

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**G'AYRAT UMRILLOEVICH LUTFULLAYEV,
NE'MATOV O'KTAM SUYUNOVICH**

**BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR XOSILALARINI
ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARI**

MONOGRAFIYA

Samarqand-2024 yil

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

«TASDIQLAYMAN»
Muvofiqlashtiruvchi ekspertlar kengashi raisi
_____t.f.d. professor A.S. Kubayev
«__» _____ 2024 yil.

**G'AYRAT UMRILLOEVICH LUTFULLAYEV,
NE'MATOV O'KTAM SUYUNOVICH**

**BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR XOSILALARINI
ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARI**

MONOGRAFIYA

Samarqand-2024 yil

Qo'lyozma huquqida

UDK: 616.21-006:371.3(075.8)

Tuzuvchilar:

LUTFULLAYEV G'.U.- Samarqand davlat tibbiyot universiteti, DKTF Otorinolariningologiya kafedrasi mudiri, t.f.d. professori

Ne'matov O'.S.- Samarqand davlat tibbiyot universiteti, DKTF Otorinolariningologiya kafedrasi assistenti, PhD.

Taqrizchilar:

Samieva G.U. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Patologik fiziologiya kafedrasi mudiri tibbiyot fanlari doktori, professor,

Daliyev A.G. – ADTI VMO va QTF Umumiy xirurgiya, anesteziologiya-reanimatologiya va Otorinolariningologiya kafedrasi dotsenti, t.f.d

Ushbu monografiyada muallif tomonidan ilk bor, burun bo'shlig'i xavfsiz qon tomir hosilalarining batafsil gistologik strukturasi va organizmda bioximiyaviy ko'rsatkichlaridagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda erta klinik belgilari aniqlangan. Burun bo'shlig'i xavfsiz qon tomir hosilalari bor bemorlarda qon ketishni kamaytirish va kaytalanish ko'rsatkichini pasaytirish maksadida, Polideksa dori vositasi hamda maxaliy arpabodiyon efir moyini kompleks qo'llashning samaradorligi ilmiy isbotlangan.

Monografiya nevrologlar, internistlar, klinik ordinatorlar, aspirantlar, doktorantlar va tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalarining keng doirasiga qaratilgan.

Monografiya Samarqand davlat tibbiyot universiteti ilmiy kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi hamda nashrga tavsiya etildi.

"_____" 2024-yil №__ bayonnoma

Ilmiy kotib

U.Ochilov

MUNDARIJA

KIRISH.....	7
I BOB. BURUN BO‘SHLIG‘I YAXSHI SIFATLI QON TOMIR O‘SMALARI MUAMMOSINI O‘RGANISHNING ZAMONAVIY HOLATI (ADABIYOTLAR SHARHI)	
§1.1. Burun bo‘shlig‘i gemangiomalarining tarqalishi, etiologiyasi va patogenezi	10
§1.2. Burun bo‘shlig‘i gemangiomalarining tasnifi	16
§1.3. Burun bo‘shlig‘i gemangiomalarining klinikasi, diagnostikasi va davosi	19
§1.4. Burun bo‘shlig‘ining tomirli xavfsiz hosilalarida endogen intoksikatsiya	35
II BOB. BURUN BO‘SHLIG‘I XAVFSIZ QON TOMIR XOSILALARINI KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARINI O‘RGANISH	38
§2.1. Tekshirilgan bemorlarning umumiy tavsifi . LOR a‘zolarining endoskopik tekshirish usullari	38
§2.2. Optik usullar	42
§2.3. Mukotsiliar transport funksiyasini baholash.	45
§2.4. BBSHP so‘rilish qobiliyatini tekshirish	48
§2.5. Multispiral kompyuter tomografiya	49
§2.6. Nazal lavaj	50
§2.7. Klinik-laborator tekshirish usullari	51
§2.8. Biokimyoviy tekshirish	52
§2.9. Tadqiqotda qo‘llanilgan jarrohlik yo‘li bilan davolash usullar	53
§2.10. Gistologik tekshiruv	57
§2.11. Tadqiqot natijalariga statistik ishlov berish usullari	57
III BOB. BURUN BO‘SHLIG‘I XAVFSIZ QON TOMIR O‘SMALARINING KLINIK TAVSIFI.....	59
§ 3.1. An’anaviy davo olgan bemorlarning klinik va biokimyoviy ko‘rsatkichlari	60
§ 3.2. Davolashdan oldingi kompyuter tomografiya natijalari.....	61
§ 3.3. Asosiy guruhdagi A kichik guruhning klinik laborator ma’lumotlari....	67

