj beradigan bo'lsa og'riq pulsatsiyali xarak-terga ega bo'ladi. Yorug'likdan qo'rqadi va boshqa simptomlar paydo bo'ladi. Boshqa simptomlar oldingi etmoiditga xos: ko'rish organini tez charchashi, intellektual va jismoniy mehnat qobiliyatini pasayishi, uy-qusizlik, ishtahani yo'qolishi.

Mahalliy obyektiv belgilariga quyidagilar kiradi: bemor ko'zdan kechirilganda sklerani qon tomirlarida, ko'z olmasini oldingi qismlari-dagi va ko'z yosh yo'llari yumshoq to'qimasida diffuz infeksiya aniqla-nadi. Burunga kirish qismi sohasida va yuqori labda dermatit belgilari ko'zga tashlanadi. Ko'z yosh suyagini og'riq nuqtasi bosib ko'rilganda, sovuq davrida biroz og'riqli bo'lishi mumkin, o'tkiq davrida og'riqli bo'lib, surunkali etmoiditni huruj davriga to'g'ri keladi. Boshqa og'riq

belgisi bo'lib Gaek belgisi hisoblanadi (burun asosi bosilganda burunning tubida to'mtoq og'riq kuzatiladi).

Endoskopiyada surunkali katar, shish va burun shilliq qavatini giperemiyasi aniqlanadi. Bundan tashqari burun yo'llari toraygan, ayniqsa o'rta va yuqori burun yo'llari, ayrim hollarda har xil kattalikdagi polipli o'zgarishlar aniqlanishi mumkin. O'rta burun chig'anog'i g'alvirsimon suyakning oldingi hujayralaridan tashkil topganligi uchun, gipertrofiyaga uchragan bo'ladi.

O'rta burun chig'anog'ini hosil qilgan hujayralarda yiring to'planishi hisobiga, suyak asosi destruksiyaga uchraydi, yumshoq to'qima gipertrofik tipda bo'ladi. U yerda ekssudat to'planadi, lakunar kistaga o'xshagan bo'lib ko'rinadi. Buning boshqatsha nomi concha bullosa deb atalib, o'rta burun chig'anog'ini mukoselesi bo'lib hisoblanadi. Qayta rinoskopiya'ni 10 daqiqadan keyin burun shilliq qavatini anemizatsiyadan so'ng amalga oshiriladi. Bunda burunning yuqori qismidan yiring kelayotganini ko'rish mumkin.

Surunkali yiringli etmoiditni yopiq shakli faqat bir hujayrada yoki o'rta burun chig'anog'ida bo'lsagina bo'ladi. Oxirgi holatda concha bullosa kuzatiladi, yiringli ajralmalar yo'q, yallig'lanish bor joyda lokal giperemiya aniqlanadi. Etmoiditning bu shaklida allergik simptom dominant bo'lib xizmat qilib, nazoorbital sohada nevrалgiya belgilari, gohida gemikraniya va akkomodatsiya buzilishi belgilari namoyon bo'ladi.

*Klinikasi.* Surunkali yiringli etmoidit davolanmasdan uzoq davom etsa, u yerda polip yoki kista shakllanishi mumkin, suyak to'qimasi destruksiyaga uchraydi, g'alvirsimon suyakda katta bo'shliq paydo bo'ladi. Ma'lum bir sabablarga nisbatan ko'z va kalla ichi asoratlari uchrashi mumkin.

*Tashxis.* Obyektiv va subyektiv, anamnetik ma'lumotlarga, rentgenologik va endoskopik tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi. Lekin bularni ichida rentgenologik tekshiruv ahamiyatli hisoblanadi (1.45-rasm).

Jarayon tarqalganda yoki qiyosiy tashxis o'tkazish maqsadida KT yoki MRT tavsiya qilinadi.

*Qiyosiy tashxis.* Peshona bo'shlig'i va yuqori jag' bo'shlig'i, asosiy bo'shliqni yallig'lanishlari bilan o'tkaziladi. Bundan tashqari burun polipozi, rinolitiaz, burun bo'shlig'ini yot jismi, g'alvirsimon labirintni yomon sifatli va yaxshi sifatli o'sma kasalliklari, burun zaxmi bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.



*1.45-rasm. Burun yondosh bo'shliqlarini rentgenogrammasida o'ng tomonlama gemisinusit (Kiselev A.S., 2000 bo'yicha): 1- o'ng peshona bo'shlig'ida suyuqlik sathi; 2- o'ng tomonlama g'alvirsimon bo'shliqni oldingi hujayralarida pnevmatizatsiya pasayganligi; 3- o'ng yuqori jag' bo'shlig'ida gomogen soyalanish.*

**Davolash.** Surunkali etmoidit ko'p qaytalangani uchun ko'pincha jarrohlik usuli taklif qilinadi. Bunda barcha yallig'langan g'alvirsimon bo'shliqning hujayralarini tozalash, o'zgargan barcha yallig'langan to'qimalarni olib tashlash, bundan tashqari bo'shliqlarni bir-biridan ajratib turadigan to'siqlarni ham olib tashlanadi, jarrohlikdan keyin hosil bo'lgan bo'shliqni keng drenajlash, antiseptik moddalar bilan bo'shliqni ichini yuvib (past bosim ostida) turish, jarrohlik amaliyotidan so'ng reparant va regeneratlarni antibiotiklar bilan birga bo'shliq ichiga yuborish kabi ishlarni o'z ichiga oladi.

Surunkali etmoiditni yopiq shaklida, concha bullosa bo'lgan mahal "kichik: jarrohlik amaliyoti amalga oshiriladi: orta burun chig'anog'ini burun to'sig'i tomonga lyuksatsiya qilish, o'rta burun chig'anog'ini ochish va olib tashlash, bir nechta yaqin hujayralarni kyuretajlashdan iborat bo'ladi.

**Jarrohlik usulida davolash. Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma:** uzoq vaqt yallig'lanish jarayonini kechishi, konservativ davoni samarasiz bo'lishi, boshqa surunkali sinusit (surunkali frontit, surunkali gaymorit) bo'lishi, qaytalanuvchi va burunni deformatsiyalovchi polip, ko'z va kalla ichi asoratlari.

**Qarshi ko'rsatma:** yurak qon tomir yetishmasligi, umumiy og'riqsizlantirishni qilib bo'lmasligida, ichki a'zolari o'tkir yallig'lanishida, gemofiliyada, endokrin kasalliklarini huruj davrida.

G'alvirsimon labirintga yo'l ochishni bir nechta usullari mavjud, bu esa patologik jarayonni holatiga va uni anatomik joylashishiga bog'liq bo'ladi. G'alvirsimon bo'shliqda olib boriladigan jarrohlik amaliyotlarini *tashqi, yuqori jag' bo'shlig'i orqali va burun ichi* turlariga bo'lish mumkin.

### **G'alvirsimon bo'shliqni burun ichidan ochish Galle bo'yisha amalga oshiriladi**

Bu usul faqat g'alvirsimon labirintni o'zida yallig'lanish bo'lsa va bunga qo'shimcha asosiy bo'shliqda ham yallig'lanish bo'lsa yuqoridagi usul qo'llaniladi.

Jarrohlik amaliyoti umumiy og'riqsizlantirish asosida olib boriladi. Jarrohlik amaliyotiga asosiy mo'ljal joy bo'lib o'rta burun chig'anog'i va bulla ethmoidalis hisoblanadi. Agar concha bullosa bo'lsa bulla ethmoidalis bilan birga olib tashlanadi. Bundan tashqari hujayralar orasidagi to'siqlar ham olib tashlanadi. Bu konxatom yoki Lyuk qisqichlari bilan amalga oshiriladi. Bu bosqich g'alvirsimon labirintni bo'shliq ichiga kirishini ta'minlaydi. O'tkir qoshiqcha yordamida katakli sistema yaxshilab kyuretaj qilinadi. Shu yo'sinda u yerdan patologik to'qima, hujayralar orasidagi to'siq, poliplar, granulyatsiyalar olib tashlanadi. Bunda asbob harakati orqadan oldinqa qarab harakatlantiriladi (*1.46-rasm*).



*1.46-rasm. G'alvirsimon labirintni hujayralarini kyuretajida asbob harakatini yo'nalishi (V.I. Babiyak 2009 y. I- tom, 301 bet.).*

Bunday holatda ehtiyotkorlik bilan kyuretaj amalga oshiriladi. Yuqorida iloji boricha medialroq harakatlanish sekin-astalik bilan amalga oshiriladi, sababi elaksimonsimon plastinkani jarohatlab qo'yish kerak bo'lmaydi. Bundan tashqari asbobni ko'z tomonga harakatlanishi ham tavsiya qilinmaydi, doimiy o'rta chig'anoq sohasida bo'lish tavsiya qilinadi.

Barcha patologik to'qimalarni kyuretaj usulida tozalab bo'lmaganligi sababli, qolgan to'qimalarni qisqich yoqdamida amalga oshiriladi. Endoskopiya yordamida bu jarayon amalga oshirilsa yaxshi natija beradi. Asosiy e'tiborni patologik to'qimalardan tozalayotganda g'alvirsimon labirintning oldingi kataklariga qaratiladi. O'ldingi hujayralardan tozalash qiyin bo'lganligi sababli endoskop yordamida bu jarayon amalga oshiriladi. Gallening qayrilgan kyuretkasini qo'llash yaxshi samara beradi. Galle jarrohlik amaliyotini o'rta burun chig'anog'ining oldida joylashgan shilliq qavatdan loskut tayyorlab jarrohlik bo'shlig'iga yotqizish bilan tugatishni taklif qilgan.

Jarrohlikdan so'ng bo'shliqni ichini yumshoq tamponada qilinadi. Bu tampon vazelinli yog'ga shimdirilgan va keng ta'sir doirasiga tegishli antibiotik bilan aralashtirilgan bo'lishi kerak. Tampon oxirini burun kirish qismiga mahkamlanadi va burun oldiga to'qilgan bog'lam qo'yiladi. Agar jarrohlik amaliyoti oxirida qon to'xtagan bo'lsa tamponni 3-4 soatdan keyin olib tashlanadi. Oxirida bo'shliq fiziologik eritma bilan yuviladi va antibiotik bilan chayiladi.

### **Yansen- Vinkler bo'yicha g'avirsimon bo'shliqni yuqori jag' bo'shlig'i orqali ochish**

Bu ikkita jarrohlik amaliyoti qashonki bir vaqtning o'zida yuqori jag' bo'shlig'i sanatsiyasi va g'alvirsimon bo'shliqni gomolateral ochish kerak bo'lgandagina amalga oshiriladi. Kolduella- Lyuk jarrohlik amaliyoti tugatilgandan keyin g'alvirsimon bo'shliq ochiladi. *1.47-rasmda* Yansen- Vinklemind Petranton- de Lima modifikatsiyasi bo'yicha g'alvirsimon bo'shliqni ochish sxematik ravishda ko'rsatilgan.

Konxotom yoki qoshiq bilan yuqori jag' bo'shlig'ini ko'z bilan burun devori orasidagi yuqori orqa medial burchak devori buziladi. G'alvirsimon labirintning bo'shlig'iga shu burchak orqali tushish uchun, yuqori jag' bo'shlig'i ochiladi va tanglay suyagining ko'z o'simtasi orqali bo'shliqqa tushiladi. Buning uchun o'tkir qoshiq yoki konxotom ishlatiladi. G'alvirsimon labirint bo'shlig'iga tushilayotgan mahal suyak to'siqlarini sinayotgan ovozi eshitiladi va bo'sg'liqqa tushish hissi bo'ladi. Shu asboblar bilan hujayralar orasidagi devorlar ham olib tashlanadi, faqat asbob o'z o'qi atrofida aylantiriladi, orbita yoki elaksimon plastinkani yuqori medial tomoniga harakat qilinmaydi. Bundan tashqari o'rta burun chig'anog'i olib tashlanadi, teshik kattalashtiriladi. Bu jarayon g'alvirsimon labirint bo'shlig'i va o'rta burun chig'anog'i ora-

sida drenaj teshikni shakllantirishga yordam beradi. Endoskop bilan barcha kataklar ko'rib chiqiladi.



1.47-rasm. Yansen- Vinklernind Petranton- de Lima modifikatsiyasi bo'yicha g'alvirsimon bo'shliqni ochishning sxematik ko'rinishi (V. Rakovya'ni bo'yisha, yo'ldirilgani): a) yuqori jag' bo'shlig'ini oldingi devorini rezeksiyasi (1) ko'z osti teshigini aylanib o'tish.; b) hujum zonasi (2), g'alvirsimon labirintni orqa hujayralariga kirish; c) ochish joyi (3) Gaek qisqichi yordamida g'alvirsimon labirintni oldingi hujayralarini ochish.

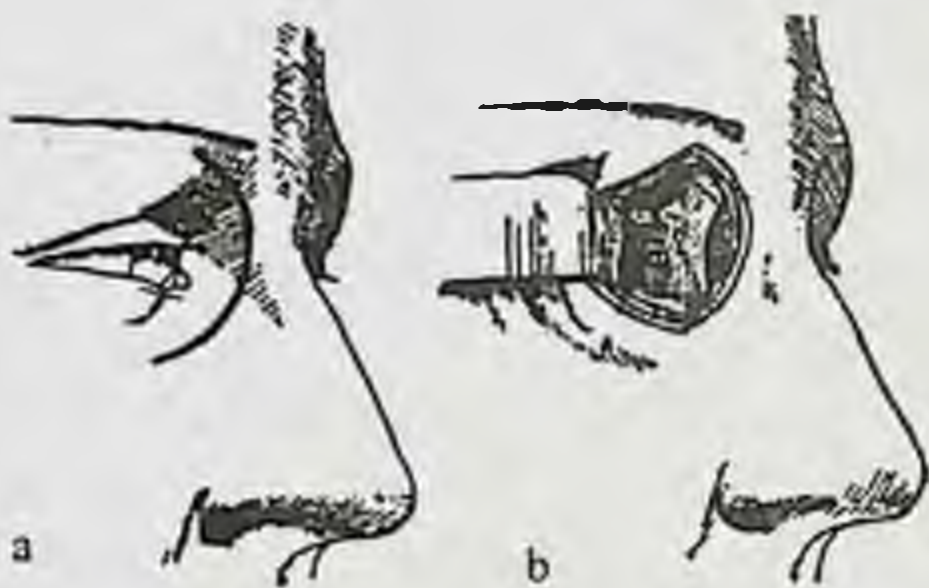
Jarrohlik amaliyotining oxirida g'alvirsimon labirint ko'zdan kechirilganda, g'alvirsimon suyak bilan burun bo'shlig'i orasida jarrohlikdan keyingi hosil qilingan teshik holati baholanadi. Bu endoskop bilan bimalol baholanadi. Endoskop bo'lmagan mahal tugmali zond bilan tekshiriladi, agar teshik katta bo'ladigan bo'lsa, jarrohlik o'tkazilgan tomondan ko'rsa bo'ladi.

Shunday qilib, yuqorida aytib o'tilgan jarrohlik amaliyotidan so'ng burun bo'shlig'ini lateral devorida ikkita sun'iy teshik hosil qilinadi. Pastki burun yo'lidagi teshik yuqori jag' bo'shlig'i bilan bog'liqligi bo'lsa, o'rta burun yo'lidagi teshik esa g'alvirsimon labirint hujayralari bilan bog'langan bo'ladi. G'alvirsimon bo'shliq yumshoq tampon bilan tamponada qilinadi. Tamponni bir uchi hosil qilingan teshik orqali burun teshigidan chiqarilib qo'yiladi, yuqori jag' bo'shlig'ini esa Kolduella-Lyuk jarrohlik amaliyotidagidek tamponada qilinadi. G'alvirsimon bo'shliqdan tampon 4 soatdan keyin olib tashlansa, yuqori jag' bo'shlig'idan 4 soatdan keyin olib tashlanadi.

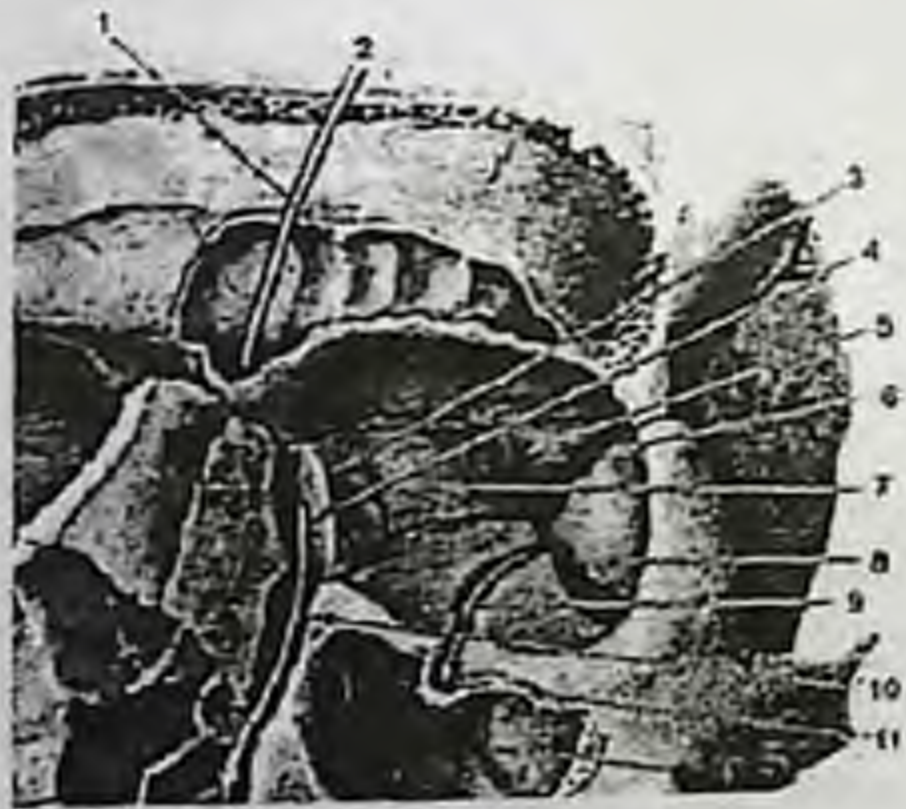
## Grunvald bo'yicha g'alvirsimon labirintni tashqi (transorbital) yo'l orqali ochish

Hozirgi kunda bu usul kam qo'llaniladi. Qatshonki orbitani (flegmona) yiringli asoratlarida, qog'ozli plastinkani yallig'lanish jarayoni natijasida yemirilishlarida, ko'zning ichki burchagi bilan g'alvirsimon labirint orasida oqma bo'lishida, osteomalarda va orbitani medial sohasini jarohatlanishlari bo'lsagina qo'llaniladi.

1.48-rasmda ko'rsatilgan sxemada yumshoq to'qimani ko'chirish va g'alvirsimon labirintni trepanatsia qilinadigan sona chizib ko'rsatilgan. Orbitani ichki qirrasi bo'ylab bir vaqtning o'zida yoysimon kesish yo'li



1.48-rasm. Gryunvald bo'yicha g'alvirsimon labirintni kesma o'tkazidan sohasi (a) va ochish maydoni (b).



1.49-rasm. Gryunvald bo'yicha g'alvirsimon labirintni endonazal ochish uchun suyakli mo'ljallar: 1- peshona bo'shlig'ini orqa devori; 2- peshona bo'shlig'idan peshona-burun kanali orqali burun bo'shlig'iga sond o'tkazish; 3- ko'z yosh suyagi; 4- ko'z yosh qopini chuqurchasi; 5- ko'rish teshigi; 6- yuqori ko'z yorig'i; 7- g'alvirsimon suyakni qog'oz plastinkasi; 8- ko'z osti yorig'i; 9- ko'z osti kanali (ochilgani); 10- ko'z yosh burun kanali; 11- ko'z osti teshigi; 12- yuqori jag' bo'shlig'i.

bilan barcha yumshoq to'qimalar va suyak usti pardasi kesiladi. Kesma qosh usti yoyi ishki qirrasi bo'ylab noksimon teshik chegarasida

to'xtatiladi. Yumshoq to'qima ikki tomondan o'tkir raspator yoki Voyatshekning iskanasi bilan ko'chiriladi. Bunda qon ketish bo'lsa adrenalning shimdirilgan sharik bilan bosib to'xtatiladi. G'alvirsimon labirintga kirish uchun joy aniqlab olinadi, buning uchun qulay joy peshona, burun, ko'z yosh, yuqori jag' bo'shlig'ini peshona o'simtasi va qog'oz platinka birikkan chok mo'ljal bo'lib xizmat qiladi (1.49-rasm).

Oldin burun suyagi bilan yuqori jag'ning orasidagi chok topiladi. Shu chokka parallel ravishda pastdan yuqoriga qarab yo'lakcha qilinadi. Uning oldingi chegarasi bo'lib burun suyagi tashkil etishi kerak, orqa chegarasi bo'lib esa ko'z yosh burun yo'li bo'lib xizmat qiladi. Hosil qilingan yo'lakchadagi suyak shilliq qavatgacha olinadi, bu keyinchalik burun bilan bo'shliq orasida drenaj teshigi bo'lib xizmat qilishi uchun vertikal ochiladi. Shundan so'ng asbob g'alvirsimon labirintni ochish uchun qat'iy sagittal yo'naltiriladi, bu esa o'rta burun chig'anoq'iga parallel va undan lateralroqqa to'g'ri keladi. Shu taktikaga asosan g'alvirsimon labirintni barcha hujayralarini ochish mumkin va bo'shliq ichida kyurej o'tkazish mumkin. Bo'shliqni ochish uchun ingichka qoshiqcha yoki konxotomdan foydalaniladi. Buning uchun asbob bilan bexato harakat qilish kerak bo'ladi, bo'lmasa qog'oz plastinkani jarohatlab qo'yish mumkin bo'ladi. Jarrohlik maydonini kyuretaj qilish bilan hujayralararo to'siq, poliplar, granulyatsiyalar, g'alvirsimon suyakni nekrozga uchragan qismlari olib tashlanadi, lekin asbob bilan elaksimon plastinka tomon harakatlanayotganda, nozik harakatlarni bilan bu jarayon amalga oshiriladi. Jarrohlikdan keyin bo'shliq yaxshi aloqada qolishi uchun o'rta va yuqori burun yo'lidagi barcha yumshoq to'qimalar va suyak to'qimalar olib tashlanadi, lekin, bu yerda o'rta burun chig'anoq'iga ehtiyotkorlik bilan yondoshiladi. Sababi bu chig'anoq yangi anatomik konfiguratsiyaga himoya to'sig'i vazifasini bajaradi. Jarrohlik amaliyotidan so'ng sohada yumshoq Mikulich tamponadasi yoki Voyatshekning halqali tamponadasi bajariladi. Tashqi jarohat tikiladi. Chokni 5-6 kuni olib tashlanadi. Tampon olib tashlanganidan so'ng bo'shliq antibiotiklar bilan yuviladi, bu jarayon har kuni 3-4 kun davomida amalga oshiriladi. Bir vaqtning o'zida antibiotikoterapiya boshlab yuboriladi.

### **3.7. Asosiy bo'shliqni o'tkir yallig'lanishi**

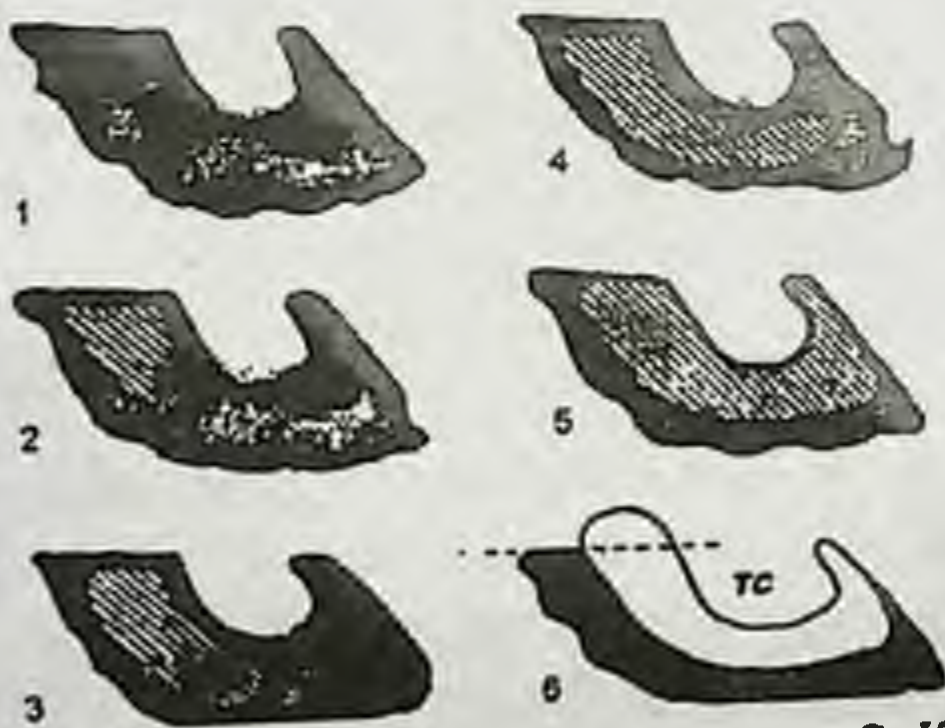
***O'tkir sfenoidit (sphenoiditis atsuta)- asosiy bo'shliqni shilliq qavatini o'tkir yallig'lanishi.*** Bu kasallik ko'pincha etmoidit bilan birga



kechadi. Shuning uchun ham g'arb davlatlarida "o'tkir etmoido-sfenoidit" deb ataladi.

**Etiopatogenezi.** O'tkir sfenoidit virus, bakterial yallig'lanish va allergik reaksiyadan keyin rivojlanishi mumkin. Bunday holatlarda kasallik pansinusit tusini oladi. O'tkir rinit yomon sifatli kechadigan bo'lsa, asosiy bo'shliq ichiga ham o'tib yallig'lanishni keltirib chiqarishi mumkin. Burun shilliq qavatini minengokokkli, zaxmli yalliglanadigan bo'lsa, yallig'lanish asosiy bo'shliqqa ham o'tishi mumkin. Hozirgi kunda burun yondosh kasalliklarini keltirib chiqarishda rinoviruslarni bakterial flora bilan aralash kelishi ahamiyatli hisoblanayapti. Burun bo'shlig'ini o'rta qavati jarohatlansa burun yondosh bo'shliqlarini yallig'lanishiga, shu jumladan asosiy bo'shliqni yallig'lanishiga sabab bo'lishi mumkin. Rinoetmoidal va rinofarengial sohada o'sma kasalliklari bo'lsa, bu asosiy bo'shliqni tabiiy chiqarish teshigini drenaj funksiyasi buzilishiga sabab bo'ladi, bu esa u yerni yallig'lanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Asosiy bo'shliqni o'tkir yallig'lanishida asosiy omillaridan biri bo'lib bo'shliqni pnevmatizatsiyasi hisoblanadi. Kasallikning kechishi bo'shliqning kattaligiga ham bog'liq hisoblanadi. 1.50-rasmda asosiy suyakni pnevmatizatsiyasi ko'rsatilgan.



1.50-rasm. Asosiy bo'shliqni pnevmatizatsiya turlari (A.S. Kiselyov bo'yicha 1995): 1- pnevmatizatsiya yo'q; 2- asosiy suyak tanasining 1/3 bir qismini pnevmatizatsiyasi; 3- turk egarining o'rta tubigacha pnevmatizatsiyalanishi; 4- turk egarining orqa devorigacha pnevmatizatsiyalanishi; 5- asosiy suyakning butun tanasi va egarni tanasini pnevmatizatsiyasi; 6- pnevmatizatsiyalanish asosiy suyakdan tashqarida ham bo'lishi.

**Simptomlari va klinik kechishi.** Quyidagi shakllari tafovut qilinadi.

a) *Ochiq va yopiq shakllari*: ochiq shaklida bo'shliqni tabiiy teshigi ishlaydi, klinik kechuvi o'rta va og'ir darajada bo'ladi. Yopiq shaklida tabiiy chiqaruv teshigi yopiq, bo'shliq ichida ekssudat to'planadi va o'tkir og'ir kechadi, gohida shoshilinch jarrogluk amaliyotini talab etadi, aynan shu shaklida kalla ichi asoratlari kelib chiqadi.

b) *Etiopatogenetik shakli*: bakterial, virus, spetsifik, allergik.

c) *Patomorfologik shakli*: kataral, seroz, yiringli, osteonekrotik.

d) *Asoratlangan shakllari*: bazal optixiazmal araxnoidit ko'ruv nervi nevriti bilan, meningoensefalit, bosh miya abssessi.

Subyektiv belgilari gohida o'tkir etmoiditni eslatadi. Bemorlarning shikoyatlari burunning tubida og'irlik hissiga va ko'z sohasidagi to'lishishlik hissiga bo'ladi. Bu sohadagi og'riq azob beruvchi xarakterga ega bo'lib, kallaning tepa va ensa sohalariga, gohida peshona sohasiga irradiyasiyalanadi. Og'riq doimiy xarakterga ega bo'lib, gohida ko'ngil aynishi va qusish belgilarini keltirib chiqarishi mumkin. Bosh harakatga keltirilganda og'riq to'satdan kuchayadi. O'tkir sfenoiditning muhim subyektiv simptomlariga hid bilish va ko'rish o'tkirligini pasayishi hisoblanadi.

Obyektiv belgilariga: burun shilliq qavatini diffuz shishi, burun yo'llarini obstruksiyasi, "orqa" rinoreya, giposmiya, ko'z yosh oqishi, yorug'likdan qo'rqishi, sklerani sarg'ayishi, akkomodatsiya'ni buzilishi va ko'rish o'tkirligini pasayishi misol bo'ladi. Oldingi rinoskopiyada yuqori burun yo'lida quyuq yiring aniqlanadi, orqa rinoskopiyada ham yiring aniqlanadi, faringoskopiyada burun- halqumdan yiring oqib tushayotganini aniqlash mumkin bo'ladi.

Yopiq shakli aytib o'tganimizdek og'ir kechadi. Ko'pincha bu shaklida bo'shliq ichidagi sekret yiring yoki yiring- nekrotik xarakterga ega bo'lib, bosh miya'ni bazal strukturalariga o'tib, opto-xiazmal araxnoidit va boshqa kalla ichi asoratlarini keltirib chiqarishi mumkin.

Kasallikning umumiy belgilariga tana haroratini (38-39°S) remitterlovchi tipdagi o'zgarishi, sutkali tana haroratini 1,5- 2°S ga o'zgarib turishi mumkin; umumiy holsizlik, ishtahasizlik, tunda bosh og'rig'i kuchayishi natijasida uyqusizlik misol bo'ladi. Umumiy qon tahlilida yalig'lanishga xos o'zgarishlar (neytrofilli leykositoz, allergiyada- eozinofiliya, EChT oshgan) aniqlanadi. Psixonevrologik belgilariga qo'zgaluvchanlikni oshishi yoki apatiya, atrof-muhitga befarqlik, xonada bir o'zi qolish hissi, odamlardan o'zini olib qochish xarakterli hisoblanadi.

