A close-up, high-angle photograph of a human nose, centered in the frame. The nose is the primary focus, with its bridge and nostrils clearly visible. The skin tone is a natural, slightly warm hue. The background is a soft, out-of-focus light blue, which makes the nose stand out. The lighting is even, highlighting the texture of the skin and the shape of the nose.

N.J. XUSHVAKOVA, G.B. DAVRONOVA

**BURUN VA BURUN YON
BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI**

SIMPTOMATIKASI VA TAQQOSIY TASHXISOTI

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

Xushvakova N.J, Davronova G.B.



**BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI
KASALLIKLARI: SIMPTOMATIKASI VA
TAQQOSIY TASHXISOTI**

O'quv qo'llanma

I, II va III kurs magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar uchun

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining
1-noyabr 2023-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "3"- son bayonnomasiga ko'ra
tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



SamDTU
axborot-resurs markazi

UO'K 616.21(075.8)

KBK 56.8ya73

X 85

Xushvakova N.J., Davronova G.B.

Burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklari: simptomatikasi va taqqosiy tashxisoti
[Matn]: o'quv qo'llanma / N.J. Xushvakova., G.B. Davronova; muharrir A.M. Mustafoyev
tarjimon A. Umrzoqov. – Samarqand: Samarqand, 2024. – 96 b.

Tuzuvchilar:

Xushvakova N.J. - Samarkand davlat meditsina universiteti 1-son
Otorinolarologiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Davronova G.B.- Samarkand davlat meditsina universiteti 1-son
Otorinolarologiya kafedrasini v.b.b. dotsenti, PhD

Taqrizchilar:

Shamsiev J.F.- Toshkent davlat stomatologiya instituti Otorinolarologiya
kafedrasini mudiri t.f.d., professor

Xamrakulova N.O.- Samarkand davlat meditsina universiteti, odam
anatomiyasi kafedrasini mudiri, t.f.d, dotsent.

*Meditsina universiteti talabalariga, malaka oshirish kursida o'qiyotgan
kursantlarga, umumiy amaliyot shifokorlari, magistratura rezidentlari va klinik
ordinatorlarga o'quv jarayonida ushbu qo'llanmadan foydalanish tavsiya etamiz.*

ISBN 978-9910-771-40-8

© Xushvakova N.J., Davronova G.B. 2024 y
© Samarqand 2024 y

MUNDARIJA

KIRISH.....	4
BOSH OG'RIG'I.....	5
YUZ SOHASIDAGI OG'RIQ	23
BURUNDAN NAFAS Olishning BUZILISHI	29
BURUN BO'SHLIG'I RIVOJLANISH ANOMALIYALARI.....	35
BURUNNING YALLIG'LANISHLI KASALLIKLARI	35
BURUN YON BO'SHLIQLARINING YALLIG'LANISHLI KASALLIKLARI (SINUSITLAR)	40
BURUN TO'SIG'INING KASALLIKLARI	47
BURUN BO'SHLIG'INING SINEXIYALARI	48
BURUN HALQUM BEZINING GIPERTROFIYASI	48
BURUN VA YON BO'SHLIQLARI INFEKSION GRANULYOMALARI.....	49
BURUNNING JAROHATLARI VA SHIKASTLANISHLARI	50
BURUNDAN QON KETISH	50
BURUNDAN AJRALMALAR AJRALISHI.....	60
HID BILISHNING BUZILISHI	68
EKZOFTALM.....	73
ADABIYOTLAR.....	95

KIRISH

Otorinolaringologiya fanini o'qitadigan professor-o'qituvchilar oldida turgan murakkab vazifa bu – juda qisqa muddat ichida, talabalarga fanning asosiy nazariy ma'lumotlarini yetkazib berish va umumiy amaliyot shifokorining ish faoliyatida zarur bo'ladigan ayrim tashxislash va davolash usullarini o'rgatishdir.

Ushbu qo'llanmada burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklari, simptomatikasi va taqqosiy tashxisoti to'g'risidagi ma'lumotlarni topishingiz mumkin.

Biz o'quv qo'llanmani hajmi jixatdan ixcham, konkret qilishga harakat qildik, hamda muhim amaliy savollarga ko'proq ahamiyat qaratdik. Biroq shifokor faoliyatini muhim bir qismi bo'lgan yana bir jixat borki, bu uncha katta bo'lmagan va jiddiy shifokor xatolaridan xoli bo'lish bo'lib – bu har bir shifokorning o'zi uchun qonun ishlab chiqishga undamog'i zarur: har bir bemorga, o'z qarindoshi yoki yaqin kishisiga bo'lganday munosabat qilish kerak.

Har bir tibbiyot instituti studenti – bo'lajak tibbiyot xodimi, yuqori malakali, ajoyib va mohir shifokor bo'lishni va albatta xatolariga yo'l qo'ymaslikni hohlaydi.

O'z shifokorlik faoliyatini otorinolaringologiya sohasiga bag'ishlashni istovchilar uchun, hozirga qadar juda ko'plab darslik va qo'llanmalar, kitoblar, atlas va monografiyalar chop etilgan. Albatta, biz ishonamizki, bizning kamtarona mehnatimiz ham nafaqat foydali bo'ladi, balki ayrim studentlarni ajoyib mutaxassislik - otorinolaringolog bo'lishga qiziqтираsa ajab emas.

BOSH OG'RIG'I

Klassik ilmiy ta'rifga ko'ra, og'riq yoqimsiz, jabr-jafo ko'rsatuvchi, hattoki, chidab bo'lmas sezgi bo'lib, asab tizimining kuchli ta'sirlanishi natijasida yuzaga keladi; u evolyusion rivojlanish jarayonida yuzaga kelgan organizmning himoya reaksiyalaridan biridir. Og'riq, ko'pincha, kasallikning ilk belgisi yoki organizmga tahdid etuvchi xavf darakchisi bo'lib hisoblanadi. Turli lokalizatsiyadagi og'riqli sezgilar ichida *bosh og'rig'i* oxirgi o'rinni egallamaydi, u organizmning turli patologik holatlarida boshning miya qismi sohasida yuzaga keluvchi og'riq sezgisidan iborat.

Umrida hech bo'lmaganda bir marta bosh og'rig'ini his etmagan insonlar deyarli yo'q. Bosh og'rig'i og'riqning har xil turlari ichida eng ko'p tarqalgani hamda davomiyligi va og'irligi bo'yicha qattiq o'tuvchisidir. O'zining tabiati bo'yicha, bosh og'rig'i turlichadir: u engil, o'rtacha og'irlikdan tortib, xotirjamlik va uyquning yo'qolishiga sabab bo'ladigan qattiq og'riqqacha bo'ladi. "Bosh og'rig'i" tushunchasiga boshning anatomik bo'limlaridagi og'irlik xissi va og'riq kiradi. Bosh miya parenximasi va suyakli tuzilmalaridan tashqari, boshning barcha to'qimalari og'riq sezuvchanligining retseptorlariga egabo'lib, bu retseptorlar turli endogen va ekzogen faktorlar bilan ta'sirlanadi. Bu elementlar orasida arteriyalarning devorlari alohida sezuvchanlikka ega bo'ladi, shu tufayli ularning ta'sirlanishi ifodalangan to'mtoq og'riqning vujudga kelishiga olib keladi. Qattiq miya pardasining venoz sinuslari va maydaroq venalari u darajada ifodalanmagan mazkur sezuvchanlikka ega. Og'riq impulsi, shuningdek, birinchi navbatda V juft (uchlamchi nerv) hamda IX, X, XI va XII juft (til halqum, adashgan, qo'shimcha va til osti nervlar) kalla nervlarining tolalari orqali uzatiladi. Og'riq impulsi 1-,2- va 3-chi bo'yin nervlarining ta'sirlanishi bilan ham qo'zg'aladi, ya'ni og'riq boshning orqa yuzasi va bo'yin sohasida yuzaga keladi (G.N.Kassil, 1995; A.I.Treshanskiy, A.D.Dipaburg, 1983; I.S.Zozulya, 1997; J.G.Hamilton va hammual., 1980). Shuni ta'kidlash lozimki, kallaning suyak usti pardasini turli shikastlanishi tegishli sohada og'riq bilan

namoyon bo'ladi (qosh usti yoylari, chakka suyagining qismlari). Bundan tashqari, turli ta'sirlovchilarga (harorat, kimyoviy, mexanik va elektrik) nisbatan boshning terisi ta'sirlanadi. Mexanik ta'sirlarga kallani qoplab olgan aponevrotik dubulg'a sezgir bo'ladi. Og'riqli sezgilar bosh mushaklarining zararlanishida ham yuzaga keladi.

BOSH OG'RIG'INING SABABLARI

Bosh og'rig'i u yoki bu patologik holatning simptomi bo'lib, tashxis bo'lib hisoblanmaydi. Bosh og'rig'i bilan o'tuvchi patologik holatlar juda xilma xil hamda bosh, yuz, bo'yin sohasida joylashgan o'choqlarni ham (burun yon bo'shliqlarining o'tkir va surunkali kasalliklari, o'smalar, bosh miya chayqalishi, lat eyishi, boshqalar), organizmdagi umumiy buzilishlarni ham (kalladan tashqari infeksiyalar, gipertoniya kasalligi, ruhiy kasalliklar va boshqalar) qamrab oladi.

U yoki bu darajada ifodalangan bosh og'rig'i bilan namoyon bo'luvchi o'choqli jarayonlar orasida burun va burun yon bo'shliqlaridagi o'tkir va surunkali patologik jarayonlar, shuningdek, halqumning burun qismidagi jarohatlari, yot jismlar, rinitlar (ayniqsa vazomotor), yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar muhim o'rin egallaydi.

Tashqi va o'rta quloq, orbitadagi yallig'lanishli jarayonlar va o'smalar (rinogen orbital asoratlarni ham o'z ichiga oladi), yuqori va pastki jag', og'iz bo'shlig'ining jarohatlari, yallig'lanishi (osteomielit), o'smalari, pulpitar, pastki jag' bo'g'imining disfunktsiyasi bosh og'rig'ining sababchisi bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, bosh og'rig'i glaukomada va juda kamdan kam hollarda astigmatizmدا kuzatilishi mumkin.

Kallaichi, shu jumladan, rinogen va otogen sababli yallig'lanish jarayonlari: araxnoidit, miya absessi, ensefalit, meningit (yiringli va seroz), ekstradural va subdural absesslar, gidrotsefaliya va sinustromboz kuchli bosh og'rig'i bilan o'tadi.

Kalla nervlarining, birinchi navbatda, uchlamchi nerv, shuningdek, qanotsimon-tanglay, quloq, va kamroq darajada yuqori-bo'yin va bo'yin-ko'krak tugunlari, uyqu sinusi zararlanishi bilan bog'liq nevrologik

sindromlarda ifodalangan og'riq nafaqat yuzning u yoki bu qismlarida, balki boshning turli zonalarida kuzatiladi (I.S.Zozulya, 1997, D.M.Eddy, C.H.Clanton, 1982). Shuningdek, ko'pincha, jarohatdan keyingi bosh og'rig'i kuzatiladi (bosh miya chayqalishi va lat eyishi).

Bosh miya shishi va o'smalari (birlamchi va metastatik) tufayli yuzaga kelgan kalla ichi bosimining oshishida kuzatiladigan bosh og'rig'i juda qattiq tabiatga ega bo'ladi, lyumbal orqa miya punksiyasi tufayli hamda orqa miya suyuqligining oqishiga to'sqinlik borligi sababli ham vujudga kelishi mumkin.

Markaziy o'rinni bosh og'rig'i egallaydigan miya pardalarining ta'sirlanish sindromi subaraxnoidal qon quyilishida namoyon bo'ladi, bunday qon quyilish intrakranial anevrizmalar, og'ir kalla jarohati, gipertoniya kasalligi va qon kasalligi tufayli yuzaga keladi (E.I.Gazov, 1989; R.B.Taylor, 1992; L.B.Lixterman va hammual., 1993).

Kalla ichi qon quyilishi yoki ishemiya bilan bog'liq bo'lgan bosh og'rig'i arteriya va venalarning rivojlanish anomaliyalari, bosh miya tomirlari anevrizmalari, tomirlar etishmovchiligi, o'tib ketuvchi ishemiya, gemorragik insult va subdural gematomalarda qayd etiladi.

Bosh og'rig'i organizmda yiringli o'choqlar (mastoidit, furunkulyoz, orbita flemonasi) mavjud bo'lganda yuzaga keladigan og'ir asorat – qattiq miya pardasi sinuslarining trombozi rivojlanishi haqida darak berishi mumkin.

Bosh og'rig'ining eng ko'p sababi arterial bosimning ko'tarilishi ham (arterial gipertenziya), arterial bosimning tushishi ham (arterial gipotenziya) bo'lishi mumkin. To'satdan, arterial bosimning ko'tarilib ketishi hamda asab-tomir va gumoral buzilishlar bilan birga o'tuvchi gipertonik krizda og'riq sezgisi ayniqsa ifodalangan bo'ladi.

Boshning yumshoq to'qimalaridagi miya tomirlarining ichi o'zgarishi bilan bog'liq bo'lgan bir tomonlama xurujsimon bosh og'rig'i (gemikraniya) shaqiqa (migren) uchun xos.

Bosh og'rig'i tana harorati ko'tarilishi bilan o'tuvchi bolalar yuqumli kasalliklari (qizamiq, epidemik parotit va boshqalar), o'tkir (angina) va surunkali tonzillit, gripp va boshqa O'RV, bezgak,

tulyaremiya, salmonellyoz singari kalla ichi va kalladan tashqari infeksiyalarda qayd etiladi.

Psixogen bosh og'rig'i nevrotik, depressiv va konversion reaksiyalarda (masalan, qo'rquv nevrozi), shuningdek, mushaklar qisqarishi (taranglashishi) oqibatida paydo bo'ladi.

Tomirli bosh og'rig'i migren bilan bog'liq bo'lmagan, ammo u yoki bu intoksikatsiya: qo'rg'oshin, uglerod oksidi, benzol, nitratlar, insektitsidlar tipidagi toksik kimyoviy moddalar bilan muloqot, spirtli ichimliklar va nikotinning haddan tashqari ko'p dozalari tufayli yuzaga kelishi mumkin. Bunday patologik holat ba'zi dori vositalarining qabuli (vazodilatatorlar, indometatsin, peroral kontratseptiv vositalar), yoki, aksincha, dori vositasini to'xtatish (kofein, qorakuya vositalari, fenamin guruhi) tufayli vujudga kelishi mumkin.

Turli jadallik va davomiylikdagi bosh og'rig'i (boshdagi engil og'irlikdan tortib, ko'ngil aynishi bilan birga jadal lo'qillashgacha), ayniqsa, etarlicha mashq qilmagan kishilarda, katta jismoniy zo'riqish (ish, sport) sababli yuzaga kelishi mumkin.

Ensa nevrалgiyasi va bo'yin shaqiqasi kabi ko'p uchraydigan patologik holatlar (E.I.Gazov,1999) bo'yin sohasida ensaga uzatiluvchi bir tomonlama og'riq xurujlari bilan o'tadi. Birlamchi va ikkilamchi ensa nevrалgiyasi tafovut etiladi. Birlamchi ensa nevrалgiyasining sababi etarlicha aniqlanmagan bo'lsa, ensa nervining ikkilamchi nevrалgiyasi umurtqa pog'onasining bo'yin qismidagi degenerativ o'zgarishlari (osteoxondroz) tufayli vujudga keladi. Bo'yin shaqiqasining tabiati unkovertebral artroz bilan bog'liq umurtqa arteriyasi simpatik chigalining ta'sirlanishidan iborat bo'ladi.

Ko'pincha turli intensivlikdagi bosh og'rig'i ichki a'zolar turli kasalliklarining yondosh ko'rinishi bo'lib hisoblanadi.

Umumiy, ichki va tashqi uyqu arteriyalariga bosilishi sababli, lo'qillovchi bosh og'rig'i, bo'yinning a'zodan tashqari o'smalari, yuqori nafas yo'llari saratonining regionar metastazlari, qalqonsimon bez o'smalari, hiqildoq xondroperixondriti qayd etilgan bemorlarda kuzatilishi mumkin (R.A.Abizov,2001).

BOSH OG'RIG'I BILAN O'TUVCHI PATOLOGIK HOLATLARNING XOS SIMPTOMATIKASI VA QIYOSIY TASHXISOTI

O'tkir va surunkali bosh og'rig'ining simptomlari ma'lum bir patologik holatga har doim ham muvofiq kelavermaydi. Aynan bir xil simptomlar kalla ichi bosimining ko'tarilishi tufayli yuzaga kelgan shaqiqa va bosh og'rig'ida kuzatilishi mumkin. Shu tufayli tashxisot jarayonida, birinchi navbatda, hayotga va sog'liqqa xavf soluvchi patologik holatlarni istisno etish zarur. Shuni qayd etish lozimki, yaxshilab yig'ilgan anamnez ko'pchilik bemorlarda bosh og'rig'ining sababini aniqlashga imkon beradi.

Shifokor batafsil ravishda ushbu kasallikning tarixini aniqlaydi, bosh og'rig'ining joyini, davriyligini va davomiyligini aniqlashtiradi, og'riq sezgisi va patologik holat (jarohatlar, arterial gipertenziya, tana harorati reaksiyasi, jismoniy mashqlar va boshqalar) o'rtasidagi aloqani belgilaydi. Oilaviy, ijtimoiy va kasbiy anamnezni yig'adi, zararli odatlar va ilgari o'tkazilgan kasalliklarni aniqlaydi. Keyin fizikaviy tekshirishni o'tkazadi: LOR a'zolarining endoskopik ko'rigi bilan birga, bosh va bo'yinning anatomik tuzilmalarini diqqat bilan ko'zdan kechiradi, arterial bosim va tana haroratini o'lchaydi, nevrologik tekshirish va oftalmologik ko'rikning amalga oshishini ta'minlaydi. Patologik holatni to'liq baholash uchun turli tashxisotli tekshirishlarni o'tkazadi. Laborator usullar qon va siydikning umumiy tahlilini, serologik va bakteriologik sinamalarni o'z ichiga oladi. Ekssudat, orqa miya suyuqligi va boshqa materiallar tekshiriladi. Hozirgi kunda intraskopik (nurli) tashxisot usullari qo'llaniladi: rentgenotomografiya, kompyuterli (KT) va magnit-rezonans tomografiya (MRT), exografiya, zaruriyat bo'lganda – radionuklidli tekshirishlar, angiografiya (A.G.Ogneva, 2002). Exoensefalografiya, elektrokardiografiya, audiometriya singari elektrofiziologik tekshirishlar tashxisotli ahamiyatga ega (E.L.Macharet va hammual., 1994).

Bosh og'rig'ining vujudga kelishiga olib keluvchi o'choqli patologik holatlarning xos simptomatikasini ko'rib chiqamiz.

Bosh, yuz, burun va burun yon bo'shliqlarining jarohatlari, ayniqsa, teri qoplamlari butunligining buzilishi bilan birga kuzatilganda, tashxisotda alohida bir qiyinchilik tug'dirmaydi. Jarohatning tabiati va tarqalganligini aniqlashtirish uchun nurli tashxisot (rentgentomografiya, KT, MRT), oldingi va orqa rinoskopiya qo'llaniladi, qon laxtalarini chiqarib tashlash uchun yuqori jag' sinuslarini tashxisotli punksiyasi o'tkaziladi (L.B.Lixterman, 1999).

Burun bo'shlig'ining yot jismlari va rinolitlar, ko'pincha, o'zining va tengdoshlarining burniga turli jismlarni (pista, tugma, munchoq, no'xat va h.k.) tiqadigan bolalarda kuzatiladi. Yot jismlar uzoq vaqt joylashganida, yot jism atrofida kalsiyning fosfat va karbonat tuzicho'kishi natijasida, burun toshlari – rinolitlar hosil bo'ladi. Yot jismlar mavjudligining xos belgilari bo'lib, nafas olishning buzilishi va burunning bir yarmidan yiringli, ba'zan esa qon aralash ("go'sht yuvindisi") ajralmalar ajralishi hisoblanadi. Qayt qilishda, operativ aralashuv paytida burun bo'shlig'i orqali burunhalqumga tushadigan *burun-halqumning yot jismlari* o'xshash simptomatikaga ega bo'lib, manqalanib gapirish hamda Yutinish vaqtida og'riq bilan o'tadi. Yaxshilab yig'ilgan anamnez va endoskopik (oldingi, orqa rinoskopiya) ko'rik, zaruriyat bo'lganda burunxalqumni qo'shimcha tarzda barmoq bilan paypaslash (to'qimalarga jismlar kirib qolganda) va rentgenologik tekshiruv (kontrast tanalar – suyakchalar, tugmalar va b.) tashxisni o'z vaqtida qo'yishga imkon beradi (A.A.Layko, 1998).

O'tkir va surunkali tumovlar (rinitlar) va sinusitlar. O'tkir rinitlarning tashxisoti qiyinchilik tug'dirmaydi. Boshdagi og'irlik sezgisidan tashqari, asosiy simptomlar bo'lib, burundan ikki tomonlama ko'p miqdorda ajralmalar ajralishi, burundan qiyinchilik bilan nafas olish hisoblanadi. Keyinchalik, bu belgilarga hid bilishning buzilishi, ko'z yoshi oqishi, burun dahlizida terining ishqalanishi qo'shiladi. Peshona yoki ko'z soqqasi sohasida og'riqning paydo bo'lishi jarayonga burun yon bo'shliqlarining jalb etilganligi haqida dalolat beradi. *Vazomotor tumov (neyrovegetativ va allergik shakllar)* uchun yuqorida bayon etilgan simptomlar bilan birga, aksa urish xurujlari xos bo'lib, uning avjida

shilliqli yoki suvli ajralmalar, burun bo'shlig'ida qichishish sezgisi, gistamin ta'siri bilan bog'liq kon'yuktivit paydo bo'ladi. *Allergik tumovda* ko'pincha allergiyaning boshqa ko'rinishlari (eshak emi, Kvinke shishi, bronxial astma va b.) ham qayd etiladi, shuningdek, burun ajralmasida va periferik qonda eozinofiliya aniqlanadi (1 va 2 rasm).



1- rasm. Vazomotor rinit

2- rasm. Allergik rinit

Surunkali rinitlarning simptomatikasi o'tkir tumovdagiga o'xshash, ammo kamroq ifodalangan bo'lib, bemorning umumiy holati boshda engil darajadagi og'irlikdan tashqarideyarli buzilmaydi. Burundan nafas olish qiyinlashgan, davriy ravishda goh bir tomonni, goh boshqa tomonni qamrab oladi, burundan ajralmalar shilliqli (kataral jarayonda) yoki po'stloq shaklida (atrofik rinitlarda) bo'ladi. Burundan ifodalangan yoqimsiz hid kelishi va hid bilishning keskin susayishi ozena (badbo'y tumov) uchun xos.

Burun yon bo'shliqlarining o'tkir yallig'lanishi (sinusitlar) ko'pincha o'tkir rinitlar, gripp va boshqa yuqumli kasalliklarda, kamroq – jarohatlar, spetsifikjarayonlarda (sil, zaxm, skleroma) va ikkilamchi perifokal yallig'lanish sifatida o'smalar va burun bo'shlig'ining zararlangan yot jismlarida yuzaga keladi. **Burun yon bo'shliqlarining surunkali yallig'lanishi** qaytalanuvchi o'tkir yallig'lanishlarning oqibati, ayniqsa, ulardan patologik suyuqlikning chiqishi uchun to'siqlar mavjud

bo'lishi (burun to'sig'i qiyshayishi, chig'anoqlar gipertrofiyasi va b.) natijasida kuzatiladi.

O'tkir sinusitlar va, kamroq hollarda, surunkali sinusitlar uchun boshda og'riq sezgisidan (engil darajadagi og'irlikdan uning turli qismlarida jadal og'riqqacha)tashqari, zararlangan bo'shliq sohasida yoki og'riq, yoki (erta va surunkali holatlarda) bosilish (og'irlik) sezgisining bo'lishi xos.

Yuqori jag' bo'shlig'ining yallig'lanishida og'riq sezgisi nafaqat mazkur bo'shliq zonasida qayd etiladi, balki yuzning butun yarmini va yuqori jag'ning alveolyar o'simtasini qamrab olib, peshona, chakka, yonoq suyagi sohasiga tarqaladi (chaynash paytida tish og'rig'i kuchayadi).

Peshona bo'shlig'i zararlanganda (frontit) eng tipik sub'ektiv belgi –peshona sohasida og'riq bo'lib, peshona sinusining oldingi devori bo'ylab bosilganda yoki perkussiyada va, ayniqsa, ko'z soqqasining yuqori ichki burchagini paypaslaganda og'riq kuchayadi. Bundan tashqari, bosh og'rig'i (ko'pincha juda ham ifodalangan, reflektor tabiatli, lokal yoki tarqoq), ko'zlarda og'riq bo'lishi, yorug'likdan qo'rqish, ko'z yosh oqishi bezovta qiladi.

G'alvirsimon labirint hujayralari yallig'lanishining (etmoidit) simptomlari peshona bo'shlig'i zararlanishidagi simptomlarga qisman o'xshaydi. Bosh og'rig'i va o'tkir tumov holatidan tashqari, burun ko'prigi (burun ildizi) va ko'z soqqasining ichki burchagi sohasida bosiluvchi og'riqni qayd etishadi.

Asosiy bo'shliqdagi yallig'lanish jarayoni (sfenoidit) nisbatan kam uchraydi va ensa sohasida kuzatiladigan bosh og'rig'i, kamroq hollarda – tepa, peshona va chakkalardagi og'riq bilan namoyon bo'ladi.

Burun yon bo'shliqlaridagi barcha o'tkir jarayonlar uchun organizm umumiy holatining buzilishi, tana haroratining yuqori darajalargacha ko'tarilishi, o'tkir tumovning ifodalangan holatlari (ajralmalar ajralishi va nafas olishning qiyinlashuvi) xos.

Rinoskopiya sinusitlarning barcha turlari uchun burun bo'shlig'i shilliq pardasining shishi va giperemiyasi, turli darajada ifodalangan

yiringli ajralmalarning bo'lishi xos. Gaymoritlar uchun o'rta burun chig'anog'ida yiringning bo'lishi tipik holat hisoblanadi, u olib tashlangandan so'ng yana paydo bo'ladi. O'tkir frontitlarda ko'pincha o'rta burun chig'anog'ining oldingi uchi ostida shilliq-yiringli yoki yiringli ajralma kuzatiladi. Yopiq empiemalarda ajralma bo'lmasligi mumkin, ammo o'rta burun chig'anog'ining oldingi uchi qizargan va shishgan bo'ladi. O'rta burun yo'lidagi poliplar va o'rta burun chig'anog'i oldingi uchining kistoz o'zgarishi frontitning surunkali kechishini bildiradi. Burundan ajralmalar ajralishi, ayniqsa, ertalab, bemor yotoqdan turganda ko'p miqdorda bo'ladi. O'tkir etmoiditlar vaqtida rinoskopiyada o'rta burun yo'li (g'alvirsimon labirint oldingi hujayralarining zararlanishida) va yuqori burun yo'li sohasida (g'alvirsimon labirint orqa hujayralarining yallig'lanishida) keskin giperemiya, shilliq pardaning bo'kishi va yiringning ajralishi qayd etiladi. Surunkali etmoiditlarda rinoskopik tasvir har xil bo'ladi: yiringli po'stloq, granulyasiya paydo bo'lishidan tortib, burunning tegishli sohasida poliplarning rivojlanishigacha. Sferoiditlar uchun yuqori burun yo'li sohasida shilliq pardaning shishishi va giperemiyasi hamda o'rta chig'anoq yuzasi bo'ylab oqib tushuvchi shilliq-yiringli ajralmaning ajralishi xos. Orqa rinoskopiyada yiringli ajralma burun-halqumda ko'rinadi.

Tashxisni aniqlashtirish va uchlamchi nerv nevrалgiyasi bilan qiyosiy tashxisotdarentgenografik tekshiruv, xususan gaymor bo'shlig'i uchun – tashxisotli punksiyada kontrast moddaning yuborilishi katta rol o'ynaydi.