§ 3.4.	An'anaviy davolash fonida Polideksa preparatini qo'llash samaradorligi	71
IV BOB. BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR OSMALARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAXOLASH.		
§4.1	Burun bo'shlig'ida xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni davolashda arpabodiyon efir moyining samaradorligi	
§4.2	Burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni davolash samaradorligining qiyosiy tahlili	
V. XOTIMA		
XULOSA 106		
AMALIY TAVSIYALAR		
ADABIYOTLAR RO'YXATI		

QISQARTMALAR RO'YXATI

BBXQTH	–burun bo‘shlig‘i xavfsiz qon tomir xosilalari
MSKT	–multispiral kompyuterli tomografiya
MRT	–magnit-rezonans tomografiya
UTT	–ultratovush tekshiruvi
BBO‘	–burun bo‘shlig‘i o‘smasi
BYoB	–burun yon bo‘shliqlari
BB	–burun bo‘shlig‘i
AD	–an‘anaviy davo
MD	–modifitsirlangan davo
LPO	–lipidlarning peroksidli oksidlanishi
MDA	–malon dialdegid
KF	–katalaz faolligi
OBK	–oqsil barqarorligi koeffitsienti
O‘MM	–o‘rta vazn molekula
EI	–endogen intoksikatsiya
ET	–endotoksikoz

KIRISH

Odamlarda uchraydigan barcha xavfsiz hosilalar orasida, qon tomir hosilalari 1-7% ni tashkil qiladi. Ushbu hosilalar 60-80% hollarda bosh sohasidan o‘rin egallaydi. Gemangiomalar uchun, burun bo‘shlig‘i noodatiy joylashuv o‘rni sanalsada, uning barcha hosilalar orasida ulushi 2-3%ni, xavfsiz hosilalar orasida esa - 7% ko‘rsatkichni tashkil etadi., Gemangioma barcha yosh guruhlarida uchraydi, bunda bir necha cho‘qqilarni alohida ajratib ko‘rsatish mumkin: jumladan bolalar va o‘smirlarda, reproduktiv yoshdagi ayollar ko‘proq uchrasa, 40 yoshdan katta bo‘lgan guruhda teng taqsimlanish kuzatiladi. Gemangiomalar organizmning deyarli barcha a‘zo va to‘qimalarini zararlashi mumkin, ammo eng ko‘p hollarda teri, teri osti yog‘ qavati, og‘iz va burun bo‘shlig‘i shilliq qavatlari angiomatoz hosilalarning kelib chiqadigan joyi bo‘lib sanaladi [Lutfullayev U.L, 2017]. Uzoq vaqt davomida ilmiy doiralarda gemangioma o‘zi nima degan savol keng muhokama qilib kelindi: ya‘ni bu chin hosilami yoki tomir tizimining patologik tug‘ma rivojlanishimi? [Inkina A. 2022., Yermuxanova G.T. 2013].

Ushbu muammoni hal qilishga birinchilardan bo‘lib uringanlardan biri Virxov bo‘lib, u 1863 yilda gemangioma rivojlanishining “fissural nazariya”sini ilgari surdi. Ushbu nazariya, aksariyat gemangiomalar yuzning tabiiy teshiklari atrofi va bo‘yin oldingi sohasi terisini ko‘proq zararlashiga asoslangan edi. Bu omil esa, bunday joylashuvga ega qon tomir hosilalari - embriogenez anomaliyasi oqibatida rivojlanadi deya hisoblashga imkon berdi.

P. Laken gemangiomalarni hosila tabiati to‘g‘risida yozib o‘tib, angiomalar uchun xos bo‘lgan endotelial xujayralar proliferasiyasi ushbu hosilalarni varikoz va anevrizmalardan farqlab turishini ta’kidlaydi. Ushbu fikrlar bir qator mualliflar tomonidan qo‘llab-quvvatlanadi [Laken P.A., 2016, Smith C.J. 2017].