**Tashxis.** Boshqa burun yondosh bo'shliqlari kasalliklariga nisbatan asosiy bo'shliqning yallig'lanishini tashxislash biroz qiyinchilik tug'diradi. Ponasimon bo'shliq miya asosini tubida joylashgani uchun tashxislash qiyin bo'lib, adabiyotlarda "yopiq sinus, ko'r bo'shliq" deb yuritiladi. Lekin ponasimon bo'shliqni yallig'lanishi ko'p uchraydi. Boshqa tomondan ponasimon bo'shliq ko'ruv, uch shoxli, adashgan nervlarga va boshqa diensefal strukturalarga yaqin bo'lganligi uchun nevrologik va og'ir asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Tashxis bemorni shikoyatlariga, subyektiv va obyektiv belgilariga, endoskopik va rentgenologik belgilarga asoslaniladi. Bularni ichida ponasimon bo'shliq haqida ko'p ma'lumot bera oladigan tekshirishlardan KT va MRT hisoblanadi (1.51-rasm).



1.51-rasm. O'ng tomonlama sfenoidit. KT, aksial proeksiya. (Ovchennikov Yu, M. Gamov V.P 2003 yil., 155 bet.)

Tashxislash yoki davolash maqsadida asosiy bo'shliqni oldingi devordan zondlanadi yoki punksiya qilib ko'riladi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki bu jarayon xavfli bo'lganligi sababli shifokordan yaxshi amaliy ko'nikma va burun bo'shlig'ini anatomiyasini bilish ta'lab etiladi. Hozirgi kunda endoskopiya rivojlanganligi uchun bu ko'nikmalarni bajarish yengillik tug'dirdi. Endoskopik tekshiruvda ponasimon bo'shliqning oldingi devori va tabiiy chiqarish teshigini holati baholanadi.

**Davolash.** O'tkir sfenoiditni asosan konservativ, medikamentoz, mahalliy va umumiy davolaniladi. Mahalliy bemorga nafas olishni yaxshilash va tabiiy teshiklaridan ajralmani chiqishini yengillashtirish maqsadida qon tomir toraytiruvchilar tavsiya qilinadi. Bir vaqtning o'zida parenteral yoki ichishga antibiotiklar buyuriladi. Bundan tashqari antigistamin dori vositalari buyuriladi. Eng yaxshi samara beradigan usullardan bu Proets usulida yuvish hisoblanadi, yana sinus kateter "YaMIK" bilan yuvish yaxshi samara beradi. Lekin ponasimon

bo'shliqni tabiiy chiqarish teshigi orqali zondlash ham yuqori samara beradi. Yopiq sfenoiditlarda bo'shliq punksiya qilinadi yoki endoskop bilan tabiiy teshigi kateterlansa bo'ladi.

### 3.8. Asosiy bo'shliqning surunkali yallig'lanishi

*Surunkali sfenoidit (sphenoiditis chronica)*- ponasimon bo'shliq shilliq qavatini surunkali yallig'lanishidir. Bu o'tkir sphenoidit kasalligidan yaxshi tuzalmasligi, yoki o'tkir yallig'lanish jarayoni 2-3 oy davom etishi natijasida kelib chiqadi. Aynan shu davrda bo'shliq ichida shilliq qavat o'zgarishiga, gohida jarayon chuqurlashish natijasida suyak usti pardasi va suyak qavati ham jarayonga qo'shiladi. Koppincha surunkali jarayon ponasimon bo'shliqda ikki tomonlama kechadi. V.F. Melnik (1994) ma'lumotlariga asosan ikki tomonlama yallig'lanish 65% hollarda kuzatiladi, 70% hollarda esa surunkali sfenoidit boshqa sinusitlar bilan birga kechadi. Faqat asosiy bo'shliqni o'zini yallig'lanishi 30% hollarda aniqlanadi.

*Etiologiyasi.* Kasallikni qo'zg'atuvchilari, boshqa surunkali sinusitlarni qo'zg'atuvchilari bilan o'xshash (3.3 bo'limda ba'tafsil yoritilgan).

*Patogenezi.* Surunkali sfenoiditni kelib chiqishida asosiy o'rin tutadiganlaridan bu boshqa bo'shliqlarni surunkali yallig'lanishidir, ayniqsa g'alvirsimon bo'shliqni orqa hujayralaridagi yallig'lanish bo'ladigan bo'lsa jarayon ko'proq birga uchraydi. Bundan tashqari bo'shliqni yallig'lanishida uning anatomik joylashuvi va burun- halqum bilan limfa sistemasi birligi muhim ahamiyatga ega hisoblanadi. Mashhur fransuz otorinolarologogi G. Portmann aytganidek, surunkali sfenoidit kamchilik kasalliklar toifasiga taalluqliligini aytgan, bu kasallikning klinikasi yashirincha, boshqa bir surunkali sinusit klinikasi ostida o'zining belgilarini yashiruvchi kasallik hisoblanadi. Bu kasallik uning asoratlari (ko'rish nervining nevriti, bazal peximeningit, optixiazmal araxnoidit va bosh) kuzatilganidan so'ng aniqlanib qolinadi.

*Klinikasi.* Surunkali sfenoiditni simptomatikasi jarayonning shaklidan (yopiq, ochiq) va jarayonning tarqalish yo'llariga, ya'ni asosiy bo'shliqning anatomik tuzilishiga (suyak qavatini hajmi, qalinligi, bularda digisensiyalarni va qon tomir emissariyalari bo'lishi va hokazo) bog'liq hisoblanadi. Asosiy bo'shliqni bosh miya markazlariga yaqin joylashganligi uchun (gipofiz, gipotalamus, boshqa po'stloq osti markazlari, g'ovak sinus sistemasi) patologik jarayonni shu sohalarda

o'zgarishlarni bilish mumkin bo'ladi. Shuning uchun ham surunkali sfenoidit yashirin, tinch kechsa ham, o'zini maxsus simptomatik elementlari bo'ladi.

Surunkali sfenoiditning yopiq shaklida, bo'shliq bilan burun-halqum orasida bog'liqlik bo'lmaydi (drenaj funksiyasi bo'lmaydi), bunday holatda klinik belgilari ko'proq namoyon bo'ladi. Surunkali sfenoiditning ochiq shaklida, bo'shliq ichidagi yiring burun-halqumga tushadi, ya'ni o'zining tabiiy teshigini drenaj faoliyati ishlayotganligidan dalolat beradi. Yopiq shaklida (burun-halqumda ajralma kuzatilmaydi) boshdagi to'lishlik va og'irlik hisobiga bemorlar shikoyat qiladilar, bundan tashqari perinazal sohada va orbitani tubida og'irlik hissini his etadilar, bosh og'irishi doimiy bo'ladi, boshni harakatga keltirganida bosh og'riq kuchayadi. Surunkali sinusit bilan og'riqan bemorlarda bosh og'rig'i faqat bo'shliq ichidagi ekssudat hisobidagi bosimni oshishiga emas, balki bo'shliq ichidagi nerv tolalarini oxirlarini nevriti hisobiga ham vujudga keladi. Bunday holat altratsiya bosqichida yallig'lanish toksinlari hisobiga, perivaskulyar nevrалgiya va neyropatiya rivojlanishi sababli vujudga keladi. Bunday og'riqlarga supra-, infraorbital sohalarga, ma'lum bir tishlarga taalluqli bo'lgan sohaga, bo'yinning yuqori qismiga va mastoidal sohasiga tarqalishi mumkin. Agar surunkali sfenoidit surunkali etmoidit bilan birga keladigan bo'lsa, bemorda gipoosmiya rivojlanadi. Surunkali sfenoiditning yopiq shaklida bo'shliq ichida yiringli to'qimani parchalanishi kuzatiladi, bemorlarda obyektiv va subyektiv kakosmiya rivojlanadi. Surunkali sfenoiditning xarakterli belgilaridan optoxiazmal araxnoidit bo'lmaganda ham ko'rish o'tkirligi pasayadi.

Surunkali sfenoiditning ochiq shaklida bemorlar burun-halqumga yoqimsiz hidli shilliq-yiringli ajralma kelishiga shikoyat qiladilar.

Mahalliy obyektiv belgilariga: burun shilliq qavatini giperemiyasi va burun chig'anoqlarini parenximatoz gipertrofiyasi, mahalliy qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalarini samarasizligi, burun yo'llarida yiringli ajralma, hid bilish zonasida quyuc yiring va mayda poliplar aniqlanadi. Halqum orqa devorida- burun-halqumdan quyuc yiring oqib turishi, orqa rinoskopiya gohida polip aniqlanishi mumkin. O'rta burun chig'anog'i gipertrofiyalangan, gohida polipoz o'zgargan bo'ladi.

**Tashxis.** Surunkali sfenoidit tashxisi subyektiv, obyektiv mahalliy belgilariga, klinik kechuviga, gohida zondlash yoki punksiya xulosalariga, hamda rentgenologik, KT va MRT tekshiruvlariga asoslanilab qo'yiladi.

**Davolash.** Surunkali sfenoiditni davosini konservativ, yarim jarrohlik va jarrohlik usullariga bo'lish mumkin.

*Konservativ davo usullariga* simptomatik, etiologik (antibakterial terapiya) va patogenetik davo (immunomodulyatorli terapiya) qo'llaniladi. Agar bu usullar yordam bermasa yarim jarrohlik va jarrohlik usullaridan foydalaniladi.

*Yarim jarrohlik usuliga* kosmetik endonazal amaliyotini misol keltirishimiz mumkin. Bunda asosiy bo'shliqdan yiring chiqariladi va u yerni zondlash, kateterlash, dorilarni kiritish yengilroq bo'ladi. Bundan tashqari yarim jarrohlik usullariga misol qilib poliplarni, qiyshaygan burun to'sig'ini, o'rta burun chig'anog'ini orqa qismlarini amputatsiya qilib olib tashlash misol bo'ladi.

*Jarrohlik usulida davolashdan* maqsad esa ponasimon bo'shliqni drenaj teshigini kengaytirish va u yerdan patologik ajralmani chiqarishdan iborat bo'ladi. Agar bo'shliq ichida patologik to'qima bo'ladigan bo'lsa (poliplar, granulyatsiyalar, suyak nekrozga uchragan qismlari, xolesteatoma massalari) ularni bo'shliqning ichidagi shilliq qavati maxsus usullar yordamida ehtiyot qilinib olib tashlanadi.

Jarrohlik usulida davolashga kasallikni uzoq vaqt davomida kechishi, boshqa bo'shliqlarda ham jarayon kuzatilganda, konservativ va yarim jarrohlik usuli foyda bermaganda, subyektiv va obyektiv belgilari kuchli namoyon bo'lishlarida, burun poliplarida, ko'rish faoliyatiga ta'sir etganida, orbital va kalla ichi asoratlarida ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.

Asosiy bo'shliqda bajariladigan jarrohlik amaliyotlari bir nechta turlarga bo'linadi.

1. To'g'ridan to'g'ri endonazal etmoidosfenoidektomiya.
2. Yuqori jag' bo'shlig'i orqali etmoidosfenoidektomiya.
3. Ko'z kosasi orqali etmoidosfenoidektomiya.
4. Transseptal sfenoidektomiya.

### **L. Petrantoni va L. De Lima usuli**

Bu usul semisinusitda yoki pansinutsitda burun chig'anoqlarini saqlagan holda va burun- bo'shliq sistemasini fiziologik funksiyasini tiklagan holda barcha burun yondosh bo'shliqlarini tabiiy teshigini kengaytirishdan va drenaj funksiyasini tiklashdan iborat bo'ladi.

*Korsatma:* surunkali pansinutsitlar (oddiy va murakkab orbita flegmonalari, ko'z nervi nevriti, optixiazmal araxnoidit, meningit,

g'ovaksimon sinusni tromboflebiti, miya abscesslari, hamda visseral toksikoinfeksiyalarda).

*Jarrohlik amaliyoti bosqichlari:*

1. Koldeulla- Lyuk bo'yicha yuqori jag' bo'shlig'ini ochish.
2. Yuqori jag' bo'shlig'ini orqa yuqori medial burchagi orqali g'alvirsimon labirintni ochish.
3. G'alvirsimon labirintni oldingi va orqa kataklarini olib tashlash (Yansen- Vinkler bo'yicha g'alvirsimon labirintni ochish).
4. Ponasimon bo'shliqni oldingi devorini trepanatsiyasi, asosiy suyakni ostiumidan boshlaniladi.
5. Peshona bo'shlig'ini endonazal ochish (ko'rsatmaga muvofiq) va barcha bo'shliqlarda keng drenaj shakllantirish (1.52-rasm).
6. Jarrohlik amaliyotidan keyingi bo'shliqni ko'zdan kechirish, ularga antibiotik kirgazish.
7. Barcha bo'shliqlarni umumiy qilib tamponada qilishdan iborat. Tamponada eng chuqur sohadan boshlanib kelinadi, tamponadaning oxirgi uchi og'izning burun lab burmasining kesilgan sohasigahca to'g'ri kelishi kerak bo'ladi.



1.52-rasm. Petranton- de Lima jarrohlik usulini tugatilgan ko'rinishini sxematik tasviri (frontal kesim). (Rakobyan V., 1964 bo'yicha): 1- peshona bo'shlig'i, 2- keng burun-peshona yo'li, 3- yuqori jag' bo'shlig'i, pastki burun yo'li bilan aloqadorligi, 4- pastki burun yo'lini lateral devori, 5- pastki burun chig'anog'i, 6- burun to'sig'i.

### **Xirsh bo'yicha asosiy bo'shliqni transseptal ochish**

Bu usul anchagina qulay bo'lib, ponasimon bo'shliqni kirish joyini aniq ko'rish imkonini beradi. Bundan tashqari bu usul bilan bo'shliqni ikkala qismi ochiladi va bo'shliqdan patologik o'zgargan to'qimani olib tashlash imkonini yaratadi. Bu jarrohlik usuli endoskopik jarrohlik amaliyoti bilan birga qo'llanilsa, ko'zga ko'rinmay turgan to'qimalarni va o'zining xususiyatini saqlab qolgan shilliq qavatni ko'rish imkonini yaratadi (1.53-rasm).

**Jarrohlik texnikasi.** Septoplastika jarrohlik amaliyotidagidek shilliq qavat kesilib, tog'ay va suyak usti pardadan ko'chiriladi. Shilliq-suyak usti pardasi lateral tomonga surub ishlanadi.



*1.53-rasm. Xirsh bo'yicha gipofiz o'smasiga endonazal transseptal-transsfenoidal yo'l orqali kirish. (Blagoveshanskiy N.C., 1976)*

Burun to'sig'i tog'ayini qarama-qarshi tomonga mobilizatsiya qilish. Ayrim hollarda tog'ay qizmida qiyshqlik bo'lib, ponasimon bo'shliqqa kirishga qiyinchilik tug'dirayotgan bo'lsa, bunday hollarda qiyshayg'an tog'ay qismi olib tashlanadi. Agar burun to'sig'ini suyak qismida ham qiyshqlik bo'ladigan bo'lsa ham suyak olib tashlanadi.

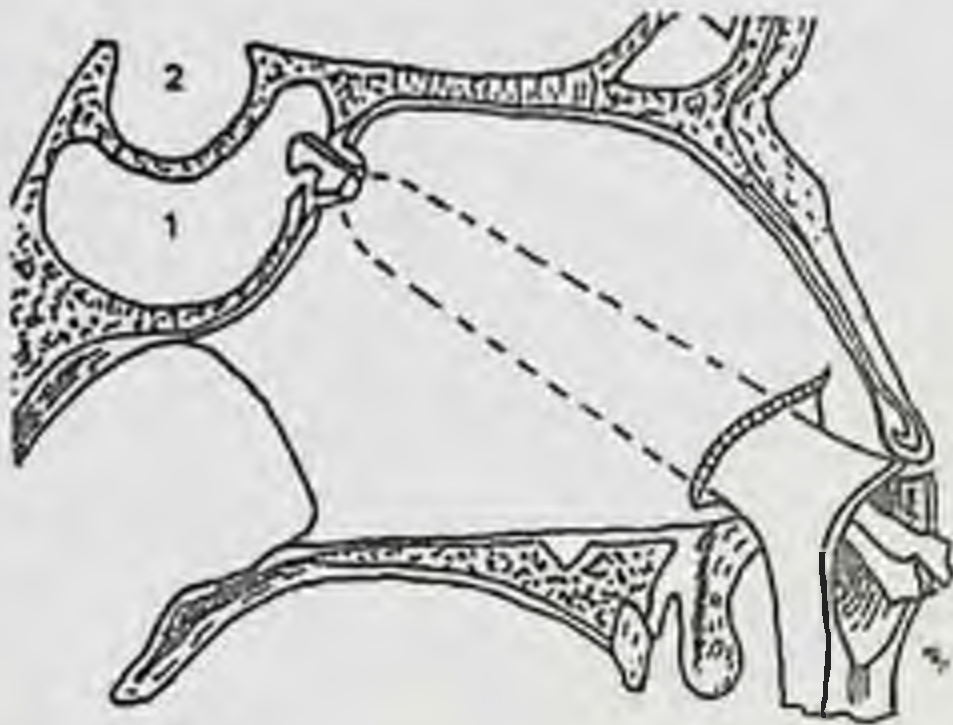
Burun to'sig'i bilan shilliq-tog'ay usti pardasi orasiga Killian burun kengaytirgichi asta sekinlik bilan kiritiladi, burun kengaytirgich shu tarzda ponasimon bo'shliqning oldingi devorigacha kiritiladi va Vesta iskanasi, qisqich yoki bor mashina bilan bo'shliq ochiladi. Endoskop bilan bo'shliq ichidagi parcha anatomik tuzilmalar ko'zdan kechiriladi. Agar endoskop yo'q bo'lsa, bo'shliq tekshiruvi tugmali zond orqali amalga oshiriladi.

Asosiy bo'shliqni teshigini kengaytirish uchun maxsus qulay asboblardan (uzun iskanalar, qoshiqlar, Gaekani uzun aylanadigan qisqichi) foydalaniladi. Asosiy bo'shliqni oldingi devori yetarli darajada kengaytirilganidan so'ng va bo'shliq ichidagi shilliq qavat olib tashlanganidan keyin, bo'shliq to'sig'i olib tashlanadi (1.54-rasm).

Boshliq ichi endoskop yordamida ko'zdan kechirilganidan so'ng, o'zgargan to'qima bo'ladigan bo'lsa olib tashlanadi yoki bo'shliq ichidagi shilliq qavat o'zgarishsiz bo'ladigan bo'lsa shilliq qavat saqlab



qolinadi. Bo'shliq ichidan chiqib ketishdan oldin u yerga o'mrov osti kateteri joylab chiqib ketiladi, keyinchalik bo'shliq ichini yuvib turish maqsadida. Burun bo'shlig'i septoplastika jarrohlik usulidagi tamponada qilinadi. Tampon 24- 48 soatdan keyin olib tashlanadi. Kateter esa 1 haftadan keyin olib tashlanadi.



1.54-rasm. Ponasimon bo'shliqni transseptal usulda ochish. (Kiselev A.S. bo'yicha., 1997): 1- ponasimon bo'shliq, 2- turk egari.

*Jarrohlikdan keyingi davolash.* Umumiy va mahalliy antibiotikoterapiya hafta mobaynida, har kuni bo'shliq ichi antibiotik bilan yuvib turiladi, umumiy simptomatik davolash, organizmni quvvatini oshiruvchi dori vositalari qo'llaniladi.

### 3.9. Burun yondosh bo'shliqlarini mukoselesi

*Burun yondosh bo'shliqlarini mukoselesi-* burunga chiqaruvchi tabiiy teshiklarni yopilib qolishi natijasida va bo'shliq ichida shilliq va gialin sekreti to'planishi, hamda epiteliyning deskvamatsiya natijasida burun yondosh bo'shliqlaridan birida qopsimon kista rivojlanishidir. Bu kam uchraydigan kasallik bo'lib, ayo'l va erkaklar orasida 15- 25 yoshlar orasida uchraydi. Lekin 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda va 45 yoshdan keyin ham uchrab turadi. Ko'pincha peshona bo'shlig'ida ko'proq uchraydi, undan keyin g'alvirsimon labirintda uchrab turadi. Gohida bu bo'shliqlar orasida uchrab qolib, kista ko'z kosasiga kirib, ekzoftalm keltirib chiqarishiga sabab bo'ladi. Juda kam hollarda mukosele gaymor va ponasimon bo'shliqlarda kam uchraydi. Lekin gaymor bo'shlig'ida ko'pincha odontogen kistalar ko'p uchramoqda.

**Patogenezi.** Turli olimlar mukosele kelib chiqishida o'zlarining nazariyalarini tavsiya etganlar.

a) Monoglyandulyar nazariya- mukosele bitta shilliq bezni tiqilib qolishidan hosil bo'ladi, natijada epiteliy qavatini proliferatsiyasiga, kengayishiga va shilliq qopini shakllanishiga sabab bo'ladi deydi.

b) Morfogenetik nazariya- g'alvirsimon labirint hujayralarini rivojlanishi buzilishidan keyin kelib shiqadi, shu bilan bir vaqtni o'zida odontogen gaymorit rivojlanishiga sabab bo'ladi deydi.

c) Kompresion nazariya- tabiiy chiqarish teshiklarini bekilib qolishi natijasida, mukosele tarkibidagi suyuqlikni agressiv shakllanishi va osteoklasslarni aktivatsiyasi suyakni parshalanishiga olib keladi deb aytadi.

Mukoseleni kelib chiqishida yallig'lanish natijasida tabiiy teshiklarni (osteoma yoki travma) yopilishi yotadi. Bunga olib keluvchi omillarga esa yuz skeletini anomal rivojlanishi sabab bo'lishi mumkin. Shu jumladan burun yondosh bo'shliqlarini ham. Bo'shliqda drenaj funktsiya ishlamagandan keyin, u yerda parchalanish mahsulotlari va shilliq to'planishi kuzatiladi. Bo'shliqni va bez elementlari normal faoliyat ko'rsatish uchun kislorod yetishmaydi, bu esa o'z navbatida kattabolizmga olib keladi. kattabolizm esa toksik ta'sirga ega bo'lib, osteoklaslarni aktivlashtiradi va VNS nerv oxirlarini qitiqlaydi. Bu o'z navbatida shilliq bezlarini aktivligini oshiradi, natijada sekret miqdori ko'payadi. Bunday halqa bo'shliq ichida surunkali atseptik ya'llig'lanishli mukoseliga olib keladi, buning yiringlashi esa- bo'shliqni o'tkir empiemasi. Shu bilan bo'shliq ichida suyuqlik to'planishi natijasida u yerda shilliq qavat va suyak devoriga bosim bilan bosilishni boshliydi, ularni atrofiyasiga sabab bo'ladi, natijada mukosele bo'shliqdan tashqariga chiqib, qo'shni a'zolarga o'tishni boshliydi.

**Patologik anatomiya.** Gistologik aniqlanishicha, bo'shliq ichidagi ko'p qavatli hilpillovchi epiteliy mukoseleda o'zining kiprikchalarini yo'qotadi. Bo'shliq ichidan kista chiqishidan oldin uning shilliq qavati fibroz qavat bilan qoplanadi. Mukosele tarkibidagi suyuqlik jelatinasimon, sarg'imgir- oq rangda, atseptik, hidsiz xususiyatlarga ega. Suyak qavat noziklashadi va atrofiyaga uchraydi. Suyak to'qimasida osteoklastlar miqdori ortadi.

**Klinikasi.** Mukosele burun yondosh bo'shliqlarda sekin asta rivojlanib, 3 ta bosqichni bosib o'tadi.

a) *Latent bosqichi*- simptomsiz kechadi, obyektiv va subyektiv belgilari aniqlanmaydi. Ayrim hollarda burun bir tomonida rinoreya

kuzatiladi, bunday holatda burun- peshona kanali vaqtinchalik ochilib yoki g'alvirsimon bo'shliqni burun bo'shlig'i bilan aloqador kataklari orqali kista suyuqligi chiqishi kuzatiladi.

b) *Eksterritoratsiya bosqichi*- bunda subyektiv va obyektiv belgilar xarakterli hisoblanadi. Agar mukosele peshona bo'shlig'ida joylashgan bo'lib har xil ko'z simptomlarini keltirib chiqaradi. Shuning uchun ham bemor va atrofdagilar shishni his qiladilar. Ma'lum bir vaqtdan so'ng bemorda diplopiya rivojlanadi. Agar kista ko'zning tubiga qarab o'sadigan bo'lsa ko'z nerviga bosim o'tkazadi va ko'rish nisbatan pasayadi, shu ko'zda periferik skatoma rivojlanadi. Agar kista pastga va oldinga qarab o'sadigan bo'lsa ko'z yosh yo'llarini funksiyasi buzilishi hisobiga epifora rivojlanadi. Keyinchalik uch shoxli nervni I tolasini ezilishi hisobiga bemorda og'riq rivojlanadi va ko'zga, zararlangan tomondagi tishlar va yuqori jag'ga og'riq tarqaladi.

Hosil bo'lgan shishni qo'l bilan ushlab ko'rilganda silliq, zich hosilani anglatadi. Biroz uni harakatga keltirilganida suyak nuqsoni bo'lganligi uchun kripitatsiya eshitilishi mumkin. Suyak defektini qirralari notekis, tashqariga aylantirilganga o'xshash bo'ladi. Oldingi rinoskopiya da burun bo'shlig'ida o'zgarish saqlanmaydi.

c) *Asoratlari bosqichi*- har xil ikkilamchi patologik jarayonlar aniqlanishi mumkin.

**Tashxis.** Latent bosqichida to'satdan yuz sohasi rentgenologik tekshiruvdan o'tkizilayotganda aniqlanishi mumkin. Agar rentgenolog tajribali bo'lsa bo'shliqni katta hajmda total soyalanishi, devorni torayishi va siyraklanishi, bo'shliq ichidagi to'siqni o'rta chiziqdan surilishi kabi belgilarni aniqlashi mumkin bo'ladi. Ayniqsa bu bosqichda nevrologik belgilar namoyon bo'ladigan bo'lsa shifokorni rino- sinus sohasidan chiqarishi mumkin bo'ladi.

Eksterritorizatsiya bosqichida aytib o'tilganidek ma'lum bir boshqa kasallik tufayli aniqlanib qolishi mumkin. Bularga dermoid kista, meningosele, ensefalosele yoki o'smani misol keltirishimiz mumkin. Bu bosqichda yakuniy tashxisni har doim ham rentgenologik (KT, MRT) tekshirishlardan keyin ham qo'yish qiyinchilik tug'diradi.

**Qiyosiy tashxis.** Osteoma, osteosarkoma, zaxm osteoperiostiti yoki gumba, dermoid kista yoki meningosele va ensefalosele bilan o'tkaziladi.

**Davosi.** Faqat jarrohlik usulida davolanadi. Asosan peshona bo'shligida radikal jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Bundan tashqari

pehona- burun kanalini shakllantiriladi. Jarrohlikdan keyin bo'shliqni 2-3 hafta mobaynida antiseptik dori vositalari bilan yuvib turiladi.

#### 4. BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI JAROHATLARI

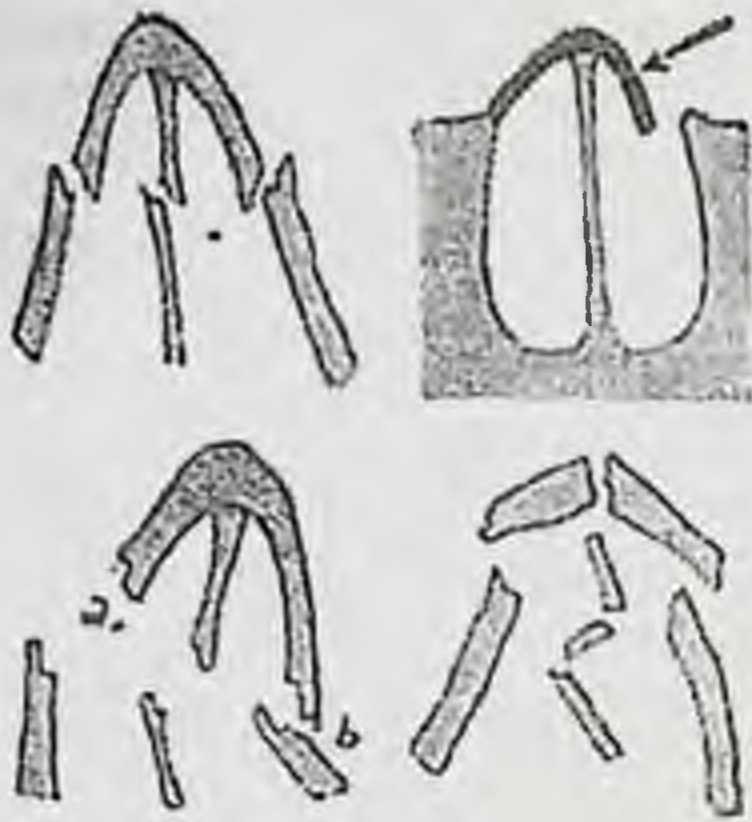
Harbiy va sport mashg'ulotlarida, ishlab chiqarish korxonalarida, ko'cha transport hodisalarda, epilepsiya huruji paytida sodir bo'lib, hayotda tez-tez uchrab turadi.

Jarohat yetkazgan jismning ta'sir kuchi va xususiyati, uning yo'nalishi va to'qima ichiga qanchalik chuqur botishiga qarab burun jarohatlari *ochiq* (teri qoplaminig zararlanishi) yoki *yopiq* (teri qoplaminig buzilmasligi) bo'lishi mumkin.

Yopiq jarohatlarga lat yeyish, yumshoq to'qimalarga qon quyilishi, shilinish, burun yondosh bo'shliqlari devorlari, ko'z kosasi, yonoq suyagi, g'alvirsimon bo'shliq kataklarining siljishi yoki siljimasligi bilan kechuvchi burun suyaklarining sinishi kiradi.

Ochiq jarohatlar yirtilgan, kesilgan, yuzaki va chuqur, burun bo'shlig'iga kirgan yoki kirmagan jarohatlarga bo'linadi. Burun bo'shlig'iga kirgan jarohatlarga ko'pincha o'tkir uchli jism sabab bo'ladi. Bunda burun bo'shlig'i shilliq pardasining yirtilishi, burundan qon oqishi, burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlariga infeksiya kirishi, burun to'sig'i gematomasi va absessi rivojlanishi kuzatiladi. O'tkir uchli jismning yo'nalishi burun bo'shlig'ining yuqori devoriga qaratilganda elaksimon plastinka sinib, bemorda orqa miya suyuqligini oshishi kuzatilishi mumkin.

Ko'pincha burun suyaklari va yuqori jag' suyagining pehona o'sig'i o'rtasidagi chokni kengayishi yoki burun suyaklari va burun to'sig'ining sinishi, yoki chiqishi natijasida tashqi burunni yon tomonga siljishi qayd etiladi. Kam hollarda yuqori jag' suyagi pehona o'sig'ining sinishi kuzatiladi.



1.55-rasm. Burun suyaklarini sinishi. Sinishning turli shakllari

A.E.Kitsera va A.A.Borisov (1993) bo'yicha tashqi burun shaklining buzilishlari quyidagicha tasniflanadi:

- Rinoskolioz - burunni yon tomonga siljishi;
- Rinokifoz - burun shaklini bukiri bo'lishi;
- Rinolordoz - burunni botishi (egarsimon burun);
- Platiriniya - burun shaklini yassi bo'lishi;
- Braxiriniya- burun bo'shlig'i haddan tashqari kengayishi;
- Leptoriniya- burun bo'shlig'i haddan tashqari torayishi;
- Molleriniya- tashqi burun suyaklari sinishi natijasida burunni yumshoq bo'lishi.