Burun bo'shlig'i, burun yon bo'shliqlari va burun-halqumning yaxshi va yomon sifatli o'smalarini simptomatikasi, ayniqsa, erta bosqichlarda, alohida spetsifikasi bilan farq qilmaydi. Bunda ikkilamchi yallig'lanish jarayonining qo'shilishi bilan birga kuzatiladigan burundan nafas olishning (ko'pincha bir tomondan) qiyinlashuvi, shilliq-yiringli ajralmalarning paydo bo'lishi, bosh og'rig'i, hid bilishning buzilishi, o'z-o'zidan paydo bo'luvchi burundan qon ketishlar qayd etiladi. Keyinchalik, o'smalarining atrof to'qimalarga tarqalishi bilan simptomlar

turlicha bo'ladi. O'smalar burun bo'shlig'i va burun-halqumda rivojlanganda, ularni oldingi va orqa rinoskopiya aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Sinuslarda endofit o'suvchi o'smalarda klinik simptomlar juda kam bo'ladi, bunda intraskopik tashxisotli usullar (rentgenotomografiya, kompYuterli tomografiya, UTT, KT, MRT, radionuklidli tashxisot), shuningdek, mikrorinosinoskopiya tashxisotda aniqlovchi rolga ega. Tashxisni albatta gistologik tekshirish bilan tasdiqlash lozim. Tashxisni morfologik tasdiqlash uchun materialni aspiratsion (punksiya vaqtida) yoki maqsadli biopsiya yo'li bilan, ba'zan esa –burun yon bo'shliqlarida amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlari vaqtida olinadi.

Tashqi va o'rta quloqdagi, orbitalardagi yallig'lanishli jarayonlar va o'smalarda, rinogen va orbital asoratlarda, yuqori va pastki jag' jarohatlarida kuzatiladigan lokal og'riqli sezgilardan uzatiluvchi bosh og'rig'ini tashxisot etish qiyinchilik tug'dirmaydi. Spetsifik ifodalangan otologik, oftalmologik va stomatologik simptomlar bosh og'rig'i sababini tezda bartaraf etishga imkon beradi.

Rinogen va otogen kalla ichi asoratlarda kuzatiladigan bosh og'rig'i keng ko'lamdagi ko'rinishga ega bo'lib, sinustrombozlardagi o'rtacha, noaniq lokalizatsiyadan tortib, to meningitdagi keskin diffuz hamda bosh miya va miyacha absesslaridagi shunday keskin ifodalangan lokal og'riqqacha kuzatilishi mumkin. Kalla ichi asoratlarning yuzaga kelishida asosiy sabab bo'lib, burun yon bo'shliqlaridagi yallig'lanishli jarayonlar va jarohatlarning, surunkali va o'tkir yiringli o'rta otitlarning noqulay kechishi hisoblanadi. Rinogen kalla ichi asoratlari, otogen kalla ichi asoratlarga qaraganda og'irroq kechadi va ular salbiy prognozga ega. Antibiotiklar, ayniqsa oxirgi avlod sefalosporinlarasrida, kalla ichi asoratlari ko'pincha atipik, ba'zan qariyb belgilsiz kechadi, bu esa tashxisotda ma'lum bir qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Anamnez ma'lumotlari, klinik ko'rinishlar va laborator tekshiruv natijalarini baholash bilan bir qatorda, intraskopik va elektrofiziologik tashxisot usullari (MRT, EEG, exografiya, angiografiya) bunday patologik holatlarni o'z vaqtida aniqlashga imkon beradi. Hanuzgacha ham orqa

miya suyuqligining tahlili katta ma'lumot beruvchi tekshirish bo'lib qolmoqda. Har bir kalla ichi asoratlari ob'ektiv belgilarining batafsil tavsifi tegishli darsliklarda keltirilganligi sababli, otogen (rinogen) va sil meningitining qiyosiy tashxisotini yoritishni maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Sil meningiti, boshqa etiologiyali meningitlardan farqli ravishda, sekin asta, subfebril harorat fonida rivojlanadi. Umumiy darmonsizlik fonida qayd etiluvchi bosh og'rig'i jadalligi bo'yicha ifodalanmagan tabiatli bo'ladi. Orqa miya suyuqligining tahlili alohida ahamiyatga ega. Sil meningitida oqsil miqdorining 1-5 g/l va undan ko'p oshishi, o'rtacha limfotsitar pleotsitoz (1 mkl da 100-200 hujayra), glyukoza miqdorining kamayishi, 70% holatda sil mikobakteriyalari va fibrin to'rining cho'kishi aniqlanadi. Yiringli meningitda lyumbal punksiya vaqtida orqa miya suyuqligi katta bosim ostida oqib chiqadi, u xira, kulrang yoki sarg'ish-kulrang tusli bo'lib, unda hujayralar miqdori 1 ml da yuzlab va minglab bo'ladi, pleotsitoz asosan neytrofilli, oqsilning miqdori ko'p, glyukoza miqdori esa keskin kamaygan bo'ladi. Seroz meningitda orqa miya suyuqligi tiniq, steril, oqsil miqdorining ko'p bo'lishi, uncha katta bo'lmagan limfotsitoz qayd etiladi.

Meningitdan farqli ravishda, bosh miya abscesslarida tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi, meningeal simptomlar kuzatilmaydi, orqa miya suyuqligida glyukoza miqdori oshadi, pleotsitoz va mikroblar bo'lmaydi. Sinustrombozda orqa miya suyuqligi o'zgarmaydi.

Miya nervlari zararlanishida nevrologik sindrom innervatsiya zonasida jadal xurujsimon og'riq bilan tavsiflanadi. Uchlamchi nervning ko'z, yuqori va pastki jag' bo'lgan sezuvchan tarmoqlari MATni yuz va kalla gumbazi qismlari terisining og'riq, taktil va harorat sezgirligi, shuningdek, tomir devorlari, burun va og'iz shilliq pardalari, mushaklar, tishlar va chakka-pastki jag' bo'g'imlarining sezgirligi haqida xabardor qiladi. **Uchlamchi nerv nevrалgiyasida** ifodalangan xurujsimon og'riq hech qanday sababsiz vujudga kelishi mumkin. Og'riq xuruji yuz terisining giperemiyasi, ko'z yosh oqishi, ko'p terlash, ba'zan – mimika mushaklarining harakat faolligi, shishi bilan o'tadi. Nerv innervatsiyasi zonasida taktil sezuvchanlikning pasayishi kuzatilishi mumkin. Nerv

tarmoqlarining yuz sirtiga chiqish nuqtalarida haroratning 2-3 °C lokal oshishi qayd etiladi (termometriya, termografiya).

Til-halqum nervining nevralgiyasi ham halqum, til ildizi, tanglay bodomchalari, pastki jag' burchagi, eshituv yo'li, quloq suprasining oldida kuchli xurujsimon og'riq bilan namoyon bo'lib, og'riq chakka sohasiga tarqaladi. Og'riq ko'pincha ovqat iste'mol qilish yoki gapirish bilan bog'liq bo'lib, og'iz qurishi, quYuq yopishqoq so'lakning paydo bo'lishi bilan birga kuzatiladi.

Qanotsimon-tanglay tugunining zararlanishi (Slyuder sindromi) bir necha soat (ba'zan sutka) mobaynida davom etuvchi kuchli xurujsimon og'riq bilan tavsiflanadi, og'riq asosan, ko'zda va ko'z atrofida kuzatilib, undan chakka va ensa sohalariga tarqaladi, shuningdek, og'riq quloq, Yuqori jag' tishlari, burun bo'shlig'ining orqa qismlari, qattiq tanglay, ba'zan elkada qayd etiladi. Bunda qovoqlar shishi, kon'yuktivaning va yonoqlardagi teri qismlarining giperemiyasi, ko'p miqdorda so'lak ajralishi vujudga keladi, ba'zan burun bo'shlig'idan shilliqli ajralmalar ajraladi.

Angionevralgiyada umumiy darmonsizlik fonida xurujsimon, zirqirovchi, ammo uzoq davom etmaydigan og'riq qayd etilib, u tashqi uyqu arteriyasi tarmoqlari bo'ylab kuzatiladi. Og'riq ko'pincha chakka-tepa va peshona sohalariga, ko'z olmalari, burunga uzatiladi. Tomirlar proeksiyasi sohasi palpatsiya qilinganda, periarteriit hisobiga tomir devorining qattiqlashuvi va og'rishi aniqlanadi. Tomirlar yo'li bo'ylab terining giperemiyalangan va nam qismlari qayd etiladi, salivatsiya, ko'z yosh oqishi, ko'rish o'tkirligining pasayishi, kon'yuktivit, tanglay bodomchalarining giperplaziyasi kuzatilishi mumkin. Og'riq xuruji charchash, emotsional stress, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish natijasida qo'zg'aladi.

Bosh miya o'smalari va shishlarida kuzatiladigan **kalla ichi bosimining oshishida** bosh og'rig'i qattiq miya pardasi va tomirlarning cho'zilishi yoki bosilishi natijasida vujudga keladi, u parchalab yoki yirtib tashlovchi xurujsimon tabiatli bo'ladi. Og'riq dastavval kechasi yoki erta tongda bezovta qiladi. Asta sekinlik bilan og'riq jadalligi oshib boradi va

u doimiy bo'ladi. Bosh og'rig'ining jadalligi bemorning holatiga (tik turganda, u yoki bu yonboshda yotganda) bog'liq bo'ladi va kalla ichi bosimining ko'tarilishiga olib keluvchi omillar (jismoniy zo'riqish, emotsional hayajon, aksa urish, yo'tal va h.k.) ta'sirida kuchayadi. Kalla ichi bosimining ko'tarilishi, bosh og'rig'idan tashqari, ayniqsa ertalab, ko'ngil aynish va qayt qilish, ba'zan ruhiyatning o'zgarishi, karaxtlik, gallyusinatsiya, vasvasaning rivojlanishi bilan birga o'tadi. Ko'z tubi tekshirilganda dimlanish holatlari aniqlanadi.

Qayt qilish, bosh aylanishi, nafas yoki yurak faoliyati buzilishi bilan birga kuzatiladigan, bosh holati o'zgarganda kuchayadigan keskin bosh og'riqlarining xurujlari kalla orqa chuqurchasi, ayniqsa IV qorincha o'smalarida qayd etiladi.

Supratentorial joylashuvdagi, ko'pincha, chakka bo'lagi o'smalari, yuqorida bayon etilgan kalla ichi bosimi ko'tarilishining simptomlari bilan birga, o'rta miyaning bosilishi va deformatsiyasi belgilari: vegetativ-tomirli buzilishlar, pay reflekslarining baland bo'lishi, yoruqlikka qorachiqlar reaksiyasining pasayishi, yuqoriga qarashlikning falaji, konvergensiyaning buzilishi, anizokoriya, eshitishning buzilishi bilan birga o'tadi.

Subaraxnoidal qon quyilishning klinik ko'rinishida miya pardalarining ta'sirlanish sindromi ustun bo'ladi: to'satdan paydo bo'luvchi bosh og'rig'i, qayt qilish, ensa mushaklarining rigidligi, Kernig, Brudzinskiy simptomlari, psixomotor qo'zg'alish, ba'zan epileptik talvasa qayd etiladi. Bosh og'rig'i tezlikda generallashtan tabiatga ega bo'lib, bo'yinga, orqaga va oyoqlarga tarqaladi. Orqa va oyoqlardagi og'riq sezgilari quyilgan qonning bel-dumg'aza nerv ildizlariga bosimi natijasida yuzaga keladi va insultdan keyin bir necha soat yoki kunlar o'tgach paydo bo'ladi. Mazkur jarayonning o'tkir davrida gipertermiya, arterial gipertenziya, EKGdagi o'zgarishlar, to'r pardaga qon quyilishi yoki ko'z tubida so'rg'ichlarning dimlanishi, kamroq hollarda - albuminuriya va glyukozuriya kuzatiladi. Lyumbal punktsiya subaraxnoidal qon quyilishni meningitdan qiyoslashga imkon beradi. Orqa miya suyuqligida qonning aniqlanishini tasdiqlaydi.

o'zidan yuzaga keluvchi subaraxnoidal qon quyilishlar uchun orqa miya suyuqligida katta miqdorda oqsilning bo'lishi (5-15 g/l gacha) xos.

Qattiq miya pardasi sinuslarining trombozidagi xos simptomlar bosh og'rig'i, varaja bilan isitmaning bo'lishi, qayt qilish, bradikardiya, meningeal va o'choqli (jarayonning joylashuviga ko'ra) belgilarning rivojlanishi bo'lib hisoblanadi (J.G.Hamilton va hammual.,1990). *Kavak sinusining trombozi* ekzoftalm, qovoqlar, kon'yuktiva va burun ildizining shishishi, ko'zni harakatlantiruvchi mushaklarning falaji, uchlamchi nerv I-tarmog'ining innervatsiyasi sohasida og'riq sezgisi bilan namoyon bo'ladi. *Ko'ndalang sinusining trombozi* uchun so'rg'ichsimon o'simta sohasida shishinqirash, soporoz holat, jarayon joylashgan joyning qarama qarshi tomoniga boshni burganda og'riqning paydo bo'lishi xos, shuningdek, ko'zlarda narsalar ikkita bo'lib ko'rinishi mumkin. *Yuqori sagital sinusning trombozi* epileptik xurujlar, komaga o'tuvchi soporoz holat, gemo- va paraplegiya bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha lyumbal punksiyada orqa miya suyuqligi qonli bo'ladi.

Miyada qon aylanishining buzilishida og'riq sezgisi miya tomirlari qonga to'lganda yoki ularning kuchaygan pulsatsiyasida yuzaga keladi. Angiografiya usulini qo'llab, ko'pgina kuzatishlar natijasida, azob beruvchi bosh og'rig'i qon aylanishining buzilishi va miya tomirlari kengayishi bilan bog'liqligini aniqlash mumkin. Ko'pincha tomirli og'riqni kalla mushaklarining talvasali qisqarishi yoki ulardagi yallig'lanishli holatlar tufayli vujudga kelgan mushak og'rig'idan farqlash qiyin. Qiyoslash uchun gistamin sinamasini qo'llash lozim:vena ichiga 0,2 mg gistamin fosfat yuboriladi. Tomirlar tufayli yuzaga keluvchi bosh og'rig'idan aziyat chekuvchi bemorlarda, in'eksiyadan so'ng, kalla sohasida ular odatda his qiladigan bosh og'rig'iga o'xshash bo'lgan kuchli kuydiruvchi og'riq paydo bo'ladi. Mushaklar genezli og'riqda gistaminning kiritilishi uning qo'zg'alishini keltirib chiqarmaydi. Sinamaning mohiyati shundan iboratki, qonda va to'qimalarda gistamin ko'p bo'lsa, tomirlar devorlarining o'tkazuvchanligi o'zgaradi hamda u endoteliyning bo'kishi va tomirlar ichining kichrayishi bilan birga kuzatiladi. Gipoksiya rivojlanadi, bosh miyada qon aylanishi

yomonlashadi, tomir devorlarining retseptorlari yuzaga kelgan "nosozlik" haqida bong uradi.

Gipertoniya kasalligi va simptomatik arterial gipertenziyada kuzatiladigan *arterial bosimning (AB) ko'tarilishi* ko'pchilik hollarda bosh og'rig'i bilan o'tadi. Og'riq arteriyalar (ko'pincha tashqi uyqu arteriyasi va uning tarmoqlari) cho'zilishi vaularni ichining o'zgarishi tufayli paydo bo'ladi. Og'riq sezgisi lo'qillovchi tabiatga ega bo'lmaydi va chakka yoki peshona arteriyalarini barmoqlar bilan bosganda, og'riqni engillatish mumkin. Shuni qayd etish lozimki, kalla ichi bosimi ko'tarilishi natijasida kelib chiqqan og'riq silash, massaj qilish, ba'zan esa oddiygina qo'lni qo'yish bilan yumshaydi yoki, hattoki, to'lig'icha yo'qoladi.

Asab-tomirli va gumoral buzilishlar bilan birga kuzatiluvchi AB ning yuqori va to'satdan ko'tarilishi *gipertonik kriz (GK)* deb ataladi. GK klinik jihatdan bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ba'zan ko'z oldida "tuman" bo'lishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan namoyon bo'ladi. Uning xos simptomi to'sh ortida kuzatiluvchi og'irlik sezgisi bo'lib hisoblanadi. Ba'zan GK qoniqarli holat fonida to'satdan yuzaga keladi. GK rivojlanishining *giperkinetik* tipida bemorlar qo'zg'algan bo'ladi, issiqlik sezgisi va butun tanada qaltirash kuzatiladi. Yuz, bo'yin va ko'krakning nam terisida qizil dog'lar paydo bo'ladi. Taxikardiya qayd etiladi. AB asosan sistolik bosim (200 mm sim.ust va yuqori) hisobiga ko'tariladi; puls bosimi oshadi. EKGda krizning cho'qqisida ST segmentining pasayishi va T tishchasining yassilanishi aniqlanadi (repolyarizatsiya davri buziladi). Ko'pincha GK ko'p miqdorda peshob chiqishi bilan yakunlanadi. GK rivojlanishining *gipokinetik* tipi astasekin, ammo simptomlarning jadal rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan bir qatorda, holsizlik avj oladi, ko'rish xiralashadi, eshitish pasayadi, puls tezlashmagan, ammo taranglashgan bo'ladi. AB asosan diastolik bosim (140-160 mm sim.ust gacha) hisobiga keskin ko'tariladi. EKGda QRS kompleksining o'rtacha kengayishi, ST segmentining pasayishi, chap ko'krak tarmoqlarida T tishchaning ikki fazali yoki manfiy bo'lishi aniqlanadi. O'z vaqtida aniqlanmagan GK

miyada qon aylanishining buzilishi (gipertonik ensefalopatiya, gemorragik yoki ishemik insult), o'tkir koronar etishmovchilik va o'tkir chap qorincha etishmovchiligi (Yurak astmasi, o'pka shishi) bilan yakunlanishi mumkin.

To'mtoq, bosuvchi, ba'zan xurujsimon lo'qillovchi bosh og'rig'i, shuningdek, *arterial gipotenziyada* ham kuzatiladi. Og'riq sezgisi ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga o'tadi. Xuruj vaqtida bemor oqaradi, uning pulsi sust to'liqlikda bo'ladi, AB 90/60 mm sim. ust va undan pastga tushib ketadi.

Klassik va assotsiatsiyalangan shaqiqaning xurujlari ham tomirli tipdagi (miya, birinchi navbatda, ensa sohasi tomirlarining spazmi) bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Shaqiqaning xos simptomi og'riqning bir tomonda kuzatilishi va uning davriyligidir, og'riq peshona-orbital, ensa yoki chakka-ensa sohalarda qayd etiladi. Ushbu og'riqning qaytalanuvchi tabiatining aniqlanishi uni o'tkir bosh og'rig'ining boshqa turlaridan farqlash uchun ko'pincha etarli hisoblanadi. Shaqiqaning muhim belgisi bo'lib, xuruj vaqtida kuzatilayotgan og'riqning qarama qarshi tomonida ko'rishning "yaltiroq" skotoma tipida buzilishi hisoblanadi hamda u miya va to'r parda tomirlarining spazmi tufayli yuzaga keladi. Mazkur simptomlardan tashqari, xuruj, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga o'tadi.

Bosh og'rig'i qayd etiladigan *yuqumli kasalliklar* kalla ichi va kalladan tashqaridagi turlarga bo'linadi (R.B.Taylor, 1992). *Kalla ichi yuqumli kasalliklari* – meningitlar, miya abscesslari, ensefalitlar (kanali, toshmali terlamali, gemorragik, nekrotik, chivinli kuz-yozgi) – ko'pincha isitma, ifodalangan intoksikatsiya simptomlari va ensa mushaklarining rigidligi bilan kechadi. Muhim tashxisotli usul bo'lib, lyumbal punksiya va orqa miya suyuqligini tekshirish hisoblanadi, unda pleotsitoz va boshqa og'ishlar aniqlanadi. Infeksion ensefalitlar komatoz holat, talvasalar, gemiparez yoki gemiplegiya tipidagi harakat buzilishlari va boshqa nevrologik belgilar rivojlanishi bilan kechadi hamda bosh miya moddasining og'ir zararlanishi haqida dalolat beradi.

Kalladan tashqaridagi yuqumli kasalliklar – bosh og‘rig‘ining eng ko‘p tarqalgan sababi bo‘lib hisoblanadi. Bu erga nozologik birliklarning katta miqdori kiradi, ensa mushaklarining rigidligi va ruhiyatning buzilishi kuzatilmagan holatlarda, ularning xos ko‘rinishi bo‘lib *isitma (gipertermiya)*, umumiy darmonsizlik, uyquchanlik va ishtahaning yo‘qolishi hisoblanishi mumkin. Bundan tashqari, ich ketish, ko‘ngil aynish, qayt qilish, yo‘tal, tomoqda og‘riq, tumov kuzatilishi mumkin. Oilaviy anamnezni yig‘ishda, bunday simptomlar oilaning boshqa a‘zolarida ham kuzatilishi mumkin.

Psixogen holatlar va nevrozlar guruhiga mushaklar qisqarishi (taranglanishi) natijasida yuzaga keladigan bosh og‘rig‘ini kiritish lozim, u bemorlarda qisilish, bosilish yoki “boshga mix qoqilishi” sezgilarini chaqiradi. Ko‘pincha bu og‘riq sezgisi ta‘sirchanlik, yig‘loqilik, o‘ta charchash bilan kechadi. Bosh og‘rig‘i asabiy zo‘riqishda, salbiy tuyg‘ularda anchagina kuchayadi. Psixogen bosh og‘rig‘i kuzatiladigan bemorlarda ko‘pincha qo‘rquv nevrozi aniqlanadi, natijada o‘z o‘zidan paydo bo‘luvchi giperfaollik, uyqusizlikka sabab bo‘luvchi depressiya, va vegetativ asab tizimi funksiyalarining boshqa buzilishlari, shuningdek, aggravatsiyaga olib keluvchi konversion kranionevralgiya kuzatiladi. Fizikal tekshirishda katta og‘ishlar qayd etilmaganda, ushbu holatlarning eng ehtimoliy belgisi anamnezida shaxsiy yoki oilaviy stress bo‘lishi mumkin.

Shaqiqa bilan bog‘liq bo‘lmagan va kimyoviy, toksik moddalar, dori vositalari, spirtli ichimliklar va nikotin iste‘moli bilan bog‘liq bo‘lgan tomirli bosh og‘rig‘ining sabablari anamnezni diqqat bilan yig‘ish, shuningdek, fizikal va ma‘lumot beruvchi laborator tekshirish bilan aniqlanadi.

Jismoniy zo‘riqish bilan bog‘liq bo‘lgan bosh og‘rig‘i jadal, barqaror va qiynuvchi xarakterga ega bo‘lishi mumkin. Tanani egish, ko‘pincha, to‘satdan og‘riqning kuchayishiga, yana vertikal holatga qaytish uning engillashishiga olib keladi. Odatda shaqiqaga yo‘ldosh bo‘lgan simptomlar (ko‘ngil aynish, qayt qilish, bosh aylanishi) mavjud bo‘lsa, kasallikning tashxisoti qiyinlashadi. Bosh og‘rig‘ining jismoniy

zo'riqish bilan bog'liqligi patologik holatning sababini aniqlashga imkon beradi.

Bosh og'rig'ining boshqa sabablari ichida, uchrash soni va jadalligi bo'yicha, **glaukoma hamda chakkaning yuzaki arteriyasini arteriitini** ko'rsatish mumkin. **Glaukomada** kuzatiluvchiko'zdagi keskin og'riq ko'z ichi bosimining ko'tarilishi bilan bog'liq bo'lib, chakkaga, ensaga, ensa nervi bo'ylab tarqalishi mumkin. Og'riq sezgisi ko'ngil aynish, qayt qilish, holsizlik bilan kechishi mumkin. Oshqozon-ichak simptomlari ba'zan zaharlanishga (oshqozon-ichak intoksikatsiyasi) o'xshab ketishi mumkin. Tashxis shikoyatlar va muhim o'rinni oftalmologik ko'rik egallaydigan kompleksli tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib qo'yiladi. Ko'rik vaqtida ko'z olmasining dimlangan in'eksiyasi, shox parda va qovoqning shishi, keng qorachiq, yorug'likka reaksiyaning yo'qligi, ko'rishning keskin pasayishi aniqlanadi. Paypaslanganda ko'z olmasi qattiq, og'riqli bo'ladi. Ko'z ichi bosimi 50-60 mm sim.ust. gacha bo'ladi.

Chakka yuzaki arteriyasining arteriiti haqidagi fikr 60 yoshdan oshgan shaxslarda lokal bosh og'rig'ining paydo bo'lishi bilan yuzaga keladi.

Yana shuni qayd etish lozimki, bosh og'rig'i, ko'pincha, ichki a'zolarning turli kasalliklarida kuzatiladi va ular davolanganda tezda yo'qoladi. Og'riq sezgisining paydo bo'lishiga holdan toyish, uyquga to'yimaslik, quyoshda qizib ketish, nomuvofiq ovqatlanish, turli stress holatlari olib keladi. Mazkur holatlarning tashxisoti qiyinchilik tug'dirmaydi.

Bo'yinning a'zoldan tashqari hosilalari (o'smalar, kistalar), yuqori nafas yo'llari saratonining bo'yinga metastazlari, qalqonsimon bez hosilalari va hiqildoq xondroperixondriti umumiy uyqu arteriyasi va uning asosiy tarmoqlariga bosilishi tufayli miyada qon aylanishining buzilishiga olib keladi, bu esa etarli darajada ifodalangan lo'qillovchi bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Tashxis fizikal va intraskopik (KT, MRT, dopplerografiyalı UTT, radionuklidli tahlil) tekshirish yo'li bilan tasdiqlanadi. Bosh og'rig'ining sababchisi bo'ladigan miya to'qimasi va

kalla suyaklariga metastatik o'smalar ham MRT, KT hamda o'smaga trop bo'lgan texnetsiy va bleomitsin (indiy-bleomitsin) singari radiofarm preparatlardan foydalanib, radionuklidli tashxisot yordamida aniqlanadi.

Shunday qilib, yuqorida bayon etilganlar asosida quyidagi xulosalar qilish mumkin. Bosh og'rig'i sindromi bilan birga kuzatiladigan patologik holatlarning ko'lami juda keng. Ba'zi holatlarda uning sababini aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi, boshqa holatlarda – og'riq manbaini izlash etarlicha qiyin va davomli ishdir. Umid beruvchi omil bo'lib, bosh og'rig'i bilan namoyon bo'luvchi hayotga xavf soladigan holatlar tez-tez uchramasligi hisoblanadi. Mazkur bo'limda keltirilgan bosh og'rig'i sindromi bilan bog'liq bo'lgan patologik holatlarning xos simptomlari va qiyosiy tashxisotiga taalluqli bo'lgan ma'lumotlarga ega bo'lish, mehnatga layoqatsizlikka, hattoki o'limga olib keluvchi og'ir patologiyani o'z vaqtida aniqlashga imkon beradi.

YUZ SOHASIDAGI OG'RIQ

Yuz sohasidagi og'riq –prozopalgia (yunoncha, prosopon- yuz) – tananing boshqa sohalarida kuzatiladigan og'riqqa nisbatan anchagina ko'proq uchraydi. Yuz sohasidagi og'riqning ko'p uchrashi va turlicha bo'lishi quyidagi omillar bilan tushuntiriladi: 1) tananing bu sohasida distant retsepsiya apparatlarining mavjudligi (hid bilish, eshitish, ko'rish); 2) nafas olish va ovqat hazm qilish tizimlari yuqori bo'limlarining yaqinligi (burun yon bo'shliqlari bilan birga burun bo'shlig'i, tish-jag' apparati bilan birga og'iz bo'shlig'i); 3) Yuz innervatsiyasining murakkabligi, unda uchlamchi, yuz, til-halqum, adashgan nervlar, orqa miya yon shoxlaridan va bo'yinning yuqori simpatik tugunidan chiquvchi simpatik tolalari, miyaning mezensefal va bulbar bo'limlaridan chiquvchi parasimpatik tolalari qatnashadi (P.Duus, 1996). Bu sohaning yuqori individual qiymati katta ahamiyatga ega, shuning oqibatida patologik jarayonlar ko'pincha "o'ta qiymatli" ahamiyat kasb etib, nevrotik ko'rinishlar bilan to'ldiriladi.