I.A.Talalayenko, K.G.Seleznevning fikricha, gemangiomalarning aksariyat qismi gamartoma tipidagi rivojlanish nuqsoni sanaladi va unchalik ko‘p bo‘lmagan qismi haqiqiy hosilalar – blastomalarga taaluqlidir, ammo mualliflar shuni ta’kidlashadiki, angiomalarda ularning kelib chiqishidan qat’iy nazar, qon

tomirlarning o'sishi va kurtaklanish yo'li bilan yangi shoxlarning shakllanish holati kuzatilishi mumkin. Mualliflar qon tomirlardan kelib chiquvchi haqiqiy hosilalarni, yuqorida aytib o'tilgan hosilasifat hosilalardan qat'iy ajratish qiyin deb hisoblashadi va ularni birgalikda ko'rib chiqishni taklif qilishadi.

Lutfullayev U.L. (2017), Antoniv V.F. (2015), Lutfullayev G.U. (2018) lar gemangiomalarni angiodisplaziyalarga emas, balki hosilalarga tegishli deb hisoblashadi. Mualliflar ilgari surgan nazariyaga ko'ra, gemangiomalar haqiqiy hosilalar bo'lib, ularning rivojlanishi va o'sishi to'qimada mavjud bo'lgan va shubhasiz, embrional rivojlanishni erta bosqichlarida saqlanib qoladigan angiogen elementlarning (angioblastlar, qon tomir devorining kam takomillashgna komponentlari) intensiv proliferasiyasi bilan bog'liq. Gemangiomalarni mikroskopik tekshiruvi endotelial xujayralarning proliferasiyasini ko'rsatib beradi, ayni vaqtda qon tomirlar rivojlanish nuqsoni esa yassilangan endoteliy bilan izohlanadi. Ko'pgina mualliflar tomonidan hosila xujayralaridagi yuqori mitotik faollik e'tirof etiladi, shu bilan birga gemangiomalarning spontan regressiyasi ehtimoli ham qayd etiladi, bu esa kasallikning hosila tabiatli ekanligiga to'liq mos keladi [Tamaki A 2017; Sillverberg S.G. 2012].

Gemangiomalarni ikkita asosiy morfologik turi farqlanadi: kapillyar va kavernoza (aralash) [Kostina T.V. 2002]. Kapilyar gemangiomalar uchrash darajasi yuqoriroq bo'lib, ularni eng keng tarqalgan joylashuvi burun to'sig'i sanaladi, kavernoza gemangioma esa ko'pincha burun lateral devorida joylashadi.

Bir tomonlama burundan qon ketishi va burun obstruksiya kapilyar gemangiomaning birmuncha yaqqol simptomatik belgisidir.

Burun bo'shlig'i gemangiomasini erta rivojlanish bosqichidagi belgilari yetarlicha o'rganilmagan; boshqa hosilalarni o'rganishda o'zini oqlagan qator usullarning diagnostik ahamiyati aniqlanmagan; jarroxlik davolash uchun aniq shakllangan ko'rsatmalar mavjud emas; ushbu hosilalarda terapevtik ta'sirlarni kombinirlangan va qo'shma ko'rinishlarda qo'llash imkoniyatlari o'rganilmagan.

Oldindan taxmin qilish mumkinki, bunday bemorlarda operatsiyadan keyingi davr bir qancha o'ziga xos jihatlar bilan ajralib turadi. Operatsiyadan keyingi erta

muddatlarda intensiv va ko'p miqdorda qon ketish xavfi ushbu jihatlarning eng asosiysi sanaladi. Ularni minimal darajaga tushirish juda muammoli yoki ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Afsuski, gemangiomalarda qaytalanish darajasi 15% gacha yetishi mumkin. LOR-a'zolarining qon tomir hosilalari bilan kurashish juda dolzarb sanalib, uning hal qilinishi katta amaliy ahamiyatga ega.

I BOB. BURUN BO'SHLIG'I YAXSHI SIFATLI QON TOMIR O'SMALARI MUAMMOSINI O'RGANISHNING ZAMONAVIY HOLATI (ADABIYOTLAR SHARHI)

§1.1 Burun bo'shlig'i gemangiomalarining tarqalishi, etiologiyasi va patogenezi.

Gemangiomalar - tomirlar tizimi bilan bog'liq bo'lgan qon tomirlaridan tashkil topuvchi, ammo atrofdagi normal to'qimalarga qaraganda kattaroq darajadagi o'sish salohiyatiga ega bo'lgan o'smalardir. Gemangiomalarning o'sishi o'zining avtonomiyasi, organizm to'qimalarining normal rivojlanishiga bog'liq bo'lmasligi bilan ajralib turadi hamda ko'pincha mazkur to'qimalar ichiga o'sib kirishi va yemirishi bilan ularga zarar yetkazadi [1].