Ko'pincha yuz jarohatlarida ko'rish o'tkirligining pasayishi yoki butunlay yo'qotilishi (amavroz) bilan kechuvchi ko'z olmasi tubiga qon quyilishi (gifemalar), ko'z olmasining siljishi (enoftal'm), ko'zni harakatlantiruvchi mushaklarning bosilishi natijasida falaji (diplopiya) kuzaatiladi.

Burun yondosh bo'shliqlari jarohati bo'shliqlar devorining yorilishi, sinishi, suyak parchalarini bo'shliq ichiga kirishi bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, ular kalla bo'shlig'iga tarqalgan yoki tarqalmagan jarohatlarga bo'linadi.

Peshona bo'shlig'i odatda qosh usti sohasida jarohatlanadi; bo'shliqning old devori sinib, kosmetik nuqsonga sabab bo'ladi. Burunni botishi peshona bo'shlig'ining tabiiy teshigini yopilishiga olib keladi. Peshona bo'shlig'ining orqa devori kamdan kam hollarda jarohatlanadi. G'alvirsimon bo'shliqning jarohati ko'pincha ko'z kosasining medial qismida, ya'ni burun bo'shlig'ining yon tomonida joylashgan shilliq pardaning yirtilishi natijasida yuzda teri osti emfizemasi paydo

bo'lishiga olib keladi, bunda shish va teri osti emfizemasi, peshona va bo'yin sohasigacha tarqalishi mumkin. Old g'alvirsimon arteriya jarohatlanganda ko'z kosasi atrofi to'qimasiga qon quyiladi.

Peshona va g'alvirsimon suyaklarning jarohati ko'pincha burun, ko'z olmasi va ko'z kosasi, ba'zan kalla suyagi jarohati bilan birga kechadi. Ko'z kosasining pastki qismi va yuz sohasida joylashgan yuqori jag' bo'shlig'ining jarohati bo'shliq old devorining sinishi, jarohat maydoni shaklining o'zgarishi, ko'z kosasi pastki devori, ko'z olmasi, g'alvirsimon bo'shliq, yonoq chakka suyaklari, tish va og'iz bo'shlig'ining jarohatlari bilan birga kechadi.

Ponasimon bo'hliq devorlarining sinishi ayni paytda kalla suyagi asosining sinishi bo'lib, juda kam uchraydi va ko'rish nerv tolasi, ichki uyqu arteriya'ning jarohati bilan birga kechib, o'lim holatiga sabab bo'lgan qon oqishlarga yoki jarohatdan so'nggi uyqu arteriyasi devori anevrizmasiga sabab bo'ladi.

*Belgilari.* Burun jarohatida burundan qon oqishi, burun terisida va ko'z qovoqlarida qontalashlar paydo bo'lishi, yumshoq to'qimalar shishi va teri osti emfizemasi, suyak parchalarining harakati kuzatiladi. Burunning nafas olish funksiyasi buzilishi yoki hid sezish tirqishlarining yopilishi natijasida bemorda hid bilish qobiliyati pasayadi, hid bilish asab tolalari uzilganda - burunning hid sezish faoliyati butunlay yo'qoladi.

Aralash jarohatning belgilari xilma-xil bo'lib, burun yondosh bo'shliqlari va ular atrofida joylashgan a'zolar jarohatiga bog'liq bo'ladi. Bolalarda burun va burun yondosh bo'shliqlarining aralash jarohatlari yuz suyaklari jarohati bilan birga uchraydi. Yuzning o'rta qismi jarohatlanganda yuz suyaklarining noto'g'ri o'sishi natijasida, bolalarda keyinchalik yuz tuzilishida kosmetik nuqsonlar rivojlanishi mumkin.

Kalla suyagi bo'shlig'iga tarqalgan jarohatlarda bemorda bosh miya chayqalishi, yoki qisilishi belgilari kuzatiladi. Kalla bo'shlig'iga tarqalgan jarohatlarda kalla ichi asoratlari belgilari paydo bo'ladi. Kalla suyagi singanda va bosh miya'ning qattiq pardasi jarohatlanganda jarohat maydoni, burun yoki halqumdan orqa miya suyuqligini oqishi (likvoreya) kuzatiladi.

*Tashxis* bemor shikoyatlari, anamnez, tashqi tekshiruv, paypaslash, zondlash, rinoskopiya, endoskopiya, rentgenografiya, KT tekshiruvlari asosida qo'yiladi.

Tashqi tekshiruv va paypaslashda jarohat maydonining og'rishi, yumshoq to'qimalar shishi, tashqi burun shakli buzilganligi aniqlanadi.

Burun yon tomonga siljiganligi, majaqlanganligi, burun usti paypaslanganda bo'rtishlar (zina belgisi), suyaklarning patologik harakatchanligi va suyak parchalari krepitatsiyasini aniqlanishi burun suyaklari singanligidan, bosib ko'rganda teri osti krepitatsiyasi - g'alvirsimon suyak singanligidan va shilliq parda yirtilganligidan dalolat beradi.

Rinoskopiya da burun bo'shlig'ida qon laxtalari, qontalashlar, shilliq parda yirtilganligi, burun bo'shlig'i torayganligi, burun chig'anoqlari botgan va burun to'sig'i qiyshayganligi ko'rinadi. Burun to'sig'i shilliq pardasining bir tomonlama, ayniqsa ikki tomonlama shishi burun to'sig'i gematomasidan darak beradi.

Jarohatning chuqurligi zond yordamida tekshiriladi. Yopiq jarohatda yumshoq to'qimaning shishi tashxis qo'yishni qiyinlashtirishi tufayli bosib ko'rganda bemorda mahalliy og'riq borligi, burun sohasining shishi, qontalashlari, burun to'sig'i qiyshiqqligining bor-yo'qligi e'tiborga olinadi.

Yuz skeletining jarohati ko'pincha ko'z qovoqlari va ko'z kosasi atrofiga qon quyilishi "ko'zoynak belgisi" bilan kechadi. Ammo bu belgi kalla suyagi asosining sinishida, g'alvirsimon sinus jarohatida ham kuzatiladi. Aniq tashxis qo'yish maqsadida orqa miya punksiyasi bajariladi. Kalla suyagining asosi singanda orqa miya suyuqligida qon borligi aniqlanadi (subaraxnoidal qon quyilishi). Bemordagi shok, karaxtlik (eshitishni butunlay yoki qisman yo'qotilishi) talvasa holati yuz berishi kalla suyagining asosi singanligini bildiradi. Bunday hollarda bemor boshi fiksatsiya qilingan holda kasalxonaga keltiriladi. Unga hatto rentgenografiya ham darhol qilinmaydi, chunki tekshiruvda boshini yon tomonga burish kerak bo'ladi.

G'alvirsimon suyakning elaksimon plastinkasi sinib, bosh miya qat-tiq pardasi zararlanganda bemorda orqa miya suyuqligini oqishi kuzatiladi. Bemorning burnidan bir paytning o'zida ham qon, ham orqa miya suyuqligini oqishi tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Jarohatning birinchi kuni "juft dog'" belgisi kuzatiladi, ya'ni oq matodagi qon dog'ining atrofi rangsiz doira bilan o'ralgan bo'ladi; qon oqishi to'xtatilgandan so'ng burundan rangsiz ajralma oqadi. Laboratoriya tekshiruvida burundan oqayotgan ajralma tarkibida glyukozani aniqlanishi orqa miya suyuqligi ekanligini tasdiqlaydi. Yuz skeletining rentgenografiya, rentgenoskopiya, KT va MRT- tekshiruvlari jarohat hajmi va xarakteri haqida qimmatli ma'lumotlar olishga yordam beradi.

*Davolashda* burun va burun yondosh bo'shliqlari jarohatining xarakteri, chuqurligi, bemorning umumiy ahvoli e'tiborga olinadi. Sho-

shilinch tibbiy yordam og'riqsizlantirish, qon oqishini to'xtatish va bemorni darhol kasalxonaga yuborishdan iborat. Lat yeyish yoki yumshoq to'qimalarning ochiq jarohatida ifloslangan jarohat maydoniga birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi; jarohat maydoni dastlab antiseptik eritma bilan yuviladi, keyin maxsus qoshiqcha yordamida singan suyak va tog'ay parchalari olib tashlanadi, yumshoq to'qima esa qoldiriladi. Bemorga qoqsholga qarshi anatoksin (emlangan bemorga - 0,5 ml, emlanmaganga - 1 ml dan teri ostiga), teri ichi sinamasidan so'ng - Bezredko usuli bo'yicha qoqsholga qarshi qon zardobi (3000 ME) yuboriladi. Hayvon burun sohasini tishlaganda birinchi tibbiy yordamdan so'ng bemor quturish kasalligiga qarshi emlanadi. Birlamchi chok jarohatdan 1 sutka o'tgandan so'ng qo'yiladi.

Odatda singan burun suyaklari o'z joyiga o'rnatilgandan so'ng burundan qon oqishi o'z-o'zidan to'xtaydi. Aksariyat hollarda ilgaksimon old burun tamponadasi, ba'zan orqa tamponada bajariladi. Tamponada har 24 - 48 soatda almashtiriladi. Bolalarga odatda elastik tamponada qo'yiladi. Jarohatlangan burun terisida qontalashlarni va yumshoq to'qima shishini kamaytirish maqsadida 5-6 soat davomida burun terisi ustiga muz parchalari qo'yiladi.

Burun suyaklari sinib, o'z joyidan siljiganda hamda tashqi kosmetik nuqson paydo bo'lganda burun suyaklari va burun yondosh bo'shliqlari devorlarining repozitsiyasi (o'z joyiga o'rnatish) va suyak parchalarini ichki yoki tashqi fiksatsiyasi amali asosiy davolash usuli hisoblanadi. Suyak parchalarini o'z joyiga o'rnatish muhim kosmetik ahamiyatga ega. Jarohatning birinchi kuni bajarilgan repozitsiya eng optimal usul deb tan olingan, lekin bosh miya, kalla ichining og'ir asoratlarida uni jarohatdan so'nggi 3 hafta davomida bajarsa bo'ladi.

Bemor kursida o'tirgan holatida burun bo'shlig'i mahalliy (shilliq pardaga 10% lidokain, 2% dikain, 5% kokainni surtish yoki singan maydonga 1% novokain, 2% lidokain eritmaları yuborish) va infil'tratsiya usulida og'riqsizlantiriladi.

*Barmoq yordamida bajarilgan repozitsiya.* Tashqi burun chap tomonga siljiganda o'ng qo'lning bosh barmog'i, o'ng tomonga siljiganda esa chap qo'lning bosh barmog'i bilan umumiy og'riqsizlantirish ostida repozitsiya qilinadi. Suyak parchalari o'z joyiga tushganda o'ziga xos qirsillash tovushi eshitiladi.

*Yu.N.Volkov burun elevatori yordamida bajarilgan repozitsiya* ham mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Bunda o'ng burun elevatori burunning o'ng tomoniga, chap burun elevatori - uning



chap tomoniga ma'lum chuqurlikka kiritiladi. Elevatorning uchi oldinga va yuqoriga yo'naltirilgan traksiya harakati bilan burunning singan, cho'kkan suyaklari o'z joyiga o'rnatiladi.

Suyaklarni barmoq va asbob yordamida o'z joyiga o'rnatish usuli singan suyak parchalari orqaga va yon tomonga siljiganda qo'llanadi. Bunda bir vaqtning o'zida elevator yordamida oldinga traksiya bajariladi, bosh barmoq yordamida esa singan suyaklar o'z joyiga qo'yiladi.



1.56-rasm. Burun suyaklarini to'g'irlash:

1- asbob yordamida to'g'irlash;

2- barmoq bilan to'g'irlash.

Elevator bo'lmagan hollarda repozitsiya muolajasi uchi steril paxta bilan o'ralgan yoki rezina qo'lqop barmog'i kiydirilgan pinset yoki qisqich yordamida bajariladi.

Burun suyaklari o'z joyiga o'rnatilgandan so'ng singan suyak parchalarini kerakli holatda ushlab turish kerak bo'ladi. Mahalliy og'riqsizlantirishdan so'ng burunning yuqori va o'rta yo'lida eritilgan parafinga (harorati 50-54°S) shimdirilgan doka pilikcha bilan tampon qo'yiladi, parafin qisqa vaqt ichida sovib, burun suyaklarini to'g'ri holatda ushlab turadi, bunda bemor burunning pastki qismi orqali nafas oladi. Parafinli tampon 7 kundan so'ng chiqarib olinadi, ba'zan u burun bo'shlig'ida 12 kunga qoldirilishi mumkin.

Anamnez ma'lumotlari va obyektiv tekshiruvlar asosida bemorga bosh miya chayqalishining II-III darajasi tashxisi (bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, nevrologik belgilar) qo'yilganda burun suyaklari repozitsiyasi keyingi kunlarga (5-6 kundan so'ng) qoldiriladi.

Burunning jarohatdan so'nggi ayrim og'ir nuqsonlari kasalxona sharoitida jarrohlik (kosmetik, plastik, estetik) usulida davolanadi. Tashqi burun shaklining buzilishi burun to'sig'i qiyshiqligi, burun orqali nafas olishning buzilishi bilan kechgan hollarda rinoseptoplastika jarroh-

lik amali bajariladi. Bunday jarrohlik amali umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Birinchi bosqichda burun orqali nafas olishni tiklash, ya'ni septoplastika bajariladi. Ikkinchi bosqichda esa tashqi burunning kosmetik nuqsonini bartaraf etish amali bajariladi. Tashqi burunda o'tkaziladigan plastik operatsiyalar ochiq yoki yopiq usulda bajariladi. Nuqsonni bartaraf etish uchun turli materiallardan tayyorlangan implantantlar (autotog'aylar, konservlangan tog'aylar, polimer materiallar, silikon va boshq.) ishlatiladi.

Yuqori jag' bo'shlig'i devorlarining (ko'pincha old devori) sinishi suyak parchalarining botishi, bo'shliq ichiga qon quyilishi, ko'z kosasi devori va yonoq suyagining sinishi bilan birga kechadi. Bu holda jarrohlik amalida kosmetik nuqsonni bartaraf etish bilan birga pastki burun chig'anog'i ostida burun bo'shlig'iga ochilgan yo'l hosil qilinadi. Yuqori jag' bo'shlig'i ichidagi qonning bir qismi so'rilib ketadi, boshqa qismi hilpillovchi epiteliy tufayli chiqariladi. Ammo jarohatdan so'nggi 3-4 kun davomida bemorda yallig'lanishga xos belgilar paydo bo'lsa (bo'shliq sohasining shishi va infil'tratsiyasi, og'riq, tana haroratining ko'tarilishi), unda yuqori jag' bo'shlig'i pastki burun yo'li orqali teshilib, antiseptik va antibiotik eritmalar bilan yuviladi.

Peshona bo'shlig'i devorlarining sinishi suyak bo'laklarini bo'shliq ichiga botishi, bo'shliq kanali faoliyatining buzilishi bilan kechganda bo'shliq old devorini o'z joyiga o'rnatish va peshona-burun bo'shlig'i orasida sun'iy yo'l hosil qilish jarrohlik amali bajariladi. Bo'shliq ichiga B.S.Preobrajenskiy bo'yicha drenaj naychasi o'rnatiladi (diametri 0,6-0,8 sm rezina naycha peshona bo'shlig'ini burun bo'shlig'iga ulab turadi) va 3 haftaga yostiqcha yordamida jarohat yonidagi teriga fiksatsiya qilinadi. Peshona bo'shlig'ining orqa devori ko'zdan kechirilib, zond bilan tekshirilgandan so'ng bo'shliqning orqa devori singan bemorda neyrojarroh ishtirokida bosh miya'ning qattiq pardasi ochilib taftish qilinadi, suqilgan suyakchalar, yirtilgan qattiq parda tikiladi.

Burnidan orqa miya suyuqligi oqayotgan bemor yarim o'troq holatda yotqiziladi, unga bosh miya suyuqligi bosimini tushiruvchi dori vositalari (tomir ichiga 40% glyukoza, kal'siy xlorid va natriy xloridning gipertonik eritmaları, laziks, diakarb), tinchlantiruvchi dorilar seduksen, relanium, 20% natriy oksibutrat buyuriladi, suyuqlik ichish man etiladi. Konservativ davolash yaxshi natija bermaganda jarrohlik amali, ya'ni yuqori yoki o'rta burun chig'anoqning shilliq pardasini ishlatgan holda nuqson plastikasi bajariladi. Jarrohlik amalida endoskop va mikroas-

boblardan foydalaniladi. Ba'zan jarrohlik amali kalla suyagining o'rta chuqurchasi orqali bajariladi.

Aralash jarohatlarda bemorga og'riqsizlantiruvchi (boralgin, maksigan, tromal va boshq.), tinchlantiruvchi dori vositalar (tazepam, fenobarbital, seduksin, relanium, 20 % natriya oksibutrat va boshq.) tavsiya qilinadi. Jarohat maydonining yallig'lanishini oldini olish maqsadida umumiy va mahalliy yallig'lanishga qarshi dorilar (antibiotiklar, sul'fanilamidlar) buyuriladi. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida bemorga desensibilizatsiya, dezintoksikatsiya, gemostatik va simptomatik terapiya tadbirlari o'tkaziladi.

## 5. RINOSINUSOGEN KO'Z KOSASI ASORATLARI

Tibbiyot rivojlanishining hozirgi zamonaviy bosqichida rinosinusogen ko'z kosasi asoratlari qo'rqinchli asoratlardan biri bo'lib qolmoqda. Bu kasalliklarning qiyosiy tashxisida va shu kasalliklarga birinchi yordam ko'rsatishda ko'pincha kechikiladi. Natijada ko'rish analizatorida qaytmas jarayonlar keltirib chiqaradi, ayrim hollarda o'lim holati bilan tugashi mumkin.

Adabiyotlardagi 10 yillik ma'lumotlarda ko'z kosasi asoratlari oshganligiga dalil bo'lmoqda (Blagoveshanskiy N.S., 1992; Ribak A.A., Matveeba T.V., 1994; Mashkova T.A., Bakulina L.S., 1996; Arifeva N.A., Kuramishin A.F., Siglin A.A va boshq., 1998; Deryugina O.V., Chumakov F.I., 2001; Quahe O., Kalamaridws M., Redondo A. et al., 1995). Sinusitlar bilan kasallangan bolalarda rinogen ko'z kosasi asoratlari 0,5-14,7 % , kattalarda -0,5 - 8,5% hollarda uchrashi qayd etilgan.

Har yili bo'lib o'tadigan gripp epidemiyasi surunkali sinusitlarni hurujini keltirib chiqaradi, shu navbatida ko'z kosasi va kalla ichi asoratlariga ham sabab bo'ladi. Bemorlar orasida samarasiz davo kurslari o'tkazilganligi uchun, shu guruh bemorlarda 9-40% hollarda o'lim kuzatilgan (Arifeva N.A., Kuramishin A.F., Siglin A.A va boshq., 1998; Deryugina O.V., Chumakov F.I., 2001; Quahe O., Kalamaridws M., Redondo A. et al., 1995).

Burun yondosh bo'shliqlari va burun bo'shlig'i kasalliklari natijasida ko'z kosasi asoratlari ko'paymoqda. Bunga sabab mikroflorasini virulentligini oshishi, bakteriya va viruslar assotsiatsiyasi, shartli patogen florani aktivlanishi, immun sistemani reaktivligini pasayishi hisoblanadi. Bundan tashqari shifokor tavsiyasiz bemorlarning

o'z boshimchalik bilan antibiotiklar qabul qilishi ko'z kosasi asoratlarini oshishiga sabab bo'ladi.

### *Infeksiya'ni tarqalish yo'llari*

Ko'pincha infeksiya burun yondosh bo'shliqlaridan kontakt yo'l orqali ko'z kosasiga o'tadi. Yiringli sinusitlarda yiring bo'shliqlardan burun bo'shlig'iga chiqa olmasligi natijasida, yiring evakuatsiyasi buziladi. Natijada bo'shliq ichida bosim oshadi, keyinchalik bo'shliq devorida o'zgarishlar kelib chiqadi. Birinchi navbatda bo'shliq shilliq qavati o'zgaradi. Shilliq osti qavatida hujayralar atrofida infiltrasiya rivojlanadi, unga qo'shimcha bo'shliq ichida yuzaki va chegaralangan yarali o'zgarishlar kelib chiqadi. Keyinchalik bu o'zgarishlar chuqurroq o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Natijada butun shilliq qavatning barcha qavatlarida yallig'lanishli o'zgarishlari kelib chiqadi. Agar jarayon shu davrda to'xtamasa, keyingi bosqich bo'lib suyak usti pardasi hisoblanadi va nihoyat suyakka yetib boradi.

Jarayon uzoq davom etishi natijasida ko'z kosasining periost qavatigacha davom etadi. Ko'z kosasining devori juda nozik, suyak usti pardasi bilan tarzoorbital fastsiya yengil bir-biridan ajraladi, faqat devorning suyak qirralari bilan juda mustahkam bog'langanligi uchun, shu joyda subperiostal abscess rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari ko'z kosasini suyak devorida yoriq va teshiklar joylashgan. Shu teshiklar orqali nerv va qon tomirlar o'tadi, hamda shu anatomik yoriqlar orqali infeksiya ko'zga tarqalishi mumkin bo'ladi. Ayrim hollarda infeksiya ko'z kosasiga degissentsiyalar orqali tarqaladi. Ko'z atrofidagi yumshoq to'qimalar- qovoq va konyunktiva yallig'lanish jarayoniga sezgir bo'lib, sinusitlarda ko'z kosasi yumshoq to'qimasi reaktiv shish bilan namoyon bo'ladi.

Yallig'lanish jarayoni ko'z kosasiga mayda venoz qon tomirlari (vv. perforante), yuqori vena qon tomiriga quyuluvchi venoz tolalari orqali o'tishi mumkin. Bolalarda limfogen yo'l orqali infeksiya'ni tarqalishi ko'proq uchraydi.

Rinosinusogen ko'z kosasi asoratlarini kelib chiqishida bir necha xil nazariyalar mavjud bo'lib, ularning ichida P.R. Morgan va W.V. Morison (1980) nazariyalari mashhurroq hisoblanadi. Bu olimlarning fikricha ko'z kosasi asoratlari bir necha bosqichlarni bosib o'tadi: ko'z kosasini shishi, sellyulit, subperiostal abscess, orbita absessi. Davolash natijasida ma'lum bir bosqichida jarayon tugashi mumkin.

Adabiyotlarda bir necha xil tavsiflar taklif qilingan bo'lib, bularning ichida klinitsistlar ko'proq F.I. Dobromilskiy va I.I. Sherbatova (1961) ko'z kosasi asoratlarini tavsifidan foydalanadi.

1) Orbita periostiti- oddiy va murakkab;

2) Subperiostal abscess.

3) Ko'z kosasini yumshoq to'qimasini yallig'lanishi- qovoqlarni yiringsiz shishi va retrobulbar kletchatkani yiringsiz shishi.

4) Ko'z kosasini yumshoq to'qimasini yiringli yallig'lanishi- qovoq absessi, retrobulbar abscess, ko'z kosasi flegmonasi.

5) Ko'z kosasini yolg'on xolesteatomasi.

Rinogen ko'z kosasi asoratlarida bemorlarni tekshirish tartibi:

1) tashqi tekshiruv va palpatsiya; burun funksiyalarini tekshirish;

2) old va orqa rinoskopiya;

3) burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasi, kalla suyagining yon va old tomonlama rentgenografiyasi; KT va MRT;

4) oftalmolog ko'rigi;

5) qon va siydikning umumiy tahlili; bakteriologik tekshiruv;

6) yuqori jag' bo'shlig'i diagnostik punksiyasi va peshona bo'shlig'i trepanopunksiyasi.

Tekshiruvda infeksiya manbai, burun yondosh bo'shliqlarining yiringli jarayonda rivojlangan ko'z kosasi asoratining shakli aniqlanadi.

*1. Ko'z kosasi asoratida infeksiya manbaini aniqlash.*

- Infeksiya manbai yuqori jag' bo'shlig'ida joylashganda bemorda gaymoritning klinik va rentgenologik belgilaridan tashqari, pastki qovoqlar shishi, ko'z olmasini yuqoriga siljishi, pastga harakatini cheklanishi kuzatiladi; gaymorit tashxisi yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasida tasdiqlanadi;

- peshona bo'shlig'ida joylashganda bemorda frontitning klinik va rentgenologik belgilaridan tashqari, yuqori qovoqlar shishi, ko'z olmasini pastga siljishi, yuqoriga harakatini cheklanishi kuzatiladi; frontit tashxisi peshona bo'shlig'ining trepanopunksiyasi yoki zondlashda tasdiqlanadi;

- g'alvirsimon bo'shliq kataklarida joylashganda bemorda etmoiditning klinik va rentgenologik belgilaridan tashqari, yuqori qovoqlar shishi, ko'z olmasini pastga va tashqi tomonga siljishi, ichkariga harakatini cheklanishi kuzatiladi. Tashxis qo'yishda rinoskopiya manzarasi e'tiborga olinadi.



1.57-rasm. Sinusitlarda ko'z kosasi va kalla ichi asoratlarini rivojlanishi:

- a) yon kesimdan; b) old kesimidan ko'rinishi. 1. Peshona suyagi osteomielitni rivojlanishi; 2. Peshona sohasida suyak usti abssessini hosil bo'lishi; 3. Yuqori qovoq abssessini hosil bo'lishi; 4. Suyak usti abssessi yorilib, kalla bo'shlig'i abssessini hosil bo'lishi; 5. Kalla suyagining peshona bo'lagida qattiq bosh miya parda usti abssessini hosil bo'lishi; 6. Suyak usti abssessini ko'z kosasida hosil bo'lishi; 7. Suyak usti abssessini ko'z kosasida flegmona hosil bo'lishi; 8. Yallig'lanish jarayonini ponasimon bo'shliqdan ko'z kosasining tubida joylashgan a'zolarga tarqalishi: "yuqori ko'z kosasi tirqishi" belgisi, ko'rish asab tolasini atrofiyasi va nevriti; 9. Yallig'lanish jarayoni turk egari va kavernoz sinusga tarqalishi; 10. Ponasimon bo'shliq osteomielitini rivojlanishi; 11. Yiringli o'choqni yuqori jag' bo'shlig'idan ko'z kosasiga ochilishi; 12. Yiringli o'choqni orqa g'alvirsimon kataklardan ko'z kosasiga va ko'rish asab tolasiga ochilishi.

- ponasimon bo'shliqda joylashganda bemorda sfenoiditning klinik va rentgenologik belgilaridan tashqari, ekzoftal'm, ko'z olmasi harakatini barcha yo'nalishlarda cheklanishi kuzatiladi. Tashxis qo'yishda rinoskopiya va faringoskopiya manzaralari e'tiborga olinadi.

## 2. *Burun yondosh bo'shliqdagi yiringli jarayon shaklini aniqlash:*

- O'tkir sinusitlarda anamnezda bemor ilgari burun yondosh bo'shliqlari kasalligini boshdan kechirmaganligi ma'lum bo'ladi. U davomli tumov va burun orqali nafas olishi qiyinligiga shikoyat qiladi. Rinoskopiya o'rta burun yo'li va burun-halqumda polip aniqlanmaydi, yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasida va peshona bo'shlig'i trepano-punksiyasida hidsiz yiringli ekssudat aniqlanadi;

- Surunkali sinusitlarda - bemor davomli tumov va burni orqali nafas olishi qiyinligiga shikoyat qiladi, anamnezda ilgari burun yondosh bo'shliqlari kasalligini boshdan kechirganligi ma'lum bo'ladi. Rinoskopiya o'rta burun yo'lida yiringli ajralma, to'qima giperplaziyasi va poliplar ko'rinadi. Yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasi va peshona bo'shlig'i trepanopunksiyasida badbo'y yiring aniqlanadi.

## 3. *Ko'z kosasi atrofi asoratlarning shaklini aniqlash:*

Ko'z kosasi atrofi asoratlari yiringsiz va yiringli asoratlarga bo'linib, ular quyidagi klinik shakllarga bo'linadi:

- 1) qovoqlar va ko'z kosasi kletchatkasining reaktiv shishi;
- 2) sellyulit - qovoqlar va ko'z kosasining tarqoq yiringsiz yallig'lanishi;
- 3) ko'z kosasi devorining yiringli va yiringsiz osteoperiostiti;
- 4) subperiostal abscess;
- 5) ko'z qovog'i abscess;
- 6) ko'z qovog'i va ko'z kosasi devorining oqmasi;
- 7) ko'z kosasi flegmonasi;
- 8) retrobul'bar abscess;
- 9) ko'z kosasi vena qon tomirlarining trombozi.

### 5.1. **Ko'z kosasi yumshoq to'qimasini reaktiv shishi**

Ko'proq uchraydi, lekin ko'z kosasi asoratlari ichida eng yengili hisoblanadi. Ko'p hollarda yuqori qovoq zararlanadi, kamroq pastki qovoq zararlanadi. Yuqori qovoq hajm jihatidan kattalashgani uchun qovoq osilib qolganga o'xshaydi (psevdoptoz). Teri giperemiyasi yog' va kletchatkani infiltratsiyasi aniqlanmaydi, shish bor soha elastikligini yo'qotmaydi. Ko'z olmasini harakati qovoq shishida saqlangan bo'ladi. Agar shish ko'z olmasini orqa tomonidan egallagan bo'lsa ko'z olmasi biroz oldinga surilib qoladi.

Bu bosqichda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Agar shish no'ma'lum etiologiyali bo'lib va oddiy yo'l bilan sinusogen yo'l aniqlana olish qiyin bo'layotgandagina KT va MRT tavsiya etiladi.

## 5.2. Retrobulbar kletchatkani yallig'lanishli shishi

R. Roller bu bosqichni yolg'on flegmona bosqichi deb nomlaydi. Ayniqsa boshqa adabiyotlarda "sellyulit" yoki "qovoq va orbita kletchatkasini yiringsiz diffuz yallig'lanishi" deb nomlanadi. Bu nomlanishlar faqatgina bir jarayonga tegishli hisoblanadi.



*1.58-rasm. Ko'z kosasini KT si (aksial proeksiya). Chap ko'z kosasini va qovoqni rinosinusogen retrobulbar kletchatkani shishi. Kichik o'choqli yallig'lanish infiltrasiyalari (qora strelka). Ko'z olmasini oldinga surilishi (oq strelka), ikkala tomondan g'alvirsimon suyakni hujayralarini shilliq qavatini qalinlashishi. (G.Z. Piskunov 2006 y)*



*1.59-rasm. Ko'z kosasini KT si (aksial proeksiya). Chap tomonlama o'tkir kataral gaymoritda ko'z kosasini kletchatkasini rinosinusogen shishi va retrobulbar kletchatkalarini (strelka) qalinlashishi. (G.Z. Piskunov 2006 y)*

Retrobulbar kletchatkani shishi g'alvirsimon labirintni orqa kataklarini yiringli yallig'lanishida yuzaga keladi. Bunda bo'shliq ichida sekret to'planadi, orbitada yallig'lanish ya'ni shish rivojlanadi. Agar shu bosqichda bo'shliq ichidan yiring chiqarilsa shish ham tez tarqaladi.