Prozopalgianing umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas. Bell (1979) 38 ta turkumdan iborat, L.G.Eroxina (1973) faqat nevrogen

og'riqni kiritadi. Amaliy qo'llash uchun V.A.Karlov va O.M.Savitskayalarning tasnifi (1990) eng qulay hisoblanadi, unga ko'ra prozopalgia ikki guruhga bo'lingan: somatik tuzilmalarning zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan va nevrogen (1-rasm).

Nevrogen yuz og'rig'ining ikki guruhga - tipik va atipik prozopalgialarga bo'linishi muhim hisoblanadi.

Tipik prozopalgialar – bu kalla nervlari: uchlamchi, til-halqum, adashgan nervlarning xurujsimon nevralfiyalaridir. Ular etiologiyasi (kompression omil), patogenezini, klinikasi va terapiyaga javobining nodirligi bilan tavsiflanadi. Davolashda analgetiklar emas, balki epilepsiyaga qarshi vositalar tayinlanganda ijobiy natija kuzatiladi.

Atipik prozopalgialar – ko'pincha vegetativ-tomirli, kelib chiqishi va patogenetik mexanizmi turli xil bo'lgan og'riq qayd etiladi. Ko'pgina hollarda etiologik omilni aniqlashning iloji bo'lmaydi. Tipik prozopalgia bilan solishtirilganda, xurujli prozopalgiyada og'riq xurujlari katta davomiyligi bilan tavsiflanadi, ularda rivojlanib borish, avjiga chiqish va so'nish davrlarini tafovut etish mumkin. "Tepkili" zonalar (yuz terisi va og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida 1 sm³ dan kichikroq bo'lgan qismlar bo'lib, ularda teginish og'riq xurujiga olib keladi) mavjud bo'lmaydi. Davolashda analgetiklar samarali.

Yuz sohasida og'riqning yuzaga kelish sabablari haqida turli xil fikrlar mavjud. Ba'zi mualliflar ularning rivojlanishida asosiy rolni umumiy kasalliklar bilan, boshqalari – mahalliy omillar bilan bog'lashadi, uchinchilari esa – polietiologik nazariya tarafdori. Ba'zi mualliflar yuzda og'riqning yuzaga kelishida (G.S.Azrikulova, 1999) V juft kalla nervlari periferik tarmoqlaridagi surunkali yallig'lanishli o'zgarishlarni muhim omil deb hisoblashadi. Yuqori jag' bo'shlig'ining kasalliklari uchlamchi nerv 2-chi tarmog'ining nevralfiyasi rivojlanishiga va infraobital kanalning devorlarida o'zgarishlar vujudga kelishiga olib keladi.

Trigeminal nevralfiyaning klinik ko'rinishlari turli xilcha, biroq uning asosiy simptomlari bo'lib quyidagilar hisoblanadi: 2-3 soniya davom etuvchi, elektr toki bilan zarba tipida qayd etiluvchi uchlamchi

nerv tarmoqlarining innervatsiyasi sohasida og'riq xurujlarining bo'lishi; xurujlar orasida "turtkili" zonalar va refrakter davrining mavjudligi; karbamazepin (finlepsin) bilan davolashda ijobiy natijalarning bo'lishi.

Uzoq vaqt davom etuvchi V juft uchlamchi nervning nevrалgiyasi LOR a'zolari holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Davomli trigeminal nevrалgiya natijasida trofik jarayonlar o'zgaradi, xususan burun bo'shlig'i shilliq pardasining oziqlanishi va sekretsiyasi buziladi. Bunday hollarda, anamnestic va klinik ko'rinishlar mavjud bo'lmaganda, rentgenologik tekshirishda yuqori jag' bo'shliqlarida o'zgarishlar aniqlanadi (A.I.Sыganov, 1997).

Tanglay bodomchalaridagi yallig'lanishli va sklerotik jarayonlar, ko'prik-miyacha burchagidagi o'smalar, uyqu arteriyasining anevrizmasi, hiqildoq saratoni, til ildizi saratoni, tonzillektomiyadan keyin tonzillyar chuqurchadagi qo'pol chandiqlar *til-halqum nervining nevrалgiyasiga* sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda "tepkili" zonalarining tipik joylashuvi – bodomchalar, til ildizi, halqumning orqa devori, tashqi quloq oldingi qismidagi bo'rtig'i sohasida bo'ladi. Og'riq quloq ichiga, halqum, bo'yin-quloq orti qismiga beriladi. Til-halqum nervi nevrалgiyasining xos belgilaridan biri – pastki jag' burchagi ortidagi nuqtani paypaslaganda og'riqning bo'lishi. Ko'pincha bemor tomonga boshni egishi bemorning xos holati hisoblanadi. Tilning orqa uchligida ta'mning buzilishi kuzatilmaydi.

Nog'ora chigalining nevrалgiyasi kamdan kam uchraydi. Kasallik F.Reichert (1933) tomonidan ta'riflangan. V.A. Karlovning ma'lumotlariga ko'ra (2001), bemorlarda giperakuziya, eshitishning pasayishi, quloqda kuzatiladigan shovqin ko'rinishida eshitishning buzilishi qayd etiladi. Nog'ora nervi – til-halqum nervining tarmog'i bo'lganligi sababli, bu kasallikka til-halqum nervining qisman nevrалgiyasi sifatida qarash mumkin. Og'riq tashqi eshituv yo'lida, va ko'pincha quloq ichida kuzatiladi. Til-halqum nervining nevrалgiyasidan farqli ravishda, xurujlar ta'sirlovchilar tomonidan chaqirilmaydi, balki o'z-o'zidan vujudga keladi. Xuruj rinoreya bilan kechishi mumkin. Xurujdan keyin tashqi eshituv yo'lida qichish va to'mtoq og'riq

saqlanishi mumkin. Xuruj vaqtida va undan so'ng darholda ob'ektiv tekshirishda tashqi eshituv yo'lining orqa devorida shish va giperemiya, uni paypaslaganda og'riq kuzatiladi.

Adashgan nervning zararlanishi uni tomirlar, bo'yinturuq teshigi va ko'ks sohasidagi, kamroq – intrakranial o'smalar bilan bosilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Uning yallig'lanishli (ensefalitlarda) va toksik zararlanishlari (bug'mada) kuzatilishi mumkin. Kasallik ta'sirlanish (yo'tal, pulsning sekinlashishi) va yo'qotish holatlari (ovozning o'zgarishi, yutishning buzilishi) bilan tavsiflanadi. Adashgan nerv patologiyasining o'ziga xos shakli bo'lib, **uning tarmog'i – yuqori hiqildoq nervining nevrалgiyasi** hisoblanadi. Bunday holatlarda og'riq til-halqum nevrалgiyasi singari tomoqda emas, balki hiqildoq sohasida kuzatiladi va yo'tal bilan kechadi; palpatsiyada og'riq nuqtasi bo'yinning yon yuzasida, qalqonsimon tog'ayning yuqori bo'limlari sathida aniqlanadi.

Yuzning vegetalgiyasi (simpatalgiyasi) – kuydiruvchi, parchalab tashlovchi, turli jadallikdagi uzoq davom etuvchi og'riq bilan namoyon bo'lib, tomirli, sekretor, trofik, haroratli va emotsional buzilishlar bilan qo'shib kechadi.

Vegetalgiya sindromining tashxisoti uchun anatomik, fiziologik va klinik ma'lumotlar aniqlanadi. Og'riqni o'tkazuvchi afferent vegetativ tolalar umurtqalararo gangliy yoki kalla nervi tuguni hujayralarining o'simtalari bo'lib hisoblanadi. Bu hujayralarining dendritlari simpatik ustun gangliylariga boradi. Ularning ichida uzilmasdan, orqa miya va kalla nervlarining vegetativ tolalari (uchlamchi, yuz, til-halqum, adashgan), yuz gangliylari (burun-kiprikchali, qanotsimon-tanglay, quloq) tarkibida periferiya tomonga yo'naladi. Notsitseptiv (og'riq) ta'sirni o'tkazuvchi vegetativ tolalar kam darajada mielinlashgan bo'lib (filogenetik jihatdan qadimgi hisoblanadi), impulsni sekinlik bilan o'tkazadi. Bu tolalar shakllanmagan, mahalliy lashmagan og'riq sezgisini o'tkazishda asosiy rolni bajaradi.

Turli darajadagi – nervlar, chigallar, gangliylar, o'zakli tuzilmalarning patologiyasida klinikada "simpatalgiya" deb nomlanuvchi

xos bo'lgan og'riq simptomokompleksi rivojlanishi mumkin. Yuz simpatalgiyasining eng ko'p joylashgan joyi – ko'zlar, orbita, chakka va peshona sohasi, Yuqori jag' va lunj, kamroq hollarda – tepa sohasi bo'ladi. Og'riqni yuz va boshning qo'shni sohalariga – ensa, bo'yin, elka kamari, elka, kaftlarga irradiatsiyasi xos bo'lib hisoblanadi.

Vegetativ-tomirli buzilishlar teri va shilliq pardalar rangining qizarish va ko'karish shaklida o'zgarishi; tana haroratining ko'tarilishi yoki pasayishi; to'qimalarning shishinqirashi yoki shishishi, shuningdek, trofikaning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi.

Simpatalgiyaning muhim xususiyati xurujsimon, kriz bilan kechishga moyilligi bo'lib hisoblanadi. Xurujlar bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi, kunning istalgan vaqtida, ammo ko'pincha kechqurun boshlanishi, emotsional omillar, ob-havoning o'zgarishi, och qolish sezgisi bilan qo'zg'alishi mumkin. Xurujlar orasida og'riq sezgisi kuzatilmasl原因 mumkin. Bunday xurujlar ko'pgina kasalliklar (bo'yin osteoxondrozi, siliar va qanotsimon-tanglay nevralgiyasida gemikraniyalar, prozopalgik sindromlar) uchun xos bo'ladi.

Siliar nevralgiyada (burun-kiprikchali nerv nevralgiyasi yoki siliar tugunning ganglioniti) burun-kiprikchali nerv va kiprikchali tugun zararlanishi natijasida burunorbital sohada og'riq xurujlari kuzatilib, u keskin ifodalangan lokal vegetativ disfunktsiya bilan kechadi. Bu kasallikning ehtimoliy etiologik omillariga etmoidit, burun chig'anoqlarining gipertrofiyasi, burun to'sig'ining qiyshayishi, burun, ayniqsa yuqori va o'rta burun yo'llaridagi shilliq parda shishida nervning bosilishi, yuz jarohatlari kiradi.

Kasallikning tashxisoti uchun asosiy simptomlar bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

1) davomiyligi 0,5-1 soat atrofida davom etadigan, burun orbital sohada, ayniqsa ko'z va orbitaning ichki burchagi hamda qosh ustining ichki qismida jadal bo'lgan xurujsimon, ko'pincha kechki vaqt yuzaga keladigan og'riqning bo'lishi;

2) ko'zning tiniq muhitlarini trofik o'zgarishlari – keratit, ko'zning oldingi bo'limlarining (shox parda, oldingi kamera) xiralashishi;

3) fotofobiya, ko'z yosh oqishi, rinoreya;

4) yuqori burun yo'liga anestetik eritmasini (2% li dikain eritmasi) surtish yoki kon'yuktival xaltaga uni (0,25%li eritma) tomizdirishdan so'ng xurujning yo'qolishi.

Qiyosiy tashxisotda siliar nevrалgiya simptomlarining yuz xurujsimon simpatalgiyasining boshqa turi – **qanotsimon –tanglay nevrалgiyasiga** yaqinligini hisobga olish lozim. Kasallik G.Slader (1908 y.) tomonidan ta'riflangan. Qanotsimon–tanglay nevrалgiyasining asosiy farqi og'riqning yuqori jag' sohasida qayd etilib, uning orbita, chakka, keyin esa yuzning butun yarmiga, tepa, ensa, bo'yinga tarqalishidir. Bundan tashqari ko'z yosh oqishi, rinoreya, lunj terisining, burun, yuqori jag' bo'shlig'ining shishi va qizarishi, yuz terisining giprgidrozi ham kuzatiladi. O'rta burun yo'li shilliq pardasiga anestetikni surtish bilan og'riq yo'qoladi yoki uning jadalligi kamayadi. Xurujdan keyin yuzning kasal yarmida paresteziya va quloqda shovqin qayd etiladi.

Slader sindromini uchlamchi nerv nevrалgiyasidan qiyoslash zarur, unda xuruj soniyalar davom etadi, so'zlashuv va chaynash vaqtida qo'zg'aladi, vegetativ buzilishlar u darajada ifodalangan bo'lmaydi.

Ganglionitlar – kalla nervlari tugunlarining yallig'lanishli zararlanishlari. Kelib chiqishi gerpetik bo'lgan ganglionitlar ko'p uchraydi.

Trigeminal tugun ganglioniti og'ir kechishi bilan farqlanadi. Gerpes toshishdan avvalgi bosqichda (toshmalar paydo bo'lguncha) kasallik kamdan-kam hollarda to'g'ri tashxisot etiladi. Toshma toshish bosqichida kasallikning klinika ko'rinishi yaqqol ifodalangan bo'lib, tashxis to'lig'icha ayon bo'ladi. Bu kasallikni peshona bo'shlig'ining yallig'lanishi bilan qiyoslash zarur. Frontitda og'riq odatda o'rtacha bo'lib, tongga yaqin kuchayadi; burundan nafas olishning buzilishi, burunning tegishli yarmidan ajralmalar ajralishi, qosh usti sohasi perkussiya qilinganda og'riqning kuchayishi xos. Burun yon bo'shliqlarining rentgenografik tekshiruvi tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi.

Tizzasimon tugunning ganglioniti (nevralgiya 1909 yilda G.R.Hunt tomonidan ta'riflangan) tashqi eshituv yo'lida og'riqning bo'lishi, quloq sohasida gerpetik toshmalar toshishi va yuz nervi innervatsiyalovchi mushaklarning parezi, eshitish va vestibulyar buzilishlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Xant nevralgiyasidagi otoalgiya ovqat iste'moli bilan bog'liq bo'lmaydi, bu bilan esa u uchlamchi nerv nevralgiyasidan farqlanadi, qaysidakim ovqat eyish va so'zlashishda og'riqning yuzaga kelishi xos bo'ladi. O'z navbatida, til-halqum nervining nevralgiyasida til ildizi va bodomchalar sohasida yuzaga keluvchi og'riq odatda ovqat va yutish bilan qo'zg'aladi.

Til-halqum va adashgan nervlarning ganglioniti— gerpetik infeksiya tomonidan chaqiriladi. Bu nervlar yakka holda deyarli zararlanmaydi. Odatda ularning uchlamchi nerv tugunlari bilan, kamroq hollarda yuz nervining tugunlari bilan umumiy zararlanishi qayd etiladi. Og'riq va toshmalar nafaqat uchlamchi nervning tegishli tarmoqlari sohasida, balki halqumning orqa devori, tanglay yoychalari, til ildizi sohasida ham kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda, shuningdek, adashgan nerv tugunlarining bir vaqtda zararlanishi (supra bo'rtmachasi va hiqildoq usti qopqog'i sohasida toshmalar) kuzatiladi.

Shunday qilib, yuz sohasidagi og'riq ko'pgina kasalliklarning simptomi bo'lib hisoblanadi. Klinik ko'rinishlarining turlichaligi, ko'p uchrashi, qiyosiy tashxisotning qiyinligi shifokordan nafaqat otorinolaringologik, balki prozopalgialar kechishining nevrologik xususiyatlarini chuqur bilishni talab etadi. Aynan shu tashxisotli xatoliklarni oldini olishga, davolash yanada samaraliroq bo'lishiga imkon beradi.

BURUNDAN NAFAS OLISHNING BUZILISHI

Organizmning tashqi muhit bilan aloqasining eng muhim omili bo'lib nafas tizimi orqali aloqa hisoblanadi. Nafas olish jarayonida organizmga kislorod kiradi, u organik moddalarning biologik oksidlanishi uchun ishlatiladi va karbonat angidrid ajralib chiqadi. Kislorod etishmovchiligida organizmda almashinuv jarayonlari sekinlashadi,

hujayraning bioelektrik salohiyati kamayadi, energetik tanqislik holati yuzaga keladi, bu esa funksional va morfologik buzilishlarning rivojlanishiga olib keladi.

Nafas yo'llarining boshlang'ich bo'limi bo'lib burun hisoblanadi. U kuchli himoya to'sig'i bo'lib, markazlarni tashqi muhitning turli agentlari bilan muloqoti haqida xabardor qiladi. Burun nafas olish vaqtida olinayotgan havoning issiqligini boshqaradi, shuningdek organizmga havo orqali kirishi mumkin bo'lgan zararli agentlarni ushlab qoladi va zararsizlantiradi.

Burunning nafas funksiyasi havoni pastki nafas yo'llariga o'tkazishdan iborat. Burundan nafas olishda burun bo'shlig'i orqali bitta nafas olish yoki chiqarishda taxminan 500 ml havo o'tadi. Me'yorda odam 1 daqiqa ichida 16-18 ta nafas harakatlarini amalga oshiradi, bu vaqtda burun orqali 8-9 l havo o'tadi.

Havo oqimi burun bo'shlig'iga tushib, uning tuzilmalari tomonidan qarshilikka duchor bo'ladi. Burunning rezistentlik darajasini belgilovchi eng tor joy bo'lib, pastki burun chig'anog'ining oldingi uchi yaqinidagi soha hisoblanadi. Burun bo'shlig'ining bu sohasida havo oqimining maksimal qarshiligi ro'y beradi, bu soha pastki burun chig'anog'i oldingi uchining boshidan bir necha millimetr orqada joylashib, "burun klapani" deb nomlanadi. Havo oqimi o'tishida yuzaga kelayotgan qarshilikning qariyb 1/3 qismi burun dahlizining harakatchan qismiga, 2/3 qismi –burun klapaniga to'g'ri keladi. Nafas tizimi havo almashinuvi umumiy qarshiligining qariyb 54%i yuqori nafas yo'llariga, jumladan, 46%i –burun bo'shlig'i qarshiligiga to'g'ri keladi. Burunning rezistentligi nafas fiziologiyasi uchun katta ahamiyatga ega. Og'iz orqali nafas olganda havo oqimiga qarshilik anchagina kamroq kuzatiladi, natijada ko'krak va qorin bo'shliqlarida musbat va manfiy bosim pasayadi, bu esa yurak-tomir tizimining maqbul faoliyati uchun muhimdir.

Me'yorda burunning havo oqimiga qarshiligi turli sabablarga bog'liq. Burunning rezistentlik darajasini boshqarishda pastki burun chig'anoqlarining tomirlari muhim rol o'ynaydi. G'ovaksimon venoz chigallarida qonning dimlanishi burun chig'anoqlarining shishiga,

ularning o'lchamlari kattalashishiga, burun bo'shlig'ining to'liq obstruksiyasiga qadar burun klapani ichining torayishiga olib keladi. Kattalarda burun dahlizining harakatchan qismi burunning havo oqimiga qarshilik darajasiga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi. Nafas olish kuchaytirilganda, burun dahlizi yon devorlarining botib ketishiga moyilligi mavjud bo'lib, u havo oqimining kamayishiga olib keladi, biroq bu holatga burun qanotlarini taranglashtiruvchi va ularning botib qolishiga to'sqinlik qiluvchi mushaklarning qisqarishi yo'l qo'ymaydi. Burun qanotlari mushaklarining qisqarishi nafas jadalligi kuchayganda, og'ir jismoniy mashqlarni bajarganda, shuningdek, go'daklarda respirator buzilishlar vaqtida faollashadi.

Shilliq pardadagi turli patologik jarayonlar va ekzogen omillar burun rezistentligiga katta ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi holatlarda burun bo'shlig'ining havo oqimiga qarshiligi kuchayadi, boshqa holatlarda esa pasayadi. Burun bo'shlig'ining rezistentligi o'tkir, vazomotor, gipertrofik rinitlarda, giperventilyasiyada, spirtli ichimliklar ichganda, aspirin bilan davolanganda, sovuq havo bilan nafas olganda, shuningdek chalqancha yotganda oshadi. Burunning rezistentligi atrofik rinitda, jismoniy zo'riqishda, simpatomimetik vositalarni qo'llaganda, narkoz vaqtida kislorod bilan nafas olganda pasayadi.

Burunning ikkala yarmi orqali o'tuvchi havo oqimi asimmetrik bo'ladi. Ko'pgina sog'lom shaxslarda burunning o'ng va chap yarmi orqali o'tuvchi havo oqimiga burun rezistentligining davriy o'zgarishlari qayd etiladi, ammo jami qarshilik doimiy bo'lib qoladi. Havo oqimining burun orqali davriy o'tishi 80% aholida aniqlanadi. Ko'pchilik odamlar burundan nafas olishda qandaydir o'zgarishlarni sezishmaydi, chunki burunning ikkala yarmi orasidagi yaqin aloqa tufayli havo oqimiga umumiy qarshilik doimiy bo'lib qoladi. Havo oqimining muntazam o'zgarishlari g'ovaksimon venoz chigallari tonusining holatiga bog'liq. Rezistentlikning kam darajasi burun bo'shlig'ining vazokonstriktorlar tonusi baland bo'lgan yarmida aniqlanadi.

Tana holatining o'zgarishi venoz bosimining o'zgarishi natijasida havo oqimiga burun qarshiligining yaqqol buzilishini chaqirishi mumkin.

Vertikal holatdan gorizontal holatga o'tish bo'yinturuq venasida bosimning oshishi va burun shilliq pardasi g'ovaksimon venoz chigallaridagi dimlanishtufayli umumiy burun qarshiligining kuchayishiga olib keladi.

Burunning qarshiligiga harorat omillari ta'sir ko'rsatadi. Burun shilliq pardasi tomirlariga haroratli ta'sirning ikki turi farqlanadi: nafas olinayotgan havo haroratining va tana haroratining o'zgarishi. Sovuq havoda nafas olish burun chig'anoqlari venoz g'ovaksimon to'qimasining qon bilan to'lishi va havo oqimiga qarshilikning oshishi natijasida burun bitishini keltirib chiqaradi. Teriga sovuqning ta'siri, aksincha, burunda g'ovaksimon to'qima hajmini o'zgartirmasdan, qon aylanishini kamaytiradi. Teri sovishida burun shilliq pardasining qon bilan ta'minlanish darajasining pasayishi burundan qon ketishining to'xtashiga olib keladi. Burundan qon ketishda burun terisiga muz, sovuq suv bilan namlangan salfetkani qo'yish maqsadga muvofiqdir.

Burunning qarshiligiga umumiy va mahalliy qo'llaniladigan dori vositalari ta'sir ko'rsatadi. Aspirin burun bitishini chaqiradi. Simpatik nerv tizimining antagonisti bo'lgan va arterial gipertenziyani davolashda qo'llaniladigan rezerpinburun chig'anoqlarining g'ovaksimon venoz chigallarida qonning dimlanishiga olib keladi. Spirtli ichimlik tomirlarni kengaytiradi va burundan nafas olishni yomonlashtiradi (uning ta'siri gorizontal holatda kuchayadi). Burun shilliq pardasi tomirlarining kuchli vazokonstriktori bo'lib prostoglandin E hisoblanadi, uning tomirni toraytiruvchi ta'siri adrenalin faolligidan 10 marotaba yuqori bo'ladi.

Burun bo'shlig'i orqali havo oqimining o'tishida Yuzaga keluvchi sub'ektiv sezgilar insonning qulayligi uchun juda muhim. Bu sezgilar nafas olishda burun shilliq pardasidagi uchlamchi nerv sensor retseptorlarining ta'sirlanishiga bog'liq. Nerv retseptorlarining anesteziyasi yoki shikastlanishi burun obstruksiyasi sezgisini keltirib chiqaradi, shuning uchun atrofik rinitli bemorlar, garchi havo oqimiga rezistentlik ularda shilliq pardaning va ko'pgina hollarda burun chig'anoqlari suyak asosining atrofiyasi tufayli juda past bo'lsa-da,

ko'pincha burun bitishiga shikoyat qilishadi. Bunday sezgi havo oqimi o'tishini idrok etishning yo'qolishi bilan bog'liq. Burunning surunkali obstruksiyasida ko'pincha burun chig'anoqlarining rezeksiyasi yoki shilliq pardaning diatermokoagulyasiyasi o'tkaziladi. Bu muolajalar uchlamchi nervning retseptorli oxirlarini shikastlaydi va keng burun yo'lida, zid ravishda, burun obstruksiyasi sezgisiga olib kelishi mumkin. Havo oqimini idrok etish ba'zi xushbo'y moddalar, masalan, ko'pincha O'RVIda burun bitishini davolash uchun qo'llaniladigan mentol ta'sirida kuchayadi. U burun shilliq pardasining sezuvchan retseptorlarini qo'zg'atadi va burun bo'shlig'i orqali havo o'tishini yaxshilash sezgisini yaratadi.

Burun bo'shlig'i anatomik tuzilmalarining me'yoriy nisbatida, nafas olishda havo oqimi yuqoriga, burun orqasiga parallel ravishda yo'naladi, yoysimon buriladi hamda yuqori va o'rta burun chig'anoqlari bo'ylab o'tib, xoana sohasida yana pastga tushadi. Havo oqimining qiyaligi, asosan, burun bo'shlig'ida manfiy bosimning darajasi bilan bog'liq, bu esa o'z navbatida, nafas olishning jadalligi, "burun klapani" sohasidagi rezistentlik holatiga bog'liq bo'ladi. Nafas chiqarishda havo oqimi burunhalqumga ko'tariladi va ustunda aks etib, xoana orqali pastki burun yo'lga va pastki burun chig'anog'i bo'ylab yo'naladi.

Burunyon bo'shliqlari kirish teshiklarining havoni asosiy oqimi yo'nalishiga nisbatan joylashuvining anatomik xususiyatlari tufaylinafas olinayotgan havo burun yon bo'shliqlariga kirmaydi. Nafas olish vaqtida burun bo'shlig'ida havo bosimi pasayadi va u burun yon bo'shlig'idan burun bo'shlig'iga chiqadi, bu erda olinayotgan havoning asosiy oqimi bilan aralashadi va u bilan birga pastki nafas yo'llariga o'tadi. Bunda namlangan, tozalangan, ilitilgan havo burun yon bo'shliqlaridan o'pkaga atmosfera havosidan ilgari kelib tushadi, chunki u nafas olinayotgan havoning birinchi miqdori tarkibiga kiradi. Bo'shliqlardagi gaz almashinuvi og'iz bilan nafas olishdagidan ko'ra, burun bilan nafas olishda 2 marotaba tezroq sodir bo'ladi. Nafas chiqarishda havo "burun klapani" qarshiligi tufayli burun yon bo'shliqlariga kiradi.

Burun shilliq pardasi va burun yon bo'shliqlarining reflektorli ta'siri organizmning turli funksiyalarini boshqarishda va uning me'yoriy hayotiy faoliyatini quvvatlashda muhim rol o'ynaydi. Me'yoriy fiziologik sharoitlarda nafas zonalarini retseptorlarining mos ta'sirlovchisi bo'lib olinayotgan va chiqarilayotgan havo oqimi hisoblanadi. Havo oqimi shilliq pardadagi retseptorlarga mexanik omil sifatida ta'sir ko'rsatadi.

Burundan nafas olishning buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar ro'yxati

- Rivojlanish anomaliyasi:

burun bo'shlig'i (xoanalar) atreziyasi.

- Burunning yallig'lanishli kasalliklari:

o'tkir rinit;

go'daklardagi o'tkir rinofaringit;

surunkali kataral rinit;

surunkali gipertrofik rinit;

surunkali atrofik rinit;

ozena;

vazomotor rinit;

allergik rinit;

burunning saramasi;

burun dahlizining ekzemasini;

burun bo'shlig'ining bug'masi.

- Burun yon bo'shliqlarining yallig'lanishli kasalliklari (sinusitlar):

o'tkir gaymorit;

o'tkir frontit;

o'tkir etmoidit;

o'tkir sfenoidit;

surunkali gaymorit;

odontogen gaymorit;

surunkali frontit;

surunkali etmoidit;

surunkali sfenoidit.

- Burun bo'shlig'ining yot jismlari.

- Burun va burun-halqumning o'smalari:

Burun-halqum angiofibromasi;

angioma;

burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarining saratoni.

- Burun to'sig'ining kasalliklari:

burun to'sig'i abssessi;

burun to'sig'i gematomasi;

burun to'sig'i qiyshayishi.