Gemangiomalar organizmning deyarli barcha a'zo va to'qimalarini zararlashi mumkin, ammo teri, teri osti to'qimasi, og'iz va burun bo'shlig'ining shilliq pardasi angiomatoz o'sishning eng ko'p tarqalgan boshlanish nuqtasi hisoblanadi [2]. Ilmiy doiralarda gemangioma nima: haqiqiy o'smami yoki qon tomir tizimining patologik tug'ma rivojlanishimi, degan savol uzoq vaqt davomida hal qilingan [3].

Ushbu masalani birinchilardan bo'lib Virxov hal qilishga urindi, qaysikim 1863 yilda gemangioma rivojlanishining fissural nazariyasini ilgari surdi. Mazkur nazariya gemangiomalarning ko'pchiligi yuzning teshiklari va bo'yinning old yuzasi atrofidagi terini zararlashiga asoslangan edi. Ushbu fakt bunday lokalizatsiyadagi tomirli o'sma embriogenez anomaliyasi natijasida rivojlanadi, deb hisoblashga imkon bergan [4].

1878 yilda Cohnheim gemangiomalar paydo bo'lishining embrional yoki murtak nazariyasini taklif etgan, unga ko'ra gemangiomalar embrion shakllanishi jarayonida "adashib qolgan" yoki haddan tashqari ko'proq safarbar qilingan murtaklardan rivojlanadi.

1904-yilda Albrecht tomonidan taklif qilingan "to'qimalar majruhligi" nazariyasiga ko'ra [5], gemangiomalar embriogenetik "to'qimalar majruhligi" – gamartomalar bo'lib hisoblanadi.

E.A.Puchinina gemangiomalarni qon tomir devorining u yoki bu elementlari ustun bo'lgan distopik mezenximal murtaklarning rivojlanishi mahsuloti sifatida ta'riflaydi []. M.F.Glazunov ham xuddi shunday fikrda []. A.V.Kozlova, V.O.Kalina, Yu.L.Gamburg gemangiomalarni qon tomir devorining tug'ma patologik rivojlanishi sifatida ko'rib chiqishadi [].

R.Gudrun gemangiomalarning o'sma tabiati haqida yozadi []. U mazkur hosilalar angiomalarga xos bo'lgan endotelial hujayralarning proliferatsiyasi bilan varikoz va anevrizmalardan farqlanishini ko'rsatgan. Ushbu fikr bir qator mualliflar tomonidan qo'llab-quvvatlanadi [].

I.A.Talalaenko, K.G.Seleznevlarning fikriga ko'ra (Talalaenko I.A., Seleznev K.G., 2002) [] gemangiomalarning katta qismi gamartoma tipidagi rivojlanish nuqsoni bo'lib, faqat kichik bir qismigina haqiqiy o'sma - blastomalarga tegishli, biroq mualliflarning ta'kidlashicha, angiomalarda, ularning kelib chiqishidan qat'iy nazar, tomirlarning o'sib borishi va kurtaklanish orqali yangi shoxchalarning hosil bo'lishi kuzatilishi mumkin. Ular tomirlardan kelib chiqadigan haqiqiy o'smalarni yuqorida aytib o'tilgan o'smasimon hosilalardan farqlash qiyin deb hisoblashadi hamda ularni birgalikda ko'rib chiqishni taklif qilishadi.

A.H.Shikham, S.I.Shehadi (1986) [] hujayralar faoliyatining o'ziga xos xususiyatlari natijasida rivojlanuvchi, ularning tavsiflari va rivojlanish xususiyatlariga ko'ra gemangiomalar va qon tomirlarning rivojlanish nuqsonlarini ajratishgan. Gemangiomalarning mikroskopik tekshiruvi endotelial hujayralarining proliferatsiyasini ko'rsatdi, qon tomirlarning rivojlanish nuqsoni esa yassilangan endotelial bilan tavsiflanadi. Ko'pgina mualliflar o'sma hujayralarida yuqori mitotik faollikni aniqlashgan, shuning bilan birga gemangiomalarning o'z-o'zidan regressiyasi ehtimolini ham qayd etishgan, qaysikim kasallikning o'sma tabiatiga to'liq mos keladi [].