Katta odamda mahalliy klinik belgilar quyidagilardan iborat: har xil darajadagi ekzaftal'm, qovoq shishi teri gioeremiyasi bilan, ko'rish o'tkirligini pasayishi, ko'z mushaklarini falaji aniqlanadi. Bolalarda



quyidagicha: tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rig'i, qusish bezovta qiladi. Ko'rish bolalarda o'zgarmaydi.

Retrobulbar klechatkali shishda KT da zichligi diffuz oshgan bo'lib katakli tuzilish shakllanishi xarakterli hisoblanadi, ko'ruv nervi va ko'z mushaklarining chegaralari aniq ko'rinmaydi (1.58--rasm). Gohida katakli o'zgarish hisobiga mayda kichik yallig'lanishli o'choqlarni ko'rish mumkin bo'ladi (1.59-rasm).

### 5.3. Ko'z kosasi periostiti

Yallig'lanish jarayoni burun yondosh bo'shliqlarida avval ichki suyak devorini zararlaganidan so'ng, keyin tashqi suyak usti parda devorini zararlaydi. Kontakt zararlanishdan yana bo'shliq ichidan gematogen yo'l orqali infeksiya tarqalishi mumkin bo'ladi.

Ko'z kosasini oddiy va yiringli periostitlari tafovut qilinadi. Oddiy periostit ko'pincha bo'shliqning o'tkir empiemasida kuzatilib, orqaga qaytar jarayon hisoblanadi. Bunda morfologik substrati bo'lib, suyak usti pardani giperemiyasi va seroz-hujayrali infiltratsiyasi hisoblanadi. Makroskopik periostit biroz qalinlashganligini ko'rish mumkin bo'ladi. Uzoq vaqt davom etuvchi periostit natijasida periost bilan suyak orasida biriktiruvchi to'qima o'sa boshlaydi. Oddiy periostitda ko'z kosasining ma'lum joylarida mahalliy jarayonlar kuchayadi va davolashdan so'ng o'zgarishsiz tuzaladi.

Yiringli periostitda oddiy periostitda yiringli infeksiya o'tirishi natijasida yoki bo'shliq ichki suyak devorini birlamchi yiringlashdan kelib chiqadi.

Mahalliy o'zgarishlar paydo bo'lganidan so'ng suyak usti parda bilan suyak parda orasiga yiring to'planadi, bular bir-biridan uzoqlashishni boshlaydi, natijada subperiostal abscess rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Ko'pincha o'tkir va surunkali frontitda rivojlanadi. Bemorning tana harorati ko'tariladi, boshi og'riydi, yuqori qovog'i shishadi, kon'yuktiva qon tomirlari qonga to'lganligi ko'rinadi, ekzoftal'm, ba'zan xemoz kuzatiladi; ko'z olmasi ko'pincha pastga siljiydi, yuqoriga harakati cheklanadi; yallig'langan maydon paypaslanganda og'riydi; ko'z olmasi bosilganda va siljiganda biroz og'riydi.

Etmoidit sabab bo'lgan osteoperiostitda ko'z qovoqlarining asosan medial qismi shishadi. Gaymoritda osteoperiostit asorati kam kuzatiladi; bemorda pastki qovog'i va kon'yuktivaning pastki qismi shishadi, xemoz

kuzatiladi. Chuqur osteoperiostitda koʻz olmasi yuqoriga siljib, oldinga boʻrtib chiqadi. Jarayon rivojlangan sari bemorda koʻz kosasida subperiostal absessi hosil boʻladi. Qovoqlar keskin qizaradi, terisi qalinlashib, qattiqlashadi, xemoz kuchayadi, koʻz olmasi oldinga siljiydi, harakatlari cheklanadi, koʻz olmasi bosilganda yoki faol harakatlantirilganda ogʻriydi. Shish va ogʻriq flyuktuatsiya aniqlanishini qiyinlashtiradi. Chuqur subperiostal absesslarda keskin ekzoftal'm, yuzaki absesslarda - birozgina ekzoftal'm kuzatiladi. Chuqur subperiostal absessda bemorda uzoqlashtiruvchi va koʻz olmasini harakatlantiruvchi nerv tolalari falaji va koʻrish oʻtkirligining pasayishi kuzatiladi.



*1.60-rasm. Koʻz kosasini KT si (aksial proeksiya). Koʻz kosasini rinosinusogen periostiti, chap tomonlama oʻtkir yiringli frontitda chap koʻz kosasini medial devorini infiltrasiyasi, kichik oʻchoqli suyak usti pardani ossifikatsiyalari (strelka). (G.Z. Piskunov 2006 y)*

KT oʻtkir davrda paraorbital soha va retrobulbar kletchatka sohasida biroz yumshoq toʻqimani shishi aniqlanadi, biroz ekzoftalm; ayrim sohalarda suyakning chekkalari notekis va zichligi biroz pasaygan boʻladi. Oʻtkir periostitda periferiyada suyaklar shakllanadi (osteofitlar), tomografiyada suyak pastki qismida oʻsishi kuzatiladi (1.60-rasm). Agar shu davrda davolanilsa hech qanday asoratsiz orqaga qaytib ketadi. Agar davolash choralarini samarali boʻlmasa jarayon suyak usti pardasini surunkali yalligʻlanishiga oʻtishi mumkin, bunday holatda KT da suyak toʻqimasini periostal sohasida oʻzgarish aniqlanadi- suyakni diffuz koʻchishiga olib keladi (giperostoz)(1.61-rasm).



1.61-rasm. Burun yondosh bo'shliqlarini aksial (a) va koronar (b) proeksiyalari. Rinosinusogen ossitsirlangan periostit, o'ng tomonlama surunkali giperplastik frontitda o'ng o'z kosasini yuqori devorini suyak usti pardasini ko'chishi. (G.Z. Piskunov 2006 y).

#### 5.4.Subperiostal abscess

Yiring periorbita bilan bo'shliqni suyak devori orasida joylashadi, yiringli periostit rivojlanishini keyingi bosqichi hisoblanadi. Subperiostal abscessni rivojlanish mexanizmi turlicha. Shulardan birida suyak osteomieliti natijasida periost ostiga yiring to'planadi va suyak usti parda ostiga bo'shliqdan yiring kelib turadi. Shu holatni gistologik o'zgarishida, avval u yerda shilliq qavatning ma'lum joylarida yirik hujayrali infiltratsiya aniqlanadi, infiltratsiya sohasida keyinchalik nuqson shakllanadi va nihoyat shu sohada nekroz boshlanib suyak teshiladi va bo'shliqdan yiring orbitani periost qatlamigacha yetib oladi.

Gohida subperiostal abscess suyak usti pardani oddiy yallig'lanishi natijasida kelib chiqishi mumkin. Yiringsiz periostitni hurujida seroz va seroz-fibrozi ekssudat ajrab chiqadi, shundan so'ng suyak usti pardada yiringli infiltratsiya yumshoq to'qimani shishli bo'kishi aniqlanadi. Bu bo'kish suyak usti pardani kochishiga sabab bo'lib, subperiostal abscessni rivojlanishiga sabab bo'ladi. Shu sohada makroskopik nuqson aniqlanadi.

Bemorlarda ekzoftalm, qovoqlarni kuchli shishi aniqlanadi, ayrim hollarda ko'z harakati cheklanadi va ko'rish qobiliyati pasayadi. Bemorda qovoq va konyunktivani yallig'lanishi aniqlanadi, shish tezlik bilan rivojlanadi, konyunktiva qizaradi va xemoz rivojlanadi.

KT da subperiostal abscess hosilali ko'rinishga ega bo'lib, zishligi  $25 \pm 7$  Hu ga teng bo'ladi. Ko'pincha orbita devorini yuqori medial

sohasida joylashadi. Kapsulaga ega, kontrast modda to'planib qoplanadi, va ko'z olmasini u yoki bu tomonga ma'lum bir darajada suradi (1.62 rasm).



1.62-rasm. Ko'z kosasini KT si (aksial proeksiya). Subperiostal abscess. O'ng ko'z kosasi medial qismlarida yumaloq hosila ko'zning to'g'ri medial mushagi (strelka) tomon surilgan va ko'z olmasi esa lateral tomonga surilgan, o'ng tomonlama g'alvirsimon hujayralarda soyalanish aniqlanadi. (G.Z. Piskunov 2006 y).

Subperiostal abscessni birlamchi manbasiga qarab turli xil klinik belgilari va kechishi tafovutlanadi.

G'alvirsimon suyakni hujayralarini yallig'lanishidan kelib chiqqan subperiostal abscess. G'alvirsimon suyakning oldingi hujayralarini yallig'lanishi natijasida abscess sekin rivojlanadi va ko'pincha orbitani kirish qismida joylashadi. Orbitani yuqori ichki sohasida yoki ichki chandiqlik ustida joylashadi. Ko'ruvda shu sohada shish aniqlanadi, bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi; gohida qovoqning ichki burchagida yoki ko'z yosh qopi sohasida fistula aniqlanadi. Bunday holatlarda dakriosistit rivojlanishi kuzatiladi. Subperiostal abscessda shishdan tashqari bemorda ko'z olmasi konyunktivasini ichki qismida giperemiya aniqlanadi (1.63-rasm).



1.63-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Rinosinusogen subperiostal abscess. G'alvirsimon suyakning oldingi hujayralarida qorayish aniqlanadi, retrobulbar sohani kletchatkasini infiltratsiyasi (strelka) yaqin ko'z kosasining medial devorida destruksiya aniqlanadi, asosiy bo'shliqni shilliq qavati qalinlashgan. (G.Z. Piskunov 2006 y).

G'alvirsimon suyakning orqa hujayralari va ponasimon bo'shliqni yallig'anishida subperiostal abscess rivojlanishi ko'proq uchraydi.

Bunda xarakterli belgi bo'lib markaziy skototma, ko'r dog'ni kattalashishi, olib ketuvchi va ko'zni harakatlantiruvchi nervlarini paralichi hisoblanadi. KT da infiltratsiya zonasi orbital voronkadan to ko'rish nervini kanaligacha davom etgan bo'ladi.

Agar yallig'lanish g'alvirsimon suyakning hamma hujayralarida bo'lsa subperiostal abscess orbitani xohlagan sohasida rivojlanishi mumkin. Bunda ko'z kosasini ikkita yoki undan ko'p devori zararlanadi (1.64-rasm).



1.64-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Etmoidosfenoiditda subperiostal abscess. O'ng ko'z kosasi medial va lateral devorlarida infiltratsiya zonasi, yiring orbital voronka tubiga tarqalmoqda (strelka). O'ng g'alvirsimon suyak hujayralarida qorayish aniqlanadi, o'ng asosiy bo'shliqda shilliq qavatini qalinlashganligi aniqlanadi. (G.Z. Piskunov 2006 y).

*Peshona bo'shlig'ini yallig'lanishidan kelib chiqqan subperiostal abscess.* Bu jarayonlarni sptomatikasi bir nechta omillarga bog'liq bo'ladi: bo'shliqning o'zida og'ir jarayon bo'lishi, bo'shliq kattaligi, orbitani yuqori devorini destruksiya bo'lgan joyi, va nihoyat abscess kattaligiga. Klinik ko'rinishi bo'shqa bo'shliqlarni yallig'lanishiga qaraganda peshona bo'shlig'idan rivojlangan abscess kuchliroq namoyon bo'ladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ko'z kosasini ichki burchagida, gohida ko'z kosasini yuqori qirrasida, peshona bo'shlig'ini katta hajmli shakllarida ko'z kosasini tashqi qirrasida flyuktuatsiya bilan yumshoq to'qima osilib qoladi. Teri shu sohada qizargan va taranglashgan bo'ladi. Peshona bo'shlig'ini orbital devorida fistula vena qon tomirlari suyakdan ko'z kosasiga kiradigan joyida uchraydi. Suyak devorini ko'pincha teshiladigan sohasi ko'z kosasini yuqori ichki burchagi hisoblanadi. Ayrim hollarda subperiostal abscessni teshhib chiqadigan sohasi yuqori qovoq hisoblanadi.

KT da abscess orbitani yuqori qismida joylashadi, asosan suyak devorini yuqori va lateral sohasida joylashadi, bunqa qo'shimcha ravishda ko'z mushagini yuqori va lateral to'g'ri mushagi, ko'z yosh bezi va orbital voronka jarayonga qo'shilgan bo'ladi. (1.65-rasm).



1.65-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Chap ko'z kosasini subperiostal abssessi. Ko'z kosasini yuqori va lateral devorlarida yallig'lanish infiltratlari (qora strelka), chap peshona boshlig'ini orbital devorini destruksiya maydoni (oq strelka), bo'shliq ichida gorizontal sath aniqlanadi. (G.Z. Piskunov 2006 y).

Yuqori jag' bo'shlig'ini yallig'lanishidan kelib chiqqan subperiostal abssess. Kattalarda kam uchraydi, bolalarda ko'proq uchraydi. Bunga sabab faqatgina yuqori jag' bo'shlig'idagi patologik jarayon bo'lib qolmasdan, balki odonogen yuqori jag' bo'shlig'ini osteomielitik o'zgarishi ham keltirib chiqarishi mumkin. Abssessni klinik namoyon bo'lishi yuqori jag'ni empiemasi bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanishga yaqin sohada pastki qovoqni qizarishi, shishi aniqlanadi. Gohida esa yonoq sohada, ko'z olmasi konyunktivasini pastki qismlarida xemoz rivojlanadi. KT da ko'z kosasini ichki va medial devorigacha infiltratsiya aniqlanadi, ko'zning tubigacha tarqalmaydi (1.66-rasm).



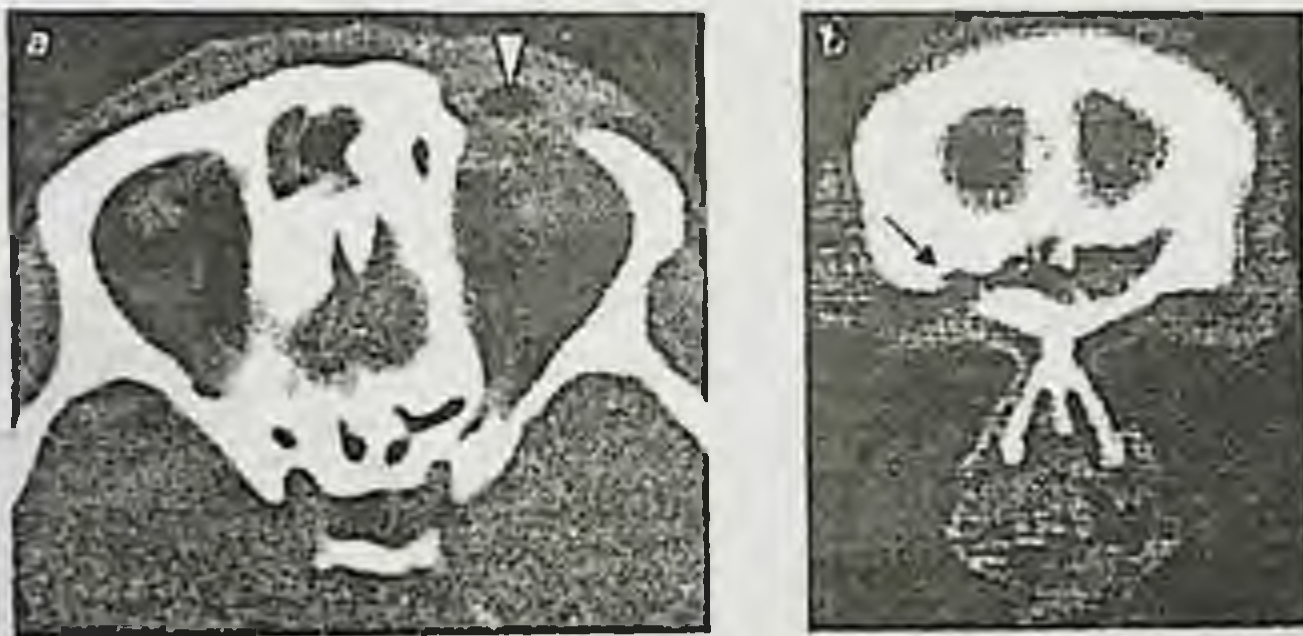
1.66-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). O'tkir yiringli gaymorit asorati subperiostal abssess. A) chap orbitani pastki va medial devorida infiltratsiya zonasi; b) chap gaymor bo'shlig'ida gorizontal sath aniqlanadi. (G.Z. Piskunov 2006 y).

### 5.5. Ko'z qovog'ining abssessi

Ko'p hollarda ko'z qovog'ini abssessiga peshona bo'shlig'ini yiringli yallig'lanishi, kam hollarda yuqori jag' bo'shlig'ini yiringli

yallig'lanishi sabab bo'ladi. Pastki qovog'ga nisbatan yuqori qovoq ko'proq zararlanadi. Biz bilamizki, ko'z kosasi bilan tazoorbital fastsiya mustahkam birikkan. Peshona bo'shlig'i nekrozi hisobiga, osteomielit rivojlanadi va ko'z kosasini qirrasini bo'ylab yiring harakatlanadi, ko'z kosasiga birikkan fastsiya yiringni retrobulbar sohaga kirishga yo'l qo'ymaydi. Ko'z kosasini yuqori devorida nuqson borligi hisobiga yiring tazoorbital fastsiya bo'ylab harakatlanib yuqori qovoqning yumshoq to'qimasiz teshib chiqadi.

Ko'z qovog'ining absessi tashxis qo'yishga qiyinchilik tug'dirmaydi. Qovoqlar shishgan, giperemiyalangan va harakatsiz, konyuktiva qizargan, agar uzoq davom etgan jarayon bo'ladigan bo'lsa flyuktuatsiya aniqlanadi. Ko'z sohasida spontan og'riq bo'ladi, qovoqqa tegib ko'rilganda og'riqli, gohida esa ko'zni harakatga keltirganda og'riqli bo'ladi. Ekzoftalm yo'q, ko'z olmasi harakati to'liq saqlangan. KT da qovoq yumshoq to'qimasida havoli puffakni ko'rish mumkin bo'ladi (teri osti emfizemasi) (1.67-rasm).



1.67-rasm. Burun yondosh bo'shliqlarini aksial (a) va koronar (b) proeksiyalari. Ko'z qovog'ini absessi, o'ng qovog'ini katta bo'lmagan havo bilan infiltratsiya aniqlanadi (oq strelka). peshona bo'shlig'ining pastki devorida suyak nuqsoni aniqlanadi (qora strelka), ikkala peshona bo'shlig'i yiring bilan qoplangan. (G.Z. Piskunov 2006 y).

### 5.6. Ko'z qovog'i va ko'z kosasi devori oqmasi

Yuqori qovoqlar va burun ildizi sohasining oqmalari frontit yoki etmoiditda hosil bo'lishi mumkin. Etmoiditda ko'z kosasi ichki devorining oqmasi rivojlanadi. Kam hollarda gaymoritning asorati sifatida hosil bo'lgan pastki ko'z qovog'i oqmasi hosil bo'lishi

kuzatiladi. Surunkali sinusitlardan keyin hosil bo'lgan oqma yallig'lanish jarayonini burun yondosh bo'shlig'idan ko'z qovoqlariga tarqalishining oxirgi bosqichi hisoblanadi. Birlamchi orbita fistulasida ko'z kosasi va qovoqlarning yallig'lanishi kuzatilmaydi. Ikkilamchi oqmalar subperiostal abscess to'liq rivojlanishi yoki yetilishi natijasida hosil bo'lib, ko'pincha ko'z kosasi yuqori chetining o'rtasida, ba'zan uning tashqi bo'limlarida joylashadi.

### 5.7. Ko'z kosasi flegmonasi

Rinosinusogen ko'z asoratlari ichida eng xavflilaridan biri hisoblanadi, ko'z kosasi nozik to'qimasini infiltratsiyasi va yiringli yallig'lanishi. Yiringni barcha kletchatkalarda tarqoq joylashishi flegmonaga xos, abscessda esa chegaralangan yiringli o'choq shakllanadi.

Flegmonaga olib keladigan sabablar turlicha. Bularning ichida eng asosiysi bo'lib burun yondosh bo'shliqlarini empiemasi hisoblamadi (ko'proq polisinusit). Bundan tashqari yuzning saramasi, yiringli jarayonlarni metastazi hamda jarohatlar bo'lishi mumkin. S.I. Tal'kovskiy bolalarda flegmonani rivojlanishi sababi gaymorit va etmoiditning asoratlari deb hisoblanadi. Ayrim adabiyotlarda flegmonani kelib chiqishiga yiringli dakriosistitning va panoftal'mitning asoratlari, ko'z qovoqlarida va burun yondosh bo'shliqlarida bajarilgan jarrohlik amaliyotlarining asorati keltirib chiqarishga sabab bo'lgan.

Jarayonni rivojlanishi uchun bir nechta yo'llar mavjud. Yallig'lanishni burun yondosh bo'shliqlaridan kontakt yo'li orqali tarqalishi boshlang'ich bosqichda periostit rivojlanadi, keyinchalik subperiostal va retrobulbar abscess va nihoyat flegmona bo'lib davom etadi. Flegmonani rivojlanishida faqatgina bo'shliqning suyak devori emas, balki periorbitani butunligi ham buziladi.

Lekin infeksiya'ni tarqalishi uchun eng yaxshi yo'l bo'lib gematogen yo'l hisoblanadi. Burun yondosh bo'shliqlarining shilliq qavatlari venalari orqali infeksiya ko'z kosasiga keng anastomoz chigallari orqali o'tadi (vv. palpebralis, frontalis, supraorbitalis, angularis v. fatsilis bilan anastomoz hosil qilib v. ophtalmicaga quyiladi). Bu venalarda klapan bo'lmaganligi uchun, infeksiya yuz venalariga yoki g'orsimon sinusga o'tib ketishi mumkin. Shundan so'ng retrobulbar sohada rivojlangan tromb parchalanishga olib keladi: retrobulbar sohani atrofida nekroz kletchatkalari rivojlanadi, yiringlaydi va mayda abscesslarni rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu bilan rivojlangan fibrozli



ekssudatsiya esa retrobulbar sohada infiltratsiya rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari yiring qovoq terisiga va konyunktivaga tarqalishi mumkin.

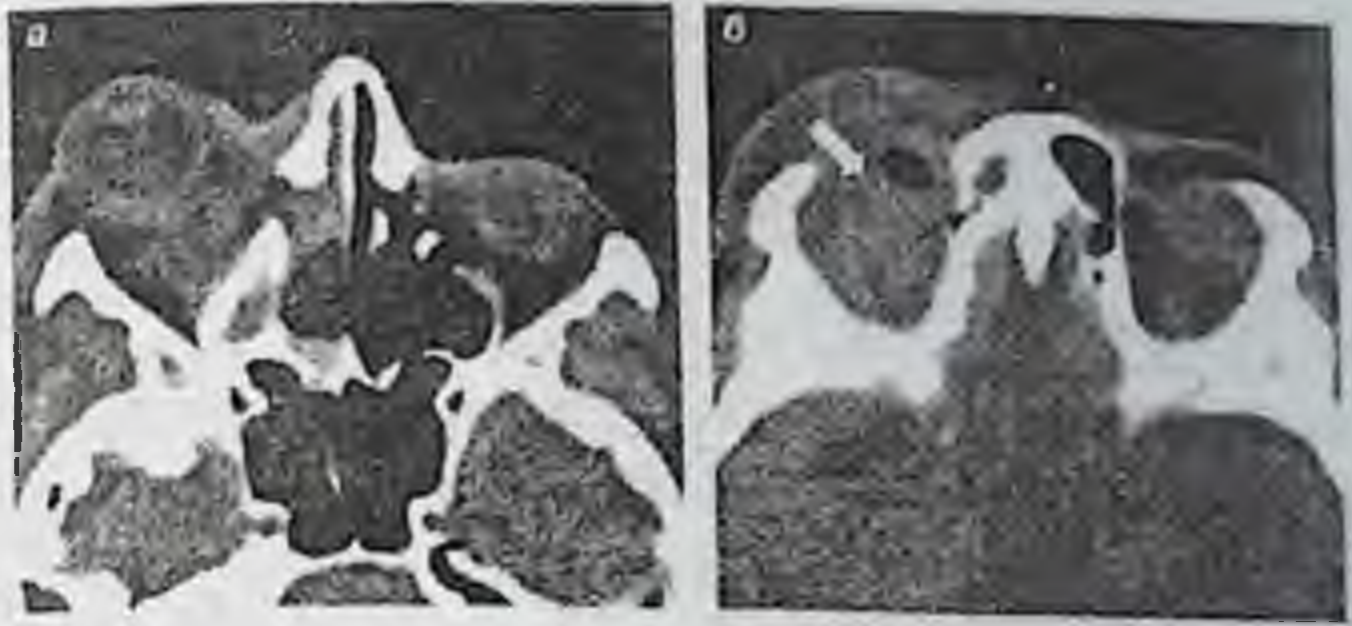
Klinik namoyon bo'lishi bemorda septik holat kuzatiladi: tana harorati yuqori bo'lishi ( $39^{\circ}\text{S}$  dan yuqori) doimiy yoki gektik tipda, bezgak tutishi, bosh og'rishi va boshq. Mahalliy belgilariga esa ko'z olmasini oldinga bo'rtib chiqishi, hamma tomonlama uni harakatini cheklanishi, ko'z bosib ko'rilganda kuchli og'riq bo'lishi va uni ko'zning tubiga uzatilishi, gohida ko'z mushaklarini pariz yoki paralichi kuzatiladi, shox pardaga yara toshadi, ko'rish maydonini torayishi, to'r pardani venalarini tromboflebiti kuzatiladi. Flegmonaning klinikasi turlicha kechishi bemor organizmining umumiy holatiga va burun yondosh bo'shliqlarini mahalliy o'zgarishini u yoki bu darajada rivojlanishiga bog'liq bo'ladi.



*1.68-rasm. Bolada chap tomonlama o'tkir etmoididan so'ng rivojlangan chap ko'z kosasi flegmonasi*

KT da umumiy xarakterli belgi bo'lib retrobulbar kletchatkani diffuz, bir xil bo'lmagan zichligini oshishi (5-58 Hu) va ko'z olmasi, ko'z mushaklarini va ko'ruv nervini chegaralarini (1.69-rasm) notekis bo'lishi kuzatiladi. Ko'z olmasini nisbatan siljishi kuzatiladi.

*Yuqori jag' bo'shlig'ini yallig'lanishidan kelib chiqadigan ko'z orbitasi flegmonasi.* Ko'z kosasini flegmonasi bo'lishiga sabab ko'p hollarda yuqori jag' bo'shlig'ini empiemasi hisoblanadi. Bunday holatda flegmonani kelib chiqishida yuqori jag' bo'shlig'i bilan ko'z kosasini bog'lab turadigan keng venalar to'ri hisoblanadi hamda yuqori ko'z yorig'i hisoblanadi.



1.69-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Chap ko'z kosasini subperiostal absessi va flegmonasi. A) retrobulbar kletchatkani diffuz infiltratsiyasi; b) ko'z orbitasini yuqori medial qismida pufakli havo (oq strelka) bilan chegaralangan zish infiltrat aniqlanadi, ko'z kosasini medial qismlarini destrutsiyasi (qora strelka). Bemorda- chop tomonlama o'tkir yiringli gemisinusit. (G.Z. Piskunov 2006 y).

Ayrim hollarda ko'z kosasi flegmanisini rivojlanishida yuqori jag' bo'shlig'ini tishlar yallig'lanishi sababli kelib chiqadi. Bunday holatlarda bo'shliqning suyak devori yallig'lanadi va ko'z kosasini pastki devorini yallig'lanishiga sabab bo'ladi yoki tishning alveolyar qismi to'g'ridan to'g'ri bo'shliq ichiga ochiq bo'lib, yallig'langan shilliq qavatdan yiring vena qon tomirlariga o'tadi, shunday qilib kontakt yo'l orqali yallig'lanish ko'z kosasini pastki devoriga va orbitani kletchatkasiga yetib boradi. 1.70-rasmda o'ng tomonlama o'tkir gaymoritdan keyingi rivojlangan ko'z kosasi flegmonasi keltirilgan.



1.70-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). O'ng orbitani flegmonasi. A) retrobulbar kletchatkani diffuz, bir xil bo'lmagan zichligi oshishi, ko'z mushaklari va ko'z mushaklari aniq ko'rinmaydi, ko'z olmasi oldinga siljigan; b) o'ng yuqori jag' bo'shlig'ida shilliq qavat qalinlashgan va gorizontal sath aniqlanadi. Bemorda- o'ng tomonlama o'tkir yiringli gaymorit. (G.Z. Piskunov 2006 y).

*G'alvirsimon suyak hujayralarini yallig'lanishidan kelib chiqadigan ko'z kosasi flegmonasi.* G'alvirsimon labirint ham gaymor bo'shlig'iga o'xshab ko'z kosasi flegmonasi kelib chiqishida katta ahamiyatga ega. Ayniqsa bunday yallig'lanish bolalarga xos hisoblanadi, lekin bu kattalar kasallanmaydi degani emas. Bolalarda bu o'tkir kasalliklardan- qizamiq, skarlatina va boshq. Keyingi asoratlardan keyin kelib chiqadi. Bu hollarda ajralib turuvchi belgilardan zararlangan tomonda ko'rish qobiliyatini pasayishi hisoblanadi, ayniqsa orqa guruh hujayralari zararlangan bo'lsa. Agar oldingi guruh hujayralari zararlanadigan bo'lsa ko'z kosasi flegmonasiga ko'z yosh qopi flegmonasi qo'shiladi.

O'tkir kataral yoki yiringli etmoiditda flegmona rivojlangan bo'lsa, qog'oz plastinkasi o'rnida digissentsiya bo'rligidan dalolat beradi. Shuni ta'kidlab aytish kerakki, KT da ko'z kosasini medial devoriga yaqin retrobulbar kletchatkada nisbatan zich infiltrat aniqlanadi va shu tomonda g'alvirsimon suyakni qog'oz plastinkasi ko'rinmaydi (1.71-rasm). Degissensiya bor sohadan yallig'lanish qo'shni retrobul'bar kletchatkaga o'tib abscess rivojlanishiga sabab bo'ladi, keyinchalik yallig'lanish tarqab kletchatkani barcha sohalariga tarqab flegmona rivojlanadi.



*1.71-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Chap tomonlama g'alvirsimon suyakning oldingi hujayralarida qorayish aniqlanadi, retrobulbar kletchatka infiltratsiyalangan, ko'z olmasi oldinga va yuqoriga siljigan, ko'z mushaklari va ko'ruv nervi aniq ko'rinmaydi (G.Z. Piskunov 2006 y).*

*Peshona bo'shlig'ini yallig'lanishidan kelib chiqadigan ko'z kosasi flegmonasi.* Bunday asorat nisbatan ko'proq uchraydi. Bunday kelib chiqishiga yuqori sagittal sinusni septik trombozi hisobiga ko'z kosasi flegmonasi rivojlanadi.

Yallig'lanish peshona bo'shlig'idan sagittal sinusga o'tishiga sabab, bo'shliq ichidagi venoz qon diploetik venalar orqali tashqi peshona venasiga, bu esa yuqori uzunchoq sinus bilan anastomoz hosil qiladi, bu esa o'z navbatida oldingi va orqa etmoidal venalar orqali yuqori ko'z kosasi venasi bilan aloqador bo'ladi, kalla ichki qismi esa miya qattiq

pardasi venalari bilan anastomoz hosil qilgan. Shu yo'l orqali yallig'lanish talqalishi mumkin. Peshona bo'shlig'ini pastki devorini nuqsoni orqali yiring kontakt yo'l orqali ko'z kosasiga tarqalishi mumkin.