- Burun bo'shlig'i sinexiyalari.

- Halqum bodomchalari gipertrofiyasi.

- Yuqori nafas yo'llarining infeksiyon granulyomalari:

burun bo'shlig'i zaxmi;

burun bo'shlig'i sili;

rinoskleroma.

- Burunning jarohatlari va shikastlanishlari:

burun suyaklarining sinishi;

tashqi burunning kuyishi.

BURUN BO'SHLIG'I RIVOJLANISH ANOMALIYALARI

Burun bo'shlig'i (xoanalar) atreziyasi. Burundan nafas olishning bir yoki ikki tomonlama yo'qligi, burundan, asosan bolalik davrida, doimiy shillikli ajralmalar ajralishi xos. Oldingi rinoskopiya o'tkazilganda, halqumning orqa devori ko'rinmaydi, zondlashda zond burunhalqumga o'tmaydi. Burun bo'shlig'iga metilen ko'ki yuborilganda, bo'yoq halqumga tushmaydi.

BURUNNING YALLIG'LANISHLI KASALLIKLARI

O'tkir rinit. Burundan nafas olishning qiyinlashuvi, burunda achishish, qurish, taranglashish va qitiqlanish sezgisi qayd etiladi. Bemorlar bosh og'rig'i, boshda og'irlik sezgisi, aksa urish, ko'z yosh

oqishi, hid bilishning pasayishi yoki yo'qolishi, quloq bitishi, burundan ajralmalar ajralishiga shikoyat qilishadi. Kasallikning o'tkir boshlanishi, subfebril haroratning bo'lishi xos, burun dahlizi va yuqori lab terisining ishqalanishi, kon'yuktivit holati, ovozning manqasimon chiqishi kuzatilishi mumkin. Oldingi rinoskopiya da burun shilliq pardasining giperemiyasi va shishi, shilliq-yiringli ajralmalar, burun yo'llarining torayishi aniqlanadi.

Go'daklarda o'tkir rinofaringit. Burundan nafas olishning buzilishidan tashqari, bolaning umumiy ahvolidagi o'zgarishlar, subfebril harorat, bezovtalik, burundan ajralmalar ajralishi, burun dahlizi va yuqori lab terisining ishqalanishi, kon'yuktivit holati, emish va uyquning buzilishi kuzatiladi. Shuningdek, dispeptik holatlar va soxta opistotonus qayd etilishi mumkin. Regionar limfa tugunlari paypaslanganda, ularning kattalashuvi va og'rishi qayd etiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun shilliq pardasining giperemiyasi va shishi, halqum orqa devori bo'ylab shilliqli yoki shilliq-yiringli ajralmalar aniqlanadi.

Surunkali rinit quyidagi tasniflanadi (3-rasm).



3-rasm. Surunkali rinit turlari



4- rasm. Surunkali kataral rinit

Surunkali kataral rinit. Burundan nafas olishning ortostatik buzilishi, burundan ajralmalar ajralishi, gipoosmiya (anosmiya) yuzaga keladi. Oldingi rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq pardasining giperemiyasi, burun chig'anoqlarining shishi, shilliq-yiringli ajralmalar, burun yo'llarining torayishi, burun chig'anoqlarishilliq pardasiga adrenalin surtilganda, ularning yaxshi qisqarishi aniqlanadi (4-rasm).

Surunkali gipertrofik rinit. Burundan nafas olishning buzilishi burundan ajralmalar ajralishi, ovozning manqasimon chiqishi va gipoosmiya (anosmiya) bilan birga kechadi. Oldingi rinoskopiya da pastki va o'rta burun chig'anoqlarining kattalashuvi, shilliq-yiringli ajralmalar, burun yo'llarining torayishi, burun chig'anoqlarishilliq pardasiga adrenalin surtilganda, ularning yaxshi qisqarmasligi; orqa rinoskopiya da - pastki va o'rta burun chig'anoqlari orqa oxirlarining gipertrofiyasi aniqlanadi (5-rasm).



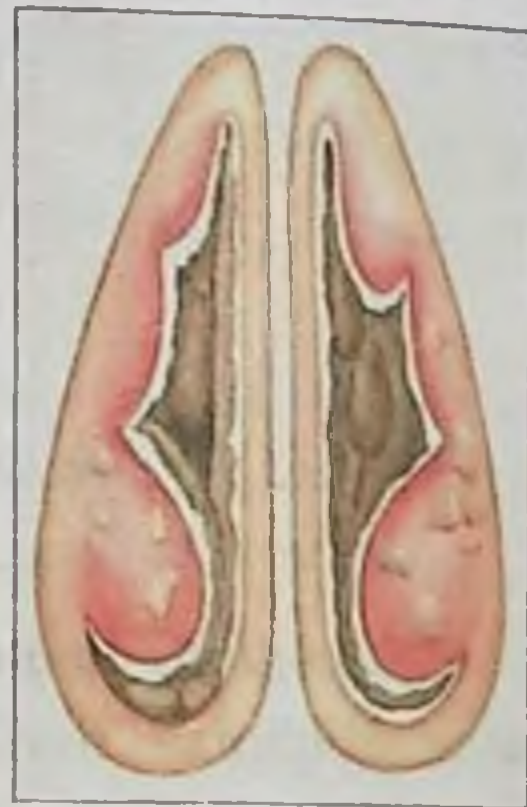
5- rasm. Surunkali gipertrofik rinit



6- rasm. Surunkali atrofik rinit

Surunkali atrofik rinit. Burundan nafas olishning buzilishidan tashqari, burun va halqumning qurishi, hid bilishning pasayishi xos, burunni qattiq qoqqanda, undan qon ketishi kuzatilishi mumkin. Oldingi rinoskopiya da keng burun yo'llari, burun chig'am miqdorda shilliq ajralmalarning bo'lishi anianoqlari shilliq pardasining atrofiyasi, burunda po'stloqlarning ko'p miqdorda to'planishi, kqlanadi (6-rasm).

Ozena. Burundan nafas olishning buzilishi burun va halqumning qurishi, hid bilishning yo'qligi, burundan badbo'y hidning kelishi bilan kechadi. Oldingi rinoskopiya keng burun yo'llari, burun chig'anoqlari va burunhalqumning keskin atrofiyasi, o'rtacha yopishqoq shilliqli ajralmalar, burun bo'shlig'ining yoqimsiz hidli yashil-sarg'ish po'stloq bilan qoplangan shilliq pardasining yupqalashuvi, shuningdek, atrofik jarayonning halqum va hiqildoqqa tarqalishi aniqlanadi (7-rasm).



7-rasm. Ozena

Vazomotor rinit. Burundan nafas olishning ortostatik buzilishi, aksa urish, ovozning manqasimon chiqishi kuzatiladi. Kasallikning xurujsimon kechishi, salbiy



8-rasm

Vazomotor rinit.

allergologik anamnez xos. Oldingi rinoskopiya keng burun chig'anoqlarining shishi, burun bo'shlig'i shilliq pardasining ko'kimtiriligi, "Voyachek dog'lari" ning bo'lishi, burun yo'llarining torayishi, burun chig'anoqlarining shilliq pardasiga adrenalin surtilganda, ularning yaxshi qisqarishi, xuruj vaqtida shilliq-suvli ajralmalarning bo'lishi aniqlanadi (6-rasm). Kasallikda terining

qonda eozinofilli granulotsitlarning,

limfotsitozning, burundan ajralmalarni sitologik tekshirishda eozinofilli granulotsitlarning bo'lmasligi aniqlanadi.

Allergik rinit. Burundan nafas olishning buzilishi aksa urish, burun ichida qitiqlanish, rinoreya, ovozning manqasimon chiqishi bilan birga kechadi. Kasallikning xurujsimon kechishi, gipoosmiya (anosmiya), ijobiy allergologik anamnezning bo'lishi xos. Oldingi rinoskopiya keng burun chig'anoqlarining shishi, burun bo'shlig'i shilliq pardasining oqarishi, burun yo'llarining torayishi, burun chig'anoqlarining shilliq pardasiga adrenalin surtilganda, ularning yaxshi

qisqarmasligi, xuruj vaqtida shilliq-suvli ajralmalarning bo'lishi aniqlanadi. Allergenlar bilan burun ichi sinamasi musbat bo'ladi, periferik qonda eozinofiliya va limfotsitoz, shuningdek, burundan ajralmalarni sitologik tekshirishda eozinofiliya aniqlanadi.

Burunning saramasi. Burundan nafas olishning buzilishi burunda og'riq bo'lishi, umumiy ahvolning o'zgarishi, tana haroratining ko'tarilishi, varaja qilish, bosh og'rig'i bilan birga kechadi. Jag' osti va iyak osti limfa tugunlari paypaslanganda ularning kattalashishi va og'riqligi aniqlanadi. Ko'rik vaqtida tashqi burun terisining jadal giperemiyasi va shishinqirashi ko'rinadi, qizarish va shish yuqori labga o'tadi va sog'lom teridan keskin chegaralangan bo'ladi. Burun bo'shlig'ining shilliq pardasiga va dahliz terisiga teginganda og'riq kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun chig'anoqlarining shishi, burun bo'shlig'ining yorqin qizil shilliq pardasi va unda xos pufakchalarning bo'lishi aniqlanadi. Qon tahlilida – ECHT oshgan, leykotsitoz kuzatiladi.

Burun dahlizi ekzeması. Burundan nafas olishning buzilishi, burun sohasida og'riq bo'lishi, tashqi burun terisining qizarishi va shishinqirashi xos simptomlar bo'lib hisoblanadi. Ko'rikda burun dahlizida po'stloq, qashilma, yoriq, tangacha, seroz tarkibli pufakcha va terining suvlanishi aniqlanadi. Allergologik anamnez, allergenlar bilan musbat teri ichi sinamasi, qon umumiy tahlilida eozinofiliya tashxis qo'yishga yordam beradi.

Burun bo'shlig'i bug'masi. Burundan nafas olishning buzilishidan tashqari, umumiy ahvolning o'zgarishi, umumiy darmonsizlik, subfebril harorat, burundan ajralmalar ajralishi (shilliq-yiringli, qonsimon, qonli-yiringli), ovozning manqasimon chiqishi, burun dahlizida yoriqlar qayd etiladi. Epidemiologik anamnez ijobiy bo'ladi. Regionar limfa tugunlar paypaslanganda, ularning kattalashuvi va og'riqligi aniqlanadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun shilliq pardasida fibroz karashning bo'lishi, seroz-qonli ajralmalar aniqlanadi. Jarayonning nafas yo'llarini pastki bo'limlariga tarqalishi xos. Mahalliy surtmada Klebs-Leffler batsillalari, teluritli

sinamaningmusbat bo'lishi aniqlanadi. Bemorlarni bug'maga qarshi zardob bilan davolaganda klinik natija ijobiy bo'ladi.

BURUN YON BO'SHLIQLARINING YALLIG'LANISHLI KASALLIKLARI (SINUSITLAR)

O'tkir sinusitlar. O'tkir gaymorit. Burundan nafas olishning buzilishi umumiy ahvolning buzilishi, umumiy darmonsizlik, ba'zan tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiya bilan kechadi. Anamnezidan tumovning cho'ziluvchan kechishi aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'i sohasidagi og'riq tishlarga uzatiladi, zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisi paydo bo'lib, u boshni egish holatida kuchayadi; shuningdek, pastki qovoqning kollateral shishi kuzatilishi mumkin; fossa canina sohasini paypaslaganda og'riq qayd etiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasma sining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlarining shilliq pardasida giperemiya va shish aniqlanadi. Burun yon bo'shliqlari rentgenogrammasida bo'shliqda soya yoki suyuqlik sathi aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'i punksiyasida yiring ajraladi. Qonning umumiy tahlilida ECHT oshgan, leykotsitoz kuzatiladi. Orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanishi mumkin.

O'tkir frontit. Burundan nafas olishning buzilishi, umumiy ahvolning buzilishi, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiya xos belgilar bo'lib hisoblanadi. Anamnezidan tumovning cho'ziluvchan kechishi aniqlanadi. Bemorlar zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisiga, bu sezgining boshni egish holatida kuchayishiga shikoyat qilishadi. Yuqori qovoqning kollateral shishi kuzatilishi mumkin. Peshona bo'shlig'ining pastki devori sohasini paypaslaganda og'riq qayd etiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasma sining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlarining shilliq pardasida giperemiya va shish aniqlanadi. Burun yon bo'shliqlari

rentgenogrammasidabo'shliqda soya yoki suyuqlik sathi aniqlanadi. Peshona bo'shlig'i punksiya qilinganda va zondlashda yiring aniqlanadi. Qonning umumiy tahlilida ECHT oshgan, leykotsitoz kuzatiladi. Orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanishi mumkin.

O'tkir etmoidit. Burundan nafas olishning buzilishi umumiy ahvolning buzilishi, umumiy holsizlik, tana haroratining oshishi, bosh og'rig'i, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiya bilan birga kechadi. Anamnezidan – tumovning cho'ziluvchan kechishi aniqlanadi. Zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisi xos bo'lib, bu holat bosh egilganda kuchayadi. Yuqori va pastki qovoqning kollateral shishi kuzatilishi mumkin. Bemorlar palpatsiyada orbitaning medial cheti sohasida og'riqni qayd etishadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasida giperemiya va shish, orqa rinoskopiya da - yuqori va o'rta burun yo'lida yiring tasmachasi aniqlanadi. Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida bo'shliqning soyalanishi qayd etiladi. Qonning umumiy tahlilida – ECHTning oshishi, leykotsitoz kuzatiladi. Ba'zan orbital va kalla ichi asoratlarning rivojlanishi kuzatiladi.

O'tkir sfenoidit. Burundan nafas olishning, umumiy ahvolning buzilishi, umumiy holsizlik, tana haroratining oshishi, bosh og'rig'i, burundan ajralmalar ajralishi xos. Anamnezidan – tumovning cho'ziluvchan kechishi aniqlanadi. Zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisi xos bo'lib, bu holat bosh egilganda kuchayadi; ensa, chakka va orbitaning ichida (ko'z ortida) og'riq kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, umumiy burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va yuqori burun chig'anoqlari, dumog' suyagi shilliq pardasida giperemiya va shish, orqa rinoskopiya da - yuqori burun yo'lida va burunhalqumning orqa devori bo'ylab yiring tasmachasi aniqlanadi. Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida asosiy bo'shliqning soyalanishi qayd etiladi. Uni punksiya qilganda va zondlashda yiring aniqlanadi. Qonning umumiy tahlilida – ECHTning

oshishi, leykotsitoz kuzatiladi. Orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanishi mumkin.

Surunkali sinusitlar. Surunkali gaymorit. Bemorlar burundan nafas olishning buzilishi, boshda og'irlik sezgisining bo'lishi, bosh og'rig'i (ko'pincha qo'zg'alish vaqtida), holsizlik, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiyaga shikoyat qilishadi. Anamnezidan – kasallikning uzoq vaqt kechishi, uning davriy ravishda qo'zg'alishi, har doim ham konservativ davodan naf bo'lmasligi aniqlanadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisi qayd etilib, bu holat bosh egilganda kuchayadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida poliplarning bo'lishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasida giperemiya va shish; orqa rinoskopiya da - xoanal polip aniqlanishi mumkin. Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida bo'shliqning soyalanishi, kontrast modda bilan rentgenografiya da – to'lish nuqsoni aniqlanadi.



A



B



V

9- rasm. Burun va yon boshliqlari rentgen tasviri

A - mo'tadil;

B - chap tomonlama yiringli gemisinusit;

V - o'ng tomonlama yuqori jag' bo'shlig'ida suyuqlik satxi, burun to'sig'i qiyshayishi, o'ng tomondan pastki va o'rta chig'anoqlar gipertrofiyasi, chap tomonda pastki chig'anoq gipertrofiyasi.

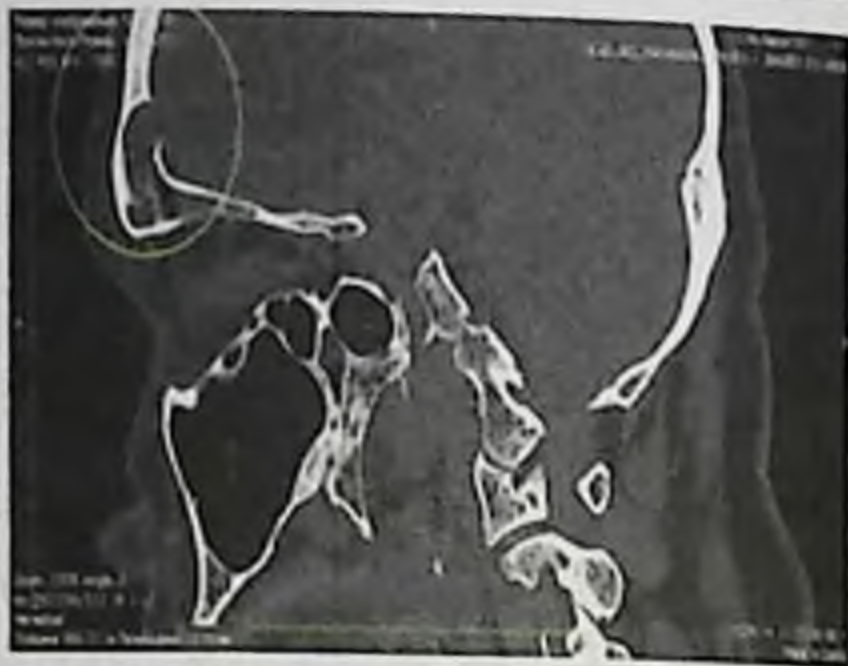
Yuqori jag' bo'shlig'i punksiya qilinganda yiring ajraladi. Ba'zan orbital va kalla ichi asoratlari vujudga keladi.

Odontogen gaymorit. Burundan nafas olishning buzilishi boshda og'irlik sezgisining bo'lishi, bosh og'rig'i (ko'pincha qo'zg'alish vaqtida), burundan ajralsmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiya bilan birga kechadi. Anamnezidan – kasallikning uzoq vaqt kechishi, uning davriy ravishda qo'zg'alishi, har doim ham konservativ davodan naf bo'lmasligi aniqlanadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Bemorlar zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisiga, bu holat bosh egilganda kuchayishiga shikoyat qilishadi. Ular tekshirilganda zararlangan tomonda yuqori jag'da surunkali cho'qqili periodontit o'chog'i bilankariesli tishlar aniqlanadi. Olib tashlangan tish chuqurchasini zondlaganda yiring ajraladi, zond yuqori jag' bo'shlig'iga tushib ketadi. Yuqori jag' tishlarining og'iz ichi rentgenografiyasida granulemalar, cho'qqi kistalari, ildiz bo'lakchalari yoki 6-4/4-6 tish sohasida surunkali periodontit aniqlanadi; oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasida giperemiya va shish qayd etiladi. Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida bo'shliqning soyalanishi; kontrast modda bilan rentgenografiya da – og'iz bo'shlig'ida oqmaning borligi aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'i punksiya qilinganda yoqimsiz hidli yiring ajraladi. Orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanishi mumkin.

Surunkali frontit. Burundan nafas olishning buzilishi, boshda og'irlik



A



B

10 rasm. Surunkali frontitda rentgen tasvir

A - o'ng tomonda peshona bo'shlig'ini gomogen soyalanishi Rgr ;

B - shu bemorning peshona bo'shlig'ini KT.

sezgisining bo'lishi, bosh og'rig'i (ko'pincha qo'zg'alish vaqtida), holsizlik, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiyaning bo'lishi xos. Anamnezidan – kasallikning uzoq vaqt kechishi, uning davriy ravishda qo'zg'alishi, har doim ham konservativ davodan naf bo'lmasligi aniqlanadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Bemorlar zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisiga, bu holat bosh egilganda kuchayishiga shikoyat qilishadi. Oldingi rinoskopiyada burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasida giperemiya va shishaniqlanadi. Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida peshona bo'shlig'ining soyalanishi; kontrast modda bilan rentgenografiyada – to'ldirish nuqsoni aniqlanadi (10-rasm A va B). Peshona bo'shlig'ini trepanopunksiyasi va zondlanishida yiring ajralishi tashxisni tasdiqlaydi. Ba'zan orbital va kalla ichi asoratlari vujudga keladi.

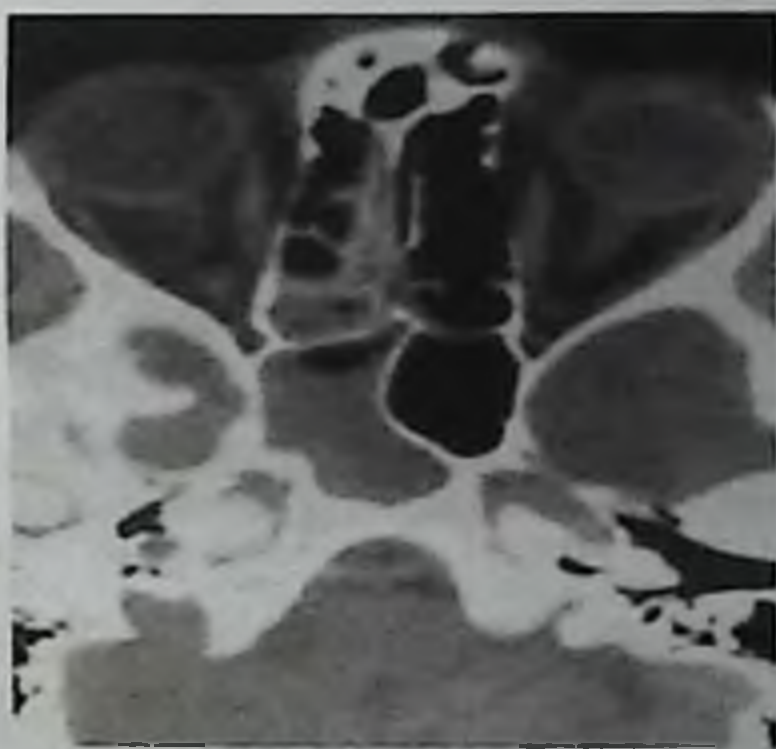
Surunkali etmoidit. Burundan nafas olishning buzilishi boshda og'irlik sezgisining bo'lishi, bosh og'rig'i (ko'pincha qo'zg'alish vaqtida), mehnatga layoqatning buzilishi, burundan ajralmalar ajralishi, bir tomonlama gipoosmiya bilan birga kechadi. Anamnezidan – kasallikning uzoq vaqt kechishi, uning davriy ravishda qo'zg'alishi, har doim ham konservativ davodan naf bo'lmasligi aniqlanadi. Bemorning

umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Bemorlar zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisiga, bu holat bosh egilganda kuchayishiga shikoyat qilishadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasida giperemiya va shish, o'rta va yuqori burun yo'lida poliplarning bo'lishi; orqa rinoskopiya da - yuqori burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi aniqlanadi (12-rasm).

Burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida bo'shliqning soyalanishi qayd etiladi. Orbital va kalla ichi asoratlari rivojlanishi mumkin.

Surunkali sfenoidit. Bemor burundan nafas olishning buzilishi, boshda og'irlik sezgisining bo'lishi, bosh og'rig'i (ko'pincha qo'zg'alish vaqtida), holsizlik, burundan

o'rta hujaylarida soyalanish gipoosmiyaga shikoyat qiladi. Anamnezidan – kasallikning uzoq vaqt kechishi, uning davriy ravishda qo'zg'alishi, har doim ham konservativ davodan naf bo'lmasligi aniqlanadi.



12- rasm. Asosiy bo'shliq orqa va ajralmalar ajralishi, bir tomonlama

Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Zararlangan bo'shliq sohasida bosim va taranglanish sezgisi xos bo'lib, bu holat bosh egilganda kuchayadi; ensa, chakka va orbitaning ichida (ko'z ortida) og'riq kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining bir tomonlama torayishi, o'rta burun yo'lida yiring tasmachasining bo'lishi, o'rta va yuqori burun chig'anoqlari, dumog' suyagi shilliq pardasida giperemiya va shish, orqa rinoskopiya da - yuqori burun yo'lida va burunhalqumda yiring tasmachasi aniqlanadi; burun yon bo'shliqlarining rentgenogrammasida bo'shliqning soyalanishi qayd etiladi. Asosiy bo'shliqni punksiya qilganda va zondlashda yiringning ajralishi tashxisni tasdiqlaydi. Ba'zan orbital va kalla ichi asoratlari vujudga keladi.

BURUN BO'SHLIG'INING YOT JISMLARI

Burundan nafas olishning buzilishi burundan qon ketish, yoqimsiz hidli bir tomonlama ajralmalarning ajralishi va gipoosmiya bilan birga kechadi. Oldingi rinoskopiya da bir tomonlama giperemiya, burun shilliq pardasining shishi va erkin yotuvchi yot jism aniqlanadi.

BURUN VA BURUN HALQUMNING O'SMALARI

Burun-halqum angiofibromasi. Burundan nafas olishning buzilishi bosh og'rig'i, yopiq panglik, doimiy ravishda yiringli-qonli ajralmalar, davriy ravishda burundan qon ketishlar bilan birga kechadi. Bemorning umumiy ahvoli ko'pincha o'zgarmaydi, uning og'irligi kasallikning davomiyligi va o'smaning qo'shni a'zolarga tarqalganligiga bog'liq. Kasallik uchun uzoq vaqt kechishi xos. U o'smirlik chog'ida tashxisot etiladi. Oldingi rinoskopiya da shilliq-qonli va yiringli ajralmalar, burun yo'llariga tarqaluvchi qizil rangli o'smasimon hosila; orqa rinoskopiya da —qizil rangli, keng asosli, silliq tekis yuzali, zondlaganda qonaydigan o'smasimon hosila aniqlanadi. Faringoskopiya da o'sma og'iz halqumda —yumshoq tanglayning orqasi va pastrog'ida aniqlanishi mumkin (13-rasm). Burun-halqumni barmoq bilan paypaslaganda qattiq konsistensiyali o'smasimon hosila aniqlanadi.



*13-rasm. O'smirlar
angiofibromasi*

Eshitish tovushni o'tkazishning buzilishi tipida pasaygan. Yuzning deformatsiyasi: ekzoftalm, burun ildizining kengayishi, lunjning bo'rtishi kuzatilishi mumkin. Rentgenogrammada o'smaning soyasi aniqlanadi (uning burun bo'shlig'i, kalla asosi, panjarasimon labirint, yuqori jag', peshona va asosiy bo'shliq, qanotsimon chuqurcha va og'izhalqumga o'sib kirishi). Qonning umumiy tahlilida — ECHTning oshishi, neytrofilli leykotsitoz va kamqonlik qayd etiladi. O'smani

noradikal olib tashlashda qaytalanishlar kuzatilishi mumkin. Hayot uchun prognozi yaxshi.

Angioma. Burundan nafas olishning buzilishi davriy ravishda burundan qon ketishlar bilan birga qayd etiladi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, yumshoq konsistensiyali, to'q qizil rangli keng asosga ega bo'lgan qonaydigan o'sma aniqlanadi. U kalla asosi, burun yon bo'shliqlari, orbita va burun-halqumga tarqalishi mumkin. Rentgenogrammada – burun va burun yon bo'shlig'i pnevmatizatsiyasining pasayishi kuzatiladi.

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlari saratoni. Burundan nafas olishning buzilishi kaxeksiya, bosh og'rig'i, burundan yoqimsiz hidli qonsimon-yiringli ajralmalar ajralishi, davriy ravishda burundan qon ketishi, bir tomonlama gipoosmiya bilan birga kechadi. Anamnezidan – tumovning cho'ziluvchan kechishi qayd etiladi. Yuqori jag' bo'shlig'i sohasida tishlarga uzatiluvchi og'riq kuzatiladi. Kasallikning uzoq vaqt kechishi xos, u aksariyat hollarda keksa va qarilik davrida tashxisot etiladi. Ko'pincha yuqori jag' va panjarasimon bo'shliq zararlanadi. Palpatsiyada fossa canina sohasida og'riq kuzatiladi. Tashqi burun va yuzning deformatsiyasi, ekzoftalm, ko'rishning buzilishi; zararlangan tomonda Yuqori jag'da qimirlovchi va tushayotgan tishlarning mavjudligi, qattiq va harakatsiz regionar limfa tugunlar qayd etiladi. Oldingi rinoskopiya da keng asosli, yarali, g'adir-budir yuzali "plyus-to'qima" aniqlanib, zondlagan vaqtda u qonaydi. Bo'shliqni punksiya qilgan vaqtda badbo'y hidli, yiringli-qonli tarkibning ajralishi, bo'shliqning suyak devorini bo'lmaganligi sezgisi tashxisni tasdiqlashga imkon beradi. Qonning umumiy tahlilida – ECHTning oshishi, leykotsitoz qayd etiladi, sitologiya va biopsiya natijalari – musbat bo'ladi.