Gemangiomalarning etiologiyasi hozirgi vaqtda munozaralar tug'dirmaydi. I.Bardach, W.Panje (1981) tadqiqotlariga ko'ra [], gemangiomalar angiodisplaziyalar emas, balki qon tomir o'smalariga kiradi. Uning nazariyasiga muvofiq, gemangiomalar haqiqiy o'smalar bo'lib, ularning rivojlanishi va o'sishi

to'qimalarda mavjud bo'lgan va, shubhasiz, embrional rivojlanishning dastlabki bosqichlaridan buyon saqlanib kelgan angiogen elementlarning (angioblastlar, qon tomir devorining past differensiallashgan komponentlari) intensiv proliferatsiyasi bilan bog'liq. Angiogen hujayralarning proliferatsiyasi va buning natijasida haqiqiy gemangiomalarda kuzatiladigan mikrotomirlarning intensiv yangi shakllanishida o'z-o'zini qo'zg'atuvchi va o'z-o'zini ushlab turadigan jarayon mavjud bo'lib, uning asosida gemangioma hujayralarining o'zaro ta'siri yotadi. A.I.Abrikozov, A.I.Strukovlar o'z tadqiqotlarida [] tomir devorlarining uch qavatini (endoteliy, periendotelial parda, adventitsial qatlam) va zaif biriktiruvchi to'qima stromasida o'ziga xos tomirlarning uzluksiz massasi mavjudligini qayd etishgan. Yorug'lik-optik tadqiqotlarda kapillyar gemangioma, kavernoza gemangiomalar tipida rivojlangan uchastkalarining birikmasi aniqlangan bo'lib, ular dermada diffuz joylashgan, teri osti asosida esa bo'laklar hosil qiladi. Stromada ko'pincha skleroz o'choqlarini ko'rish mumkin []. Ushbu o'smalarning morfologik kelib chiqishiga kelsak, gemangiomalarning tabiati displastik emas, balki o'sma ekanligi haqida ishonch bilan xulosa qilish mumkin [].

Adabiyotda gemangiomalarning o'sma tabiati masalasini hal etish bilan bir qatorda mazkur o'smalar tug'mami yoki organizm o'sishi jarayonida yuzaga keladimi, degan savol muhokama etilmoqda. Ayniqsa mazkur muammo otolaringologiyada muhokama etilgan.

J.Winerman, A.Man, L.Zaidel lar gemangiomalarning paydo bo'lishi va qon tomir tizimining embriogenezi o'rtasidagi yaqin aloqani ta'kidlashgan []. Qon tomir tizimining murtagi dastlab angioblast hujayralar massasidan vujudga keladi, ular birlashib, kapillyarlar tarmog'ini - har qanday somatik sohaning qon tomir tizimining modelini hosil qiladi []. Ularning nazariyasiga ko'ra, gemangiomalarning paydo bo'lishi qon tomir tizimi embriogenezinin murakkab buzilishi oqibati bo'lib hisoblanadi. U jarohatlar, infeksiya va gormonal buzilishlarning rolini aks ettiradi, qaysikim ikkilamchi morfogenetik omillar bo'lib, homilaning homila ichi hayoti davrida yoki allaqachon shakllangan organizmda gemangioma rivojlanishiga yordam beradi.

Hozirgi vaqtda qon tomir o'smalarining paydo bo'lishi embrional davrda qon tomir tizimining rivojlanishi bilan bog'liqligi isbotlangan. Ma'lumki, embrional angiogenez bir qator ketma-ket bosqichlardan o'tadi:

- lakunar bosqichi, mezoblastdan boshlanadi (boshida ekstra-, keyin esa intra-embrional), unda qon tomir lakunolari hujayra orollaridagi periferik elementlarning endotelial evolyusiyasi natijasida vujudga keladi, ularning markaziy hujayralari esa primordial globullar hosil qiladi;

- retikulyar bosqich, u qon aylanishining boshlanishi bilan yuzaga keladi hamda arterial va venoz sektor o'rtasidagi funksional farq bilan birga kechadi, ushbu bosqichda ularning morfologik farqi hali ifodalanmagan bo'ladi;

- trunkulyar bosqich, ushbu bosqichda arterial, kapillyar, venozning turli tarmoqlarida parietal pardalar hosil bo'ladi hamda birlamchi kapillyar tarmoqning funksional va morfologik qayta tashkil etilishi turli to'qimalar va a'zolari qon bilan ta'minlaydigan yagona arterial-kapillyar-venulyar tarmoq hosil bo'lishi bilan ro'y beradi.