*Ponasimon bo'shliq yallig'lanishidan kelib chiqqan ko'z kosasi flegmonasi.*

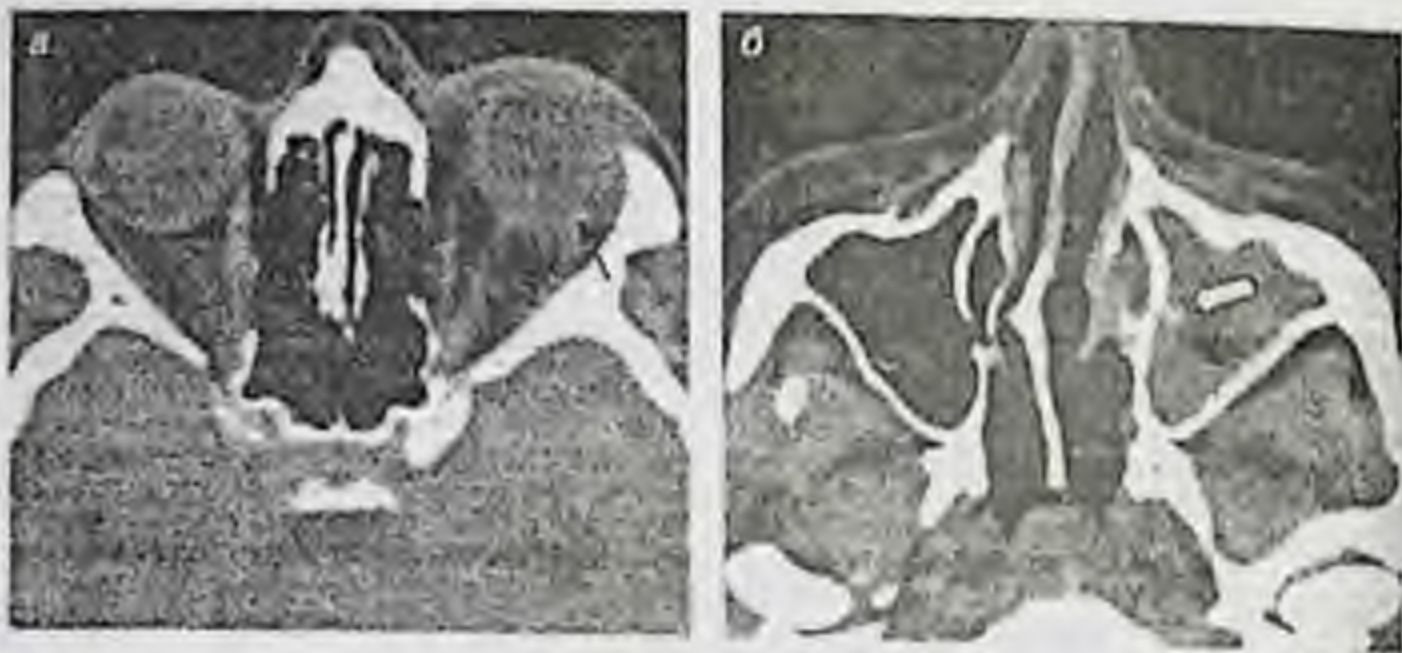
Pomasimon bo'shliqni izolyatsiyalangan shaklida ko'z kosasi flegmonasi juda kamdan-kam uchraydi. Ponasimon suyakning osteomieliti hisobiga bosh miya vena sinuslarida tromb rivojlanadi, birinchi navbatda g'ovaksimon, ko'ndalang va sagittal sinuslarda tromb rivojlanadi, keyinchalik flegmona bilan asoratlanadi.

Klinik belgilari g'ovaksimon sinusni trombozini eslatadi: ikki tomonlama ekzoftalm, sklerani sarg'imtir bo'lib qolishi, ko'z qovoqlarida shish, xemoz, ko'rish qobiliyatini yo'qolishi va ko'z mushaklarini paralichi rivojlanadi. Ko'rish qobiliyatini yo'qolishi yiring ko'ruv nerviga o'tayotganligidan dalolat bo'ladi.

### **5.8.Retrobulbar abscess**

Bu ham ko'z kosasi kletchatkasini o'choqli yiringli yallig'lanishidir. Suyak usti pardasi orqali subperiostal abscessmi teshib chiqishidan yoki infeksiya'ni gematogen yo'l orqali tarqalishi sababli kelib chiqadi. Retrobulbar abscessni kelib chiqishidan qat'iy nazar kuchli umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi: gektik harorat, bezgak tutishi, EChT yuqori bo'lishi va boshqa septik belgilar bezovta qiladi. Mahalliy belgilariga ekzoftalm, ko'z olmasini harakati chegaralangan, bunga sabab qon-tomir limfa sistemasini stazi hisobiga rivojlanadi. Shunday qilib retrobulbar abscess subperiostal abscessdan ajratish qiyinchilik tug'dirsa, og'ir hollarda ko'z kosasi flegmonasidan ajratish qiyin bo'ladi.

KT da yog' kletchatkasida zichlik (15-50 Hu) yuqoriligini ko'rish mumkin bo'ladi, deyarli gomogen strukturaga ega. Hamma hollarda ko'z olmasini oldinga siljishi aniqlanadi (1.72-rasm).



*1.72-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). A) o'ng tomonda ko'z olmasini orqa sohasida infiltratsiya zonasi aniqlanadi (qora strelka); b) o'ng yuqori jag' bo'shlig'ida shilliq qavatini notekis qalinlashuvi patologik suyuqlik bilan aniqlanadi, Suyak usti pyerdani kichik ossifikatsiyasi aniqlanadi (oq strelka). (G.Z. Piskunov 2006 y)*

Juda kam ikki tomonlama retrobulbar abscess uchraydi, lekin bo'lsa ham immun sistemasi past insonlarda infeksiya'ni gematogen yo'l orqali o'tishi hisobiga kelib chiqadi.

Subperiostal abscessni suyak usti pardasidan teshib chiqib retrobulbar abscessni keltirib chiqarishi mumkin.

### **5.9.Ko'z kosasi venalarining trombozi**

Bu asorat kamroq uchraydi, asosan burun va yuzning yuqori qismida rivojlangan frunkullarida, hamda saramasli yallig'lanishidan keyin kelib chiqadi. Ko'z kosasi venalarini trombozi yuqumli kasalliklardan keyin kelib chiqishi mumkin. Ko'pincha avval v. angularis zararlanadi, keyinchalik yallig'lanish ko'z kosasini kichik venalariga o'tadi, natijada kichik yiringchalar rivojlanadi. Jarayon jadallashadigan bo'lsa yiringchalar qo'shib abscesslarni hosil qiladi. Koz kosasi venalarini trombozi ko'pincha g'ovaksimon sinusni trombozi bilan birga kechadi.

Ko'z kosasi venalarini trombozining klinikasida umumiy va mahalliy belgilar tafovut qilinadi. Bemorning umumiy holati og'ir, septik, yuqori doimiy va gektik harorat, bezgak tutishi, bosh og'rishi va holsizlik belgilari bezovta qiladi. Agar g'ovaksimon sinus bu jarayonga aralashmagan bo'lsa, bemorning holati nisbatan og'irroq bo'ladi.

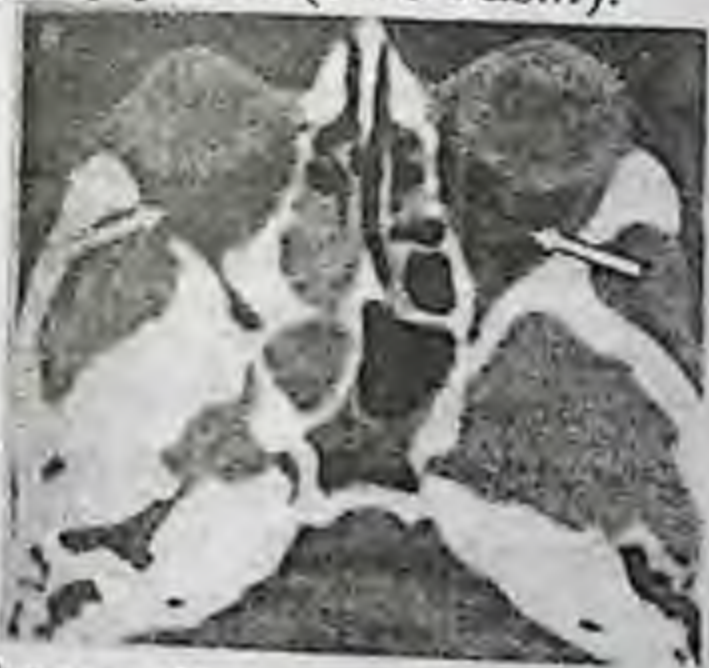
Mahalliy belgilari boshlang'ich davrida qovoqlarning shishi kuzatiladi, qo'l bilan ushlab ko'rilganda tromblangan venalarni sezish mumkin bo'ladi. Shundan so'ng bu jarayonga yallig'lanish belgilari qo'shiladi: qovoqlar qizaradi, zichlashadi, konyunktivani xemozi,

ekzoftalm rivojlanadi. Venalami ko'z bilan ko'radigan darajaga yetadi. Ko'zdagi og'riq nisbatan retrobulbar yoki flegmonaga qaraganda past. Ko'z harakati pasaygan yoki butunlay yo'qolgan. Qoratshiq kengaygan, ko'rish qobiliyati buzulgan bo'lishi mumkin.

Jaryon chuqurlashishi natijasida g'ovaksimon sinusni tromboziga o'tishi mumkin bo'ladi. F.I. Chumakov (1984) ma'lumotlariga ko'ra, barcha yallig'lanish kasalliklari ichida g'ovaksimon sinus trombozi 0,3-0,4% ni tashkil etadi. Ko'proq infeksiya manbai bo'lib- yuz (burunlab flegmonasi yoki tromboflebiti hisoblanadi).

G'ovaksimon sinus trombozi rivojlanganda bemorni ahvoli to'satdan og'irlashadi. Bir necha soat ichida ikkinchi ko'z kosasini venasini trombozi rivojlanishi mumkin. Bunda ko'z kosasini venalarida va ko'z tubida dimlanish belgilari, yuqori ko'z arteriyasini kengayishi, ko'z mushaklarini paralichi va ko'rlik rivojlanadi, meningit va miya absessi belgilari rivojlanadi. Ko'pincha yallig'lanish tomonida ekzoftalm rivojlanadi, bundan tashqari mioz yoki midriaz, ptoz, nistagm, korneal refleks-kuzatiladi. Ayrim hollarda g'ovaksimon sinusni trombozi bilan og'rikan bemorlarda venoz insultlar rivojlanishi mumkin (Gorbatsh I.N., 1997).

KT da g'ovaksimon sinusni trombozini xarakterli belgilari ikki tomonlama retrobulbar sohada o'zgarish aniqlanishidir. Bunda orbital venalarni qalinlashishi aniqlanadi, ayniqsa ko'z kosasini yuqori qismlarida anig'roq ko'rinadi, sababi bu sohada asosiy venoz stvol-yuqori ko'z kosasi venasi joylashadi, bu esa to'g'ridan to'g'ri g'ovak venaga quyiladi (1.73-rasm).



1.73-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). Chap g'ovaksimon sinusning trombozi. A) retrobulbar sohani mayda joylashgan o'choqlarni notekis zichligi oshishi (oq strelka), chap tomonlama ko'z olmasini chetlari notekis bo'lishi; b) retrobulbar kletchatkani shishi hisobiga ko'z kosasini yuqori qismida orbital venani qalinlashishi (qora strelka). (G.Z. Piskunov 2006 y)

Dimlanish jarayoni qo'shiladigan bo'lsa retrobulbar kletchatkani shishi kuzatiadi, KT da esa yuqorida aytib o'tilgan belgilar namoyon bo'la boshlaydi. KT da g'ovaksimon sinusda o'zgarish bo'rligini aytib bo'lmaydi, lekin alohida holatlarda zichlik oshishi kuzatiladi. Bosh miyada venoz infarkt rivojlanishi hisobiga, miya moddasida gipodensiv maydonchalar hosil bo'ladi, bu esa bosh miya yarim sharlarida simmetrik joylashadi (1.74-rasm).



1.74-rasm. Ko'z kosasini va burun yondosh bo'shliqlarini KT si (aksial proeksiya). O'ng g'ovaksimon sinusni trombozi: a) ikkala ko'z kosasini retrobulbar kletchatkada ko'p o'choqli zichlashishi (strelka), g'alvirsimon suyakning hujayralarida patologik ajralma aniqlanadi; b) o'rta miyada ishemiya zonasi.

**Qiyosiy tashxisot.** Qovoqlar shishini umumiy kasalliklarda, masalan buyrak kasalligi, allergik kasalliklar va turli vegetativ-vazomotor buzilishlardagi shishdan farqlash lozim. Chaqaloq va yosh bolalarda gaymorit va etmoidit kasalligini lunj va qattiq tanglay shishi bilan kechgan yuqori jag' suyagining o'tkir odontogen osteomielitidan farqlash lozim. Bundan tashqari, ko'z qovoqlari gematomasi, emfizemasi, saramasi, ko'z kosasining birlamchi va ikkilamchi o'smalari inkor etilishi kerak. Ko'z kosasi yuqori-ichki burchagining subperiostal ho'ppozi ko'z yoshi xaltasi flegmonasidan farqlanishi lozim. Yiringli o'choq ko'z qovoqlari ichki burchagining yuqori qismida joylashganda - subperiostal absessdan, pastda joylashganda - ko'z yoshi xaltasi yallig'lanishidan dalolat beradi. 1-jadvalda qiyosiy tashxis ko'rsatilgan.

**Davolash.** Rinogen ko'z kosasi asorati aniqlangan bemor shoshilinch ravishda LOR yoki reanimatsiya bo'limiga yot'qizilishi kerak.

1) Ko'z kosasining yiringsiz asorati bilan kechgan o'tkir sinusitlarda burun ichiga qon tomirlarni toraytiruvchi dori vositalari (naftizin, galozolin, sanorin) tomiziladi, yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkaziladi, bemorga tana haroratini tushirish, og'riqsizlantiruvchi va antigistamin dori vositalari tavsiya qilinadi. Ko'rsatmalar mavjud bo'lgan hollarda yuqori jag' bo'shlig'i teshilib, teflon naychadan tayyorlangan drenaj o'rnatiladi va peshona bo'shlig'i trepanopunksiyasi bajariladi.

2) Ko'z kosasining yiringsiz kasalliklari bilan kechgan surunkali sinusitda zararlangan burun yondosh bo'shliqlarida tashqi tomondan ekstranazal jarrohlik amali bajariladi va burun bo'shlig'iga ochiladigan keng yo'l hosil qilinadi;

*1-jadval*

**Ko'z kosasini rinogen yiringli-yallig'lanish belgilarini qiyosiy-tashxislash (umumiy qabul qilingan tavsif)**

Klinik belgilari	Qovoqlarni reaktiv shishi	Ko'z kosasi periostiti	Ko'z qovog'ini abscess	Subperio stal abscess	Retrobul bar abscess	Flegmona
Qovoq shishi va giperemiya si	+++	+	+++	+++	+++	+++
Bosh og'rig'i	+	+++	+++	+++	+++	+++
Isitma		+++	+++	+++	+++	+++
Xemoz	+			+	+++	+++
Ekzoftalm	+			+++	+++	+++
Ko'z olmasini harakatini pasayishi		+		+	+++	+++
Ko'z olmasini siljishi		++		+++		
Orbita palpatsiya-		+++		+++	+	+++



da og'riqli						
Orbitani tubida og'irlik hissi					+++	+++
Ko'rishni buzilishi				+++	+++	amavroz
Qovoq flyuktuatsiyasi			+++			
Konyunkti va sezmasligini his etmaslik					+++	+++

bemorga yallig'lanishga qarshi davolash tadbirlari, antigistamin va antibiotiklar buyuriladi;

3) Ko'z kosasining yiringli kasalliklari asorati sifatida kechgan o'tkir va surunkali sinusitda zararlangan bo'shliqdagi empiema va flegmona shoshilinch ravishda ochilib, burun yondosh bo'shliqlarida endo- va ekstranazal jarrohlik amali bajariladi. Bemorga intensiv reanimatsiya tadbirlari o'tkaziladi.

4) Ko'z kosasi venalarining trombozi bilan kechgan o'tkir va surunkali sinusitda burun yondosh bo'shliqlarida endo va ekstranazal jarrohlik amali o'tkazilib, burun bo'shlig'iga ochiladigan keng yo'l hosil qilinadi, bemorga antikoagulyantlar (geparin) 5 000 -10000 TB mushak orasiga 2-3 mahal tavsiya qilinadi, shu sohaga tibbiy zuluk qo'yiladi. Ko'z kosasi flegmonasi va venalar trombozida dorilar vena punksiyasi orqali yuboriladi. Davolash tadbirlari reanimatsiya bo'limida olib boriladi. Antibiotiklardan klafaran, sefomizin, sefotriksil, amoksiklav, ravolitsin; sul'fanilamidlardan sul'fanometoksin, biseptol, metronidazol; zamburug'larga qarshi dorilardan nizarol, amfoteretsin; desensibilizatsiya vositalaridan kal'siy xlorid, kal'siy glyukonat, tavegil, zirtek, telfast, allergodil, suprastin; kortikosteroidlardan prednezalon, gidrokortizon suspenziyasi buyuriladi. Bundan tashqari bemorga immunostimulyatorlar (timolin, T-aktivin, IRS -19, imudon) remantodin, ribomunil, dormon-dorilar, modda almashinuvini yaxshilovchi vositalar, organizm zaxarlanishini kamaytiruvchi va siydikni haydovchi tadbirlar (tomir ichiga gemodez, glyukoza 5-10%, reopoliglyukin, 0,9% natriy xlorning fiziologik

eritmasi, qon, qon zardobini yuborish) o'tkaziladi, stafilakkokka qarshi anatoksin, gammaglobulin, simptomatik terapiya buyuriladi.

## 6. RINOSINUSOGEN KALLA ICHI ASORATLARI

Rinosinusogen kalla ichi asoratlar barcha kalla ichi asoratli kasalliklar ichida 10% ni tashkil etadi va har xil burun va burun yondosh kasalliklari ichida 0,5% ni tashkil etadi. Bu otogen kalla ichi asoratlariga nisbatan 12-15 marta kam uchraydi, lekin klinik kechuvi bo'yicha nisbatan og'irroq kechadi. Hozirgi kunda tashxisot va zamonaviy jarrohlik amaliyotlari ishlab chiqilgan bo'lsa ham, kalla ichi asoratlaridan o'lim ko'rsatkichi yuqoriligicha qolmoqda (30% dan yuqori) (Fennish Nuretdin, 1991; Voronkin V.F., 1999). Rinosinusogen kalla ichi asoratlari ichida meningit va miya absessi- 75% ni, oldingi muya chuqurchasi ekstra- va subdural absessi- 0,75% ni, miya sinuslarini tromboz va flebiti- 6% ni tashkil etmoqda. Yallig'lanish jarayoni subratentorial joylashgan bo'lsa, ko'pincha ventrikulit va meningoensefalit rivojlanishi o'zak stvolini tentorial qalinlashuvi bilan birga kechadi, subtentorial joylashgan bo'lsa katta ensa darchasida o'zak stvoli shishadi va dislokatsiya bo'ladi. Har ikkala holatda ham o'lim bilan tugashi mumkin (Tentorium cerebelli- miya'ning ensa bo'lagini miyatshadan ajratib turuvchi miyatsha chodiri hisoblanadi. Uning oldingi erkin qismini darcha chegaralab turadi, shu darcha orqali miya'ni o'zak qismi o'tadi).

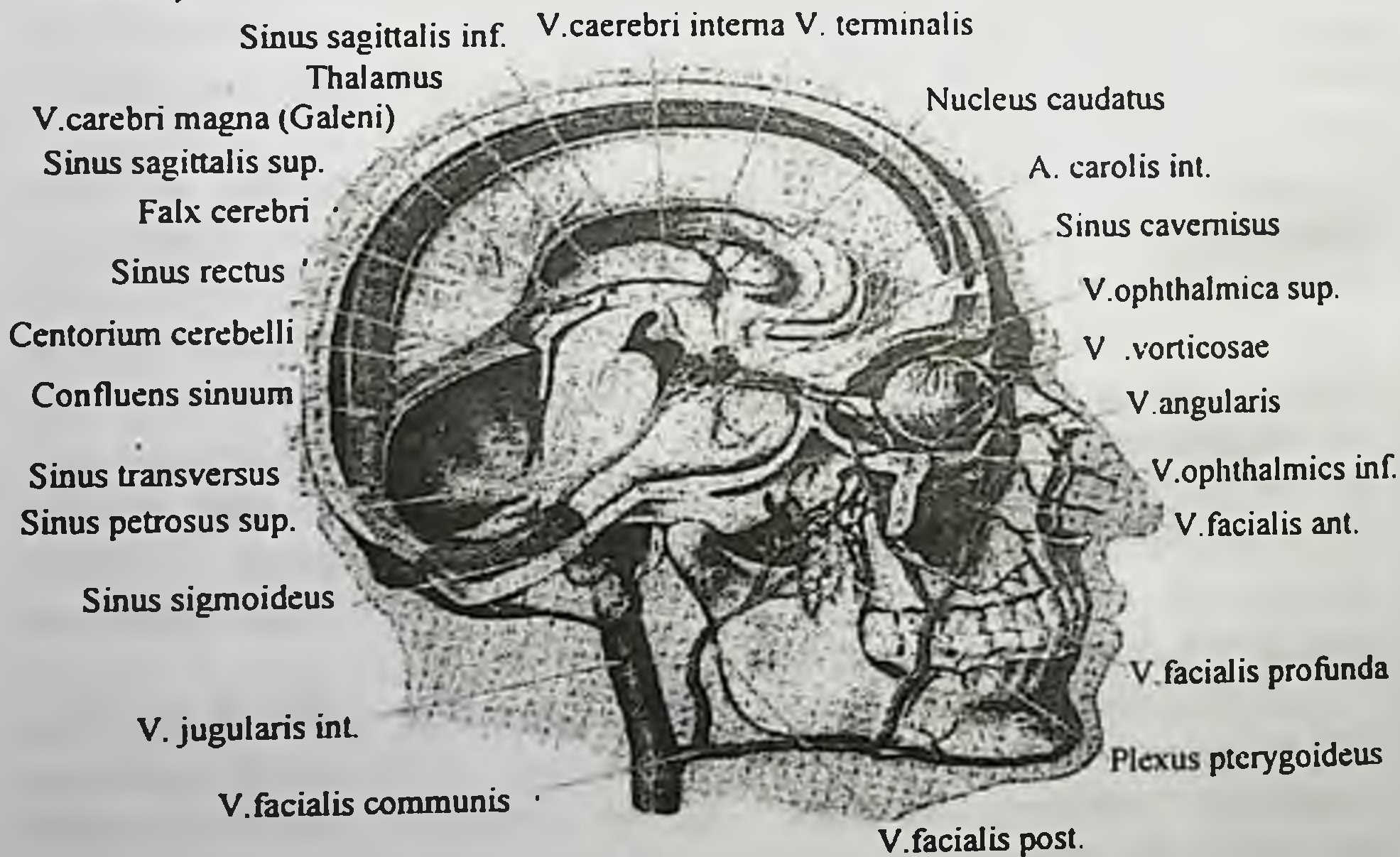
Infeksiya'ni tarqalishi burun bo'shlig'ini, burun yondosh bo'shliqlarini va miya bo'shliqlarini bosh miyaga yaqin va zich joylashganligi uchun, umumiy limfa va qon sistemasiga ega bo'lishi, bosh miya'ni perinevral aloqadorligi, suyak devorini nozik bo'lishligi, oldingi miya chuqurchasida ko'p miqdordagi qon tomir va nervlar uchun teshiklar bo'lishi kalla ichi asoratlari kelib chiqishida katta ahamiyatga ega. Infeksiya bosh miya'ni ichiga ko'pincha fistula orqali kiradi, asosan miya asosini sinishida suyak devorini destruksiyasi hisobiga va burun bo'shlig'ida o'tkazilgan jarrohlik amaliyotidan- g'alvirsimon plastinka orqali bosh miyaga yallig'lanish o'tishi mumkin.

Kam hollarda gematogen, limfogen, perinevral (limfatik yoriqlar, hid bilish nervi yo'li orqali) va perivaskulyar yo'llar orqali infeksiya tarqalishi mumkin. Gematogen yo'lga burun va burun yondosh bo'shliqlarida infeksiya'ni ushlanib yoki staz bo'lib qolishi misol bo'ladi. Lekin infeksiya aralash yo'llar orqali ham arqalishini unutmashimiz kerak. Bundan tashqari infeksiya'ni tarqalishida burun yondosh

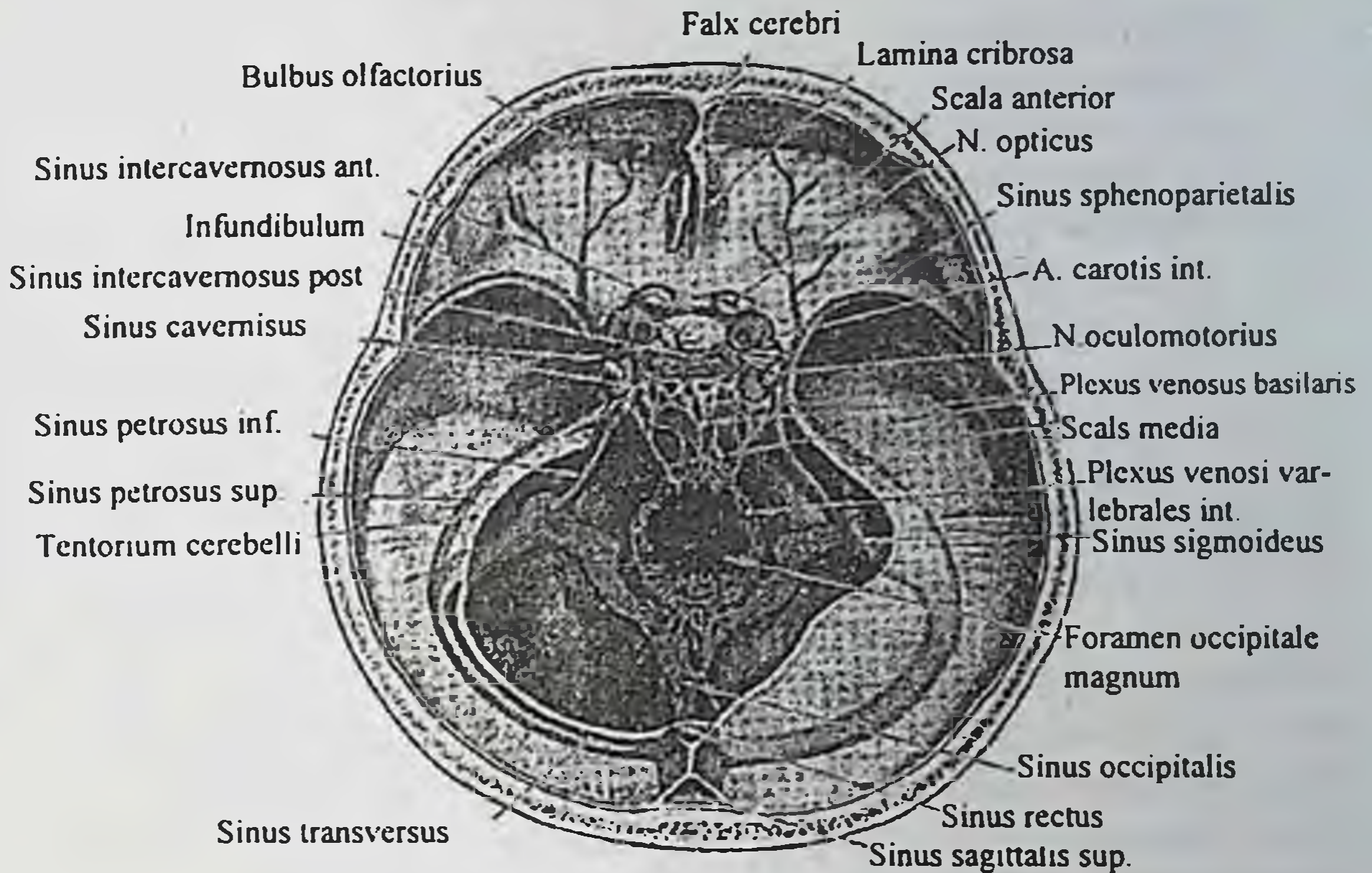
bo'shliqlarining suyak devorlarida osteomielitik jarayonlar asosiy kalla ichi asoratlarni kelib chiqishida ro'l o'ynaydi. Ayniqsa ponasimon suyakning turk egari sohasida osteomielitik jarayon bo'ladigan bo'lsa kalla ichi asoratlari uchrashi ehtimoli ko'proq bo'ladi.

Peshona bo'shlig'i bilan kalla bo'shlig'ini limfa sistemasi bilan bog'lab turadigan intraadventitsial va perivaskulyar maydonlar bo'ladi. Lekin burun bo'shlig'i bilan kalla ichini bog'lab turadigan alohida limfa sistemasi yoq. Burunning hid bilish sohasi limfa tomirlari, kichik ingichka hid bilish nervlarni peri- va endonevral anastomozlar orqali subdural va subaraxnoidal maydonlar bilan bog'langan bo'ladi. Infeksiya shu yo'llar orqali ham tarqalishi mumkin.

Burun yondosh bo'shliqlarining venalari bir-biri bilan anastomoz hosil qilgan. Yuz, ko'z kosasi, kalla bo'shlig'i va venoz chigallar bir-biri bilan bog'langan, bularning ichida ko'z kosasi venalari g'orsimon sinus va qattiq miya pardasini venoz chigallari bilan anastomoz hosil qilgan. Ponasimon bo'shliqning venalari to'g'ridan to'g'ri g'ovaksimon sinusga venoz qon olib boradi. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini mayda venalari esa sinus longitudinalis ga quyiladi. Infeksiya'ni tez tarqalishiga esa venalarda klapan sistemasi yo'qligidadir (1.75, 1.76-rasmlar).



1.75-rasm. Bosh miya qattiq pardasi vena sinuslarlarini yuzning asosiy qon tomirlari bilan bog'liqligi



1.76-rasm. Bosh miyada sinuslarni joylashishi

. G'alvirsimon va yuqori jag' bo'shliqlarini yallig'lanishida kalla ichi asoratlari ko'z asoratlaridan keyin rivojlanadi, ponasimon va peshona bo'shliqlaridan to'g'ridan- to'g'ri rivojlanadi.