BURUN TO'SIG'INING KASALLIKLARI

Burun to'sig'ining gematomasi. Burundan nafas olishning buzilishi, burun sohasida og'riqning bo'lishi, boshda og'irlik sezgisi xos. Oldingi rinoskopiya da burun to'sig'ining qizil rangli yostiqsimon

bo'rtishi; zondlashda – bo'rtish joyida flyuktuatsiya aniqlanadi. Bo'rtma punksiya qilinganda qon ajraladi.

Burun to'sig'ining absessi. Bemor burundan nafas olishning buzilishiga, burun sohasida og'riqning bo'lishiga, umumiy darmonsizlikka, tana haroratining ko'tarilishiga, bosh og'rig'iga shikoyat qilishadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun to'sig'ining qizil rangli yostiqsimon bo'rtishi, zondlashda – bo'rtish joyida kuchli og'riq, flyuktuatsiya aniqlanadi. Bo'rtma punksiya qilinganda yiring ajraladi. Qonning umumiy tahlilida – ECHTning oshishi, leykotsitoz qayd etiladi.

Burun to'sig'ining qiyshayishi. Burundan nafas olishning buzilishi gipoosmiya, davriy ravishda burundan qon ketishi bilan birga kechadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun to'sig'ining qiyshayishi, burun to'sig'ining botiq bo'lgan tomonidan pastki burun chig'anog'ining kompensator gipertrofiyasi aniqlanadi. Tovushni o'tkazishning zararlanishi tipida og'irquloqlikning yuzaga kelishi, sinusitlarning tez-tez qaytalanishi kuzatilishi mumkin.

BURUN BO'SHLIG'INING SINEXIYALARI

Anamnezidan –burun bo'shlig'ida o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlari, jarohatlar qayd etiladi. Oldingi rinoskopiya da burun to'sig'i va burun chig'anoqlari orasida chandiqlarning bo'lishi, burun to'sig'ining deformatsiyasi, pastki burun chig'anoqlarining gipertrofiyasi aniqlanadi.

BURUN HALQUM BEZINING GIPERTROFIYASI

Kasallik aksariyat hollarda bolalarda kuzatiladi. Bemorlar burundan nafas olishning buzilishiga, davriy ravishda kuzatiladigan bosh og'rig'iga, manqalanib gapirishga, eshitishning pasayishiga, tez charchashga, xotiraning pasayishiga shikoyat bildirishadi. Bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib, ularda aqliy rivojlanishdan orqa qolish qayd etiladi. Uyqusi bezovtalik bilan bo'lib, ko'pincha xurrak bilan o'tadi. Anamnezida – qaytalanuvchi o'tkir o'rta otitlar, yuqori nafas

yo'llarining tez-tez katari, siydikni kechqurun ushlay olmaslik kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarida quyuq va yopishqoq shilimshiq, burun shilliq pardasida shish va dimlangan giperemiya, burunhalqumda o'smasimon modda; orqa rinoskopiya da – burunhalqum gumbazini to'ldiruvchi va chuqur yoriqlar bilan bo'lingan, pushtirang siyrak bo'lgan bo'lakchali modda aniqlanadi. Burun-halqumni barmoq bilan tekshirganda yumshoq konsistensiyali hosila aniqlanadi. Yuz skeletining deformatsiyasi: qattiq tanglay tor va baland, noto'g'ri tishlam kuzatilishi mumkin.

BURUN VA YON BO'SHLIQLARI INFEKSION GRANULYOMALARI

Burun bo'shlig'ining zaxmi. Burundan nafas olishning buzilishi ovozning manqalanib chiqishi, burundan yoqimsiz hidning kelishi, seroz-qonli ajralmalar, hid bilishning pasayishi va hid bilmaslik bilan birga kechadi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Epidemiologik anamnezi ijobiy bo'lib, tumovning cho'ziluvchan kechishi kuzatiladi. Jag' osti va ensa limfa tugunlari paypaslanganda, ularning qattiqligi va og'riqsizligi qayd etiladi. Tashqi burun shishinqiragan va qizargan bo'lib, uning shakli egarsimon bo'ladi, shilliq pardada papulalar va burun dahlizida terining yoriqlari kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya da yumaloq yoki oval shaklidagi, silliq yuzali va qattiq asosi qizil rangli bo'lgan eroziya; burun to'sig'i suyakli qismining perforatsiyasi yoki tubi yog'li va atrofi misrang infiltratsiya aniqlanadi. Burundan olingan surtmada oq trepanema topiladi. Vasserman reaksiyasi musbat bo'ladi.

Burun bo'shlig'ining sili. Burundan nafas olishning buzilishi, burunda og'riqning bo'lishi, seroz-qonli ajralmalarning ajralishi xos. O'pka va boshqa a'zolar sili bo'yicha epidemiologik anamnezi ijobiy bo'ladi. Oldingi rinoskopiya da burun to'sig'ining tog'ay qismida sekin kechuvchi granulyasiyalar bilan o'ralgan infiltrat yoki yara ko'rinadi. Burundan olingan surtmada sil mikobakteriyalari aniqlanadi. Pirke va Mantu sinamaları musbat bo'ladi. Qonning umumiy tahlilida limfotsitoz aniqlanadi.

Rinoskleroma. Bemorlar burundan nafas olishning buzilishiga, chiruvchi mevalar hidi bilan yopishqoq shilliq-yiringli ajralmalarning ajralishiga shikoyat qilishadi. Ko'pincha ayollar kasallanishadi. Oldingi rinoskopiya da infiltratlar yoki chandiq hisobiga burun teshigi, burun dahlizi, xoanalar sohasida burun yo'llarining torayishi ko'rinadi. Infiltratlarning yaxshi ko'rgan joyi bo'lib, fiziologik torayish joylari (burma osti bo'shlig'i, kekirdak bifurkatsiyasi, burun teshiklari, burun dahlizi, xoanalar) hisoblanadi. Orqa rinoskopiya da – burunhalqum va xoanalarning torayishi aniqlanadi. Jarayonning nafas yo'llarining pastki bo'limlariga tarqalishi xos. Infiltratlarni gistologik tekshiruvda Mikulich hujayralari, gialin sharlari, Volkovich-Frish batsillalari topiladi.

BURUNNING JAROHATLARI VA SHIKASTLANISHLARI

Burun suyaklarining sinishi. Burundan nafas olishning buzilishi, burunda og'riqning bo'lishi, burundan qon ketish, tashqi burun deformatsiyasi, burun sohasida jarohat va teri osti emfizemasining, qovoqlar sohasida shishinqirash va teri osti qon quyilishlarining bo'lishi, ba'zida likvoreya tipik belgilar bo'lib hisoblanadi. Palpatsiyada burun suyaklarining krepitatsiyasi aniqlanadi. Oldingi rinoskopiya da burun yo'llarining torayishi, burun to'sig'ining deformatsiyasi va shikastlanishi aniqlanadi. Rentgenogramma tashxisni tasdiqlashga imkon beradi.

Tashqi burunning kuyishi. Burundan nafas olishning buzilishi burunda og'riqning bo'lishi, umumiy holatning o'zgarishi bilan birga kechadi. Ko'rikda tashqi burun terisida intensiv giperemiya va shish, shuningdek, qipiqlanish, pufakcha va po'stloq aniqlanadi. Burunga kirish joyining chandiqli torayishi kuzatilishi mumkin.

BURUNDAN QON KETISH

Burundan qon ketish mustaqil kasallik bo'lmasdan, u faqatgina umumiy yoki mahalliy patologik jarayonning simptomi bo'lib hisoblanadi. Burundan qon ketishning yuzaga kelishi bemorlarning jinsi va yoshiga bog'liq emas, ammo ko'pincha keksalarda, shuningdek,

bolalarda uchraydi. Burundan qon ketish ko'pgina hollarda LOR patologiyada kuzatiladi. Bizning kuzatuvlarimizga ko'ra, burnidan qon ketishi kuzatiladigan bemorlar LOR bo'limiga yotqizilganlar umumiy soniga nisbatan 3% ni tashkil etadi. Bunday qon ketishlarning uchrash holatlari va kuchi burunning anatomik xususiyatlari va qon bilan ta'minlanishiga, shuningdek, ularning yuzaga kelish sabablariga bog'liq. Ko'pincha (90-95%) qon ketishlar burnun to'sig'ining oldingi-pastki qismidan kuzatiladi (Locus Kiesselbachii). Biroq bosh tomirlar joylashgan burnun bo'shlig'ining orqa bo'limlaridan qon ketishlar og'ir qon ketishlar sirasiga kiradi.

Burundan qon ketishlarning tasnifi uzoq vaqt mobaynida rivojlangan va o'zgargan. Ularning asosiy yo'nalishi umumiy va mahalliy sabablarni ajratishdan iborat bo'lgan hamda ular bunday qon ketishlar asosida yotuvchi patogenetik xususiyatlarni to'lig'icha aks ettirmagan. Burundan qon ketishlarning bunday xususiyatlari katta darajada I.A.Kurilin va hammualliflarning (1976) tasnifida hisobga olingan, unda ilgari mavjud bo'lgan tasniflar aniqlashtirish va to'ldirishlar bilan birlashtirgan. Bu tasnifga ko'ra, ilgaridan mavjud bo'lgan 2 guruhdan tashqari (qon ketishlarning mahalliy va umumiy sabablari), bu sabablar birlashtirilgan 3-guruh ham ajratiladi.

I guruh – burnun bo'shlig'i tomirlar tizimining o'zgarishlari (buzilishlari) bilan chaqirilgan qon ketishlar:

a) jarohatlar; b) burnun bo'shlig'i shilliq pardasining distrofik jarayonlari; v) burnun to'sig'ining qiyshayishi; g) burnun bo'shlig'i tomirlar tizimining rivojlanish anomaliyalari; d) burnun va burnun yon bo'shliqlarining o'smalari (burnun to'sig'ining qonaydigan polipi, angiomalar, angiofibromalar).

II guruh – qonning koagulyasion xususiyatlari buzilishining burundan qon ketishi bilan namoyon bo'lishi

I. Qon ivishtizimining zardob omillari faolligining pasayishi: a) qon ivishi I davrining buzilishi (gemofiliya A,V,S); b) qon ivishi II davrining buzilishi (disprotrombinemiya); v) qon ivishi

III davrining buzilishi (afibrinogenemiya, gipofibrinogenemiya, fibrinogenopeniya).

2. Qon ivishining trombositlar omillari faolligining pasayishi (trombositopeniya, gemorragik trombositodistrofiya, gemorragik trombositemiya).

3. Qonning ivishga qarshi tizimi faolligining oshishi: a) qonda aylanib yuruvchi bevosita ta'sirdagi antikoagulyant – heparin konsentratsiyasining oshishi; b) qonda aylanib yuruvchi bilvosita ta'sirdagi antikoagulyantlar – dikumarin, fenilin, neodikumarin konsentratsiyasining oshishi.

4. Giperfibrinolitik holatlar.

III guruh – burun bo'shlig'i tomir tizimi hamda qonning koagulyasion xususiyatlarini birgalikda o'zgarishi (buzilishi) tufayli kelib chiqqan burundan qon ketishlar:

1. Ateroskleroz va gipertoniya kasalligida kuzatiladigan endoteliyning distrofik zararlanishlari.

2. Gemorragik diatezlar: a) terlama, sepsis, skarlatina, qizamiq, bezgak, brutsellyoz, gripp, paragripp, adenovirusli kasalliklarda kuzatiladigan infeksiyon va virusli vaskulitlar; b) neyrovegetativ va endokrin vazopatiyalar hamda vazodistoniya (hayz sikli buzilishi bilan bog'liq bo'lgan yuvenil qon ketishlar); v) S va R gipovitaminozi; g) trombositopeniya (Verlgof kasalligi); d) angiogemofiliya (gemorragik kapillyaropatiya, Villebrand kasalligi); e) gemorragik vaskulit (Shenlyayn – Genox kasalligi); j) gemorragik angiomatoz (Randyu-Osler kasalligi).

3. Jigarning surunkali kasalliklari: a) gepatitlar; b) sirroz

4. Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shlig'ining surunkali yallig'lanishli kasalliklari: a) yiringli rinosinusitlar; b) allergik rinosinusopatiyalar.

5. Qon kasalliklari (leykemiya, leykoz, politsitemiya, Vakez kasalligi, kamqonlik, limfogranulematoz, nur kasalligi, xloroz).

Burun bo'shlig'i tomir tizimining o'zgarishi (buzilishi) tomonidan chaqirilgan burundan qon ketishlar. Burunning jarohat

tufayli shikastlanishi burundan qon ketishga olib keluvchi tomir tizimi buzilishining asosiy sababchisi bo'lib hisoblanadi. Bunday qon ketishlar ko'p uchraydi (9,9%) va tomir devori buzilishining darajasiga, shuningdek, zararlangan tomir kalibriga bog'liq. Ular eng xavfli deb hisoblanadi. Burun bo'shlig'ining yuqori (panjarasimon arteriyalar) va orqa bo'limlaridan qon ketishlar juda ko'p uchraydi. O'ta og'ir, hayot uchun xavfli bo'lgan qon ketishlar kalla asosi sinishida qayd etiladigan ichki uyqu arteriyasi yorilishida kuzatilishi mumkin.

Burun bo'shlig'idagi jarrohlik aralashuvlari tomirlar jarohat shikastlanishi turlaridan biri bo'lib hisoblanadi, ular doimiy ravishda u yoki bu darajada ko'p miqdordagi qon ketishlarni keltirib chiqaradi. Ularni ikki guruhga ajratish mumkin: 1) operatsiya vaqtida ko'p qon ketishlar va 2) operatsiyadan keyingi qon ketishlar – erta va kechki. Operatsiya vaqtida ko'p qon ketishlar qon ivish tizimi omillarining faolligi sust bo'lgan, burun bo'shlig'i tomir devorida distrofik o'zgarishlar kuzatilgan bemorlarda kuzatilishi mumkin. Operatsiyadan keyingi qon ketishlar fibrinolitik faolligi yuqori bo'lgan bemorlarda, ayniqsa, mahalliy fibrinoliz rivojlanganda, shuningdek, gemokoagulyasion jarayon faolligi pasayganda va tomirlar funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi turli kasalliklarda ko'p uchraydi.

Otorinolarolog amaliyotida o'tkir va surunkali atrofik rinitlarda burun bo'shlig'i shilliq pardasidagi o'zgarishlar sababli qon ketishlar uchrashi mumkin. Burundagi po'stloqlar barmoq bilan olib tashlanganida, shuningdek, aksa urganda va burun qoqqanda shilliq parda jarohatlanishi va qon ketishi yuzaga kelishi mumkin. Konsentrlangan kislota yoki ularning bug'i bilan ishlash natijasida, shuningdek, sil yoki zaxm jarayoni tufayli shilliq pardada hosil bo'lgan yara qon ketishining sababchisi bo'lishi mumkin.

Bosh miya asosi arteriyasining anevrizmasi burundan qon ketish sabablaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kalla asosi jarohatida va anevrizma yorilganida bemor hayotiga xavf soluvchi og'ir qon ketishi kuzatilishi mumkin.

Burundan qaytalanuvchi qon ketishlar burun va burun yon bo'shliqlarining o'smalarida rivojlanishi mumkin. Yaxshi sifatli o'smalardan burun to'sig'i polipi kuzatilib, u ko'pincha yoshlarda qayd etiladi. Gistologik tuzilmasi bo'yicha u fibroma yoki angiofibromalarga taalluqli bo'ladi. Qon ketish jadalligi polipning o'lchami va joylashgan joyiga bog'liq bo'lmaydi. Bunday hollarda burundan qon ketish o'smalar rivojining ilk belgisi bo'ladi. Burundan qon ketish burun yon bo'shliqlarining xavfli o'smalari bilan zararlanishi tufayli yuzaga kelishi mumkin. Sarkomada kuzatiladigan qon ketish karsinomaga qaraganda ko'proq uchrashi aniqlangan.

Burundan qon ketish qonning koagulyasion xususiyatlarining buzilishi sifatida namoyon bo'lishi. Bunday qon ketishlarning sababi qon ivishining zardobli va trombositlar omillari faolligining pasayishi, qon ivishiga qarshi yoki fibrinolitik qon tizimlari faolligining oshishi bo'lishi mumkin. Qonning ivishi – organizmning murakkab fermentativ autokatalitik jarayoni bo'lib, unda gumoral, tomirli, asab mexanizmlari ishtirok etadi. Bu organizmning qon yo'qotilishidan himoya reaksiyasi bo'lib hisoblanadi.

Qon ivish jarayoni bir necha davrlardan tashkil topgan: 1) faol tromboplastinning hosil bo'lishi; 2) trombinning hosil bo'lishi; 3) fibrinning hosil bo'lishi; 4) qon laxtasining retratsiyasi; 5) fibrinoliz. Qon ivish, ivishga qarshi va fibrinolitik tizimlar o'zaro chambarchas bog'liq. Bu tizimlarda o'zgarishlar kuzatilmaganda, tomirlarda qon suyuq holatda bo'ladi.

Qonning koagulyasion xususiyatlari buzilganda og'ir qon ketishlar kuzatiladi. Ulardan ba'zilar siklik tabiatga ega bo'ladi: ko'p qon ketish davri klinik tinch davri bilan almashinib kelishi mumkin. Ulardan ba'zilar jarohat oqibatida, boshqalari o'z-o'zidan rivojlanishi mumkin. Bunday qon ketishlarda aniq tashxisot va shoshilinch yordam zarur.

Qon ivishi I davri omillarining susaygan faolligi bilan birga kechuvchi gemofiliya A, V, S larda burundan qon ketish davriy ravishda, ko'pincha biror bir sababsiz yuzaga keladi. Bunday bemorlarda shilliq parda, teridagi tasodifiy jarohatlar yoki muolajalar, igna sanchish, LOR

a'zolarida o'tkazilgan operatsiyalar ularning hayotiga xavf soluvchi qon ketishlar bilan o'tishi mumkin.

Qon ivishi II davri omillarining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lgan burundan qon ketishlar ham xavfli hisoblanadi. Ular disprotrombinemiya nomiga ega bo'lib, uchta asosiy shakl: giproproakselerinemiya, gipokonvertinemiya va gipoprotrombinemiyani birlashtiradi. Ularni aniqlash va patogenetik davoni o'tkazish uchun o'z vaqtida o'tkazilgan laborator tashxisot zarur. Qon ketishning bunday patologiyasi ko'pincha erta bolalik davrida yuzaga keladi va davriy ravishda namoyon bo'ladi. Vaqtinchalik gipoprotrombinemiyaning sabablaridan biri katta miqdorda qon yo'qotilishi bo'lishi mumkin.

Qon ketishlar qon ivishining III davri buzilishida yuzaga kelishi mumkin (afibrinogenemiya, gipofibrinogenemiya va fibrinogenopeniya). Ular tug'ma va orttirilgan bo'lib, fibrinogen miqdorining kamayishi yoki uning bo'lmasligi bilan tavsiflanadi. Bu qon ketishlar uzoq vaqt davom etuvchi, siklik bo'lib, ko'pincha jigar, o'pka va boshqa a'zolarning kasalliklarida yuzaga keladi.

Ba'zi hollarda burundan qon ketishining sababi trombotsitlar patologiyasi bo'lishi mumkin (trombotsitoasteniya, gemorragik trombositodistrofiya, gemorragik trombositemiya). Bunday kasalliklarda qon ketishlar davriy bo'ladi va burun shilliq pardasiga ozgina jarohat etgandan so'ng paydo bo'ladi. Mazkur hollarda qondagi trombotsitlar soni me'yorda, gemorragik trombositemiyada esa hattoki ko'p bo'ladi. Trombotsitoasteniya, gemorragik trombositodistrofiyada qon ketishlar trombotsitlarning funksional nosozligi sababli yuzaga keladi, gemorragik trombositemiya esa qonning ivishga qarshi va fibrinolitik tizimlari faollashuviga olib keluvchi gipertrombositoz tufayli ro'y beradi. Bunday qon ketishlarning tashxisoti juda qiyin. Tashxis anamnezni hisobga olgan holda klinik-laborator tekshiruvlar asosida qo'yiladi.

Qonning ivishga qarshi tizimi faolligining oshishi ham burundan qon ketishining sabablaridan biri bo'lishi mumkin. Qon oqimining tezligi, tomirlarning silliq ichki Yuzasi, shuningdek, maxsus ivishga qarshi tizim

tufayli tomirlarda qon suyuq holda bo'ladi. Ushbu maxsus ivishga qarshi tizim qonda ivishning faol omillari paydo bo'lishiga tezlikda ularning ta'siriga to'sqinlik bilan javob beradi. Fiziologik sharoitlarda qonning ivish va ivishga qarshi tizimlari dinamik muvozanatda bo'ladi hamda bu holat ikkala tizimning ma'lum bir sonli omillari va fermentlari, asab tizimining funksional holati bilan saqlanib turadi. Bu qon ketishlarning tashxisoti murakkab, chunki qonda u yoki bu antikoagulyantning qondagi Yuqori miqdori tegishli koagulyantning kamligi yoki yo'qligiga o'xshab qoladi. Burundan qon ketishlar ko'pincha bevosita va bilvosita ta'sirdagi antikoagulyantning dozasi oshirib yuborilganda vujudga keladi.

Bevosita ta'sirdagi antikoagulyantlarga heparin (u fiziologik ivishga qarshi tizimning komponentlaridan biri bo'lib hisoblanadi) va sinantrin, bilvosita ta'sirdagi antikoagulyantlarga - dikumarin, neodikumarin, fenilin kiradi. Qon ketishning og'irligi ko'pincha organizmga Yuborilgan antikoagulyant dozasi bog'liq bo'ladi. O'z vaqtida o'tkazilgan tashxisot va maqsadli davolash qon ketish sababini yo'qotishga va uni to'xtatishga imkon beradi.

Qonning fibrinolitik tizimi faolligini oshishi burundan qon ketishlar rivojlanadigan patologiyaning alohida turi bo'lib hisoblanadi. Fibrinolitik tizim organizmning ivishga qarshi tizimida alohida o'ringa ega bo'lib, u maxsus fermentlar, tabiiy va sun'iy aktivatorlardan tashkil topgan. Fibrinoliz jarayoni aktivator va ingibitorlar ishtirokida o'tuvchi fermentativ tabiatga ega.

Mo'tadil sharoitlarda qonning ivishi va fibrinoliz tabiiy muvozanatda bo'ladi. Fibrinolizning faollashuvi turli stress holatlarida amalga oshishi mumkin, bu esa uning himoya funksiyasidan dalolat beradi.

Fibrinoliz o'tkir va surunkali, shuningdek, total yoki umumiy va mahalliy bo'ladi. O'tkir fibrinolizning rivojlanish sababi travmatik shok, tarqalgan kuyishlar, transfuziyadan keyingi (gemolitik) reaksiya, ba'zi jarrohlik aralashuvlari (jigarda, o'pkada, oshqozon osti bezida, prostatada), ginekologik kasalliklar bo'lishi mumkin. Surunkali fibrinoliz purpura, ekximoz, burundan va oshqozon-ichaklardan qon ketishlar,

davomli hayz, Verlgof, Villebrand kasalliklarini eslatuvchi holatlarko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Surunkali fibrinoliz gepatit, leykoz, disseminirlangan kanseromatozlarda ham kuzatilishi mumkin. Qonning yuqori fibrinolitik faolligi tomir devorining nuqsonli joyida laxtaning vaqtidan oldingi erishiga olib keladi va keyinchalik qon fibrinogenini emirishi, bu esa og'ir gemorragik sindrom rivojlanishini keltirib chiqarishi mumkin.

Mahalliy fibrinoliz alohida e'tiborni talab etadi, u burun bo'shlig'idagi turli jarohatlarda, jarrohlik aralashuvlarida kuzatilishi mumkin, bunda qonga jarohatlangan to'qimalardan ko'p miqdorda plazminning aktivatorlari tushadi. O'z-o'zidan sodir bo'luvchi burundan qon ketishlarda mahalliy fibrinoliz rivojlanishi mumkin.

Birlamchi fibrinolizdan tashqari, ikkilamchi fibrinoliz ham uchraydi, u yuzaga kelgan trombogemorragik sindrom natijasida rivojlanadi, bunda qonning tomir ichida ivishiga olib keluvchi to'qima tromboplastini qonga tushadi. Fibrinoliz o'tkir yuzaga kelishi yoki latent o'tishi mumkin.

Burun bo'shlig'i tomir tizimi hamda qonning koagulyasion xususiyatlarini birgalikda o'zgarishi (buzilishi) tufayli kelib chiqqan burundan qon ketishlar. Burun bo'shlig'i tomir tizimi hamda qonning koagulyasion xususiyatlarini birgalikda o'zgarishi tufaylikelib chiqqan burundan qon ketishlar ko'p uchraydi. Bu guruhga, birinchi navbatda, gipertoniya kasalligi va aterosklerozni kiritish lozim. Bu kasalliklarda burun bo'shlig'ining shilliq pardasida va tomirlarida katta distrofik o'zgarishlar aniqlanadi. Ateroskleroz tufayli zararlangan tomirlar elastikligi va yaxlitligini yo'qotadi, osongina yoriladi, ularning ichi torayadi, bu esa arterial bosimning ko'tarilishiga olib keladi. Qon ketishning rivojlanishi yuqori arterial bosim, burun bo'shlig'idagi dimlanish holatlari va shilliq parda tomirlarining o'ta mo'rtligi bilan bog'liq. Ular ko'pincha burun bo'shlig'i orqa bo'limlarining yirik tomirlaridan yuzaga keladi, juda jadal, qaytalanuvchan bo'ladi hamda bemorning hayotiga xavf solishi mumkin.

Burundan qon ketishlar ko'pincha yurak nuqsonlarida, o'pka emfizemasida, pnevmosklerozda, jigar, taloq kasalliklarida va qon tomir tizimida dimlanishga olib keluvchi boshqa kasalliklarda rivojlanadi.

Katta darajadagi qon ketishlar gemorragik diatezlarda kuzatilishi mumkin. Ularga dizovarial gemorragik diatez, endokrin vazopatiya va vazodistrofiya, infeksiyon va virusli vaskulitlar, trombotsitopeniya, gemorragik kapillyaropatiya (angiogemofiliya, Villebrand kasalligi), gemorragik angiomatoz (Randyu-Osler kasalligi), gemorragik vaskulit (Shenleyn-Genox kasalligi) singari kasalliklar kiradi. Gemorragik diatezning turli shakllarida qon ketishning patogenezi bir xilda emas. Ba'zi shakllarida u qon ivish tizimidagi buzilishlar (bir yoki bir necha omillarning yo'qligi yoki ularning etishmasligi), boshqa shakllarida tomir devoridagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'ladi.

Gemorragik kapillyaropatiya (angiogemofiliya, Villebrand kasalligi) trombotsitlar adgezivligining pasayishi, zardobda qon oqishiga qarshi omilning yo'qligi, VIII omil faolligining pasayishi, tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi bilan bog'liq. Gemorragik angiomatoz (Randyu-Osler kasalligi) vazokonstriktor – serotonin miqdorining oshishi bilan bog'liq ravishda mezenximaning tug'ma nosozligi tufayli kelib chiqadi. Kasallik kam uchraydi, u oilaviy tabiatga ega. Qon ketish ko'pincha burun bo'shlig'i shilliq pardasida joylashgan teleangioektaziyalardan vujudga keladi. Og'ir qon ketishlar bolalik davrida rivojlanishi va katta darajada qon yo'qotishlarga olib kelishi mumkin.

Yuqumli kasalliklar (sepsis, toshmali terlama, skarlatina, qizamiq, bezgak, brutsellyoz, gripp, paragripp, adenovirusli kasalliklar) ham qonning koagulyasion xususiyatlarini buzib, burundan qon ketishlarni keltirib chiqaradi. Tomirlarda katta o'zgarishlar kuzatilib, ularning o'tkazuvchanligi oshishiga, oson jarohatlanishiga olib keladi.