Postnatal davrda angiogenez davom etadi va avvalgi kapillyarlarning endoteliyidan tomir murtaqlari hosil bo'lish yo'li bilan amalga oshiriladi. Angioperitelial kompleks - kapillyarlar va venulalar atrofida joylashgan hamda turli yo'nalishlarda (peritsitlar, osteoblastlar, fibroblastlar, adipotsitlar, xondroblastlar, silliq mushak hujayralari va boshqalar) differensiallanishga qodir bo'lgan mezenximali hujayralar majmuasidir [].

Tomirlarning rivojlanish jarayoni va angiogenez murakkab bo'lib, ushbu jarayonlarning bir nechta modulyatorlari ma'lum. Modulyatorlarga angiopoetin (Ang) va qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF) deb ataladigan retseptor tirozin kinazalar kiradi. Mazkur tizimdagi o'zgarishlar, ham molekulyar darajada, ham xromosoma darajasida, qon tomirlarining nazoratsiz o'sishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun o'smalarining tez o'sishi angiogen ingibitorlarining yetarli darajada bo'lmasligi bilan izohlanishi mumkin [].

Hozirgi vaqtda qon tomir o'smalarining paydo bo'lishida genetik omillar yetakchi rol o'ynaydi []. Ko'pincha ularning oilaviy, tug'ma, sekin rivojlanayotgan

tabiati qayd etilgan. Jarohat, venoz staz, embrional kapillyar tarmoqdagi ba'zi qismlarning g'ayritabiiy mavjudligi (qaysikim me'yorda angiogenezning trunkulyar bosqichida yo'qoladi), parietal hujayraviiy displaziya, proliferatsiya va neoplaziyaning rivojlanishi ularning rivojlanishiga sabab bo'ladigan omillar bo'lib hisoblanadi. Aksariyat hollarda, o'simta uzoq vaqt davomida belgilersiz kechadi, qaysikim ko'p yillar mobaynida ushbu holatda kuzatilishi mumkin [].

Gemangiomalarning nisbiy chastotasi haqidagi statistik ma'lumotlar to'liq emas, chunki qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan ko'plab bemorlar shifokorga murojaat etishmaydi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, boshqa o'smalar orasida gemangiomalarning chastotasi 1-7% ni tashkil etadi []. Gemangiomalar umumiy sonining 60% dan 80% ga qadari yuz sohasida joylashadi. Ushbu sohadagi yaxshi sifatli o'smalar orasida LOR a'zolarining qon tomir o'smalari uchrash holatlari bo'yicha birinchi o'rinni egallaydi [].

Ye.A.Puchinina (1972) ma'lumotlariga ko'ra [], gemangioma ko'pincha burun bo'shlig'ining shilliq qavatini (78%), kamroq halqumni (16%) zararlaydi. U.L.Lutfullaevning (1989) ma'lumotlari bo'yicha 18% holatlarda burun va 8% holatda halqum zararlanadi[].

Jahon adabiyotiga ko'ra, homiladorlik paytida va tug'ruqdan keyingi davrda ayollarning 30-45 % burun bitishi, rinoreya, burundan qon ketishi yoki anosmiya kabi o'ziga xos bo'lmagan belgilar bilan otorinolaringologga murojaat qilishadi, mazkur holat ayniqsa homiladorlikning III trimestrida va laktatsiya davrida kuzatilib, qonda estrogenlar miqdorining oshishi tufayli qon tomirlarining dilatatsiyasi va shilliq pardaning gipersekresiyasi yuzaga kelishi bilan burun bo'shlig'idagi shilliq parda reaktivligining oshishi bilan bog'liq bo'ladi.

Kamdan kam hollarda kasallikning manifestatsiyasi ko'rishning buzilishi, bosh og'rig'i va burundagi mahalliy to'liqlik hissi bilan namoyon bo'ladi.

Patogenezning bir nechta nazariyalari mavjud bo'lib, ular ko'pincha to'qimalarning shikastlanishi va gormonal omillar (homiladorlik, oral kontraseptivlar qabuli) bilan bog'liq [].

Homiladorlikning 20 haftasiga qadar estrogenlarning hosil bo'lishi trofoblast va tuxumdonlarning faolligiga bog'liq. 20-haftadan boshlab estrogenlar sintezi homilaning faol ishtirokida plasenta tomonidan amalga oshiriladi.