Kalla ichi asoratlarni kelib chiqishini yana bir sabablaridan burun va burun yondosh bo'shliqlarini jarohatlari, burun to'sig'i absessi va burun furunkuli bo'lishi mumkin. Bundan tashqari shuni ta'kidlab o'tish kerakki, kasallikni atipik, latent va qaytalanuvchi shakllarini bo'lishi, tashxisotdagi xatoliklar kalla ichi asoratlariga sabab bo'ladi. Asoslanmagan antibiotiklarni o'zgartirish yuqoridagi asoratga olib kelishi mumkin. Ko'z kosasi asoratlari klinik kechishi ko'pgina omillarga: burun yondosh bo'shliqlarida jarayonning joylashishi va xarakteriga, bemorning yoshiga, murojaat vaqtiga va gospitalizatsiyasiga bog'liq bo'ladi. Kalla ichi asoratlari esa juda og'ir kechishi va maxsus belgilari bo'lmasligi bilan farq qiladi. Asoratni lokal joylashuvini aytish taxminiy bo'ladi, sababi ko'pincha asoratlar qo'shib keladi yoki boshqa shaklga o'tadi.

Rinogen kalla ichi asoratlarning quyidagi klinik shakllari tafovut qilinadi:

- araxnoidit (leptomeningit);

- ekstradural abscess ;
- subdural abscess;
- serozli va yiringli meningit;
- bosh miya absessi;
- bosh miya qattiq pardasi sinuslarining trombozi;
- rinogen sepsis.

*Kalla ichi asorati rivojlangan bemorda quyidagi belgilar kuzatiladi:*

1. Boshini qattiq og'rish;
2. Ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan qusish;
3. Ko'zlarning yuqori qovog'i va qosh usti terisi sohasini shishi va qizarishi;
  1. Es-hushni xiralashishi;
  5. Ko'rish o'tkirligini buzilishi;
  6. Bosh miya nerv tolalarining falaji;
  7. Talvasa holatlari;
  8. Sovqotish, qaltirash, terlash;
  9. Bemorning umumiy ahvolini sinusitga mos kelmasligi va juda og'ir bo'lishi;
  10. Bosh miya suyuqligi bosimini oshishi belgilari;
  11. Qondagi o'zgarishlar (leykotsitoz, EChT oshishi).

*Rinogen kalla ichi asoratida bemorlarni tekshirish tartibi:*

- 1) Tashqi tekshiruv, burun yondosh bo'shlig'i devorini, ko'z kosasi yumshoq to'qimalarini, peshona va bo'yin sohasini paypaslash;
- 2) Old va orqa rinoskopiya ;
- 3) Burun yondosh bo'shliqlari va kalla suyagining rentgenografiyasi, kalla suyagining old aksial rentgenogrammasi;
- 4) Qon va siydikning umumiy tahlili;
- 5) Oftalmolog ko'rigi;
- 6) Nevropatolog va neyrojarroh ko'rigi;
- 7) Yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasi, peshona bo'shlig'ining trepanopunksiyasi (zarur bo'lganda);
- 8) Bosh miya orqa bo'shlig'ini teshib ko'rish;
- 9) Exoensefalografiya, pnevmoensefalografiya, ventrikulografiya, angiografiya, kompyuter tomografiyasi (ko'rsatma bo'yicha) .

### **6.1. Rinogen araxnoidit**

*Araxnoidit- miya'ning yumshoq qavatini, asosan miya'ning to'r qavati infeksiyasi toksinlarini hisobiga yallig'lanishidir.*

Araxnoiditning turlari:

- Tarqoq;
- Chegaralangan;
- Kistali;
- Yopishqoq;

Agar araxnoidit qavatlar bilan miya'ni orasida chandiqlanish bilan birga kechsa, buni- yopishqoq araxnoidit deb ataladi, agar kista shakllanib, ichi likvor bilan to'lgan bo'lsa- kistali araxnoidit deb ataladi. Tarqalishiga araxnoidit chegaralangan va tarqoq bo'ladi.

**Klinikasi.** Kasallik o'tkir yoki o'tkir osti boshlanadi. Uch shoxli nerv innervatsiyasi va miya pardasini jalb qilinishi hisobiga doimiy bosh og'riq bezovta qiladi va kalla ichi bosimi oshishi kuzatiladi. Gohida peshona sohasida og'riq va olib ketuvchi nervni parezi jarayonga qo'shilishi mumkin.

Jarayonga doimo qon tomir devori qo'shiladi, shuning uchun ham chandiq hosil bo'ladi. Chandikli araxnoiditda birinchi bo'lib bosh og'rig'i bezovta qiladi, bosh miya'ni katta yarim sharlarini po'stlog'ini qitiqlanishi belgilari paydo bo'ladi. Orqa miya suyuqligini oqimi buzilishi hisobiga kalla ichi bosimi oshadi. Lekin meningit yoki miya abssessiga nisbatan kalla ichi bosimi araxnoiditda pastroq bo'ladi. Chegaralangan kista o'smaga o'xshash bo'lib, gidrosefalyaga olib kelishi mumkin.

**Tashxis.** EEG da alfa-, delta- ritmlarini orqada qolishi belgilari namoyon bo'ladi. Orqamiya suyuqligini punksiya qilib tekshirilganda oqsil- hujayra dissotsiyasi aniqlanadi. Kalla suyagini rentgenogrammasida barmoq bilan bosilganlik belgisi- kalla ichi bosimini oshganligi belgisi kuzatiladi.

**Davolash.** Rinogen araxnoidit bilan og'rigan bemor yallig'langan burun yondosh bo'shlig'ida jarrohlik amali bajarilgandan so'ng nevrologiya bo'limiga ko'chirilib, unga intensiv davolash tadbirlari buyuriladi.

## 6.2. Ekstradural abscess

**Ekstradural abscess-** miya'ni qattiq pardasi bilan bo'shliqni suyak devori orasida yiringni to'planishi.

Asosan peshona, ponasimon va g'alvirsimon bo'shliqlarning yallig'lanishidan kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Asosan oldingi miya chuqurchasida, gohida esa o'rta miya chuqurchasida (sfenoiditda) abscess joylashishi mumkin. Ab-

ssessni kattaligi har xil bo'lib, birlamchi o'choqdan, infeksiya'ni tarqalish yo'lidan, infeksiya'ni turidan, organizmni reaktivlik holatiga bog'liq bo'ladi.

**Nevrologik belgilari:** abscessni joylashgan sohasida bosh og'rig'i, gohida og'riq diffuz bo'lishi.

Kalla ichi gipertensiyasi belgilari: bradikardiya, ko'ngil aynishi, qusish, ko'z tubini o'zgarishi (dimlanish belgilari).

Ruhiyat buzilish belgilari: xotira va diqqatni buzilishi, ruhiyatni susayishi va uyquchanlik, gohida tutqanoq hurujlari, ensa mushaklarini rigidligi, Kernig simptomini musbatligi.

O'choqli simptomlar kam aniqlanadi.

Agar abscess oldingi miya chuqurchasida joylashgan bo'lsa hud bilish buzuladi, yuz mushaklari bo'shashadi, shox parda refleklari bo'shashadi, qalqib ketish va manqalanish, ayrim bosh miya nervlarini funksiyasini pasayishi kabi belgilari kuzatiladi. Isitma va qon tarkibini o'zgarishi ekstradural abscess uchun xarakterli hisoblanmaydi.

Ekstradural abscessni aniqlash uchun mahalliy belgilar ko'proq informatsiya beradi: yiring joylashgan sohani suyak qismiga perkussiya qilinganda og'riqli hisoblanadi; peshona sohasida to'qimalar shishi aniqlanadi; mahalliy bosib ko'rilganda mahalliy og'riqlar aniqlanadi.

**Tashxis.** Rentgenogrammada suyak destruksiyasi aniqlanadi. Rinogen kelib chiqishi burun bo'shlig'idan chiqqan sekretga bog'liq bo'ladi.

**Davolash.** Ekstradural abscessda barcha o'zgargan patologik to'qima olib tashlanadi va keng qilib ochib qo'yiladi, jarohatga drenaj qo'yilib bo'shliq antibiotiklar bilan yuvib turiladi.

### 6.3. *Subdural (qobiq ichi) abscessi*

**Subdural abscess-** yiringni miya'ning qattiq pardasi ostida yiring to'planishidir. Buning kelib chiqishi asosan ekstradural abscess tomondan jarayonning o'tishi, yoki qattiq miya pardani bo'shliq shilliq pardasi orqali boradigan venalari sababli infeksiya qattiq miya parda ostiga o'tishi mumkin.

**Klinikasi.** Subdural abscessni yumshoq miya pardasidan chandiqlar yoki granulyatsiya chegaralab turadi. Asosan peshona bo'shlig'ida, frontitni asorati sifatida shakllanadi. Alohida uchrashi juda kam hollarda qayd qilinadi, ko'pincha boshqa asoratlardan bilan qo'shib keladi.

Subdural abscessni klinik namoyon bo'lishi qattiq miya pardani qaysi sohasi yallig'lanish joyiga qarab va miya'ni peshona bo'lagini shishi yoki ezilishi hisobiga bog'liq bo'ladi.

Kasallikni asosiy belgilari bo'lib isitma holati, kalla ichi bosimini oshishi (abscessni joylashgan joyiga qarab bosh og'rig'i, gohida diffuz bo'ladi; bradikardiya, ko'z tubini dimlanishi), ruhiyatni buzilishi, meningeal belgilarni reinitir tipda kechishi. Oldingi miya chuqurchasini zararlanishi ko'rish qobiliyatini pasayishi, ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv paralichi, motor afaziya, es-hushni buzilishi, patologik reflekslarni paydo bo'lishi, yuz va qo'l mushaklarini talvasa va paralich belgilari kuzatiladi.

Orqa miya suyuqligi tekshirilganda pleositoz va neytrofillarni oshishi, oqsil miqdorini oshishi kuzatiladi.

**Davolash.** Yallig'langan bo'shliq sanatsiya qilinganidan so'ng subdural abscess ochiladi. Jarrohlik mahalida qattiq miya pardasi yiring ustida subdural bo'shliqqa olib boruvchi sariq- oq, sariq- yashil rangli, yupqalashgan, usti fibroz yiring- nekrotik qoplamali, granulyatsiya bilan qoplangan, gohida shishgan, osilib chiqib turadigan, pulsatsiyasiz, nekroz maydonlari, oqma bilan asoratlangan bo'lishi mumkin. Gohida o'zgargan qattiq miya pardasidan yiring chiqib turadi.

Subdural abscessda oqma bo'lmasa qattiq miya pardasini 3-4 yo'nalishda 4 smdan chuqur bo'lmagan holatda diagnostik punksiya qilinadi. Qattiq miya pardani ochilishi va rinogen abscessni drenajlash peshona bo'shlig'ini tashqi yo'l bilan oshilgandan so'ng amalga oshiriladi. Kapsulasi yaxshi shakllangan, katta bo'lmagan va yuzaki joylashgan abscesslarni kapsulasi bilan olib tashlanadi. Bolalarda abscessni kapsulasi nozik bo'lganligi uchun va qattiq miya pardasi bilan suyak devori orasi yopishib turganligi uchun abscessni olib tashlash birmuncha qiyinchilik tug'diradi.

#### 6.4. *Rinogen meningit*

**Meningit-** meningeal simptomlar bilan kechuvchi, miya qavatlarini yallig'lanishidir. Yumshoq miya pardasini yallig'lanishi *leptomeningit*; to'r qavatini yallig'lanishi- *araxnoidit*; qattiq miya pardasini yallig'lanishi- *paximeningit* deyiladi. Agar yallig'lanish jarayoni yumshoq va to'r qavatlarda bo'lsa, bunday holatlarda *meningit* deb ataladi.

Yiringli meningitni qo'zg'atuvchilar asosan kokklar hisoblanadi (streptokokk, stafilokokk, diplokokk), kam hollarda mikroorganizmlar



keltirib chiqaradi. Lekin hozirgi kunda zamonaviy tekshiruv usullari hisobiga, ko'p hollarda surunkali virusli infeksiya keltirib chiqarishi adabiyotlarda yozilib kelinmoqda.

Yiringli meningit asosan peshona va etmoidal bo'shliqlarda yalig'lanishlar hisobiga, gohida og'ir kechuvchi subdural va miya absesslari kabi asorat keltirib chiqarishi mumkin.

### ***Tavsifnoma.***

- Birlamchi- o'tkir kasalliklarda, burun va burun yondosh bo'shliqlaridagi birlamchi o'choqlardan bakterial infeksiya to'gridan-to'g'ri subaraxnoidal bo'shliqqa tushishi natijasida kelib chiqishi.

- Ikkilamchi- boshqa kalla ichi asoratlari fonida- subdural yoki miya absessi, sinustrombozda kelib chiqishi, kechishi og'irroq bo'ladi.

- Yiringli.

- Seroz (toksinlarni o'tishi hisobiga kelib chiqadi)- seroz meningit bitfa kasallikni bosqichi deb qaraladi, ya'ni bundan so'ng yiringli meningit shakllanadi.

***Klinikasi.*** Rinogen meningit klinik kechishi ikkilamchi yirinli meningitdan farq qilmaydi.

Kasallik o'tkir boshlanib, bir necha soat ichida rivojlanadi. Doimiy yuqori harorat, umumiy holatni og'irligi, umumiy holsizlik, bo'shashganlik, teri qoplamlarini oqarishi va bir qancha umumiy belgilar bemorlarni bezovta qiladi. Bunda peshona sohasida tarqoq, intensiv doimiy yoki hurujsimon bosh og'rishi, boshni harakatga keltirganda og'riqni kuchayishi, ko'ngil aynishi va qusish bilan kechuvchi hamda kalla ichida bosim oshishi hisobiga uzunchoq miya va adashgan nervni bosim bilan ezilishi hisobiga bradikardiya'ni bo'lishi, ko'z tubidagi dimlanish kabi belgilari bemorda kuzatiladi.

Bemorning holati majburiy, "yalqov it holati" ni egallaydi. Bunda bemor yon boshga, oyoqlarini qoringa yig'ib olingan, qo'llari bukilgan, umurtqasi yoysimon orqaga egilgan, boshni esa orqaga tashlab yotadi. Es xushi qorong'ilashiadi yoki yo'qoladi, alahsirash va bosinqirash, monotonli qichqiriq, qo'zg'aluvchanlik yoki tormozlanish, tovushlarga, yorug'likka va taktil ta'sirlarga ta'sirchanligini yuqori bo'lishi kabi belgilar kuzatiladi. Bel sohasida va umurtqa pog'anasini o'tkir o'simtalarini bosib ko'rilganda og'riqli bo'ladi.

Meningial belgilar kuzatiladi:

-Ensa mushaklarini rigidligi;

- Kernig simptomi (bemor oyog'ini chanoq son bo'g'imiga eg'ib olganida, bemorni tizza bo'g'imini yozib bo'lmaydi yoki chegaralagan bo'ladi.);

- Yuqori Brudzinskiy simptomi (bemorni boshini passiv egilganda, oyoqlari tizza va chanoq son bo'g'implarida bukiladi);

- Lessajni "ilib qoyish" simptomi- (bolani qo'ltiq ostidan ko'tarilganida oyoqlarini qorinlari tomon ko'tarib bukib oladi).

Bundan tashqari pay reflekslarini yuqori bo'lishi, patologik piramida simptomlari (Babinskiy, Rossolimo, Oppengeyma va Gordona) kuzatiladi va alohida bosh miya nervlarini nim falaji va falaji, klonik va tonik talvasalar kuzatiladi.

Ko'pincha barcha shifokorlar fikrlarini kalla ichi asoratlariga qaratadilar, shuning uchun ham shikoyatga, burun va burun yondosh kasalligining xarakteriga unchalik ham e'tibor bermaydilar. Bemorda meningeal belgilar rivojlangan bo'lsa, kalla ichi asoratlarini inkor etish maqsadida burun va burun yondosh bo'shliqlari jiddiy tekshirilishi lozim. Bemorda obyektiv burundan nafas olishni qiyinligi, burun yondosh bo'shliqlarini palpatsiya qilinganda og'riqli bo'lishi, burun chig'anoqlarini shilliq qavatini shishi, burun yo'llaridan ko'p miqdorda shilliq- yiringli ajralma ajrayotganligi ko'rinadi.

**Tashxis.** Tashxisni quyidagi tekshirishlardan keyin tasdiqlanadi:

1. Burun yondosh bo'shliqlarini rentgenografiyasi bo'shliqni pnevmatizatsiyasini buzulganligini aniqlaydi.

2. Orqa miya suyuqligini tekshirish.

Orqa miya suyuqligi seroz minengitda tiniq, bosim bilan otilib chiqadi; limfotsitlarni miqdori oshishi bilan birga kechadi.

Orqa miya suyuqligi yiringli meningitda xira, katta bosimda tez oqib chiqadi; oqsil miqdori yuqori bo'ladi (Pandi reaksiyasi); neytrofillar miqdori 1 mkl.da 10 neytrofillardan 1000 va ko'p bo'lishi, glyukoza va xlorid miqdorini kamayishi aniqlanadi. Og'ir holatlarda mikrobnio'sishigacha aniqlanadi.

**Qiyosiy tashxis.** Ko'p holatlarda rinogen meningitni sil meningitidan qiyosiy tashxislanadi.

1. Sekin astalik bilan boshlanadi.

2. Normal yoki subfebril harorat.

3. Ko'z harakatlantiruvhci nervni nim falaji (ptoz. anizokariya), yorug'likka reaksiyasi yo'q.

4. Mantu reaksiyasini musbatligi.

5. Qora miya suyuqligini tarkibini o'zgarishi: parchalanish, yengil ksantoxromiya, limfasitoz bo'lishi, ko'p miqdorda oqsil bo'lishi, 5-6 soatdan so'ng fibrin to'rini hosil bo'lishi, suyuqlik bosimini yuqori bo'lishi, glyukoza va xloridlarni kamayishi aniqlanadi.

### 6.5. *Miya abssessi*

**Miya abssessi**- infeksiyadan markaziy nerv sistemasidan tashqarida rivojlangan ikkilamchi yiringli o'choqdan, miya moddasida chegaralangan yiringni to'planishidir.

Bosh miya abssessi asosan kattalarda uchraydi, bolalarda kamroq uchraydi va barcha neyrojarrohlik bosh miya patologiyalari ichida 2-4%ni tashkil etadi.

Bosh miya'ni abssessini etiologik qo'zg'atuvchilari bakteriyalar, zamburug'lar, sodda turkumdagilar va gelmintlar hisoblanadi. Bakteriyal qo'zg'atuvchilardan yashil streptokokklar (*S. anginosus*, *S. constellatus* va *S. intermedius*) hisoblanadi, asosan 70% hollarda uchraydi. 30-60% hollarda boshqa bakteriyalar bilan qo'shib keladi. Tilla rangli stafilokokk 10-15% hollarda monokultura shaklida aniqlanadi. Anaerob bakteriyalar 40-100% hollarda aniqlanadi, shulardan 20-40% bakteroidlar va pevolettalar tashkil etadi.

Infeksiya kontakt (miya qavatlari zararlangandan so'ng, chegaralangan sohada ensefalit rivojlanadi, u esa miya abssessiga o'tadi) yoki gematogen tarqaladi.

Avval qattiq miya pardasi bilan burun yondosh bo'shlig'ining shilliq qavatini bog'lab turuvchi diploetik venalarda tromb shakllanadi.

Miya abssessini rivojlanishi, barcha rinogen kalla ichi asoratlarini ichida eng xavflisi hisoblanadi. Abssess asosan peshona bo'lagida, peshona bo'shlig'ini yiringli yallig'lanishidan keyin orqa devorini zararlanishi (kontakt yo'li orqali) hisobiga kelib chiqadi. Abssess zararlangan bo'shliq tomonda uchraydi.

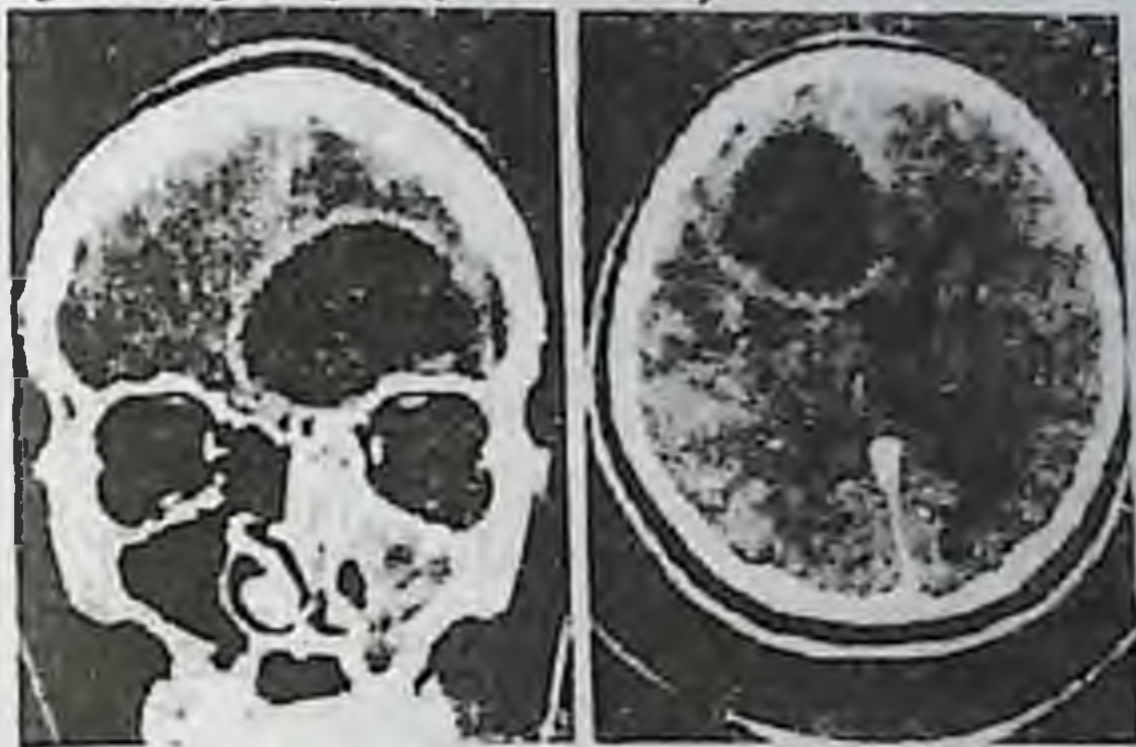
Peshona bo'lagi harakatni, xulq atvorni boshqaradi va shakllantiradi. Aynan shu yerdan kortispinal va kortikonuklear yo'llar, har xil efferent harakatlantiruvchi sistemalar boshlanadi. Shu yerdan postloq ostiga va miya o'zagiga ko'p miqdorda o'tkazuvchi yo'llar boradi.

Abssessni shakllanish bosqichlari:

1. Ensifalit bosqichi;
2. Nekrotik parchalanish bo'shlig'ini shakllanishi;

### 3. Inkapsulyatsiya;

Bu abscess travmatik, rinogen abscessdan farq qilib, yomon inkapsulyasiyaga ushraydi (gohida biriktiruvchi to'qimali kapsulasi bo'ladi), ko'proq tarqoq, to'liq chegarasiz miya moddasiga o'tadi, gohida esa katta hajmni egallaydi (1.77-rasm).



1.77-rasm. Miya 'ni peshona bo'lagini rinogen abscessi. MRT.

Peshona bo'lagini zararlanishida quyidagi belgilar kuzatiladi:

1. Markaziy nim falajlar yoki falajlar Qarama qarshi falaj- "bemor zararlangan o'choq tomonga qaraydi". Yuz nervini periferik falaji.

2. Gipokinez;

3. Peshona ataksiyasi, turish va yurishni iloji bo'lmaydi. Tanani qarama- qarshi tomonga og'ishi aniqlanadi.

4. Peshona apraksiyasi (tugallanmagan ish);

5. Motor afatsiya;

6. Tutqanoq hurujlari;

7. Ruhiy buzilish (tajovuzkorlik);

8. Es- xushni qisqa muddatga yo'qolishi;

#### **Tavsif.**

Abscess yakka yoki bir nechta bo'lishi mumkin.

Abscessni klinik namoyon bo'lishi abscessni joylashgan sohasiga, kattaligiga, atrof to'qimalarga reaksiyasi va bosqichiga bog'liq bo'ladi.

Miya abscessini 4 ta bosqichi bor.

1. *Boshlang'ich bosqichi*- infeksiya va toksikozga birlamchi reaksiya infeksiya'ni chegaralangan maydonga kirishi yoki intradural abscessni shakllanish bosqichiga mos keladi. Bu bosqich bir necha kundan 2 haftagacha davom etishi mumkin. Bemorda umumiy va umumiy miya belgilari kuzatiladi: ko'ngil aynish, qusish, ich qotish,

ozini yomon his etish, subfebrill harorat. Teri qoplamini oqarishi, charchoqli ko'rinish, yuzda azob chekayotganlik belgisi, uyquvsizlik, anoreksiya kabi belgilar kuzatilishi mumkin. Meningial belgilar xarakterli hisoblanmaydi.

2. *Latent bosqichi*- bir necha hafta davom etib, infeksiya bu bosqichda asta sekinlik bilan miya moddasiga kirishni boshlaydi. Kasallikni subyektiv belgilari ko'pincha aniqlanmaydi. Umumiy miya belgilari aniqlanadi. Gohida bosh og'rig'i, kayfiyatni tushishi, ishtahani yo'qolishi kuzatiladi. Tana harorati va gemogramma o'zgarishsiz bo'ladi.

3. *Ayon bosqichi*- sekin-astalik yoki to'satdan boshlanishi mumkin. 1-3 hafta davom etishi mumkin, klinikasi ma'lumotlarga boyroq davr hisoblanadi. Bemorda umumiy, umumiy miya va o'choqli belgilar, orqa miya suyuqligi o'zgarishlar rivojlanadi. Bosh miya'ni peshona bo'lagini abssessni asosiy belgilari- ruhiyatni buzilishi, vegetativ- vistseral buzulishlar hisoblanadi. Gohida hotirani buzilishi, es-xushi o'zgaruvchan bo'lishi, o'zini boshqarish noadekvat, eyforiya, kuluvchan, gipokinez (harakat aktivligi susayadi) holatlari aniqlanadi. Tushkunlik holati, sekinlashish, karaxtlik, bulimiya (ishtahani juda yuqori bo'lishi), tajovuzkorlikni yuqori bo'lishi, yutish va so'rish reflekslarini paydo bo'lishi, harorat yuqori bo'lishi, kalla ichi gipertenziyasi natijasida miya to'qimasini shishi holatlari aniqlanadi. Peshona sohasida chidab bo'lmaydigan va ko'z kosasini tubida perkussiyadan keyin kuchayadigan va hech qanday analgetiklar bilan qoldirib bo'lmaydigan og'riq bezovta qila bo'shlaydi. Bradikardiya absolyut yoki nisbatan (haroratga bog'liq bo'lmagan) bo'ladi. Bundan tashqari ko'z tubida dimlanish belgisi paydo bo'ladi, ko'rish qobiliyati pasayadi.

O'choqli belgilardan quyidagilar rivojlanadi:

-Yuz mushagini tortilib qolishi va qarama-qarshi tomonga falaji rivojlanadi, "bemor zararlangan tomonga qaraydi".

-Gemianopsiya (qarama-qarshi tomonda ko'rish maydonini yarmini tushib qolishi aniqlanadi);

-Yuz nervini mimik jalaji;

-Peshona ataksiyasi (turib yurish qobilyatiga ega bo'lmaydi, tanani qarama-qarshi tomonga og'ishi);

-Peshona apraksiyasi (maqsadli va tugallanmagan harakatni buzilishi);

-Motor afaziya, bemor nutqni tushunsa ham, lablari va til bilan harakat qilib gapira olmaydi (chap peshona bo'lagini abssessi bo'lganida);

- Aleksiya (o'qish qobiliyatini yo'qolishi);
  - Agrafiya (o'qish qobiliyatini yo'qolishi);
  - Doimiy bo'lmagan tonik-klonik talvasalar kuzatiladi;
  - Es- xushni qisqa muddatga yo'qolishi kuzatiladi;
- O'choqli belgilari unchalik ham namoyon bo'lmaydi.

4. *Termonal bosqich.* Bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Sybratentorial abssezlarda yiring miya'ni qorinchalariga quyilsa yoki subaraxnoidal abscess ventrikulit va meningoensefalit fonida yuzaga kelsa o'lim holati yuzaga keladi. Klinika yashin tezligida meningit klinikasi bilan qo'shib shakllanadi. Davolash bu bosqichda kechiktirilgan va samarasiz bo'ladi.

*Tashxis.* O'ziga xos shikoyatlar, kasallikni boshlanish, klinik va nevrologik belgilar, KT va MRT tekshiruvlari, orqa miya punksiyasi natijalari asosida qo'yiladi. Orqa miya suyuqligi bosim bilan tez oqadi, unda oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi, leykositlar, xloridlar, qand miqdorini oshishi qayd etiladi. Bemorda bosh miya transektorial yoki chakka bo'lagi jarohati bo'lishi mumkinligini esda tutish lozim! (1.84-rasm)

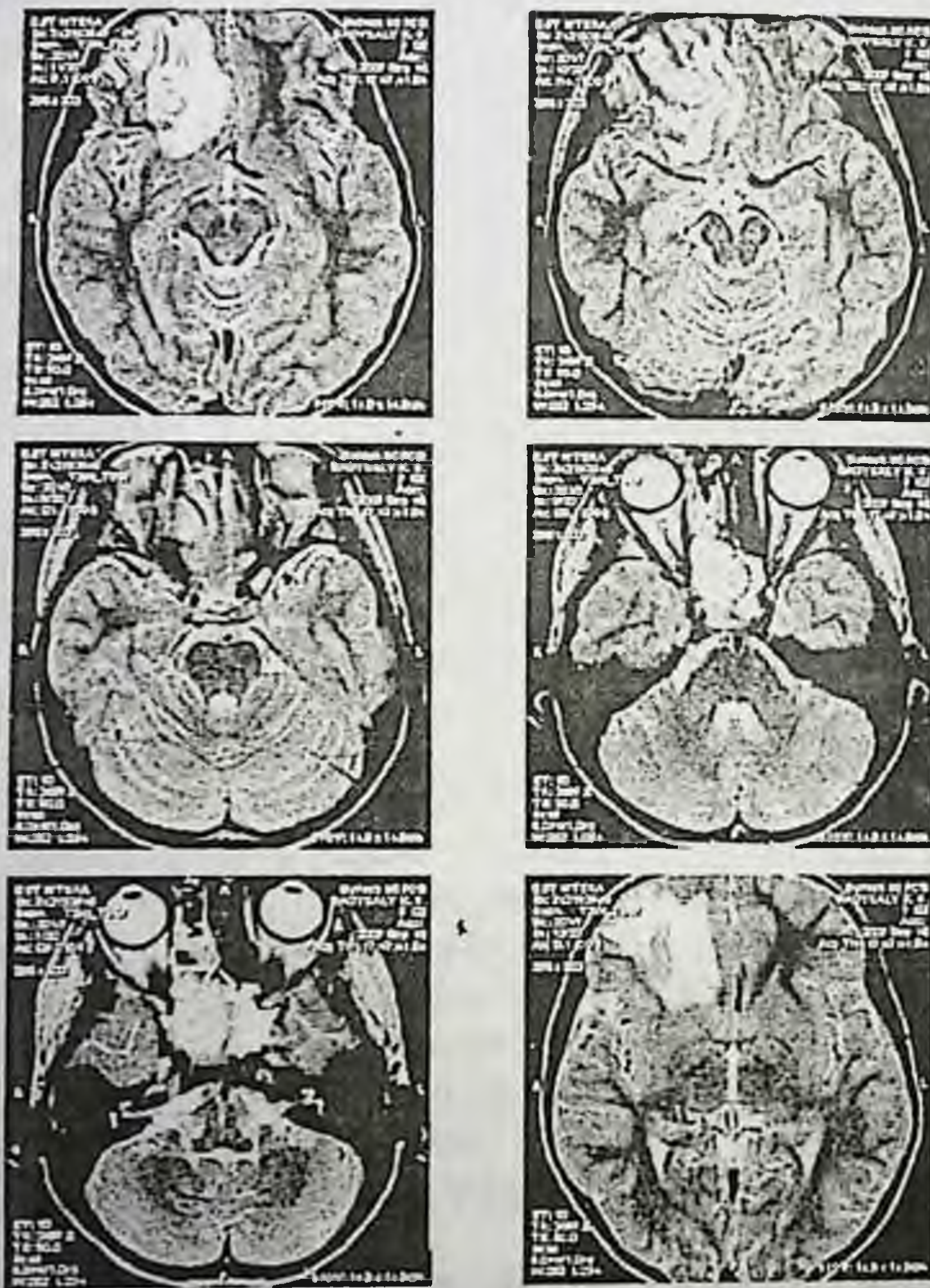
Tashxis qo'yish uchun ba'zan burun yondosh bo'shliqlari ochilganda bosh miya old chuqurchasi teshib ko'riladi.