Burundan qon ketishlar rivojlanishining sababi neyrovegetativ, endokrin vazopatiyalar va vazodistoniyalar bo'lishi mumkin. Ularga qiz bolalarda jinsiy etilish davrida, qiz va ayollarda tuxumdonlar funksiyasining buzilishida, shuningdek, homiladorlikning ikkinchi

yarmidagi toksikoz vaqtida kuzatiladigan qon ketishlar kiradi. Burundan vikar qon ketishlar hayz bo'lmaganda yoki kechikishida kuzatilishi mumkin (o'smirlik davrida). Qon ketishlar og'irligining uchrash hollari va darajasi asosiy patologiyaga bog'liq.

Klinik amaliyotda trombositopenik purpura tufayli chaqirilgan qon ketishlar uchraydi, bunda qonda o'z funksiyasini bajarishga qodir bo'lmagan trombositlarning etilmagan shakllari paydo bo'ladi. Qon ketish burun to'sig'i oldingi pastki bo'limlaridan yuzaga kelishi va davriy tabiatga ega bo'lishi mumkin. U o'z-o'zidan rivojlanishi mumkin, ammo ko'pincha burun bo'shlig'idagi mikrojarohatlar, muolajalar yoki jarrohlik aralashuvlar tufayli yuzaga keladi.

Burundan qon ketishlar ko'pgina hollarda jigar kasalliklari bilan og'rikan shaxslarda, ayniqsa, qonning koagulyasion xususiyatlari buzilishi kuzatiladigan sirrozda qayd etiladi. Bunday hollarda u katta darajada kuzatilib, kasallikning belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlari shilliq pardasining surunkali yallig'lanishi ham burundan qon ketishlarning sababchisi bo'lishi mumkin. Yiringli rinosinusitlar burun bo'shlig'i shilliq pardasida distrofik o'zgarishlarni keltirib chiqarib, jigar funksiyasining buzilishiga va gemorragiyalarning yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin.

Qon ketishining ko'p uchraydigan etiologik omili bo'lib, qon kasalliklari: leykemiya, politsitemiya, megaloblast kamqonlik, Vakez kasalligi va ayniqsa leykozning turli shakllari hisoblanadi. Leykozning o'tkir shakllari uchun erta muddatlarda ahvolning og'ir bo'lishi, yuqori tana harorati, shilliq pardalarda va terida gemorragik holatlarning kuzatilishi xos. Ular burundan va boshqa a'zolar shilliq pardasidan katta miqdorda, hattoki hayotga xavf soluvchi qon ketishlarga olib kelishi mumkin. Himoya funksiyasi pasayishi oqibatida shilliq pardalarda yallig'lanish va nekrotik o'zgarishlar vujudga keladi, bu esa burundan qon ketishlarni to'xtatishda, ayniqsa, tamponada o'tkazishda katta qiyinchiliklarning sababchisi bo'lib hisoblanadi.

Qish-bahorgi davrda qon ketishlar sonining birmuncha oshishi organizmda vitaminlar, ayniqsa, C vitaminining etishmasligi oqibatida kapillyarlar rezistentligining mavsumiy o'zgarishlar bilan bog'liq.

BURUNDAN AJRALMALAR AJRALISHI

Burundan ajralmalar ajralishi (rhinorrhoea) burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarida kuzatiladigan patologik jarayonning eng ko'p uchraydigan belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Me'yorda burun bo'shlig'ida 24 soat mobaynida 500 ml ga yaqin shilliq pardaning namlanishi uchun zarur bo'lgan shillikli suyuqlik hosil bo'ladi. U deyarli to'lig'icha halqumga oqib tushadi. Aksa urganda burun bo'shlig'idan oz miqdorda suyuq tiniq suyuqlik ajraladi.

Burun suyuqligi, asosan, ko'p sonli shillikli va seroz bezlar tomonidan ishlab chiqariladi, ularning zichligi burun bo'shlig'i shilliq pardasining turli qismlarida 1 mm^2 da 7-8 dan iborat bo'ladi. Barcha hilpillovchi epiteliy hujayralari umumiy sonidan $1/5$ qismni tashkil etgan qadaqsimon hujayralar tomonidan ishlab chiqarilishi hisobiga suyuqlik to'ldirilib boradi. Bundan tashqari, burun shilliq pardasining ko'p sonli tomirlaridan sodir bo'luvchi fiziologik transfuziya ham katta ahamiyatga egadir, bunda burunning vaskulyarizatsiyasi o'ta ko'pligi va turlichaligini qayd etish lozim.

Burun suyuqligi 95-97% suvdan, 2,5-3% oqsildan, 1-2% elektrolitlardan tashkil topgan. Uning kimyoviy tarkibi yil fasllariga ko'ra o'zgaradi – issiq vaqtda suvning miqdori kamayadi va organik moddalar miqdori oshadi. Uning normasi sog'lom odamlarda – $7,4 \pm 0,3$, yopishqoqligi – $1,17 \pm 0,1$ ni tashkil etadi.

Burun suyuqligi qonning shaklli elementlaridan (asosan leykotsitlar va limfotsitlardan, shuningdek, monotsit va eozinofilli granulotsitlardan), interferon, lizotsim, laktoferin, glikoproteinlar, sekretor glikozidaza va proteazadan hamda boshqalardan tarkib topgan. Maxsus omillar ichida immunoglobulinlarni va, birinchi navbatda, sekretor immunoglobulin A (Ig A) ni qayd etish lozim, qaysikim sitokinlar, sitotoksik T-limfotsitlar bilan birgalikda burun shilliq pardasini himoya qiladi.

Me'yorda burun suyuqligi ichida oz miqdordagi mikroorganizmlarni, ya'ni saprofit mikroflorani saqlaydi.

Burun shillig'i – bu tiniq, elimsimon kolloidli massa bo'lib, faqatgina patologik jarayonlarda ma'lum bir ranglarga ega bo'ladi.

Burun va burun yon bo'shliqlarining o'tkir va surunkali kasalliklarida burun suyuqligining miqdori o'zgaradi, u ko'pincha ko'payadi, bu holat patologik jarayonning simptomi sifatida talqin etiladi. Ajralmalar tabiati kasalliklarning turiga, shakliga va uning bosqichlariga bog'liq bo'ladi.

Vazomotor rinitning turli shakllari mavjud bo'lgan bemorlarda suyuqlik suvsimon bo'ladi va oz miqdordagi shaklli elementlardan tarkib topadi.

O'tkir rinitlarda, kataral va gipertrofik surunkali rinitlarda, burun yon bo'shliqlariningyallig'lanishli kasalliklarida suyuqlik shilliqli, shilliqli-seroz, seroz-yiringli bo'lishi mumkin. Yiringli jarayonlar uchun (burun to'sig'i furunkuli, abssessi) yiringli suyuqlikning bo'lishi xos. Virusli kasalliklarda, silda, zaxmda, burunning yaxshi va yomon sifatli o'smalarida, o'smirlarda kuzatiladigan burunhalqum angiofibromasida suyuqlik qon bilan aralash bo'ladi.

Atrofik jarayonlarda suyuqlik po'stloq ichida qurib qoladi va yoqimsiz hidga ega bo'ladi (ozena, skleroma). Bug'mada uning tarkibida pardali karash bo'ladi.

Orqa miya suyuqligining burun bo'shlig'idan ajralishi kalla asosi sinishida, g'alvirsimon labirintda o'tkazilayotgan jarrohlik aralashuvi vaqtida g'alvirsimon plastinkaning (lamina cribrosa) shikastlanishida, shuningdek, burun bo'shlig'ining ba'zi jarohatlari va o'smalarida kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, ba'zida orqa miya suyuqligi kalla bo'shlig'ining turli patologiyasida kuzatiluvchi kalla ichi bosimining ko'tarilishi oqibatida qattiq miya pardasining yorilishi natijasida ajraladi. Ammo, ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, orqa miya suyuqligi hid biluvchi nerv tarmoqlarining perinevral bo'shliqlari orqali ham oqishi mumkin.

Bir necha omillar ta'siri natijasida patologik jarayonning u yoki bu shakllarida suyuqlik miqdori oshadi. Masalan, o'tkir virusli yallig'lanishli kasalliklarda gistamin va boshqa biologik faol moddalarning (geparin, serotonin, proteaza) ajralib chiqishi kuzatiladi, bu esa shilliq parda tomirlarining mahalliy kengayishiga hamda kapillyarlar, prekapillyarlar va venulalar devorlarining o'tkazuvchanligi oshishiga olib keladi. Buning natijasida shilliq parda yuzasida dastlab qonning suyuq komponentlari, keyin esa shaklli elementlar (birinchi navbatda leykotsitlar) ajralib chiqadi. O'tkir va surunkali rinitlarda, vegetativ nerv tizimining parasimpatik komponenti ustun bo'lishi bilan, shilliq parda bezlarining sekretor funksiyasi keskin oshadi. Bundan tashqari, gipertrofik jarayonlarda hilpillovchi epiteliyning silindrik hujayralari qadahsimon hujayralarga aylanishi ro'y beradi, ular ayrim joylarda deyarli to'lig'icha shilliq pardaning yuzaki qavatining o'rnini egallaydi. Hilpillovchi epiteliyning me'yorda faoliyat yuritishi uning hujayralarining kiprikchalari shilliq suyuqlikning yuzasiga etgan hollaridagina tiklanishi mumkin. Epiteliy Yuzasini qalin qavat bilan qoplab olgan ko'p miqdordagi suyuqlik hilpillovchi epiteliyning transportli funksiyasini bloklaydi va burun bo'shlig'idan tarkibning tabiiy ravishda chiqarilishini buzadi.

Shunday qilib, burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarining turli patologik jarayonlariga faqat ulargagina xos bo'lgan ajralmalarning bo'lishi xosdir. Ularni baholashda suyuqlikning tabiatiga, uning miqdoriga, yoqimsiz hidning mavjudligiga, burunning ikkala yarmidan ajralmalarning bir tekisda bo'lishi va jadalligiga hamda ularning davomiyligiga e'tibor qaratiladi.

O'tkir rinit. Odatdagi (asoratlanmagan) o'tkir rinitlarda burundan ajraladigan ajralmalar tabiati kasallikning bosqichiga bog'liq. Burun bo'shlig'i shilliq pardasining bo'kishi va qurishi qayd etiladigan qisqa davom etuvchi boshlang'ich davrdan so'ng ikkinchi bosqich – sekretiya bosqichi boshlanadi. Bu vaqtda ajralmalar seroz bo'ladi. Ular tiniq, suvsimon, ko'p miqdorda va burunning ikkala yarmidan bir xil miqdorda ajraladi. Ularning kimyoviy tarkibi katta konsentratsiyada osh tuzi,

ammiak va yuqori fermentativ faollikka ega bo'lgan qator biologik faol moddalarni o'zida mujassam etadi.

Qariyb bir sutkadan so'ng ajralmalar asta-sekin quyushadi, ular shilliq aralash, keyin esa yiring aralash bo'ladi. Bu uchinchi bosqich boshlanganligidan – shilliq-yiringli ajralmalar ajralishidan dalolat beradi. Suyuqlik ichida mutsin, ajraluvchi epitelial hujayralar, leykotsitlarning mavjudligi natijasida u xiralashadi va yiringli tabiatga ega bo'ladi hamda hajmi asta-sekin kamayadi. Burundan ajralmalarning ajralishi va yallig'lanishli jarayonning davomiyligi 7-10 kunni tashkil etadi, shundan so'ng sekretiya to'xtaydi, burundan nafas olish tiklanadi va sog'ayish ro'y beradi.

Surunkali kataral, gipertrofik va vazomotoor rinit. Kasallikning asosiy simptomlaridan biri bo'lib, bemorlarning burun bo'shlig'idan davriy yoki doimiy ravishda ajralmalarning ajralishiga shikoyati hisoblanadi, ular asosan shilliq parda bezlarining yuqori sekretiyesi, tomirlar devori o'tkazuvchanligining buzilishi va mukotsiliar klirensning blokadasi tufayli kelib chiqadi.

Surunkali rinitlarning yuzaga kelish sabablari turli-tuman bo'lishiga qaramasdan, shilliq pardada patologik o'zgarishlarning rivojlanish mexanizmlari va suyuqlik miqdorining oshishini ko'pchilik mualliflar vegetativ asab tizimining buzilishi bilan tushuntirishadi.

Tajribaviy tadqiqotlar shuni ta'kidlashadiki, parasimpatik nervlar faolligining oshishi, bir tomondan, kapillyar devorini transport funksiyasining, transkapillyar almashinuvning hamda transsudatsiyaning kuchayishiga, boshqa tomondan – shilliq parda bezlarining sekretor funksiyasi kuchayishiga olib keladi.

Surunkali rinitlarda kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlar ma'lum bir tafovutlarga ega. Kataral rinit, asosan, shilliq pardaning yuzaki epitelial qavatida joylashgan o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Hilpillovchi epiteliyning silindrik hujayralari u yoki bu darajada kiprikchalarini yo'qotadi, qisman yassi hujayralar yoki qadahsimon bezlarga aylanadi. Epitelial osti qavatda shish va yumaloq hujayrali infiltratsiya aniqlanadi. Shilliq parda tomirlari kengaygan, ularning

devorlari yupqalashgan bo'ladi. Shilliq pardaning yuzasi shillikli va qadahsimon bez suyuqligidan, shuningdek leykotsitlardan tarkib topgan ekssudat bilan qoplangan bo'ladi.

Surunkali kataral rinitda kuzatiladigan burundan ajralmalar turg'un bo'lmagan tabiatga ega bo'ladi. Ular unchalik ko'p emas, ko'pgina hollarda kunning vaqti, ob-havo va iqlim sharoitlariga bog'liq bo'ladi. Shilliq pardaga tomirni toraytiruvchi va boshqa terapevtik vositalar ta'sirida ajralmalar miqdori kamayadi va u yoki bu darajada uzoq muddatli qoniqarli natija kuzatiladi, bu esa qiyosiy tashxisot o'tkazilganda kataral rinitning farq qiluvchi xususiyatlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Surunkali gipertrofik rinitda burundan ajralmalar doimiy, davomli bo'ladi. Bu burun shilliq pardasida uning barcha qavatlarini qamrab oluvchi ifodalangan patomorfologik buzilishlar bilan bog'liq. Shilliq pardaning epitelial qavati yoki yassilashadi, yoki yupqalashadi (deskvamatsiya), silindrik hujayralar soni ko'p miqdorda kamayadi, ularning qadahsimon hujayralarga aylanishi qayd etiladi, ba'zi joylarda qadahsimon hujayralar hilpillovchi epiteliyning o'mini butunlay egallaydi. Shillikli va seroz bezlarning miqdori oshadi, ularning chiqish yo'llari kengayadi yoki tarkibidagi tegishli suyuqlik bilan bekilib qolib, kistalar hosil bo'ladi.

Tomirlar to'rida katta o'zgarishlar kuzatiladi: qon tomirlar soni oshadi va ularning ichi kattalashadi, tomir devorining ayrim qavatlari gipertrofiyalanadi. Shilliq parda ichida fibroz to'qimaning o'sishi va ko'p miqdordagi yumaloq hujayrali infiltratsiya bilan tuzilmasiz gialin tolalar aniqlanadi. Shilliq pardadagi bunday qo'pol morfologik o'zgarishlar shilliq pardaning ajratuvchi funksiyasining turg'un buzilishlarini keltirib chiqaradi va bu bilan burundan ajralmalarning doimiy ravishda ajralishi tushuntiriladi.

Vazomotor rinitda tumov simptomokompleksining klinik namoyon bo'lishi shilliq pardada yallig'lanish belgilarisiz kechadi. Vazomotor rinitning ham neyrovegetativ, ham allergik shakllari patogenezida etakchi o'rinni tomirli komponent egallaydi. Vazomotor rinitning neyrovegetativ

shakli rivojlanishining asosiy sababchisi bo'lgan vegetativ asab tizimining disfunktsiyasi burun shilliq pardasidagi tomirlarning turg'un o'zgarishiga va uning sekretor funksiyasi buzilishiga olib keladi.

Shu sababli bu kasallikning barcha rinologik simptomlari va, xususan, burundan ajralmalarning xususiyatlari mazkur bemorlarda qayd etiladigan vegetotomir distoniyasining klinik ko'rinishi bilan bevosita bog'liq bo'ladi.

Vazomotor rinitning neyrovegetativ shaklida burundan ajralmalar deyarli ajralmaydi. Bemorlarni ko'pincha burun qurishi bezovta qiladi, bu esa shilliq pardaning vazodilatatsiyasi bilan bog'liq. Gipersekretsiya bosqichida ajralmalar shillikli yoki shillikli-seroz bo'ladi. Ammo gipersekretsiya davri vazodilatatsiya davriga qaraganda juda kam uchraydi. Bemorlar odatda tez-tez foydalanuvchi tomirni toraytiradigan vositalar turg'un bo'lmagan, ammo doimiy samara beradi.

Vazomotor rinitning allergik shaklida burundan ajralmalar yil bo'yi yoki mavsumga ko'ra kuzatiladi va kasallikning shakli hamda allergiyaning turiga bog'liq bo'ladi.

Allergik rinitlar patogenezi asosida allergen va to'qima antitelolari o'rtasida kuzatiladigan spetsifik reaksiya yotadi. Buning natijasida kimyoviy faol moddalar (mediatorlar) – gistamin, triptaza, leykotrienlar, prostoglandinlar, TAO (trombotsitlarni faollashtiruvchi omil) ajraladi, ular tomirni kengaytiruvchi ta'sir ko'rsatadi, stazni chaqiradi, tomirlar o'tkazuvchanligi buziladi va burun shilliq pardasi bezlarining sekretsiyasi oshadi.

Bunda shilliq pardaning epitelial qavati qalinlashadi, ko'pincha ko'p qavatli yassi hujayralarga aylanadi, qadahsimon hujayralarning soni oshadi. Epitelial osti qavatda to'qimalarning eozinofilli granulotsitlar bilan jadal infiltratsiyasi kuzatiladi, bu granulotsitlar burun suyuqligida ko'p miqdorda aniqlanadi.

Surunkali allergik rinitda rinoreya juda ko'p miqdorda ajraladi, ajralmalar tiniq, deyarli doimiy ravishda kuzatiladi. Tomirni toraytiruvchi vositalarning ta'siri kam bo'ladi. Ba'zan ajralmalar aksa urish xurujlari, burun bo'shlig'ida qichish va achishish bilan birga kechadi. Qat'iy

o'tuvchi rinoreya burun dahlizi sohasida ishqalanishlarni keltirib chiqaradi.

Atrofik rinitlar (oddiy atrofik rinit, ozena va skleroma). Burun bo'shlig'ining shilliq pardasi bu kasalliklarda, ayniqsa, ozena va skleromada, keskin yupqalashadi, epitelial qavatining deyarli barchasi ko'p qavatli yassi, terini eslatuvchi epiteliyga aylanadi (xuddiki teriga aylanadi). Distrofik jarayon shilliq pardaning barcha qavatlarini qamrab oladi, bezlar soni anchagina kamayadi, ularning epiteliyi metaplaziyalanadi, chiqish yo'llari torayadi, ichi huvillab qoladi, shilliq parda tomirlari obturatsiyalanadi, chig'anoqlarning suyakli skeleti, burun bo'shlig'ining devorlari, tog'ay elementlari atrofiyalanadi.

Oddiy atrofik rinitda patologik o'zgarishlar o'xshash bo'ladi, ammo ularning namoyon bo'lish darajasi anchagina kamroq ifodalangan bo'ladi. Oldingi quruq rinitda bu buzilishlar chegaralangan joyda – burun to'sig'ining oldingi qismida kuzatiladi.

Turli distrofik jarayonlarda kuzatiladigan burun to'qimasining o'zgarishlari ajralmalar miqdorining anchagina kamayishiga olib keladi, bu ajralmalar ko'pincha yiringli tabiatga ega bo'ladi. Ajralmalar yopishqoq bo'ladi, juda tez quriydi, to'q kulrang yoki yashilsimon rangli po'stloq hosil bo'ladi.

Suyuqlik tarkibida ko'p miqdorda turli mikroorganizmlar (protey, ko'k yiringli tayoqcha, ko'p sonli kokklar, zamburug'li flora) aniqlanadi. Ozena bilan kasallangan ko'pchilik bemorlarda Abel-Levenberg klebsiellasi, skleromada esa – Volkovich-Frish klebsiellasi qayd etiladi. Bu kasalliklarda patologik ajralmalar juda kam bo'ladi. Ozenada po'stloqlar badbo'y hidli bo'ladi.

Sinusitlar. Burun yon bo'shliqlarining o'tkir va surunkali kasalliklarida burundan ajralmalar ajralishi ham kasallikning tipik simptomlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Bu ajralmalarning xususiyatlari, birinchi navbatda, kasallikning shakliga, patologik jarayonning tabiati va joylashgan joyiga, qo'zg'atuvchining turiga, zararlangan bo'shliqning drenajlash holatiga bog'liq bo'ladi. O'tkir sinusitlarning kataral shakllari asosan shillikli ajralmalar bilan namoyon bo'ladi. Ammo keyinchalik ular

o'zgaradi va jarayon avj olganda, ko'pincha, shilliqli-yiringli (o'tkir yiringli sinusit) yoki yiringli-qonsimon (o'tkir nekrotik sinusit) bo'ladi. Burundan ajralmalar xususiyatlarining tahlili qator hollarda kasallikning tashxisotida muhim ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Xususan, o'tkir rinit va sinusitning qiyosiy tashxisotida, sinusitda ajralmalarning uzoq vaqt davom etishi va qat'iy kechishiga e'tibor qaratish lozim. Bundan tashqari, bir tomonlama sinusitlarda (gemisinusitlar) ular aniq ifodalangan bir tomonlama tabiatga ega bo'lishi, tomimi toraytiruvchi vositalar qo'llanilganda ko'payishi va boshni sog'lom tomonga egganda kuchayishi mumkin. Har doim bir tomonlama bo'ladigan odontogen sinusitlarda ajralmalar yoqimsiz badbo'y hidi bilan ajralib turadi.

O'tkir va surunkali sinusitlarda burun bo'shlig'idagi suyuqlik miqdori katta darajada burun bo'shliqlarining tabiiy drenajlash holatiga bog'liq bo'ladi, u buzilganda ajralmalar kamayishi yoki ma'lum bir vaqtga yo'qolishi mumkin.

Yallig'lanish jarayoni ponasimon suyak bo'shlig'ida, g'alvirsimon labirintning orqa hujayralarida joylashganida, patologik suyuqlik asosan halqumga oqib tushadi va ko'pincha orqa rinoskopiya da aniqlanadi.

O'tkir va, ayniqsa, surunkali sinusitlarda videoendoskopik texnikaning qo'llanilishi jarayon joyini aniqlashtirishga va kasallik tashxisini belgilashga imkon beradi.

Surunkali sinusitlarda burundan ajralmalar patologik jarayonning tabiatiga, uning ifodalanganligiga, lokalizatsiyasiga bog'liq bo'ladi va ma'lum bir barqarorligi, davomiyligi bilan ajralib turadi. Ular bir tomonlama (gemisinusitda) bo'lib, odatda kasallikning qo'zg'alish davrida keskin ko'payadi.

Ko'p miqdordagi va qat'iy tarzdagi shilliqli-seroz tabiatli ajralmalar surunkali sinusitning polipoz shakllarida kuzatiladi. Zamburug' etiologiyali surunkali sinusitlarda ular yoqimsiz, badbo'y hidli bo'lib, qat'iy tarzdagi va doimiy ravishda qayd etiladi, ko'pincha bir tomonlama bo'lib, to'qroq rangda yoki qora rangli quyqa aralash – tarkibida mitsetoma zarrachalari bo'lishi mumkin (aspergillyozda zamburug' tanasi).

Mog'orli mikroorganizmlarda ajralmalar och kulrang yoki sarg'ish rangli yopishqoq jelesimon bo'ladi, burun yon bo'shliqlari kandidomikozida oq rangli suzmasimon massaga o'xshab ketadi.

Bo'shliqlarda anaerob flora bo'lsa, shuningdek, burun yon bo'shliqlari suyak devorining kariesi – osteomieliti hamda atrof to'qimalarda yiringli o'choqning (abscess) shakllanishi bilan kechuvchi asoratlangan sinusitlarda burundan ajralmalar chirik tabiatli bo'ladi.

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarining yallig'lanishli bo'lmagan kasalliklari. Burun bo'shlig'ining shilliq pardasi yuqori sezuvchanligi bilan ajralib turadi va har doim turli patologik jarayonlarga ajralmalarning ko'p ajralishi bilan javob beradi.

Rinoreya adenovirusli infeksiya va gripp klinik ko'rinishining simptomokompleksiga kiradi, bunda ajralmalar gemorragik tabiatli bo'ladi, ba'zida esa burundan ko'p miqdordagi qon ketishlar bilan kechadi.

HID BILISHNING BUZILISHI

Hid bilish –bu odam yoki hayvonning hid bilish analizatoriga ta'sir etuvchi turli xil hidlarni his qilish va ajratish qobiliyatidir. Hid bilish analizatori kimyoviy distant analizatorga kiradi. Turli tabiatdagi kimyoviy moddalar uning uchun maxsus ta'sirlovchi bo'lib hisoblanadi.

Hid bilish analizatori oldingi miya pufagidan rivojlanadi. U o'simta bo'lib hisoblanadi. Boshqa kalla nervlaridan farqli ravishda hid bilish analizatorining nerv bilan ta'minlanishi gomolateral bo'ladi.

Hid bilish analizatorining retseptori burun bo'shlig'ining yuqori bo'limlarida joylashadi. Yuqori burun yo'lining shilliq pardasida sariq rangli joylar – hid bilish epiteliyi mavjud. Hid bilish epiteliyida mikroskopik jihatdan qaralganda saqlovchi, bazal va xususan hid biluvchi neyroepitelial hujayralar tafovut etiladi. Oxirgilari urchuqsimon shaklda, biquvchi bo'ladi. Ularning periferik o'simtasi burun shilliq pardasining yuzasigacha etadi; markaziy o'simtalar kalla bo'shlig'i ichiga yo'nalib, boshqa shunday o'simtalar bilan birlashadi va hid bilish nervlarini hosil qiladi. Periferik o'simta burun shilliq pardasining yuzasigacha etib, hidni

ushlab oluvchi ingichka xipchinlar tutami bilan yakunlanadi. Saqlovchi hujayralar yuzasida ko'p sonli barmoqsimon mikrovorsinkalar mavjud bo'ladi.

Har bir sezuvchi hujayra epiteliy yuzasiga dendritni yuboradi. U ko'p sonli naychalardan hamda epiteliy yuzasida joylashib, ularning sentriolasidan uzun tuklar – olfaktorli tuklar hosil bo'ladigan tugmasimon o'simtadan ("hid bilish boshchasi", "gurzi") iborat bo'ladi.

Har bir hid biluvchi hujayra, g'ilov singari, tayanch yoki saqlovchi hujayralar bilan o'ralgan. Uning faqatgina cho'qqisi – hid biluvchi boshchasi va tukchalari hur qoladi. Ularda hidni idrok etish bilan bog'liq bo'lgan jarayon sodir bo'ladi. Burunda hid bilish epiteliyini yupqa qavat bilan ho'llab turuvchi suyuqlik ishlab chiqaradigan maxsus bezlar bor. Hid taratuvchi moddalarning molekulalari hid bilish retseptoriga etishishidan oldin suyuqlikda eriydi. Suyuqlik ichida hid biluvchi hujayralarning tukchalari ham botib turadi. Aniqlanishicha, tukchalar bevosita turli tomonlarga harakat qiladi hamda bu bilan hid taratuvchi moddalarning molekulalarni izlaydi va ushlab oladi.

Hid biluvchi hujayralarning periferik o'simtalarini o'zida hid biluvchi tukchalarni (kiprikchalar) olib yuradi, markaziy o'simtalar esa (tuzilishi aksonlarga xos) hid biluvchi nervning 15-20 tolasini shakllantiradi. Hid biluvchi nervning tolalari g'alvirsimon suyakning shu nomli plastinkasining teshigi orqali kalla bo'shlig'iga kiradi, shundan so'ng ular hid biluvchi neyroepitelial hujayralarning aksonlari hid biluvchi koptokchalarda mitral hujayralar bilan muloqotga kirishadigan joy, ya'ni hid biluvchi piyozcha tomonga yo'naladi. Mitral hujayralarning o'simtalarini hid biluvchi yo'l ichida hid biluvchi uchburchak tomonga boradi, keyin esa hid biluvchi tasmalar tarkibida (oraliq va medial) oldingi ilma-teshik moddaga, qadoq osti maydoniga va diagonal tasmaga (Brok tasmasi) kiradi. Lateral tasma tarkibida mitral hujayralarning o'simtalarini hid bilishning po'stloq markazi joylashgan paragippokampal egrilik va ilmoqqa boradi.