Homila estriolning o'tmishdoshi bo'lgan neytral steroidlarni ishlab chiqaradi. Steroidlarning asosiy o'tmishdoshi ona qonidagi xolesterin bo'lib, undan platsentada pregnanolon hosil bo'ladi va uning taxminan 20% siydik bilan metabolizmning yakuniy mahsuloti - pregnandiol sifatida chiqariladi.

Homila organizmida progesteron homilaning buyrak usti bezlari va jigarida neytral steroidlarning sintezi uchun boshlang'ich nuqta bo'lib xizmat qiladi. Ushbu neytral steroidlar platsentada estriol hosil bo'lishining asosiy o'tmishdoshlari bo'lib, u fetoplasentar tizimning asosiy gormoni hisoblanadi.

Homiladorlik davrida estrogenlarning biologik ta'siri (estriol barcha estrogenlarning 85% ini tashkil etadi) bachadonning o'sishiga qaratilgan bo'lib, bachadon mushak tolalarining giperplaziyasi va gipertrofiyasiga yordam beradi. Bundan tashqari, estrogenlar sut bezlarining o'sishiga sabab bo'ladi, ammo estriolning yetakchi roli bachadon-plasentar qon aylanishini tartibga solishdan iborat. Estrogenlarning aynan shunday ta'siri gormonal nazariya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Gemangioma patogenezida jinsiy steroidlarga asosiy rol ajratiladi. Estrogen va progesteron o'sma rivojlanishi jarayonida yuzaga keladigan buzilishlarni boshlashda asosiy rol o'ynaydi []. Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar mitoz va apoptoz jarayonlarining buzilishida namoyon bo'ladi, ya'ni hujayraning bo'linishi va nobud bo'lishining dasturlashtirilgan jarayonlari buziladi, natijada o'sma hosil bo'ladi. O'sma yoki neoplazma - tirik organizm hujayralarining nazoratsiz o'sishi bo'lib, mazkur holatda ularning faoliyati buziladi va genetik ma'lumotlar o'zgaradi. Borgan sari ko'proq joy talab qiladigan zararli hujayralar sog'lom hujayralarni chetga suradi va ularning normal ishlashiga to'sqinlik qiladi. Qon bilan birgalikda nosog'lom hujayralar organizmning turli qismlariga kiradi. Yangi joyga joylashib, ular sog'lom qo'shnilarining ishiga aralashib, o'zlarining turlarini faol ravishda ishlab chiqarishni boshlashadi [].

S.V.Sinebogov (1998) ma'lumotiga ko'ra [] gemangiomalarning taxminan 80%i tug'ilish paytida yoki hayotning birinchi oyida, 95%i esa 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda tashxisot etiladi. V.A.Kojevnikov (1999) bolalarda gemangiomalar 45,7% ni tashkil etishini ko'rsatadi [].

Bolalardagi qon tomir o'smalari uchrash holatlari bo'yicha nafas yo'llarining yaxshi sifatli o'smalari orasida ikkinchi o'rinda turadi (qaytalama papillomatozdan keyin). Biroq, ushbu kasallikning yetuk yoshda yuzaga kelishi istisno etilmaydi []. Ye.A.Puchinina va U.L.Lutfullaevlarning (1989) ma'lumotlariga ko'ra[], burun, halqum va hiqildoq gemangiomalari ko'pincha o'rta yoshdagi shaxslarda aniqlanadi.

§1.2.Burun bo'shlig'i gemangiomalarining tasnifi

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, hozirgi vaqtga qadar 100 dan ortiq tasniflar taklif etilgan bo'lib, ularda gemangiomalar tashqi ko'rinishi, manbai, gistologik tuzilishi, joylashgan joyi, tarqalishi, o'sish shakli va klinik kechish xususiyatiga qarab guruhlariga bo'lingan. Biroq, hozirgacha umumiy qabul qilingan tasnif mavjud emas. Mazkur holat, aftidan, qon tomir o'smalarining etiologiyasi va patogenezi, shuningdek, zararlanish shakllarining xilma-xilligi haqida yagona nuqtai nazarining yo'qligi bilan bog'liq.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan yagona terminologiyadan foydalanish maqsadida yumshoq to'qimalar o'smalarining gistogenezi, morfologiyasi va klinik ko'rinishini o'rganishdagi barcha so'nggi yutuqlarni aks ettiruvchi amaliy foydalanish uchun yangi tasnifni yaratish talab etilgan edi. Bunday tasnif 1991 yilda L. H. Sobin, shuningdek, 13 ta davlatdan kelgan patologlar bilan hamkorlikda S.W. Weiss tomonidan yaratildi []. VI bo'lim qon va limfa tomirlarining o'smalariga bag'ishlangan.