*Davolash.* Rinogen bosh miya abssesta yallig'langan burun yondosh bo'shlig'ida zudlik bilan jarrohlik amali bajarilib, bosh miyaga yaqin suyak devori olib tashlanadi va bosh miya teshib ko'riladi. Yiringli o'choq peshona bo'shlig'ida joylashganda, peshona bo'shlig'i ochilib, peshona bo'shlig'i orqa devorining dekompressiyali trepanatsiya jarrohlik amali bajariladi. Bosh miya qattiq pardasining yuzi ochilganda quyidagilarga e'tibor berish talab etiladi: uning rangiga, qalinligiga, fibroz karashlar va yallig'lanish o'smalari borligiga. Bosh miya qattiq pardasi kerakli maydonga yodning spirtli eritmasi bilan surtilgandan so'ng, maxsus yo'g'on o'tmas igna yordamida parda teshiladi (ignani 3-4 sm chuqurlikgacha kiritish mumkin). Bosh miya abssestining joyi aniqlangandan so'ng jarohat maydoni igna bo'ylab kengaytiriladi va abscess bo'shlig'iga teflon naycha drenaji o'rnatiladi (ikki bukib, bukilgan joydan kesib, teshik hosil qilinadi va abscess bo'shlig'iga joylashtiriladi). Naychani tashqi teshigi orqali bo'shliq ichi dori vositalari bilan yuviladi.

Bosh miya abssestini ochish jarrohlik amali neyrojarroh ishtirokida bajariladi. Abscess maydoni ochilgandan so'ng u antibiotik eritmasi bilan yuviladi, jarohat maydoniga 0,2 g eritromitsin emulsiyasi yuboriladi, keyin drenaj o'rnatiladi. Abscess maydonini aniqlash

maqsadida qo'shimcha tekshiruvlar (elektroensefalografiya, exoensefalografiya, komp'yuterli tomografiya, angiografiya) bajariladi. Hozirgi kunda bosh miya absessi ko'pincha trepanatsiya teshigi orqali qobig'i bilan birga olib tashlanadi.

Jarrohlik amalidan keyin jonlantirish bo'limida davolanadi, yallig'lanishga qarshi, antibakterial, detoksikatsiya va degidratatsiya, dezintoksikatsiya, simptomatik davo tadbirlari olib boriladi.



1.78-rasm. Bosh miya 'ning peshona bo'lagini absessi. Sfenoidit. KT.

## 6.6. G'orsimon sinus trombozi

*Rinogen g'orsimon sinus trombozi*- bosh miya qattiq pardasining g'orsimon sinus devorining yallig'lanishi natijasida dastlab sinus devorlarida tromb hosil bo'lib, sinus bo'shlig'i yopilib qoladi.

Bosh miyaga infeksiya quyidagi yo'llar orqali o'tishi mumkin:

-*Kontakt yo'l orqali*- povasimon bo'shliqni va g'alvirsimon bo'shliqni orqa hujayralarining empiemasida osteomielitik jarayon rivojlanadi.

-*Gematogen yo'l orqali*- burun va burun yondosh bo'shliqlarining yuqori qismidan ko'p miqdordagi venalar orqali jarayon g'ovaksimon va kam miqdorda yuqori sagittal sinuslarga o'tib, boshqa venoz qon tomirlarni flebit bo'lib davom etishiga sabab bo'ladi.

-*Aralash.*

G'ovaksimon sinusda tromb rivojlanishi natijasida uning ichki bo'shlig'i biriktiruvchi to'qima bilan to'lishni boshlaydi. Bu esa qon oqimini sekinlashuviga olib keladi.

Burun furunkulida va yiringli gaymoritda; jarayonning huruj davrida yuqori jag' bo'shlig'ini asoratli punksiyalarida; kam hollarda o'tkir sinusitlarda vena orqali g'ovaksimon sinusga infeksiya kirishi mumkin. Gohida g'ovaksimon sinusning trombozi etmoiditdan keyin ham rivojlanishi mumkin. Klinik namoyon bo'lishi ko'z kosasini absessini eslatadi, faqat bunda boshqa ko'z kosasi ham zararlanadi, to'r parda venalari qon bilan to'lgan bo'ladi, bemorni ahvoli juda og'ir bo'ladi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, hozirgi kunda kasallikni klassik klinik kechishi kam uchraydi, buni antibiotikoterapiya bilan bog'lash mumkin.

**Klinikasi.** Klinik namoyon bo'lishida infeksiyon, distirkulyator va nevrologik sindromlar asosiy o'rin tutadi.

-*Mahalliy belgilari.*

Kasallikni mahalliy belgilari ko'z kosasi venalaridan g'ovaksimon sinusga qon oqib kelishini buzilishiga bog'liq bo'ladi. Shu maqsadda bemorda konyunktivani shishi va qizarishi (xemoz), ekzoftal'm, ko'z olmasini harakatini chegaralanishi va ko'z mushaklarini falaji, ko'ruv nervi diskini dimlanishi, to'r parda qon bilan to'lib va venalari kengayadi, ko'rish qobiliyatini pasayishi, g'ovaksimon sinusni chegaralab turuvchi III, IV, VI juft nervlarni va uch shoxli nervni falaji aniqlanadi. Gohida ikki tomonlama total oftal'moplegiya kuzatiladi. Ko'z qo-



vog'ini, peshona va burun qanotlarining yupqa terisidan kengaygan, taranglashgan, og'riqli venalar to'ri aniqlanadi (1.79-rasm).

- *Umumiy septik belgilar.*

Giperkoagulyatsiya va fibrinolitik aktivlikni pasayishi fonida, ma'lum bir darajada zaxarlanish va tromblarni proteolizi natijasida mikroorganizmlarni metabolitik mahsulotlarini qonga so'rilishi septik simptomokompleks rivojlanishiga sabab bo'ladi.



1.79-rasm. G'ovaksimon sinusning rinogen trombozida yuz terisi venalarini kengayishi

- *Miya belgilari.*

Miya belgilari kalla ichi gipertenziyasi va septikopiemiya hisobiga rivojlanadi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari- kuchli tarqoq og'riqqa, ko'z kosasiga ko'pincha og'irlik bilan, sanchuvchi, pulsatsiyali og'riq tarqalishiga bo'ladi.

Septikopiyemiyada bezgak qaytalanadi, istma intermittir shaklida (haroratni to'satdan yuqoriga ko'tarilishi va keyinchalik uni pasayishi), ko'p miqdorda terlash (3 soatlik termometriyada 2-3°S ga farq qiladi) kuzatiladi. Kalla ichi gipertenziyasi va meningeal belgilar rivojlanadi. Bemorni umumiy ahvoli juda og'irligi sepsis, meningit va mahalliy belgilarga bog'liq bo'ladi.

O'tkir frontitda bosh venalarini kengayishi bilan yuqrori sagittal sinusni trombozi rivojlanadi. Bunda burun, qo'voqlarning, kallaning peshona va tepa qismlarining yumshoq to'qimalarini shishi, septik va

meningeal holatlarda toniko-klobik talvasalar, boshning tepa qismida subperiostal abscess rivojlanadi.

Gemogrammada o'tkir yallig'lanish belgilari namoyon bo'ladi. Leykositlar formula chapga siljigan, hatto yosh hujayralargacha, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatiladi. Rinoskopiyada va rentgenografiyada burun yondosh bo'shliqlarida yallig'lanish aniqlanadi. Jarayon boshqa sohaga ham o'tishi mumkin.

Meningial belgilar rivojlanadi.

Orqa miya punksiyasida yiring aniqlanadi, lekin orqa miya suyuqligi o'zgarishsiz bo'ladi. Tashxis kechiktirilsa va mos kelmaydigan davo tadbirlari o'tkazilsa bemor bir necha kunda nobud bo'lishi mumkin.

G'orsimon sinusni tromboflebiti yengilroq o'tadi, septikopiemiya kechadi. Bir tomonlama ko'zni harakatlantiruvchi nervni zararlanishi aniqlanadi va bemor ko'pincha to'liq tuzalib ketadi.

G'orsimon sinusni trombozida boshqa sohalarda yiringli o'choqlar rivojlanadi, birinchilar qatordan septik pnevmoniya, meningit, keyinchalik kalla ichiga, buyrakka, jigarga, o'pkaga, bosh terisiga, halqum ortiga, quloqqa yiringli o'choqlarni metastazi aniqlanadi. Septik embol ichki bo'yunturuq, yuqori yarim vena, yurakning o'ng bo'lagiga va kichik qon aylanishni kapillyarlariga tarqashi mumkin.

**Tashxis.** G'ovaksimon sinus trombozi yoki tromboflebiti tashxisi klinik ma'lumotlarga va birinchi navbatda septik holatga, meningit belgilariga va bosh miya nervlarining zararlanish belgilariga asoslanib qo'yiladi.

Tashxisda birinchi navbatda- miya simptomatikasi, nevrologik, otonevrologik, oftalmologik, rentgenografik tekshiruvlar va MNS ni chegaralangan nevrologik belgilarni aniqlanishi, ko'z tubidagi o'zgarishlar, anamnezni chuqur o'rganilish bilan bir qatorda orqa miya suyuqligini tekshiruv, LOR tekshiruv xulosalari, burun yondosh bo'shliqlarini, hatto ponasimon bo'shlig'ining zararlanishidagi og'ir bemorlardagi rinoskopik belgilar to'g'ri tashxis qo'yishga sabab bo'lishi mumkin.

**Davolash.** Agar tromb yuqori sagittal sinusda joylashgan bo'lsa, u ochiladi va tromb olib tashlanadi. Qon to'xtatish uchun tampon sinus bilan suyak orasiga tiqiladi.

G'orsimon sinus trombozida sinus o'ziga xos topografik joylashganligi uchun jarrohlik yondoshuvi mumkin emas va jarrohlik amaliyoti

burun yondosh bo'shliqlarini birlamchi yiringli o'choqni eliminatsiya va ishonchli drenaj qilish bilan tugatiladi.

Keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan optimal dozali antibiotiklar yuboriladi. Og'ir holatlarda rinogen meningit qo'shilgan mahal endolyumbal dori vositalari yuboriladi.

Dezintoksikatsiyon davolash maqsadida hozirgi kunda ekstrakorporal detoksikatsiya (plazmaferez, autoqonni UFN nurlantirish, qonni gemosorbsiyasi, GBO) usulini qo'llash yaxshi samara bermoqda.

Degidratatsiya esa magniy sulfatni mushak orasiga yuborishdan, diuretiklarni, 40% li glyukozani tomir ichiga yuborishdan iborat bo'ladi.

Giposensibilizatsiyalovchi, umumiy quvvatlovchi va immunoterapiya (antistafilokokkli plazma, gamma globulin, zardobli poliglobulin, stafilokokk anatoksini) davo muolajalarini amalga oshirish kerak bo'ladi.

G'ovaksimon va yuqori sagittal sinuslarni kompleks davolashda bevosita ta'sir etuvchi (geparin) va bilvosita ta'sir etuvchi (dikumarin, nitrofarsin, sinkumar, fenilin) antikoagulyantlar ishlatiladi. Antikoagulyantlar bilan davolash, avval ularni miqdori kamaytirilib, davomiyligi uzaytiriladi, bu dori vositalarini birdaniga to'xtatib qo'yish protrombinni konsentratsiyasini oshirib trombinni ko'p hosil bo'lishiga olib keladi.

Agar tromboz burun chipqonida rivojlangan bo'lsa, unda bemorga konservativ davolash tadbirlari o'tkaziladi. Unga antibiotiklar (ampitsillin, amoksiklav, zinotsef, klaferon, rotsefin, moksipim mushak orasiga yoki tomir ichiga ) bilan birga antikoagulyantlar (geparin, fibrinogen) buyuriladi. Trombolizisni tezlashtirish maqsadida streptokinaza yoki avelizin 250000-1500000 TB tavsiya etiladi. Dorilarni tomir ichiga yuborish maqsadida umumiy uyqu arteriyasi yoki uning shoxchalariga kateter o'rnatiladi. Tomir ichiga tomchilab 5% glyukozada eritilgan 4-5 mln TB ampitsillin, 1g sigmomitsin, 1g tetraolean 10 000-15 000 TB geparin bilan birga yuboriladi.

### **6.7. Rinogen sepsis**

*Rinogen sepsis - bu yiringli o'choqdan doimiy ravishda yoki vaqti-vaqti bilan mikroblarni qonga tushishi natijasida yuzaga kelgan patologik holat.* Rinogen sepsis kam uchraydi va birlamchi yiringli o'choq burun va burun yondosh bo'shlig'ida joylashganligi bilan ajralib turadi. Rinogen sepsisdan oldin bemorda odatda ko'z kosasi asorati, ko'pincha

g'orsimon sinus yoki ko'z kosasi yumshoq to'qimasi venalarining trombozi va tromboflebiti kuzatiladi.

**Belgilari.** Sepsis septitsemiya va septikopiemiya klinik shakllarida kechib, o'tkir (6 haftagacha davom etishi) va surunkali (6 haftadan ko'p vaqt davom etishi) kechimga ega. Septitsemiya yiringli jarayonning metastaz o'choqlari hosil bo'lmaydi, ammo u qisqa vaqt ichida metastaz o'choqlarini hosil bo'lishi bilan kechgan septikopiemiya shakliga o'tishi mumkin. Bemorda umumiy axvolning og'irligi (septik holat), tana haroratining doimiy baland yoki gektik bo'lishi, qaltirash, tana harorati pasayganda kuchli terlashni kuzatilishi, bosh og'rigi, holsizlik, ishtahani yo'qolishi belgilari kuzatiladi. Tomir urishning tezligi tana haroratiga qarab o'zgarib turadi. Ba'zan bemor koma holatiga tushadi. Keyinchalik buyrak, endokard, jigar, ichaklar va taloqda patologik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Mahalliy belgilarga ko'z qovoqlarining shish, shishni ko'zning boshqa qismlariga tarqalishi, ko'z shilliq pardasida serozli yoki gemorragik xemoz, ekzoftalm, ko'z olmasini old va yon tomonga siljishi, harakati keskin cheklanganligi va og'rishi, ko'rish o'tkirligini pasayishi kabi belgilar kiradi.

**Tashxis.** Rinogen sepsis tashxisini qo'yish uchun bemor shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari, rinoskopiya, rentgenografiya, diagnostik burun yondosh bo'shliqlarini teshib ko'rish va kompyuter tomografiya tekshiruv natijalariga asosan qo'yiladi. Bemorda sinusit aniqlanganda ikkilamchi sepsis, ya'ni rinogen sepsis tashxisi qo'yiladi. Bemorda isitmani 5 kundan ortiq davom etishi, uni hech bir sababsiz ko'tarilib, tushishi, bemorda qaltirash, terlash sepsis kasalligidan darak beradi. Sepsisni va ko'z kosasi qon tomirlari tromboflebiti va ko'z kosasi flegmonasidan farqlash qiyin emas. Agar ko'z kosasi qon tomirlarining tromboflebitida ekzoftalm, ko'z qovoqlarining shishi, xemoz, ko'rish qobiliyatini pasayishi, shox pardani zararlanishi, ko'z tubi venalarining kengayishi kuzatilsa, flegmonada mahalliy og'riq keskinroq bo'ladi, ko'z kosasida aylana shish paydo bo'ladi, shish maydoni igna yordamida teshib ko'rilganda undan yiring va tiniq suyuqlik oqadi, klinik manzara odatda o'zgaruvchan bo'ladi. Aniq tashxis qo'yish uchun tana harorati baland bemordan har 1 soatda 20 - 30 ml dan 3 marta bakteriologik tekshiruv uchun qon olinadi. Qonda leykotsitoz yoki leykopeniya, trombositopeniya, bakteriologik tekshiruvning musbatligi rinogen sepsis tashxisini tasdiqlaydi.

**Davolash.** Albatta infeksiya o'chog'ini sanatsiya qilish kerak bo'ladi, maqsadli antibiotikoterapiya, antikoagulyantlar, elektrolitlarni quyish, qon-tomir dori vositalari, vitaminlar yuborish kerak bo'ladi.

## 7. ZAMONAVIY ENDONAZAL ENDOSKOPIYA JARROHLIK USULLARI

Oxirgi yillarda endoskopiya (funksional) mikrojarrohlik usullari amaliyotga keng tadbiiq etilmoqda. Bunday jarrohlik amallari burun bo'shlig'i shilliq qavati va burun anatomik tuzilmalariga imkon qadar zarar yetkazmaslik tamoyiliga asoslangan bo'lib, bo'shliqlar tabiiy chiqish yo'llarini tiklash, anatomik tuzilmalarni buzmaslik maqsadini ko'zlaydi.

Burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlarini ko'zdan kechirish va shu sohada diagnostik va jarrohlik amalini bajarish uchun "Karl Storz", "Richard Wolf", "Karl Zeis" firmalari ishlab chiqqan qattiq va egiluvchan endoskoplari, uzun fokusli jarrohlik mikroskopi ishlatiladi. Anatomik jihatdan murakkab tuzilgan burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlarini ko'zdan kechirish uchun optik moslama asbobning yon tomonida joylashgan va ko'rish burchagi 0°, 30°, 70°, 90°, 120°, diametri 4 va 2,7 mm teng endoskoplari ishlatiladi.

Shartli ravishda endoskopiya usulini ikkiga bo'lish mumkin:

- 1) diagnostik endoskopiya usuli;
- 2) jarrohlik endoskopiya usuli.

Diagnostik endoskopiya'ning maqsadi shilliq pardadagi patologik o'zgarishlarni erta aniqlash va sog'lom shilliq parda, burun chig'anoqlari va boshqa anatomik tuzilmalarga zarar yetkazmay kam jarohatli jarrohlik amalini bajarishdan iborat.

Diagnostik endoskopiya'ga bo'lgan ko'rsatmalarga quyidagilar kiradi: burun orqali nafas olishni qiyinligi, burundan ajralma oqishi, hid sezish funksiyasini buzilishi, burundan qayta-qayta sababsiz qon oqishi, burun bo'shlig'i o'smalari, polipozli gaymoroetmoiditlar, eshituv nayi faoliyatining buzilishi, sababsiz bosh og'rig'i, jarrohlik amalidan oldin tekshirish va jarrohlik amalidan so'ng davolash samarasini nazorat qilish, foto- va videohujjatlarning zarurligi va boshqalar. Bir so'z bilan aytganda, burun va burun yondosh bo'shliqlarining deyarli barcha kasalliklarda diagnostik endoskopiya'ni qo'llash mumkin.

Endoskopiya tekshiruvdan oldin burun bo'shlig'i tozalanishi, kerak bo'lsa shilliq pardaga qon tomirlarni toraytiruvchi dorilar, og'riqsizlantirish maqsadida anestetik dori vositalari surtiladi. Amalda ko'pincha optikasi "0" ga teng qattiq endoskop ishlatiladi.

Burun bo'shlig'i endoskopiya tekshiruvi uch bosqichda olib boriladi:

-*Birinchi bosqich.* Burun bo'shlig'i dahlizi va umumiy burun yo'lini ko'zdan kechirish. Ko'zdan kechirilgandan so'ng endoskop burun bo'shlig'ining tubi bo'ylab burun-halqum tomon siljtiladi. Pastki burun chig'anog'i shilliq pardasini holati baholanadi, ba'zan burun-ko'z yoshi kanalining teshigi ko'rinadi, yuqori jag' bo'shlig'ida ilgari kengaytirilgan jarrohlik amali bajarilgan hollarda pastki burun yo'li va yuqori jag' bo'shlig'i orasida hosil qilingan yo'l ko'zdan kechiriladi. Endoskopni yanada chuqurroq siljitganda pastki burun chig'anoqlarining orqa qismlari, eshituv nayining halqum teshigi, burun-halqum gumbazining holati baholanadi, adenoidlar bor-yo'g'ligi va hajmi aniqlanadi.

-*Ikkinchi bosqich.* Endoskop yordamida o'rta burun yo'li ko'zdan kechiriladi. Buning uchun ba'zan o'rta burun chig'anog'ini ichkari tomonga siljitishga to'g'ri keladi. Ilgaksimon o'simta, katta g'alvirsimon pufak, yarimoy tirqish, g'alvirsimon qadoqcha ko'zdan kechiriladi, o'rta burun chig'anog'i shilliq pardasining giperplaziyasi va osteomeatal kompleks blokadasining darajasi aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'ining tabiiy yo'lini ko'rish imkoni bo'lmaydi, chunki u odatda ilgaksimon o'simtaning erkin cheti orqasida joylashgan bo'ladi.

-*Uchinchi (yakuniy) bosqichda* yuqori burun yo'li va hid bilish tirqishi ko'zdan kechiriladi. Ba'zan yuqori burun chig'anog'i va orqa g'alvirsimon kataklarning chiqish teshiklarini, yuqori burun chig'anog'i orqa qismining orqasida ponasimon bo'shliqning chiqish teshigini ko'rsa bo'ladi. Aniqroq ko'rish uchun optikasi 30° va 70° teng endoskoplarni ishlatish tavsiya qilinadi.

Yuqori jag' bo'shlig'i diagnostik endoskopiya quyidagi maqsadda bajariladi:

- yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishida topik tashxisni aniqlash;
- yot jismni chiqarib olish;
- turli davolash muolajalarini o'tkazish (terapevtik sinusoskopiya).

Ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'i endoskopiya (sinusoskopiya) bo'shliqning old devori orqali bajariladi. Muolaja qoziq tish chuqurchasi va ko'z osti nervi (uch shoxli asab tolasining birinchi shoxchasi) sohasidagi yumshoq to'qimalarni mahalliy og'riqsizlantirish ostida yumshoq to'qima kesiladi va siljtilib, suyak to'qima topiladi. Yuqori jag' bo'shlig'ini teshish uchun mo'ljallangan maxsus diametri 4 mm ga teng gilzali troakar yordamida bo'shliqning old devori to'rtinchi va beshinchi

tish ildizlari sohasida aylanma harakatlar bilan yengil teshiladi. Keyin gilza yorig'iga 0-70° optikali endoskop kiritilib, bo'shliq devorlari ko'zdan kechiriladi, shilliq parda holati baholanadi, zarur bo'lganda to'qimalarda biopsiya tekshiruvi uchun material olinadi, kista va yallig'lanish o'smalari olib tashlanadi. Tekshiruv tugagandan so'ng troakar gil'zasi yana aylanma harakatlar bilan chiqarib olinadi va jarohat maydonini tikmay turib aseptik boylam qo'yiladi. Bemordan biroz vaqt davomida burnini qoqmaslik buyuriladi, chunki u bu holda teri ostiga havo kirishi va teri osti emfizemasi rivojlanishi mumkin.

***Endoskop yordamida burun va burun yondosh bo'shliqlari sohasida bajariladigan jarrohlik amallariga ko'rsatmalar va bajarish qoidalari***

Endonazal endoskopiya jarrohlik usulini XX asrning 70-yillarida professor Messerklinger ishlab chiqdi. Burun bo'shlig'i kasalliklariga burun yondosh bo'shliqlarining tabiiy yo'llari va burun bo'shlig'i tashqi devorining tor tirqishlari sohasidagi rivojlangan patologik o'zgarishlar sabab bo'ladi. Burun bo'shlig'ining tabiiy tor joylari, xususan osteomeatal kompleks maydoni, burun yondosh bo'shliqlarining faoliyatini me'yorda ushlab turadi.

Sog'lom kishida burun bo'shlig'i shilliq pardasining kuchli himoya mexanizmi - mukotsilliar klirensi tufayli osteomeatal kompleks infeksiyaga chidamli bo'ladi. Shish, burun to'sig'i qiyshiligi, burun chig'anoqlari giperplaziyasi hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan ikki qarama-qarshi tomondagi shilliq pardalarni bir-biriga tegib turishiga, natijada ushbu maydonda epiteliy to'qima tuklarining harakati sekinlashadi yoki butunlay to'xtaydi, natijada shilliq pardaning mukotsiliar faoliyati yo'qoladi, shilimshiq ajralma chiqarilmay, burun bo'shlig'ida to'planib qoladi. Shu tariqa yallig'lanish jarayonini burun yondosh bo'shliqlariga tarqalishiga sharoit yaratiladi. Shuning uchun endoskopiya usuli burun yondosh bo'shliqining asosiy maydonlarida minimal hajmdagi jarrohlik amallarini bajarishga va burun bo'shlig'i shilliq pardasini maksimal darajada asrashga yordam beradi.

*Funksional endoskopiya jarrohlik amaliga ko'rsatmalar:*

- surunkali serozli va ekssudativ sinusit;
- chegaralangan polipozli sinusit;
- bo'shliqlarni zamburug'li yallig'lanishi;

- bo'shliq kistasi;
- bo'shliq yot jismi;
- osteomeatal kompleks suyak to'qimasini bo'rtib chiqishi, shilliq parda giperplaziyasi;
- ko'z yoshi oqishi bilan kechgan ko'z yoshi qopchasi va burun-ko'z yoshi kanalarining patologiyasi (dakriotsistorinostomiya).

*Endonazal endoskopiya jarrohlik amaliga qarshi ko'rsatmalar:*

- kalla ichi va orbital rinogen asoratlar;
- burun va burun yondosh bo'shliqlari o'smalari;
- burun yondosh bo'shliqlari sohasining osteomieliti;
- burun yondosh bo'shliqlarda ilgari bajarilgan jarrohlik amaldan so'ng tabiiy teshiklarni chandiq va suyak to'qimasi bilan yopilishi.

*Jarrohlik amalini bajarish texnikasi.* Endonazal endoskopiya jarrohlik amalining bir nechta usullari mavjud.

*Messerklinger usulida* bajariluvchi jarrohlik amali keng qo'llanadi. Bunda jarrohlik amali bosqichma-bosqich bajariladi va barcha burun yondosh bo'shliqlardagi patologik o'zgargan maydonlar navbatma-navbat tozalanib, mavjud bo'lgan nuqsonlar bartaraf qilinadi. Dastlab ilgaksimon o'siq, keyin katta g'alvirsimon pufakcha, g'alvirsimon bo'shliqning old katakchalari, g'alvirsimon qadoqcha, yuqori jag' bo'shlig'ining tabiiy chiqish teshigi kengaytirilib, oxirida ponasimon bo'shliq ochiladi.

*Vigand usulida* jarrohlik amali burun bo'shlig'ining chuqur bo'limlaridan, xususan ponasimon bo'shliqdan boshlanadi, keyin g'alvirsimon boshliqning orqa va o'rta katakchalari ochiladi, infundibulotomiya qilingandan so'ng nihoyat g'alvirsimon bo'shliqning old katakchalari ochiladi, ya'ni jarrohlik amali avval orqa, keyin old bo'shliqlarda bajariladi. Bundan tashqari Vigand jarrohlik amali ko'p jihatdan radikal jarrohlik amalining xususiyatlariga ega, xususan unda g'alvirsimon bo'shliq katakchalari to'liq ochilib, yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishining deyarli barcha shakllarida pastki burun chig'anog'i ostidan yuqori jag' bo'shlig'iga ochiluvchi yo'l hosil qilinadi. Hozirgi kunda Xeerman tamoyillari kasalxona sharoitida burun va burun yondosh bo'shliqlarida mikroskop ostida bajariladigan jarrohlik amallarining standarti sifatida qabul qilindi.