Hid bilishni tekshirishning ko'p usullari mavjud. Eng yaxshi usul bo'lib, hid taratuvchi moddalar to'plami bilan sifatli tekshirish hamda

bo'sag'ali olfaktometriyani birgalikda o'tkazish hisoblanadi. Hid bilishni sifatli tekshiruvi hid taratuvchi moddani faol hidlash usuli yordamida amalga oshiriladi. Klinikada ko'pincha W. Bernstein usuli qo'llaniladi, u hid bilish sezgisini sifatli baholash va birmuncha darajada miqdoriy baholashni o'zida mujassam etadi. Hid bilish burunning har yarmi uchun alohida tekshiriladi. W. Bernstein bo'yicha hid bilish to'plami jadalligi bo'yicha asta-sekin kuchayib boruvchi 8 ta hid taratuvchi moddadan tarkib topgan: 1-xo'jalik sovuni, 2-atirgul suvi, 3-achchiq bodom suvi, 4-qatron, 5-skipidar (odatda 1-5- moddalar hid biluvchi nervga ta'sir ko'rsatadi), 6-novshadil spirti, 7-sirka kislotasi (6-7-moddalar uchlamchi va hid biluvchi nervlarga ta'sir ko'rsatadi), 8-xloroform (til-halqum va hid biluvchi nervlarga ta'sir ko'rsatadi).

Klinik amaliyotda hid taratuvchi moddalarning hid biluvchi, uchlamchi va til-halqum nervlarga ta'sir ko'rsatishi jihatidan bo'linishi katta tashxisotli ahamiyatga ega. Agar hid biluvchi nerv to'liq zararlangan bo'lsa, bemor faqatgina V va IX juft kalla nervlariga ta'sir ko'rsatuvchi hidlarni sezadi.

Hidni miqdoriy tekshirishda olfaktiv va aralash ta'sir ko'rsatadigan hid taratuvchi moddalarni idrok etish bo'sag'asi va tanib olish bo'sag'alari aniqlanadi. Bo'sag'ali olfaktometriyada hid bilishning ta'sirlanish bo'sag'asi, ya'ni mazkur haroratda olfaktiv moddalar bug'i bilan to'yingan va nafasni ushlab turish davrida seziladigan havoning minimal hajmi belgilanadi. Idrok etishning mutloq bo'sag'asidan ko'ra, uning asimmetriyasiga katta ahamiyat beriladi. Bo'sag'ali olfaktometriya bemorning burun bo'shlig'iga hid taratuvchi aralashmani passiv, majburiy usulda hidlatish yo'li bilan o'tkaziladi.

Hid bilishning buzilishi (dizosmiya) miqdor va sifat jihatidan bo'lishi mumkin. Hid bilishning pasayishi **giposmiya** deb ataladi. Bunda barcha hidlar his qilinishi mumkin, ammo zararlangan tomonda hid bilishni idrok etish susaygan bo'ladi. Giposmiyaning kuchli darajasida kuchsiz hidlar (Bernshteynning 1-2-chi shkalalari) his etilmaydi, bunda faqat kuchli hidlar (3-4-raqamli va undan yuqori) idrok etiladi. Giposmiyada V juft kalla nervlarining zararlanishi ushbu nervning

zararlangan tomonida hid bilishning pasayishi bilan o'tishini hisobga olish zarur. Uchlamchi nerv maxsus hid biluvchi nerv bo'lib hisoblanmaydi, ammo u hid bilishni kuchaytiradi. Hid bilish V va VII juft kalla nervlarining to'liq zararlanishida anchagina pasayadi, VII juft kalla nervlari burun teshiklarini kengaytiruvchi mushaklarini nerv bilan ta'minlab, hid sezishga ko'maklashadi.

Anosmiya – hid bilmaslik bo'lib, hid biluvchi nervga ta'sir ko'rsatuvchi hid sezgisining yo'qligidir. Shu bilan birga, hid biluvchi nervning hattoki to'liq anatomik uzilishida ham, asosan uchlamchi (novshadil va vino spirti, sirka kislota) va til halqum nervlariga (xloroform) ta'sir ko'rsatuvchi hid taratuvchi moddalarni bemorlar his qilishadi. Hid bilishning pasayishi va yo'qolishi bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Parosmiya – hid sezgisining buzilishidir. Bemor hidlarni sezadi, ammo ularni nomuvofiq ravishda idrok etadi. Ular sifat jihatidan o'zgaradi.

Hid bilishga oid gallyusinatsiyalar – mavjud bo'lmagan, ko'pincha yoqimsiz hidlarni his qilish. Ba'zan – bu ma'lum bir hid bo'lib, bemorlar ilgari hayotlarida u bilan ro'baru bo'lishgan. Biroq ko'pgina hollarda ular qandaydir noma'lum hidlar bo'lib, haqiqatda bemorlar bu hidlarni hech qachon idrok etishmagan. Odatda hid bilishga oid gallyusinatsiyalar vaqtida aynan bitta hid his etiladi; bu juda kamdan kam holatda vujudga kelishi mumkin (2-6 oyda 1 marta). Ba'zida mazkur simptom birinchi bo'ladi, tez-tez qaytalanadi va kasallikning etakchi belgisi bo'lib hisoblanadi. U bosh miya chakka bo'lagining medio-bazal bo'limlaridagi hid biluvchi analizatorning kortikal qismini birlamchi zararlanishida, shuningdek, epileptik xurujlarda kuzatiladi.

Hid bilishga oid gallyusinatsiyalardan ob'ektiv **kakosmiyalarni** (yoqimsiz hidni his qilish) ajratish zarur, ular surunkali yiringli sinusit, burun yon bo'shliqlaridagi xolesteatomalar, bodomchalardagi yiringli tiqin, tishlar kariesi, oshqozon ichak trakti kasalliklari, tish pioreyasi bilan bog'liq ravishda ob'ektiv mavjud hid tufayli qayd etiladi.

Hid bilishning tug'ma buzilishlari ko'pgina hollarda evnuxoidizm va daltonizm bilan birga kechadi.

Hid bilishning orttirilgan buzilishlarini konduktiv (rinogen) va neyrosensor (sezgir) buzilishlarga ajratish mumkin.

Hid bilishning rinogen pasayishi yoki yo'qolishi burun bo'shlig'ida burundan nafas olishning qiyinlashuvi ko'rinishidagi mahalliy o'zgarishlar (burun to'sig'ining qiyshayishi va tikanaklari, burun chig'anoqlari shilliq pardasining bo'kishi va gipertrofiyasi, burun bo'shlig'ining o'smalari va poliplari) yoki burun bo'shlig'ining olfaktorli sohasi shilliq pardasining quruqligi (atrofik rinitlar, ozena) bilan bog'liq bo'ladi, buning natijasida hid taratuvchi moddalar burunning bu qismidagi shilliqda eriy olmaydi. Biroq, ko'pgina hollarda, bu kasalliklarda atrofik jarayonga hid biluvchi neyroepitely ham jalb bo'ladi, shuning uchun hid bilishning buzilishi qisman neyrogen tabiatli ham bo'ladi.

Hid bilishning neyrosensor buzilishini hid bilishning periferik (burun bo'shlig'idagi neyroepitelial hujayralar, hid biluvchi nervlar) va markaziy: a) kallaning oldingi chuqurchasi (hid biluvchi piyozcha, hid biluvchi trakt, hid biluvchi uchburchak); b) bosh miya chakka-bazal bo'limlaridagi hid biluvchi analizatorning markaziy kortikal qismlari zararlanishi (gippokamp egrigli) buzilishlariga ajratish mumkin.

Hid bilishning periferik buzilishi asosan hid biluvchi nervning nevriti ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ular ko'pincha ikki tomondan hid bilishning izolirlangan pasayishi yoki yo'qolishi bilan tavsiflanadi. Periferik va MAT zararlanishining boshqa biror bir simptomlari mavjud bo'lmaydi. Ba'zan giposmiya fonida sezuvchanlik faqatgina ayrim hidlarga izolirlangan tarzda yo'qolishi kuzatiladi. Olfaktometriyada giposmiya hidlarni idrok etish va farqlash bo'sag'alarining bir tekisda oshishi bilan birga qayd etiladi, keyinchalik esa hid bilishning yo'qolishi kuzatilishi mumkin. V va IX juft kalla nervlariga ta'sir ko'rsatadigan hid taratuvchi moddalar uchun bo'sag'alar ko'tariladi.

Hid bilishning markaziy buzilishlari har doim kallaning oldingi chuqurchasi medial bazal bo'limlarining (hid bilishning pasayishi, hid

bilishning yo'qolishi) yoki kallaning o'rta chuqurchasining, bosh miyani chakka mediobazal bo'limlarining (hidni tanib olishning buzilishi, hid bilishga oid gallyusinatsiyalar) zararlanish simptomi bo'lib hisoblanadi. Boshqa kalla nervlarining zararlanishidan farqli ravishda, hid bilishning markaziy buzilishi doimo zararlanish tomonida, analizatorning kortikal qismigacha yuzaga keladi.

Hid bilishning buzilishi bosh miyaning oldingi va o'rta kalla chuqurchasi sohasi zararlanishida turlicha bo'ladi. Birlamchi hid bilish tuzilmalarining: hid bilish piyozchasi, hid bilish trakti, hid bilish uchburchagi va kallaning oldingi chuqurchasining asosan medial bo'limlarida joylashgan oldingi ilma-teshik moddasi zararlanishi oqibatida hid bilishning buzilishi tafovut etiladi. Ular zararlanganda olfaktiv moddalarga bir yoki ikki tomondan hid bilishning pasayishi yoki yo'qolishi yuzaga keladi. Kalla o'rta chuqurchasining bosh miya chakka-bazal bo'limlari va po'stloq hid bilish markazi (gippokamp) sohasida ikkilamchi po'stloq hid bilish tuzilmalarining zararlanishi hidni tanib olishning buzilishi va hid bilishga oid gallyusinatsiyalar bilan kechadi. Hid bilishning o'tkazuvchi yo'llari zararlanishi uchun olfaktiv ta'sirdagi hid taratuvchi moddalarga nisbatan anosmiyaning bo'lishi xos. Hid bilish po'stloq markazining zararlanishi barcha hid taratuvchi moddalarning (olfaktiv, trigeminal, glossofarengial) hidlarini tanib olishning buzilishiga olib keladi. Bo'sag'alarni tekshirishda dastlab olfaktiv ta'sirdagi, keyinchalik aralash ta'sirdagi hid taratuvchi moddalarni idrok etish bo'sag'asi va tanib olish bo'sag'asi o'rtasida katta farq aniqlanadi. Ayniqsa, tanib olish bo'sag'asi juda katta aziyat chekadi. Bosh miyaning o'smalarida hid bilishning pasayishiga oid simptomlar (giposmiya, anosmiya, tanib olishning buzilishi) ustun bo'ladi.

EKZOFTALM

Ekzoftalm – ko'z olmasining oldingi tomonga siljishi bo'lib, turli yallig'lanish, neyrodistrofik, jarohatlar, o'smalar, mahalliy va umumiy jarayonlar (Bazedov kasalligi, limfadenozlar, kalla ichidagi patologik

jarayonlar va b.) oqibatida orbita, birinchi navbatda retrobulbar bo'shliqdagi to'qimalarning kattalashuvi bilan tavsiflanadi.

Ko'pincha ko'z olmasining yon tomonga siljishi kuzatilib, u ko'z harakatchanligini chegaralaydi va diplopiyani keltirib chiqaradi. Qovoqlarda, kon'yuktivada giperemiya va shish, ko'z tubining o'zgarishi (ko'ruv nervi diskining dimlanishi va atrofiyasi, nevriti, ko'z to'r parda shishi va unga qon quyilishi hamda b.) kuzatilishi mumkin. Ekzoftalmning har xil turlarini aniqlashda laborator va rentgenologik tekshirish usullari, izotop va ultratovushli tashxisot qo'llaniladi. Ekzoftalmning darajasi ekzoftalmometr yordamida aniqlanadi.

Ekzoftalm bir tomonlama va ikki tomonlama bo'ladi. Mahalliy patologik jarayonlar har doim bir tomonlama ekzoftalmni keltirib chiqaradi (14-rasm).

Bir tomonlama ekzoftalm yallig'lanish, allergik yoki toksik jarayon, shuningdek, Kvinke shishi, o'tkir nefrit, kavaksimon sinus trombozi, orbita venalarining varikoz kengayishi oqibatida rivojlanadigan orbita



14-rasm. Chap tomonlama ekzoftalm

kletchatkasining shishi natijasida Yuzaga kelishi mumkin. Bir tomonlama ekzoftalmning sababi bulbar o'sma, paraorbital va kalla ichi o'smalari, shuningdek, turli o'smalarning metastazlari bo'lishi mumkin. Irsiy kasalliklar orasida fakomatozlar (Reklingxauzen neyrofibromatozi, Gippel-Lindau kasalligi, Burnevil kasalligi, Sterdj-Veber kasalligi), Kruzon sindromini qayd etish lozim.

endokrin tabiatli bo'ladi.

Fakomatozlar – irsiy kasalliklar guruhi bo'lib, unda asab tizimining zararlanishi teri yoki xoreoretinal angiomatoz bilan birga kechadi.

Reklingxauzen neyrofibromatozi. Bu kasallikka periferik nervlarning ko'p sonli neyrofibromalari xos. Ular ko'pincha bosh miyani

qisib, intrakranial (koxleovestibulyar nerv) va intraspinal joylashadi. Terida pigment dog'lar, teri va teri ostida ko'p sonli o'smalar qayd etiladi. Ba'zida skoliaz, suyakli kistalar kuzatiladi. Ko'pgina bemorlar qonida asab tizimi elementlarining o'sishini rag'batlantiruvchi omillarning miqdori yuqori darajada bo'ladi. Kasallik prognozi bosh va orqa miyaning o'smalarini olib tashlash imkoniyatiga bog'liq bo'ladi.

Gippel-Lindau kasalligi (serebroretinal angiomatoz) – bosh miya (odatda miyacha) angioblastomasining to'r parda angiomatozi bilan birgalikda kechishidir. Kasallikka oshqozon osti bezining kistalari, buyraklarning kistalari yoki o'smalari, shuningdek, politsitemiya sabab bo'lishi mumkin. Angioblastoma o'z vaqtida olib tashlanganda kasallik prognozi yaxshi.

Burnevil kasalligi (tuberozli skleroz) – gliyaning o'smasimon o'sib ketishi bo'lib, u bolalik davrida aniqlanadi. Bu kasallik uchun triada: avj olib boruvchi aqliy zaiflik, talvasasimon xurujlar va yuzdagi yog' bezlarining pigmentli adenomasi xos. Yurak, buyrak, o'pkalarning o'smalari, ventrikulyar kalsifikatlar ko'p uchaydi. Prognozi yomon.

Sterdj-Veber kasalligi (ensefalotrigeminal angiomatoz). Kasallik uchun ayniqsa peshona sohasida angiomatoz pigmentli dog'larning, epileptiform talvasalarning bo'lishi, ko'pgina hollarda aqliy rivojlanishdan orqada qolish, yuzdagi pigmentli dog'ga kontralateral ravishda gemiparez, gemianopsiyaning bo'lishi xos. Kraniografiyada bosh miya tepa-oksipital bo'limlarining angiomatozi natijasida ikkita kontur bilan egrilik shaklida kalsifikatlar aniqlanadi. Prognozi talvasali sindromning yo'qotilishiga bog'liq. Bunday holda ruhiyat aziyat chekmaydi va bolalar me'yoriy rivojlanadi.

Kruzon sindromi – autosom-dominant tipida nasldan-naslga o'tuvchi rivojlanish anomaliyalarining kompleksi bo'lib, "qirg'iy burun", yuqori jag'ning gipoplaziyasi, kalla akrotsefal qismining kengayishi, choklarning vaqtidan oldin suyaklanishi, ekzoftalm, ko'ruv nervining atrofiyasi, ko'rlik, giperteliorizm, divergatsiyalanuvchi g'ilaylik bilan tavsiflanadi.

Ekzoftalm orbita venalarining varikoz kengayishida yuzaga kelishi mumkin, u intermigratsiyalanuvchi (o'zgaruvchan) ekzoftalm deb ataladi. U orbitadan qonning chiqishi buzilishi natijasida, jismoniy zo'riqish vaqtida yoki boshning ma'lum bir holatida vujudga keladi. Ba'zan pulsatsiyalanuvchi ekzoftalm kuzatilishi mumkin, u arteriovenoz anevrizma tufayli yuzaga keladi.

Tireotoksikozda (diffuz toksik bo'qoq, Greyvs-Bazedov kasalligi) ekzoftalm, odatda, ikki tomonlama bo'lib, unda trofik buzilishlar kuzatilmaydi hamda ko'z olmalarining harakati chegaralanmagan bo'ladi. Bu kasallik uchun Grefe (pastga qaraganda yuqori qovoq ko'z olmasi harakatidan orqada qoladi), Dalrimpl (ko'z yoriqlarining keng ochilishi), Mebius (konvergensiyaning sustligi) hamda Koxer simptomlari (nazarni tezlikda boshqaga qaratganda Yuqori qovoqning retraksiyasi) xos.

Tireotoksikozning asosiy ko'rinishlariga yurak-tomir tizimining o'zgarishlari (tireotoksik kardiomiopatiya); dispeptik holatlar, qorinda og'riq, jigar va oshqozon o'lchamlarining kattalashuvi va funksiyasining oshishi, buyrak usti bezining etishmovchiligi (adinamiya, arterial gipotenziya, terining giperpimentatsiyasi), mushaklar atrofiyasi bilan kechuvchi mushaklar kuchsizligi kiradi. Ba'zan qo'l-oyoq proksimal bo'limlarining falaji rivojlanadi. Nevrologik tekshirishda giperrefleksiya, anizorefleksiya, Romberg holatida turg'unsizlik aniqlanadi.

Burun va burun yon bo'shliqlarining ekzoftalmga (ko'pincha bir tomonlama) olib keluvchi xavfsiz o'smalari ichida fibromalar, osteomalar, xondromalar, miksomalar, gemangiomalar, kistalarni, xavfli o'smalari ichida esa saraton va sarkomani ajratish lozim.

Fibromalar. Nisbatan kam uchraydi va asosan burun bo'shlig'ida joylashadi. Kasallikning kechishi sekin o'sishi va dastlab belgilarsiz bo'lishi bilan tavsiflanadi. O'sma o'sganda burundan nafas olish qiyinlashadi, yuz asimmetriyasi paydo bo'ladi, ekzoftalm, yiringli rinosinusitning ikkilamchi holatlari kuzatilishi mumkin. Odatdagi fibroma silliq yuzali, pushti rangda bo'ladi. Bu o'sma tomirga oid

o'smaning elementlari (angiofibromalar) bilan birga kuzatilganda xos belgi bo'lib, burundan qaytalanuvchi qon ketishlar hisoblanadi.

Osteoma burun yon bo'shliqlarining eng ko'p tarqalgan xavfsiz o'smalariga kiradi. Asosan yuqori jag', peshona va g'alvirsimon bo'shliqlarda joylashadi. Bu hosilaning asosi keng, yuzasi silliq, konsistensiyasi qattiq bo'lib, asta sekin, dastlab belgilarsiz yoki kam belgili o'sishi bilan tavsiflanadi. Katta o'lchamdagi osteomalarda bir tomonlama bosh og'rig'i, diplopiya, ekzoftalm kuzatilishi, shuningdek, ikkilamchi infeksiya (frontit, etmoidit, piotsele) qo'shilishi mumkin.

Xondroma – bu o'smani rivojlanish anomaliyasiga kiritish lozim. U burun bo'shlig'i, yuqori jag' va g'alvirsimon bo'shliqlarda kuzatiladi. Xondroma uchun orbitaga va kalla bo'shlig'iga tarqalish bilan ekspansiv, ko'pincha infiltrativ xususiyatda sekin o'sish xos. U ko'pincha, hattoki, radikal jarrohlik aralashuvidan so'ng ham qaytalanadi, malignizatsiyalanishi mumkin. Shuningdek osteoxondromalar ham uchraydi, unda osteomalar xondrom to'qimalarining qismlari bilan birga qayd etiladi.

Miksomalar. Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlarida fibromiksoma yoki miksoxondroma ko'rinishida uchraydi. O'sma jelesimon konsistensiyaga ega bo'lib, juda sekin, ammo to'xtovsiz o'sishi, yon atrofdagi to'qimalarning destruksiya bilan ajralib turadi, orbitaga, kalla bo'shlig'iga o'sib kirishi mumkin.

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shliqlaridagitomirga oid o'smalar kapillyar va kavernoza gemangiomalar, limfangiomalar bilan namoyon bo'ladi. Ular burun to'sig'i, pastki va o'rta burun chig'anoqlarida, kamroq hollarda – burun qanotlarining ichki yuzasida, yuqori jag', g'alvirsimon va peshona bo'shliqlarida joylashadi. Yaxshi sifatli tabiatga ega bo'lishiga qaramay, bu o'smalar etarlicha tajovuzkor o'sadi, o'sishning faollashuvi homiladorlik va laktatsiya davrida qayd etiladi. Burun bo'shlig'i lateral devorining kavernoza gemangiomalarini orbita va kalla bo'shlig'iga tarqalishi kuzatiladi. Gemangiomalar radikal olib tashlangandan keyin qaytalanishi va kamdan-kam hollarda angiosarkomaga malignizatsiyalanishi mumkin.

Burun yon bo'shliqlarining kistasimon cho'zilishi bo'shliqlarda seroz, yiringlitarkibning yoki havoning to'planishi hamda teshiklari bekilib qolishi natijasida ularning devorini cho'zilishi bilan tavsiflanadi. Kasallikning boshlanishini aniqlash qiyin, chunki uning erta davri sezilmasdan hamda sub'ektiv sezgilar va ob'ektiv belgilarisiz kechadi. Kasallik 1-2 yildan 15-20 yilgacha rivojlanadi. Bemorlar tibbiy yordam uchun (birinchi navbatda okulistga) zararlangan bo'shliq sohasida deformatsiya va ko'z olmasining siljishi paydo bo'lganda murojaat qilishadi.

Dastlab ko'z olmasining siljishi birozgina seziladi va bora-bora bo'shliqning cho'zilishi natijasida u kuchayib boradi, ko'z olmasining harakati cheklanadi va ko'pincha diplopiya bilan kechadi. Ba'zan ekzoftalm katta o'lchamlarga ega bo'ladi.

Peshona bo'shliqlarining kistasimon cho'zilishi boshqa burun yon bo'shliqlarining kistasimon cho'zilishiga qaraganda ko'proq uchraydi. Dastlab peshona bo'shlig'ining orbital devori bo'rtib chiqadi. Oldingi devor orqa devorga qaraganda ko'proq zararlanadi. Peshona bo'shlig'i orbital devorining bo'rtib chiqishi uning ichki burchagi sohasida ayniqsa ifodalanganroq bo'ladi. O'sishda davom etganda hamda ko'z olmasining pastga va tashqariga siljib bo'rtishi natijasida peshona bo'shlig'ining tubi pastga tushishi kuzatiladi.

G'alvirsimon labirintning kistasimon cho'zilishi shu holatga olib keladiki, bir nechta hujayralar bitta katta hujayraga yoki aniqrog'i, bitta katta kistasimon bo'shliqqa aylanadi. Odatda, g'alvirsimon labirintni kistasimon cho'zilishining birinchi belgilaridan biri bo'lib, qog'oz plastinkaning bo'rtib turishi va ba'zida birozgina ekzoftalmning bo'lishi hisoblanadi.

Asosiy bo'shliqning kistasimon cho'zilishi juda kamdan kam uchraydigan toifaga kiradi. Ko'pincha orbital asoratlar asosiy bo'shliq kasalligining birinchi va doimiy belgisi bo'lib hisoblanadi. Ko'pincha, ekzoftalm paydo bo'ladi, keyin diplopiya, ko'ruv nervi nevritining belgilari, ko'z olmasi sohasida og'riq qayd etiladi. Bunda ko'rishning buzilishi bo'shliq devorining ko'ruv nervi kanali tomoniga bo'rtishi va

uni bosishi yoki qon aylanishining buzilishi (venoz dimlanish) bilan bog'liq.

Burun yon bo'shliqlarining ko'p sonli kistasimon cho'zilishi kamdan kam uchraydi. Buni operativ aralashuv usulini tanlashda hisobga olish zarur.

Burun va burun yon bo'shliqlarining xavfli o'smalari gistologik tuzilishi bo'yicha epitelial (saraton), biriktiruvchi to'qimali (sarkoma) va nevrogen o'smalarga bo'linadi. Epitelial o'smalarga yassi hujayrali (muguzlanuvchi va muguzlanmaydigan), differensirlanmagan, bezli saraton (adenokarsinoma), silindroma kiradi. Biriktiruvchi to'qimali o'smalarga fibrosarkoma, limfosarkoma, angiosarkoma, gemangioendotelioma, gemangioperitsitoma kiradi. Nevrogen o'smalar neyroblastoma, estezionaeyrotsitoma, xavfli melanoma va xemodektomadan iborat. Xavfli o'smalar orasida yassi hujayrali va differensirlanmagan saraton ko'p uchraydi (oxirgi vaqtlarda).

Burun va burun yon bo'shliqlari xavfli o'smalarining klinik belgilari va kechishi ularning joylashgan joyi, tarqalganligi, o'sish shakli va morfologik tuzilishi bilan aniqlanadi. Yuqori jag' bo'shlig'i shilliq pardasining o'smasimon zararlanishi uzoq vaqt simptomsiz kechadi. Jarayon atrofdagi to'qimalarga tarqalganida o'smaning o'sish yo'nalishiga qarab kasallikning birinchi belgilari paydo bo'ladi. O'smaning burun bo'shlig'i va g'alvirsimon labirintga o'sib kirishi burun tutilishi, burundan nafas olishning qiyinlashuvi, hid bilishning pasayishi, yiringli-qonli ajralmalarning ajralishi, kam hollarda – qon ketish, ko'z yosh oqishi, ko'zning ichki burchagi sohasida shishinqirash bilan kechadi. Agar o'sma asosan orqa devor tomoniga qarab o'sib borsa, uni emiradi va qanotsimon chuqurcha hamda burunhalqumga tarqaladi, chakkaga, ko'zga va quloqqa uzatiluvchi og'riq paydo bo'ladi. O'smaning ko'z yo'nalishiga qarab o'sishi ekzoftalm va xemoz bilan kechadi. O'sma oldinga qarab o'sganda, yuqori jag' bo'shlig'ining oldingi devori emiriladi va lunj sohasida zichlanish paypaslanadi. O'smaning tanglay va alveolyar o'simta yo'nalishiga qarab tarqalishi qattiq tanglayning deformatsiyasiga, uning shilliq pardasining yarali zararlanishiga,

tishlarning qimirlashi va tushib qolishiga, jarayon tomonida tishlarda og'riq paydo bo'lishiga olib keladi. Yuqori jag' bo'shlig'ining orqa va ayniqsa tashqi devorlarining buzilishi o'smaning yonoq suyagiga o'tishi, shuningdek, uchlamchi nerv nevralgiyasi bilan kechadi.

G'alvirsimon bo'shliqdagi xavfli jarayonlar uchun xos belgi bo'lib, peshona sohasida, burun ildizida va tegishli orbitada og'riqning bo'lishi hisoblanadi; ponasimon bo'shliq o'smalari uchun esa – ma'lum bir yashirin davrdan keyin og'riq sezgisining bo'lishi xos. Ensa va tepa sohalarida kuzatiladigan og'riq, odatda, shifokor e'tiborini o'ziga jalb etmaydi. Jarayonning kalla bo'shlig'iga tarqalishi II va VI kalla nerv juftlarining zararlanishiga olib keladi, u ko'rish o'tkirligining pasayishi, ko'zda og'riqning bo'lishi, diplopiya, orbita usti sohada nevralgiya, shox parda refleksining yo'qligi bilan namoyon bo'ladi. O'smaning keyingi o'sishi o'smaning emirilishi va infitsirlanishi bilan kechadi, shu sababli bemorlar kalla ichi asoratlaridan vafot etishadi.