*Burun mikrojarrohlik amallarida Xeerman tamoyillari*

Jarrohlik amallig <sup>a</sup> tayyorgarlik	Jarroh	Anatomiya'ni chuqur o'rganish va kamida 50 ta o'liklarda sinab ko'rish
	Promedikatsiya	Peroral 1-2 mg flunitrazepam (rogipnol)ni jarrohlik amalidan bir soat oldin bemorga ichirish
	Nazoratli gipotenziviyali og'riqsizlantirish	N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub> (50:50-70:30) anesteziya, propofen (dizoprivan) yoki izofluran. Analgeziya: fentanil yoki alfentanil (doimo kerak). Gipotenziya (imkon qadar 70-90 mm.sim.ust.) kattapresan (jarrohlik amalining boshida) va yoki nitratlar (keksa yoshdagi bemorlarga)
Asosiy uskunalari	Yarim o'troq holat (Fouler bo'yicha)	Qulayliklari: 1) qon bosh sohasidan qo'l oyoqlarga tarqaladi; 2) jarrohlik amali paytida qon kam yo'qotiladi; 3) bemor oyoqlarini yuqoriga ko'tarish yoki pastga tushirish bilan qon bosimini o'zgartirish mumkin.
	Jarrohlik stoli boshqariladigan bo'lishi kerak	Hamshira jarrohning xohishiga qarab stol holatini o'zgartirishi mumkin bo'lsin
	Binokulyar mikroskop (300 mm linza)	Burun bo'shlig'ining hatto chuqur qismlari o'lchamlarini stereoskopik ko'zdan kechirish. Ilib qo'yilgan mikroskop harakatchan bo'lib, jarroh o'ziga kerakli yo'nalishda harakatlantira oladi.
	Endoskop 30 °	Mikroskop bilan ko'zdan kechirish mumkin bo'lmagan may-

		donlarni ko'zdan kechirish uchun ishlatiladi.
Jarrohlik muolajalari	Burun to'sig'i	Shilliq osti septoplastikasi (burun to'sig'ining yuqori va orqa qismlarida ayniqsa zarur)
	Burun chig'anoqlari	Pastki burun chig'anoqlari orqa uchlarining rezeksiyasi, ammo o'rta burun chig'anoqlarini saqlagan holda yoki ularning faqat lateral uchlarini kesib olish uchun.
	Yuqori jag' bo'shliqlari	Yuqori yoki yuqori va pastki fenestratsiyaga ko'rsatmalar sinuskopiyada tasdiqlangan. Kengaytirilgan yuqori fenestratsiya bajariladi. Ikkilamchi kengaytirilgan pastki fenestratsiya mikroskop va endoskop nazorati ostida bo'shliq ichidagi ajralmani to'liq chiqarib tashlash imkonini beradi
	Ponasimon bo'shliq va g'alvirsimon labirint katakchalari	Anatomik tuzilishiga qarab yuqori septoplastikaga zarurat tug'ilishi mumkin. Pastki burun chig'anog'i lateral tomonga, o'rta burun chig'anog'i esa medial tomonga siljirilishi lozim. Keyingi qadam o'rta burun chig'anog'iga qarab (jarrohlik amalini o'rta burun chig'anog'idan lateral tomonda bajarish xavfsizroq) jarrohlik amalini (qisman yoki to'liq etmoidotomiya, sfenoidotomiya) bajarish mumkin bo'ladi.
	Old peshona bo'shliqlari	Dastlab burun to'sig'ida jarrohlik amali va etmoidotomiya'ni bajargandan so'ng agger nasi kesib olinadi. Bu peshona bo'shliq-

		<p>larining teshiklarini bevosita ko'rish va o'tkir infeksiyada III va IV Ritter -zondlari yordamida drenaj qilib, bo'shliqdan patologik ajralmani to'liq olib tashlash imkonini beradi. Osteomalarda qo'shimcha bevosita osteoplastika kerak bo'ladi. Peshona bo'shlig'i hech qatshon yog' kletchatkasi yoki boshqa to'qima bilan yopilmaydi.</p>
	Burundan qon oqishi	<p>Bipolyar kauterlash burunning old bo'limlarida qo'llanadi. Qon burunning yuqori orqa bo'limlaridan og'ayotganda qisman etmoidotomiyadan so'ng suyak kanaliga kiritilgan monopolyar ignalar yordamida etmoidal arteriyalar kauterizatsiyasi bajarilishi mumkin. Bu usul doimo ijobiy natija beradi.</p>
	Burundan orqa miya suyuqligini oqishi	<p>Kichik nuqsonlarda fassiyalar yoki keng son fastsiyasi transplantant sifatida ishlatiladi; burun-peshona kanali yopilishini oldini olish uchun burun to'sig'i yoki quloq suprasi tog'ayi parchasi ishlatiladi. Yirik nuqsonlarda qo'shimcha bevosita peshona orqali shisha probkasi shaklida yo'l hosil qilish talab qilinadi, kesilgan qovurg'a tog'ayi ishlatiladi.</p>
	Ko'z yoshi qopchasi	<p>Burun to'sig'i old yuqori bo'limlarining shilliq osti rezeksiyasi va old etmoidotomiya kerak bo'ladi. Ko'z yoshi qopchasining suyak devorini olib tashlash uchun dastasi o'ng to-</p>

		<p>monga qayrilgan iskana ishlatiladi. Ko'z yoshi qopchasi kesilib, pastki ko'z yoshi kanali kengaytiriladi.</p> <p>Cho'zilgan torayishda, tug'ma aplaziya plastik protezlash usuli qo'llanadi.</p>
--	--	---

Endoskopiya jarrohlik amallarining o'ziga xos xususiyati shundan iboratki, ular doimiy ko'z nazorati ostida, harakatlarni yuqori darajada aniq va a'zoning anatomik tuzilishi va fiziologik faoliyatini saqlagan holda bajariladi, qon ketishiga, patologik o'zgarmagan shilliq pardani saqlab qolishga yordam beradi.

## 8. DAKRIOTSISTIT

Umumiy ko'z kasalliklarining ichida dakriotsistit 2% dan 7,67% ni tashkil etadi. Boshqa olimlarning fikricha ambulator ko'z kasalliklar ichida 9,2% ni va statsionar kasalliklar ichida 6,8% ni tashkil etadi (Cherkunov B.F., 2001).

Ko'z yosh qopi to'g'ridan to'g'ri burun ko'z yosh kanaliga davom etadi, shuning uchun shu sohadagi yallig'lanish kasallikka taalluqli hisoblanadi.

**Dakriotsistit**- ko'z yosh qopining yallig'lanishidir. Bunda burun ko'z yosh kanalining o'tkazuvchanligini buzilishi, natijasida ko'z yosh qopida yoshni ushlanib qolishi va ushlanib qolgan yoshda turli mikroorganizmlarni ko'payishiga sharoit tug'iladi.

Yiringli jarayonda infektsiyani kon'yunktival bo'shliqqa tushish manbai bo'lib xizmat qiladi. Shuning uchun ham dakriotsistit shox pardaning yarali kasalliklarida va ko'zning ichki jarohatli infektsiyalarida asosiy sabab bo'lib xizmat qiladi.

Ayollarda dakriotsistit 6-10 marta erkaklarga nisbatan ko'p uchraydi. Buni ko'z yosh o'tkazuvchi yo'llarni anatomofiziologik o'ziga xosligi bilan tushuntiriladi.

## Patologik anatomiya

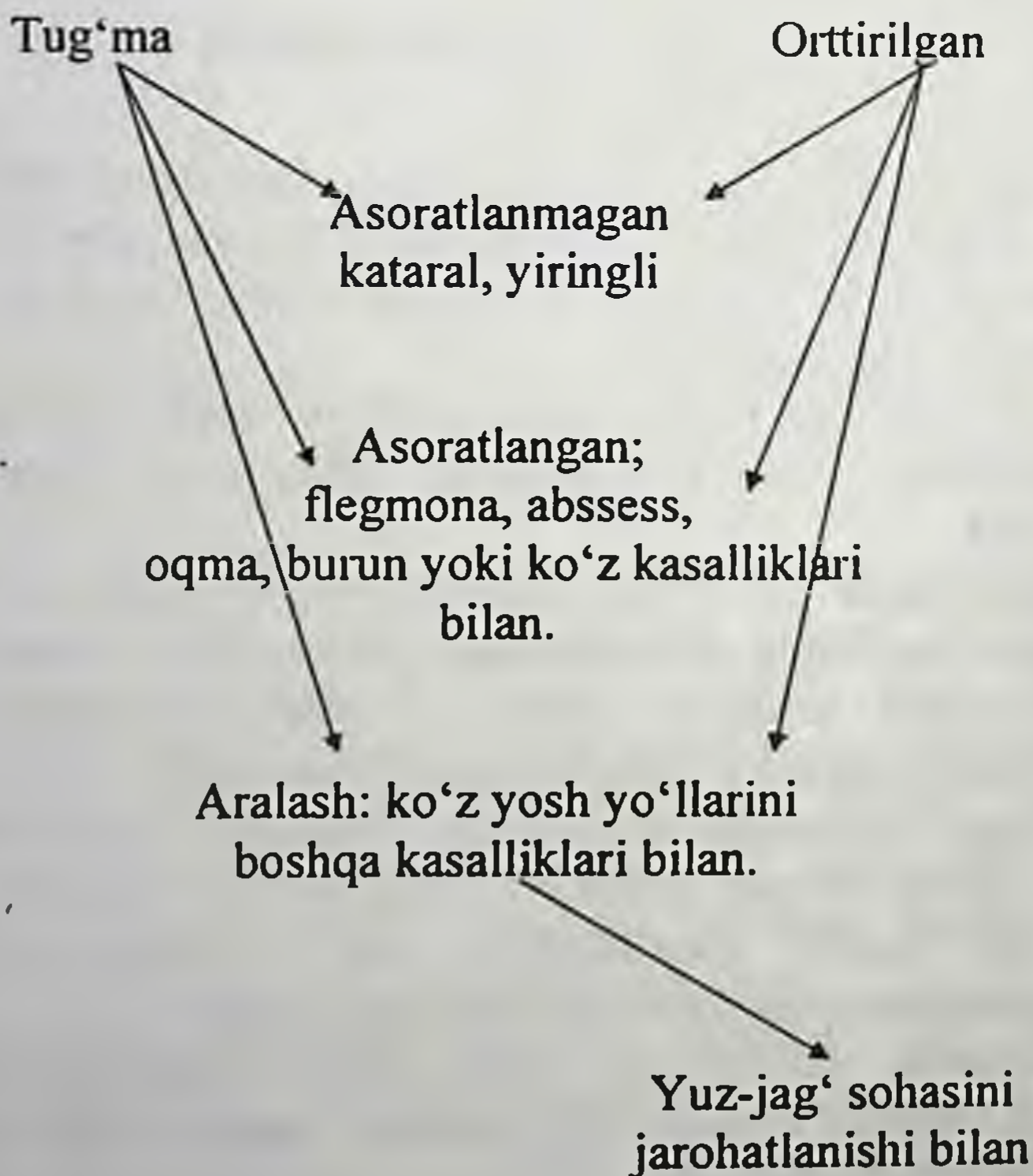
Dakriotsistit burun ko'z yosh kanalining to'liq yoki qisman, vaqtinchalik yoki doimiy berkilib qolishi hisobiga kelib chiqadi.

Ko'z yosh qopini yallig'lanishining boshlang'ich davrida odatdagidek belgilar kuzatiladi: qon tomirlarni kengayishi, silindrik hujayralarni joylashuvining buzilishi, polinuklearlar bilan shilliq ostini bo'kishi kuzatiladi.

Burun ko'z yosh kanali toraygan yoki shish hisobiga to'liq berkilgan. Shu davrda ko'z yosh qopining ichidagi suyuqlik xarakteri kulrang tusda va shilliqdan tashkil topgan, epiteliy albumin massasi va kam miqdorda limfotsit bilan ajrab chiqadi.

### Dakreotsistitning tavsifi.

V.G. Beloglazov bo'yicha, 1997 y.



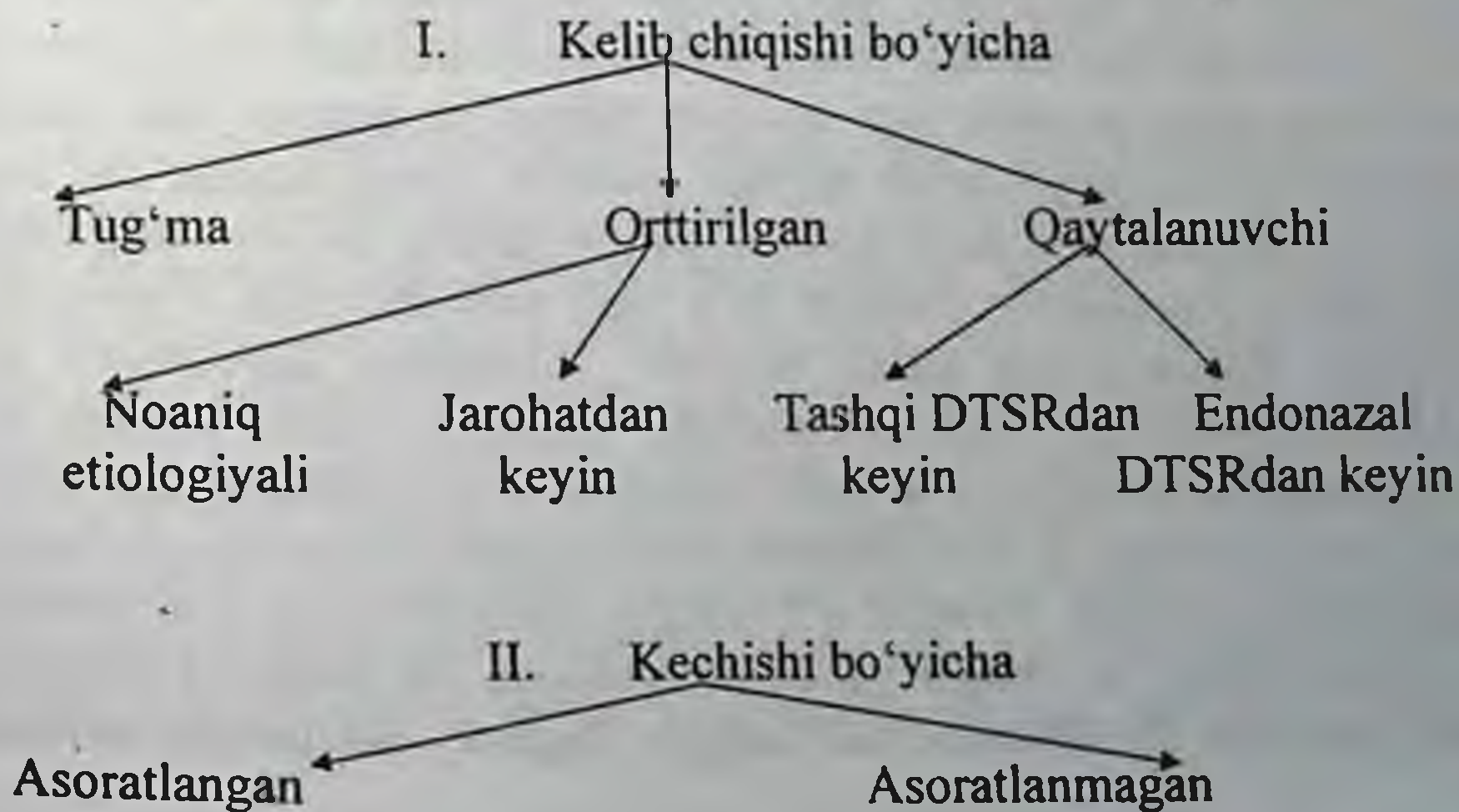
Yiringli dakreotsistitda shilliq qavatini va epiteliyal qavatni leykotsitlar va limfotsitlar bilan bo'kishi kuzatiladi. Ko'p miqdorda ko'z

yosh qopida kuzatiladi. Yiringli sekretni va toksinlarni ko'z yosh qopida to'planishi hisobiga epiteliyni o'zgarishi kuzatiladi, keyinchalik shilliq osti qavatda ham nekrotik o'zgarishlar kuzatiladi. Bu o'zgarishlar ko'z yosh qopining devorida yaralarni hosil bo'lishiga olib keladi. Shu nuqsonli joylardan infektsiyalar atrof to'qimaga o'tib flegmonani keltirib chiqarishi mumkin. Tashqariga yiringni teshib chiqishi ko'pincha ko'z yosh qopidan burun ko'z yosh kanaliga o'tadigan soha hisoblanadi.

**B.F. Cherkunov bo'yicha dakriotsistitlarni klinik shakllari.**

- 1) O'tkir dakriotsistit
- 2) Surunkali dakriotsistit;
  - A. Kataral oddiy,
  - B. Kataral ektotik,
  - V. Ko'z yosh qopining yiringli ektatik-empiemasi
  - G. Yiringli, flegmona bilan asoratlangani (ko'z yosh qopining flegmonasi).
  - D. Stenozlangan (quruq, adgezivli)
- 3) Go'daklar dakriotsistiti;
  - A. Kataral,
  - B. Ektatik,
  - V. Yiringli,
  - G. Flegmanoz.

**G.K. Babaxanov bo'yicha, 1998 y.**



1. Kataral
2. Yiringli

1. Flegmona
2. Abssess, oqma
3. Ko'z va burun asoratlari

### III. Bog'liqligi bo'yicha

Yuz-jag' sohasini jarohat va nuqsonlari bilan

Ko'z yosh o'tkazuvchi yo'llari va LOR a'zolarining boshqa kasalliklari

**Klinikasi.** Eng xarakterli belgilari bo'lib ko'z yosh oqishi va ko'z yosh kanalchalarining teshigidan yiring chiqishi hisoblanadi. Ko'pincha ko'z ichki burchagida shishni aniqlasa bo'ladi. Bu ko'z yosh qopining ektaziyasi hisobiga kelib chiqadi. Ko'z yosh qopini kengayishi burun ko'z yosh kanalida uzoq vaqtdan beri shish borligidan dalolatdir, lekin ko'z yosh kanalida stenoz bo'lishi shart emas. Kengaygan qop shishgan, taranglashgan, og'riqli, dumaloq kistasimon shaklda ko'zning ichki burchagi teri ostida joylashadi. Shishgan sohaning ustidagi teri yupqalashgan bo'ladi. Kengaygan qopning ichidagi suyuqlik ko'pincha shilliq aralashgan yiring bo'ladi. Bu eksudat infektsiya va toksinlar ta'sirida ko'z yosh qopidagi qadaqsimon hujayralarni ta'sirlashi natijasida yuzaga keladi. Agar ko'z yosh qopi barmoq bilan bosib ko'rilsa ko'z yosh nuqtalaridan yiring ajrab chiqishini ko'rish mumkin bo'ladi.

Dakriotsistitda ko'p miqdorda ko'z yosh va yiring oqishi nafaqat noqulay sharoit tug'diradi, balki estetik kamchilikka ham sabab bo'ladi. Ko'z yosh qopidan doimiy yiring oqib turishi surunkali kon'yunktivitga, blefaritga, shox pardada yara hosil bo'lishiga va qisman yoki butunlay ko'rishni yo'qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Uzoq muddat cho'zilgan yallig'lanish jarayoni ko'z yosh qopining shilliq qavatini atrofiyasiga olib kelishi mumkin va natijada ko'z yosh qopi cho'zilib, u yerda tiniq suyuqlik to'planishiga sabab bo'ladi. Surunkali dakriotsistit shox pardani yaralanishi bilan asoratlanishi mumkin. Yallig'lanishni atrof to'qimadagi kletchatkaga tarqashi natijasida o'tkir dakriotsistitni keltirib chiqarishi mumkin. O'tkir dakriotsistitni kechishi ko'pincha qaytalanish bilan amalga oshadi. Yiringni o'z holicha ochilishi tashqi (yuz sohasida) va ichki (burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlari) oqmalarga sabab bo'ladi. Bu davrda o'tkir belgilar tugaydi, dakriotsistit surunkali

yiring xarakteriga ega, oqmadan vaqti-vaqti bilan shilliq va yiring chiqib turishi mumkin.

**Tashxis.** Bunday bemorlarga obyektiv tekshiruvdan tashqari burun sinamasi o'tkaziladi. Burun bo'shlig'ini endoskop bilan tekshiriladi. Rentgen va KT amalga oshiriladi.

**Davolash.** Dakriotsistitlar ikki xil usulda: konservativ va jarrohlik usulida davolanadi.

Konservativ davoga antibiotiklar, fizioterapevtik muolajalar, kanyulya orqali antibakterial dori vositalari bilan yuvish va har xil kalibrdagi zondlar bilan ko'z yosh kanallarini zondlash kiradi. Lekin davolashning samaradorligini ko'rsatib beradigan usul jarrohlik usulidir.

Jarrohlik usulida davolash ham ikki usulda amalga oshiriladi.

**Tashqi yo'l usulida jarrohlik amaliyoti.** 1994 yilda birinchi bo'lib italiyalik vrach Toti tomonidan dakriotsistitlarni jarrohlik amaliyotida davolashni tavsiya etgan. Ko'z qopiga tashqi yo'l bilan ko'z yosh qopi bilan burun shilliq qavatiga yo'l ochishni amalga oshirgan. Bu usulning kamchiligi bo'lib burun shilliq qavatiga va ko'z yosh qopiga chok qo'yilmasligi sababli yo'l granulyatsiya bilan to'lishi kuzatiladi (Dobromilskiy F.I., Sherbatov I.I., 1961). Bu usulni effektivligini yetishmasligi va jarohatligini hisobga olinib, bu usulni bir nechta takomillashgan yo'llari ishlab chiqildi. Bunga jarrohlik amaliyotida ikkita bosqich- suyak trepanatsiyasi va teshikni shakllantirish qo'shildi (Sultanov M.Yu., Tagidze N.S., 1994). Iskana va bolg'achani bosh miya chayqalishi o'tkazgan bemorlarda qo'llash qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Bu ko'rsatma yuqori o'qli miopiyalarda va afaksiyalarda ham xizmat qiladi, bo'lmasa to'r pardani ko'chishi kuzatilishi mumkin (Shaxmalov Sh.A., Beloglazov V.G., 1969., Volkov V.V., Sultanov M.Yu., 1975).

**Endonazal dakriotsistorinostomiya.** Ko'z yosh kanallarini burun ichi jarrohlik usulida amalga oshirish XX asr boshlarida taniqli bo'lib ketdi. Endonazal dakriotsistorinostomiyalarda haqiqiy muvaffaqiyat Vest va Poliak tomonidan amalga oshirilgan. Ular bir biridan bilmagan holda yangi printsiplarni ishlab chiqishga muvaffaq bo'ldilar. Bularni ishi ko'z yosh qopini burun devorini keng qilib olishdan va domiy burun bilan ko'z yosh qopiga yo'l ochib qo'yishdan iborat bo'lgan. Bunga erishish uchun ular burunning shilliq qavatini bir qismini va ko'z yosh chuqurchasi suyak qismini ham olib tashlashdi. Vest jarrohlik amaliyoti quyidagi 3 ta bosqichdan iborat: burun shilliq qavatini rezeksiyasi, suyak



qismini rezeksiyasi va ko'z yosh qopining devorini rezeksiyasidan iborat.

Adabiyotlarda endonazal dakriotsistorinostomiya jarrohlik amaliyotining samaradorligi 95,5%- 98,5% ni tashkil etadi (Bakshteyn F.S., Konyuxov N.K., Shamxalov Sh.A., Beloglazov V.G).

Bu kasallikni asosan jarrohlik amaliyotidan keyin qaytalanishi ko'proq sun'iy yasalgan teshik sohasini granulyatsion to'qima bilan o'sishi va chandiqlanishi sabab bo'ladi.

Jarrohlik amaliyoti 3 ta bosqichdan iborat:

1. *Bosqich.* O'roqsimon skalpel bilan burun bo'shlig'i lateral devorining, ya'ni o'rta burun chig'anog'ining oldingi qismi va agger nasi  $\Pi$ -simon kesiladi. Shu sohaga jarroh infiltratsion anesteziya qilayotganda "bo'shliqqa tushish" hissini his qiladi. Burun to'sig'iga ishlatiladigan raspator bilan shilliq qavat suyakdan ko'chiriladi. Shilliq qavatdagi 10x8 mml soha pastga yoki orqaga loskut uchun surilib saqlanib qoldiriladi. Burun lateral devorida yuqori jag' suyagining peshona o'simtasi va ko'z yosh suyagigacha ochiladi. Ko'z yosh chuqurchasiga to'g'ri mo'ljal olib Bauman to'mtoq zondi bilan ko'z yosh qopini zondlanganda lateral devorda ko'z yosh suyaklarini harakatini ko'rish mumkin. Shundan so'ng pastki ko'z yosh nuqtasi orqali kanalcha zondlanadi.

2. *Bosqich.* Ko'z yosh qopini taxminan aniqlab olinganidan so'ng stomatologik bor mashina bilan ko'z yosh suyagi va yuqori jag'ning peshona o'sig'i teshiladi. Ko'z chuqurchasining kattaligi taxminan 12 mm ga teng. Ko'z yosh qopining pastki qisminig suyak qismida 8x10 mml sun'iy teshik shakllantiriladi.

3. *Bosqich.* Bauman zondini yuqorigi va pastki ko'z yosh nuqtalari orqali ko'z yosh qopiga olib borish kerak. Zondning uchi ko'z yosh qopiga yetib borganida burun lateral devoridan ko'z yosh qopi bo'rtib chiqadi. Bu sohada ko'z yosh qopi o'roqsimon skalpel bilan  $\Pi$ -simon kesilib, kesmaning asosi suyak qismiga qaragan bo'lishi kerak. Pastki ko'z yosh nuqta orqali ko'z yosh yo'llari to'mtoq ko'z ignasi bilan yuviladi. U yerdagi suyuqlik yuvib chiqariladi. Eng muhim jarayon bo'lib ko'z yosh yo'lining plastikasi hisoblanadi. Burun shilliq qavati loskuti bilan ko'zning orqa suyak qismi berkitiladi, uni ko'z yosh qopi sohasiga yo'naltiriladi, ko'z yosh qopining loskuti esa burun kirish qismiga qarab yo'naltiriladi, yo'lining oldingi suyak qismi yopiladi.

Jarrohlik amaliyoti pastki ko'z yosh kanal orqali kateter yoki leska yordamida bujlash kengaytirish bilan tugatiladi. Bujlash 7-10 sutka ushlanadi.

## Foydalanilgan adabiyotlar

1. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис ЙА.А., «Оториноларингология руководство», – Санкт-Петербург, 2009 г.
2. Гапанович А., Александров В.М., «Оториноларингологический атлас», В – Минск, 1989г
3. Dadamuxammedov A., Omonov SH. «Bolalar otorinolarin-gologiyasi», Toshkent, 2005.
4. Дискаленко В.В., Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю (под редак-стией М.С.Плужникова), «Оториноларингология для врачей общей практики», СПб, Манускрипт, 1997г.
5. Исхаки Ю.Б., Калштейн Л.И., «Детская оториноларинголо-гия», Душанбе, Маораф, 1977г.
6. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л., «Опухоли ЛОР органов», М., Медистина, 1979г.
7. Мишенкин Н.В., Драчук А.И., Иванова Л.И., Дашкевич Ю.М., Носков А.Л., Лисовская М.П. «Клиническая оториноларин-гология». Учебное пособие Омск, 1990г.
8. Muminov A.I. «Quloq, tomoq va burun kasalliklari» Toshkent 1994
9. Овчинников В.О. «Оториноларингология для медистинских вузов», , М., Медистина, 1997г.
10. Палчун В.Т., Крюков А.И., «Оториноларингология», Моск-ва, «Литера», 1997г.
11. Палчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А., «Отоинноларингология», Москва, «ГЕОТАР-Медиа», 2008 г.
12. Палчун В.Т. «Болезни уха, горла и носа» атлас Москва 1991
13. Под редакстией Плужникова М.С., «Ситуастионные задачи по оториноларингологии», Санкт-Петербург, 1998г.
14. Под редакстией Погосова В.С. «Атлас по оперативной ото-риноларингологии», , М., Медистина, 1983г.
15. Солдатов И.Б., «Лекстии по оториноларингологии», М., Медистина, 1990г.
16. Солдатов И.Б., «Руководство по оториноларингологии», М., Медистина, 1997г.
17. Франстузов Б.Л., Франстузова С.Б., «Лекарственная тера-пия заболеваний уха, горла и носа», Киев, 1988г.
18. Xasanov S.A., Voxidov N.X., «Quloq, tomoq va burun kasallik-lari» Toshkent 2008

19. Ходжаева К.А. «Практическая оториноларингология», Ташкент, 2005г
20. Щеврыгин Б.В., «Детская оториноларингология», М., Медистина, 1996г.
21. Щустер М.А., Калина В.О., Скумаков Ф.И., «Неотложная помощь в оториноларингологии», М., Медистина, 1989г.
22. «Медистинский журнал Узбекистана», периодический научно-популярный журнал, Ташкент.
23. «Стоматология», периодический научно-популярный журнал, Ташкент
24. «Diseases of the Ear, Nose and Throat», P.D. Bull, Blackwell Science, 1996.
25. «Hall & Colman's Diseases of the Ear, Nose and Throat», Martin Burton, Churchill Livingstone, 2000
26. «Diagnostic picture tests in Ear. Nose & Throat», T.R. Bull, Wolfe medical publication LTD, 1990
27. «Ear, Nose and Throat. Head and Neck Surgery», R.S. Dhillon, C.A. East, Churchill Livingstone, 1994

## MUNDARIJA

1. TASHQI BURUN KASALLIKLARI.....	4
1.1. Burun chipdoni.....	6
1.2. Tashqi burunni termik jarohatlari.....	8
2. <i>BURUN BO'SHLIG'İ KASALLIKLARI.</i> .....	10
2.1. Burun to'sig'i qiyshiqligi. ....	10
2.2. Burun to'sig'i gematomasi va ho'ppozi. ....	17
2.3. Burun to'sig'ni teshilishi (perforasiyasi).....	19
2.4. Burun bo'shlig'ida yot jismlar. ....	19
2.5. Burundan qon ketishi. ....	19
2.6. Otkir rinit.....	30
2.7. Surunkali rinit.....	40
2.7.1. Surunkali kattaral rinit. ....	40
2.7.2. Surunkali gipertrofik rinit. ....	43
2.7.3. Surunkali atrofik rinit.....	50
2.7.4. Vazomotor rinit.....	52
2.7.5. Ozena (sassiq tumov).....	58
3. <i>BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI KASALLIKLARI.</i> .....	73
3.1. Yuqori jag' bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi.....	73
3.2. Yuqori jag' bo'shlig'ini surunkali yalliig'lanishi. ....	81
3.2.1. Odontogen gaymorit. ....	96
3.3 Peshona bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanishi.....	100
3.4. Peshona bo'shlig'ini surunkali yallig'lanishi. ....	105
3.5. G'alvirsimon bo'shliqni o'tkir yallig'lanishi.....	117
3.6. G'alvirsimon bo'shliqni surunkali yallig'lanishi.....	119
3.7. Asosiy bo'shliqni o'tkir yallig'lanishi.....	127
3.8. Asosiy bo'shliqni surunklali yallig'lanishi.....	131
3.9. Burun yondosh bo'shliqlarini mukoselesi. ....	136
4. <i>BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI JAROHATLARI.</i> .....	146
5. <i>RINOSINUSOGEN KO'Z KOSASI ASORATLARI.</i> .....	150
5.1. Ko'z kosasi yumshoq to'qimasini reaktiv shishi.....	150
5.2. Retrobulbar kletchatkani yallig'lanishli shishi.....	151
5.3. Ko'z kosasi periostiti. ....	152
5.4. Subperiostal abscess.....	154
5.5. Ko'z qovog'ining abssessi. ....	157
5.6. Ko'z qovog'i va ko'z kosasi devori oqmasi.....	158
5.7. Ko'z kosasi flegmonasi.....	159

5.8. Retrobulbar abscess.....	163
6. <i>RINOSINUSOGEN KALLA ICHI ASORATLARI</i> .....	172
6.1. Rinogen araxnoidit.....	172
6.2. Ekstradural abscess.....	173
6.3. Subdural (qobiq ichi) abssessi.....	174
6.4. Rinogen meningit.....	175
6.5. Miya abssessi.....	178
6.6. G'orsimon sinus trombozi.....	183
6.7. Rinogen sepsis.....	186
7. <i>ZAMONAVIY ENDONAZAL ENDOSKOPIYA JARROHLIK USULLARI</i> .....	188
8. <i>DAKRIOTSISTIT</i> .....	197
Foydalanilgan adabiyotlar.....	202



**X.E.KARABAYEV, SH.E.OMONOV, SH.B.GULYAMOV**

**BURUN VA BURUN YONDOSH  
BO'SHLIQLARINING KASALLIKLARI**

**Toshkent – «Fan va texnologiya» – 2013**

Muharrir:

F.Ismoilova

Tex. muharrir:

M.Xolmuhamedov

Musavvir:

B.Nasritdinov

Musahhih:

M.Hayitova

Kompyuterda  
sahifalovchi:

N. Hasanova

**E-mail: [tipografiyacent@mail.ru](mailto:tipografiyacent@mail.ru) Tel: 245-57-63, 245-61-61.**

**Nashr.lits. AIN<sup>o</sup>149, 14.08.09. Bosishga ruxsat etildi 05.11.2013.**

**Bichimi 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Timez Uz» garniturasini.**

**Ofset bosma usulida bosildi. Shartli bosma tabog'i 12,5.**

**Nashriyot bosma tabog'i 13,0. Tiraji 500. Buyurtma №157.**



**«Fan va texnologiyalar Markazining bosmaxonasi» da chop etildi.  
100066, Toshkent sh., Olmazor ko'chasi, 171-uy.**

**FAN VA**  
**TEKNOLOGIYALAR**

ISBN 978-9943-10-975-9



9 789943 109759