Peshona bo'shliqlaridagi o'sma jarayoni o'rtacha bosh og'rig'i, ekzoftalm, yuqori qovoqning shishi, bo'shliq proeksiyasida og'riq sezgisi bilan kechadi. Jarayonning tarqalishi bilan orbital, burun va kalla ichi simptomatikasi qayd etiladi.

Biriktiruvchi to'qimali va nevrogen o'smalar klinik va morfologik ko'rinishlarning turli-tumanligi bilan tavsiflanadi. Sarkomalar ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'ida yuzaga keladi. Kasallikning klinik ko'rinishlari jarayonning tarqalish darajasiga va yuz to'qimalarining emirilish darajasiga muvofiq keladi.

Rinogen orbital va kalla ichi asoratlarida ekzoftalm rivojlanib, infeksiyaning burundan va burun yon bo'shliqlaridan orbitaga va kalla bo'shlig'iga tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Orbital asoratlarga olib keluvchi kasalliklarga o'tkir va surunkali paranazal sinuitlar, burun furunkuli, burun to'sig'ining absessi, burun va burun yon bo'shliqlarining jarohat tufayli shikastlanishlari, bu a'zolarida o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlari kiradi. Rinogen asoratlarning rivojlanishiga burunning orbita va kalla bo'shlig'iga anatomik yaqinligi, burun va burun

yon bo'shliqlarining orbita va kalla bo'shlig'i bilan asabiy-tomirli aloqalarning bo'lishi zamin yaratadi.

Rinogen asoratlarning rivojlanishiga mikroorganizmlar (stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, protey, ko'k yiringli tayoqcha, anaerob bakteriyalar va kandida turkumidagi zamburug'lar) katta rol o'ynaydi. Gripp virusi katta ahamiyatga ega. Burun va burun yon bo'shliqlaridan infeksiyaning tarqalish yo'llari kontakt, gematogen, limfogen, jarohat oqibatida bo'ladi.

Rinogen orbital asoratlarga quyidagilar kiradi:

1. Orbita va qovoqlar kletchatkasining reaktiv shishi.
2. Periostit (yiringli bo'lmagan va yiringli).
3. Qovoqlar abssessi.
4. Subperiostal abssess.
5. Retrobulbar abssess.
6. Orbitaning flegmonasi.

Orbita va qovoqlar kletchatkasining reaktiv shishi ko'pincha bolalik davrida, O'RVI fonida yuzaga keluvchi o'tkir etmoiditlarda rivojlanadi. Bunda, kasallikning foni va etmoiditning klinik kechishiga qarab, ba'zi hollarda ifodalangan intoksikatsiya, bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lishi kuzatiladi, bu esa mahalliy ko'rinishlar bilan birga yanada og'ir bo'lgan orbital asoratni rag'batlantirish mumkin.

Tashqi ko'rik vaqtida qovoqlarda shish va uning terisida giperemiya, ko'z yorig'ining torayishi, kon'yuktiva, qovoq va ko'z olmasining ifodalangan giperemiyasi va shishi qayd etiladi. Shu bilan birga, ko'rsatilgan o'zgarishlar doimiy bo'lmaydi va bo'shliqdan patologik tarkibning chiqishini yaxshilashdangina iborat bo'lgan davoni boshlash orbital asoratlarning belgilarining tezda regressiga olib keladi.

Yiringli bo'lmagan periostit. Peshona, g'alvirsimon yoki yuqori jag' bo'shlig'ining zararlanishiga qarab, orbitaning yuqori, medial yoki pastki devorida palpatsiyada biroz og'irli bo'lgan shishni qirash paydo bo'lib, u sinusit yo'qolgach, asta-sekin so'riladi.

Yiringli periostit og'ir kechishi bilan tavsiflanadi. U yuqori tana harorati, umumiy darmonsizlik, bosh og'rig'i bilan kechadi. Orbita

devorida juda og'riqli bo'lgan infiltrat hosil bo'ladi. Suyakdan suyak usti pardasi ajralib, subperiostal abscess vujudga keladi.

Qovoqlar abscesslari mustaqil asorat bo'lishi yoki boshqa orbital asoratlarning oqibati bo'lishi mumkin.

Kasallik uchun quyidagilarning bo'lishi xos: gipertermiya, keskin ifodalangan holsizlik, bosh og'rig'i. Qovoqlar va kon'yuktivaning katta darajadagi shishi, xemoz qayd etiladi. Ko'z yorig'i keskin torayadi yoki yopiladi, ammo bunda ko'z olmasining harakati buzilmaydi.

Subperiostal abscessyiringburun yon bo'shlig'idan zararlangan suyak devori orqali orbitaning suyak usti qismining ostiga kirishi natijasida yuzaga keladi. Kasallik ko'pgina hollarda qovoq terisining qizarishi va shishidan boshlanadi. Keyin xemoz vujudga keladi, ko'zlarni mustaqil ochish katta qiyinchilik tug'diradi yoki ko'zlarni ochishning imkoni bo'lmaydi. Ko'z olmasining harakati keskin chegaralanadi, kletchatkaning shishi natijasida ekzoftalm rivojlanishi mumkin. Orbita bo'shlig'iga yiring kamdan-kam hollarda tushadi, ko'pincha u oqma hosil qilib tashqariga chiqadi. Ko'pchilik hollarda abscess orbitaning ichida joylashadi, shuning uchun flyuktuatsiya aniqlanmasligi ham mumkin. To'qimalarning ifodalangan taranglashuvi va shishi palpator tekshiruvni qiyinlashtiradi. Oqma yo'lining hosil bo'lishi abscessning joyini ko'rsatadi va u yoki bu bo'shliqning zararlanishi haqida dalolat beradi. Masalan, etmoiditlarda oqma yo'lining teshigi odatda qovoqlar o'rta boylamasining ustida, frontitlarda – peshona bo'shlig'ining pastki devori sohasida, yuqori jag' bo'shlig'ining yallig'lanishida - pastki medial qirra yonida joylashadi.

Retrobulbar abscess sinuitda yoki yuzdagi yiringli yallig'lanish jarayonlarida (burun, yuqori lab furunkuli va h.k.) ichkarida joylashgan subperiostal abscessning orbitaga chiqishi oqibatida yuzaga keladi. Subperiostal abscessdan farqli o'laroq, retrobulbar abscess og'irroq kechadi. Intoksikatsiya, septik isitma va varajaning bo'lishi xos. Qon tekshirilganda ECHTning katta darajada oshishi, leykotsitoz va leykotsitar formulaning chapga siljishi aniqlanadi. Mahalliy jihatdan ikkala qovoqning anchayin katta shishi va terisining giperemiyasi, ko'z

yorig'ining torayishi, kon'yuktivaning shishi va xemoz, shuningdek, barcha yo'nalishlar bo'yicha ko'z olmasi harakatining chegaralanishi, ekzoftalm qayd etiladi.

Ko'pincha retrobulbar abscess ko'rish funksiyasining turli buzilishlarini keltirib chiqaradi, bu holat ayniqsa orqa g'alvirsimon hujayralarning yallig'lanishi natijasida yuzaga kelgan bo'lsa ifodalangan bo'ladi. Bunday hollarda ko'rish o'tkirligining pasayishi, ko'zni harakatlantiruvchi, g'altaksimon va uzoqlashtiruvchi nervlarning parez va falajliklari, astigmatizm va gipermetropiya ko'rinishida refraksiyaning buzilishi kuzatilishi mumkin.

Orbitaning flegmonasibarcha orbital kletchatkaning yiringlanishi bilan tavsiflanadi. Orbital asoratning bu shaklida umumiy va mahalliy klinik ko'rinishlar o'ta ifodalangan bo'ladi. Og'ir intoksikatsiya, varaja bilan birga septik isitma, kuchli bosh og'rig'i va zararlangan orbita sohasida og'riq qayd etiladi, orbitadagi og'riq ko'z olmasiga bosib ko'rilganda kuchayadi. Mahalliy simptomlardan qovoqlar, lunj yumshoq to'qmalarining shishi va giperemiyasi aniqlanib, to'qimalar ba'zida qizg'ish-ko'kimtir tusli bo'ladi. Ko'z yorig'i yopiq bo'lib, kon'yuktivaning shishi va xemoz rivojlanadi. Ko'z olmasining harakati to'ning to'liq yo'qolishiga qadar keskin chegaralangan bo'lib, ekzoftalm, korneal va qorachiq reflekslarining pasayishi yoki yo'qolishi, ko'rishning funksional buzilishi kuzatiladi.

Orbita flegmonasining rivojlanishi tromb hosil bo'lishiva infeksiyaning venoz chigallar bo'ylab tarqalishi bilan kechadi. Bu yuz venalarining tromboziga hamda jarayonning kavernoza, ko'ndalang va bo'ylama sinuslarga o'tishiga olib kelishi mumkin.

Kavernoza va yuqori sagittal sinusning trombozi. Bu ko'p uchraydigan rinogen kalla ichi asorati bo'lib hisoblanadi. Kavaksimon bo'shliq yuz va orbitaning ko'pchilik venalari va venoz chigallari uchun kollektor bo'lib hisoblanadi. Unga yuqori va pastki orbital, burchak, peshona, orbital usti, yuz, quloq orqa va ensa venalari, miya venalari, qanotsimon, g'alvirsimon, qanotsimon-tanglay, halqum chigallari quyiladi.

Klinik ko'rinishi uchun umumiy va mahalliy simptomlar xos bo'ladi.

Umumiy simptomlar ichida gektik tana harorati qayd etilib, uning ko'tarilishida varaja, tushishida kuchli terlash kuzatiladi, shuningdek, metastatik yiringli yaralarning bo'lishi ham xos bo'ladi. Mahalliy simptomlar qon oqimining buzilishi bilan bog'liq.

Kavernoz sinusning trombozida orbital venalar bo'ylab qon oqib chiqishining buzilishi bilan chaqirilgan mahalliy simptomlar: ekzoftalm, ko'z olmasi harakatining chegaralanishi, qovoq va kon'yuktivaning shishi, xemoz, to'r pardaga qon quyilishi, ko'ruv nervi diskining dimlanishi va nevriti qayd etiladi.

Yuqori sagittal sinusning trombozi (tromboflebiti) qanshar va peshona sohasida to'qimalar shishi va terining giperemiyasi xos bo'lib, u o'rta holatni egallagan holda boshning sochli qismiga tarqaladi, shuningdek, qovoqlarda shish, oz darajada ekzoftalm ham qayd etiladi. Kasallik peshona suyagining osteomieliti va subperiostal abscess bilan asoratlanishi mumkin.

Mavzuga oid test savollari va vaziyatli masalalar

1. 10 yoshli bemor bosh ogrishiga, kuprok peshona soxasida, boshda ogirlik sezishiga, tashki burun terisi shishi, ogrik sezishi, burundan nafas olish kiyinligiga, tana xaroratining 38°S gacha kutarilishiga. Kasalligi 5 kun oldin burun soxasiga olgan jaroxatidan keyin boshlangan.

Rinoskopiya - Burun bushligi shillik kavatlari kizargan, infiltratsiyalashgan, burun tusigi shillik kavati kizargan, kalinlashgan, burun Yuligi burtgan, burun Yuli tulik yopik, burun Yullarida shillik ajralma bor, nafas olish kiyinlashgan. Burun soxasida paypaslanganda ogrikli.

Sizning diagnozingiz.

2. 12 yoshli bemor burundan nafas olish kiyinligi, kup mikdorda burun Yullaridan tinik ajralma kelishi, xid bilishning buzilishi, aksa urish xuruji va kuzdan yosh okishiga shikoyat kiladi. Bemor ximiya sanoatida ishlaydi.

Kurikda: burun shillik kavatlari shishgan, chiganoklar Yuzasi rangi bir xil emas, ayrim joylarida okimtir doglari bor. Burun chiganoklari kalinlashgan, burun Yullari toraygan. Adrenalin eritmasi surilgandan keyin chiganoklar kiskaradi.

Sizning diagnoz.

UASH taktikasi.

2. Bemorning shikoyatlari: boshi, tanasi va lunjning chap tomoni ogrigiga, burunning chap tomondan okishiga. Kasallik bir hafta oldin shamollashdan boshlangan.

Kuruvda: rinoskopiya - chap burunning shillik kavatida yalliglanish alomatlari, urta burun Yulida yiring kurinadi. CHap jag bushligi va chap koshini Yukori kismi paypaslanganda ogrik sezadi. Kon tekshirilganda leykotsitlar 9500.

Kasallikning nomi kanday?

Kanday kushimcha tekshiruvlar utkazish kerak?

3. Bemor doim burunning ung tomonidan yomon nafas olshiga, bosh ogrigiga shikoyat kildi. YOshligida burni shikastlangan. Boshka burun kasalliklarini eslay olmaydi. Kuruvda: tashki burun kirasi chap

tomonga biroz kiyshaygan. Tashki burunning boka kismilarida uzgarish Yuk. Oldingi rinoskopiya da burun tusigi ung tomonga kiyshayganligi aniklandi. Burun bushligi shillik kavati pushti rangda, burun Yullari toza. Burun yon bushliklari paypaslanganda ogriksiz.

Kasallikning nomi kanday?

Bemorni kanday davolaysiz?

4. Utkir tumovdan sung bemorda kuprok chap tomonda burun terisida shish, kizarish va ogrik paydo buldi. Ogrik tishlarga, chakkaga va chap kuz kovok atrofiga xam utardi. Tana xarorati 38,5 gacha kutariladi.

Kasallikning nomi kanday?

Bemorni kanday davolaysiz?

5. Klinikaga 3 yoshli yiglab turgan kizcha olib kelindi. Ikki soat oldin uynab turib tugmachani burun bushligining ung tomoniga kirgizib Yubordi. Olishga xarakat kilinganda, tugmacha burun Yulining ichiga kirib ketdi. Kuruvda: ung burun bushligining shillik kavati yalliglangan, shishib, kizargan. Umumiy burun Yulining ichida yot jism kurinadi. Ung burun bushligi orkali nafas olish kiyinlashgan.

Bolaga kanday tez tibbiy yordam kursatish kerak?

6. Bemor burnini kurishga, burun Yullarida yokimsiz xid paydo bulishiga. Burundan nafas olish kiyinlashishiga shikoyat kildi. Kuruvda: burun bushligi shillik pardalari kuruk, Yupkalashgan. Burun Yullari kruk, kup mikdorda yashil katkaloklar, sassik xidli, yiring aralashgan. Xalkum orka devorining shillik pardalari Yupkalashgan va yaltirab kurinadi. Boshka a'zolarida kasalliklar aniklanmadi.

Kasallikning nomi kanday?

Bemorni kanday davolaysiz?

7. Bemor burun orkali nafas olishning kiyinlashganini, kup mikdorda shillik ajralma, xid bilishning buzilishiga shikoyat kiladi. Bu belgilar turt kun avval paydo buldi. SHu vaktan beri burun orkali nafas olishning kiyinlashganini seza boshladi.kasallikning zurayishi tez-tez kuzatilib, bemor bu vakt da fakat ogiz orkaligina nafas oladi. SHunindek, burundan ajralgan shillik ajralmalar xam bezovta kiladi.

Kuruvda: rinoskopida: burun bushligi shillik pardasining burtganligi, uning kizargani kurinadi. Burun chiganoklari, ayniksa, pastki va urta chiganoklarkattalashgan. Burun Yullari toraygan, burun bushligi tubida ok rangdagi shillik ajralmalar bor. 0,1% adrenalin eritmasi surtilganda, burun bushligi shillik pardasi okaradi. Lekin burun chiganoklarining sezilarli darajada kichiklashishi kuzatilmaydi. Burun yon bushliklarida ogrik Yuk. Boshka Lor a'zolarida kasallik alomatlari Yuk.

Kasallikning nomi kanday?

Tibbiy tadbir kanday?

9. 16 yoshli bemor, mast xolda mushtlashayotib, Yuziga musht bilan kuchli zarb olgan. SHundan sung. Burun konashi va engil kungil aynish ruy berdi. Vokeadan 3 soat utgach, Lor bulimiga keldi. Kabul qilayotganda: kuz kosasi atrofidagi tukimaga kon kuYulgan, burni ung tomonga kiyshaygan va barmok bilan bosganda suyakning kisirlashi seziladi.

Rentgen tasvirida: burun suyaklarining, chap Yukori jag bushligining kuz kosasi devorining butunligi buzilishi va Yukori jag bushligining bir tekisda xiralashishi kurinadi.

Kasallikning nomi kanday?

Shifokor kanday yo'l tutadi?

10. Bemor burnining doimiy kurishiga, burun Yullarida katkalok paydo bulishiga, burundan tez-tez yiring okishiga va xid bilishning buzilishiga shikoyat kiladi.

Kuruvda: burun bushligining shillik pardalari kuruk, juda Yupkalashgan, ustida kuruk katkaloklar va ba'zi joylarda kuruk yiring kuzatiladi. Burun chanoklari kichraygan. Burun Yullari kengaygan. Xalkum orka devori shillik pardalari kuruk, burun shillik pardalariga nisbatan kamrok. Boshka Lor a'zolari uzgarishsiz.

Kasallikning nomi kanday?

Bemorni kanday davolaysiz?

TEST SAVOLLARI

- 1. Vazomotor rinit belgilari**
 - A. chig'anoqlar shilliq pardasining ko'karishi
 - B. burun yo'llarining kengayishi
 - V. burun shilliq pardasi eroziyasi
 - G. burundagi poliplar
- 2. Ko'rsatilganlardan qaysi burun funksiyasiga kirmaydi?**
 - A. xid bilish
 - B. ta'm bilish
 - V. rezonator
 - G. ximoya
- 3. Pastda ko'rsatilgan usullarning qaysisi burunning xid bilish funksiyasini o'rganadi?**
 - A. paxta bilan sinama
 - B. olfaktometriya
 - V. rentgenografiya
 - G. diafanoskopiya
- 4. Ponasimon bo'shliqning qaysi devorida uning tabiiy teshgi joylashgan?**
 - A. orqa devorida
 - B. pastki devorida
 - V. oldingi devorida
 - G. medial devorida
- 5. Burun yuqori yo'liga g'alvirsimon bo'shliqning qaysi xujayralari ochiladi?**
 - A. o'rta va orqa qator xujayralari
 - B. oldingi va o'rta qator xujayralari
 - V. fakat orqa qator xujayralari
 - G. faqat o'rta qator xujayralari
- 6. Yuqori jag' bo'shlig'ining qaysi devorida yanoq chuqurchasi joylashgan?**
 - A. oldingi

B. pastki

V. ichki

G. orqa

7. Peshona bo'shlig'ining tabiiy teshigi qaysi burun yuliga ochiladi?

A. pastki burun yo'liga

B. urta burun yo'liga

V. umumiy burun yo'liga

G. burun yon kanaliga

8. Burun – xalqum vizual ko'rish nima deb ataladi?

A. oldingi rinoskopiya

B. bevosita laringoskopiya

V. bilvosita laringoskopiya

G. orqa rinoskopiya

10. Chaqaloqlarda qaysi bo'shliqlar yo'q?

A. peshona bo'shlig'i

B. oldingi va o'rta g'alvirsimon xujayra

V. orqa g'alvirsimon xujayra

G. asos bo'shliq

11. Burun bo'shlig'ining qaysi bulimida Kisselbax zonasi joylashgan?

A. burun to'sig'ida

B. burun daxlizida

V. yuqori burun chig'anog'ida

G. burun bo'shlig'i tubida

12. Burunning qaysi qismida ko'proq xavfsiz o'smalar uchraydi? (bolalarda uchraydigan poliplar).

A. yuqori va o'rta burun yo'lida

B. yuqori burun yo'li va burun tubi

V. yuqori va pastki burun yo'lida

G. pastki burun yo'li va burun tusig'i

13. Bolalarda burun to'sig'ining qaysi devorida qonovchi poliplar kuproq uchraydi?

- A. pastki devorida
- B. medial devorida
- V. yuqori devorida
- G. lateral devorida

14. Qaysi burun yon bo'shliqlaridan poliplar burun bo'shlig'iga o'sadi?

- A. gaymar bo'shlig'i va g'alvirsimon bo'shliq labirintidan
- B. g'alvirsimon bo'shliq labirintidan va ponasimon bo'shliqdan
- V. peshona bo'shlig'i va gaymor bo'shlig'i
- G. peshona va g'alvirsimon bo'shliq labirintidan

15. Burun bo'shlig'i poliplari qaysi to'qimalardan tuzilgan?

- A. shilliq pardadan
- B. biriktiruvchi to'qimalardan
- V. mushak to'qimalaridan
- G. asab to'qimalaridan

16. Burun poliplarini asosiy belgilarinilarini ko'rsating

- A. burundan nafas olish qiyinligi va burun bitishi
- B. bosh og'rishi va burundan ajralma kelishi
- V. xid bilish buzilishi va shillikli ajralma kelishi
- G. shillikli ajralma kelishi

17. Burun polipini aniqlash uchun qaysi qo'shimcha metodlar qo'llaniladi?

- A. diafanoskopiya
- B. rentgenografiya
- V. bronxoskopiya
- G. stroboskopiya

18. Burun bo'shlig'i papillomatozi ko'pincha qaysi joydan o'sib chiqadi?

- A. pastki burun chig'anog'i
- B. burun to'sig'i

V.burun bo'shlig'i tubi

G.yuqori burun chig'anog'i

19. Burun bo'shlig'i papillomatozi ko'pincha qaysi joydan o'sib chiqadi?

A. burun bo'shlig'i tubi

B. burun medial devori

V. burun lateral devori

G. burun bo'shlig'i yuqori devori

20. Burun bo'shlig'ining osteomasi ko'pincha qaysi joydan o'sib chiqadi?

A. peshona bo'shlig'idan

B. g'alvirsimon labirintdan

V. gaymar bo'shlig'idan

G. ponasimon bo'shliqdan

21. Osteoma rivojlanishining qanday teoriyasi mavjud?

A. periostal yallig'lanish, travmatik

B. travmatik, periostal

V. yallig'lanish, allergik, virusli

G. yallig'lanish, allergik, periostal

22. Burun yon bo'shlig'i osteomasida qaysi simptomlar erta uchraydi?

A. bosh og'rishi, nevrologik xarakterga ega, burun yon bo'shlig'ida tulishish xissi va noqulay sezgi borligi

B. burundan ajralma kelishi, bosh og'rishi, burun tutilishi

V. tulishish xissi, xid sezish pasayishi

G. burun yon bo'shlig'ida noqulay sezgi borligi, burun tutilishi, ajralma kelishi

23. Bolalarda uchraydigan qonovchi polip qaysi kasalliklar bilan difdiagnostika qilinadi?

A. papillomatoz

B. gemangioma

V. osteoma

G.o'tkir rinit

24. Bolalarda uchraydigan papillomatozni asosiy simptomlarini ko'rsating

- A. xid sezish pasayishi, ko'z yoshlanishi
- B. burundan nafas olishning qiyinlashishi, ajralma kelishi
- V. nafas olish qiyinligi va tomoqda og'riq
- G. bosh og'rishi va burundan ajralma kelishi

25. Bolalarda uchraydigan papillomatozda qanday davolash usullari qo'llaniladi?

- A. ximioterapiyaviy
- B. nurlanish terapiyasi
- V. xirurgik davolash
- G. krioxirurgik

26. O'smirlarda qaysi burun yon bo'shliqlari ko'pincha xavfli o'sma bilan zararlanadi?

- A. g'alvirsimon labirint
- B. frontal
- V. asosiy
- G. gaymor bo'shlig'i

27. Burun yon bo'shliqlari xavfli usmalarida bemorning asosiy shikoyatlari

- A. xid sezish buzilishi, ko'zdan yosh oqishi
- B. burundan nafas olish buzilishi, burundan ajralma kelishi
- V. burundan ajralma kelishi, ko'rishni pasayishi
- G. bosh og'rishi, ko'zdan yosh oqishi

28. Burun yon bo'shliqlarida uchraydigan xavfli o'smalarda qanaqangi tekshirishlar o'tkaziladi?

- A. rentgenologik va gistologik
- B. serologik va bakteriologik
- V. gistologik va serologik
- G. bakteriologik va rentgenologik

29. Burun yon bo'shliqlari xavfli o'smalarini asosiy davolash usullari?

A. krioxirurgik va nurli terapiya

B. nurli va elektroxirurgik

V. ximiya va fizioterapiyaviy

G. xirurgik va nurli terapiya

30. Burun- xalqum angiofibromasi kup uchraydigan joyi?

A. burun xalqum

B. og'iz, xalqum orqa devori

V. qattiq tanglay

G. yumshoq tanglay

MAVZUGA DOIR MASALALAR JAVOBI

1. **Echimi:** O'tkir rinosinusit
2. **Echimi:** Surunkali vazomotor rinit. Allergiyaga qarshi moddalar
3. **Echimi:** Chap tomonlama o'tkir yiringli gaymorofrontit. Burun yondosh bo'shliqlar rentgenografiyasi
4. **Echimi:** Burun to'sig'i qiyshaishi. Operativ davo
5. **Echimi:** Burun chipqoni. Operativ davo chipqoni ochish
6. **Echimi:** Umumiy ogriqsizlantirish ostida burundagi yot jism olish
7. **Echimi:** Surunkali atrofik rinit. Ozena. Burun ichiga yog'li ingalyasiya, A, E guruxidagi preparatlar, fizioterapiya
8. **Echimi:** Surunkali vazomotor rinit. Allergiyaga qarshi moddalar
9. **Echimi:** Burun suyaklarini sinishi. Burun suyaklarni repozitsiyasi
10. **Echimi:** Surunkali atrofik rinit. Burun ichiga yog'li ingalyasiya, A, E guruxidagi preparatlar, fizioterapiya

MAVZUGA DOIR TESTLAR JAVOBI

1 A	11A	21A
2 B	12B	22A
3 B	13G	23B
4 V	14A	24B
5 V	15A	25V
6 A	16A	26A
7 B	17B	27B
8 G	18B	28A
9 A	19V	29B
10 A	20A	30A

ADABIYOTLAR

1. Luchixin L.A. Otorinolaringologiya. Pod redaksiey Palchuna V.T. Moskva, Eksmo, 2008. -320s. (Professionalnaya meditsina).
2. Palchun V.T., Luchixin L.A., Magomedov M.M. Rukovodstvo po prakticheskoy otorinolaringologii. Moskva. Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2018.
3. Palchun V.T., KrYukov A.I. Otorinolaringologiya. Moskva. «GEOTAR Media», 2018.
4. Piskunov G.Z, Piskunov S.Z., Kozlov V.S., Lopatin A.S. Zabolevaniya nosa i okolonosovыx pazux. Endomikroxirurgiya. Moskva. 2003., «Sovershenno sekretno»
5. Xushvakova N.J. Otorinolaringologiyada tez tibbiy yordam. Ukuv kullanma. Samarkand 2020
6. Xushvakova N.J. Otorinolaringologiya. Darlik. 2018 y. Toshkent nashriyoti.
7. SHevrigin B.V. Sinusiti u detey i vzroslyx. M. Meditsina, 2013.
8. Kosimov K., Norboev Z.K. Otorinolaringologiya. Andijan 2015.
9. Sklafani Entoni P, Total Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 2021
10. Vigand M.E. Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Anterior Skull Base. 2018.
11. Хушвакова Н.Ж. Клинические и молекулярно-генетические особенности несиндромальной нейросенсорной тугоухости у детей: автореф. дисс... д-ра мед. наук: 14.00.04 / Ташкент. – 2016 – С. -21.
12. Давронова Г.Б. Совершенствование методов диагностики, дифференциальной терапии и профилактики приобретенной нейросенсорной тугоухости автореф. дисс... кан. наук: 14.00.04 / Самарканд. – 2019 – С. -98.

Xushvakova N.J, Davronova G.B.

**BURUN VA BURUN YON BO'SHLIQLARI
KASALLIKLARI: SIMPTOMATIKASI VA
TAQQOSIY TASHXISOTI**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000148-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 1.11.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 3

Bichimi 60x84^{1/16}, “Times New Roman” garniturasida. 5,58 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 71/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