Yumshoq to'qima o'smalarining gistologik tasnifi (1991).

Qon va limfa tomirlarining endotelial o'smalari.

1. Yaxshi sifatli

1.1. Kapillyar endotelial giperplaziya

1.2. Gemangiomalar

- 1.2.1. Kapillyar gemangioma
- 1.2.2. Kavernoza gemangioma
- 1.2.3. Venoz gemangioma
- 1.2.4. Epitelioid gemangioma (angiolimfoid giperplaziya, gistotsitoid gemangioma)
- 1.2.5. Piogen granulema (granulyatsion to'qima tipidagi gemangioma)
- 1.2.6. Ortirilgan tafted gemangioma (angioblastoma)
- 1.3. Limfangioma
- 1.4. Limfangiomioma Limfangiomomatoz
- 1.5. Angiomatoz

Limfangiomatoz

- 2. Oraliq: gemangioendoteliomalar
 - 2.1. Urchuqsimon hujayrali gemangioendotelioma
 - 2.2. Tomir ichi kapillyar angioendotelioma (Dabskiy o'smasi)
 - 2.3. Epitelioid gemangioendotelioma
- 3. Yomon sifatli
 - 3.1. Angiosarkomalar

Limfangiosarkomalar

- 3.2. Kaposhi sarkomasi.

Amaliy shifokorlarning ehtiyojlari uchun biroz soddalashtirilgan va moslashtirilgan tasnif P.M.Gorbushina (1978) [Fonard H.A., Khalica M.C., 1979] tomonidan taklif etilgan.

Yetuk (xavfsiz) qon tomir o'smalari:

- I. Gemangiomalar: 1. Kavernoza yoki g'alvirli:
 - a) inkapsulyar;
 - b) diffuz.
- 2. Kapillyar yoki gipertrofik yoki oddiy:
 - a) yuzaki;
 - b) chuqur.
- 3. Rasemoz yoki shoxlangan:

a) arterial;

b) venoz.

4. Fibroangiomalar:

a) tez o'suvchi;

b) sekin o'suvchi;

kapillyar

kavernoz

shoxlangan.

5. Suyakli

a) markaziy;

b) periferik.

6. Randyu-Osler kasalligi, glomusangiomalar va boshqa kamdan-kam uchraydigan tomirli o'smalar.

II. Limfangiomalar 1. Chegaralangan.

a) markaziy;

b) periferik.

2. Diffuz.

Yetilmagan (xavfli) tomirli o'smalar

I. Angiosarkomalar.

II. Gemangioendoteliomalar.

1989 yilda o'smalarning xalqaro tasnifi asosidagi negizdan foydalanib, U.L. Lutfullaev va V.F. Antoniv LOR a'zolari gemangiomalarining klinik tasnifini (bosqichini aniqlash) ishlab chiqishdi. O'smaning dastlabki joylashgan joyi va uning tarqalishi asosiy belgi bo'lib hisoblanadi. Ular LOR a'zolarining har birini (quloq, burun, halqum, hiqildoq) anatomik soha sifatida belgilashgan. Anatomik sohalar bo'limlarga bo'lingan, bo'limlar esa, o'z navbatida, bo'laklarga bo'lingan. Shunday qilib, o'smaning birinchi bosqichi bitta anatomik bo'lak bilan chegaralangan, ikkinchisi bir bo'limning butun qismini yoki bir nechta bo'laklarini egallaydi, ammo uning chegaralaridan tashqariga chiqmaydi. Uchinchi bosqichda jarayon anatomik bo'lakdan tashqariga chiqadi, boshqa bo'laklarga va bo'limlarga tarqaladi, ammo anatomik sohadan tashqariga chiqmaydi. To'rtinchi bosqichda

gemangioma butun anatomik sohani egallaydi va undan tashqariga chiqib, kalla suyagi bo'shlig'iga, bo'yinga o'sib kirib, yuz skeletining tuzilishini buzadi. V.F. Antoniv, U.L. Lutfullaev va G.U.Lutfullaevlar fikriga ko'ra [], kasallik bosqichini aniqlash jarrohlik aralashuviga bo'lgan ko'rsatmalarni batafsil ko'rsatishga, operatsiya hajmini aniqroq aniqlashga hamda, eng muhimi, turli xil terapevtik ta'sir usullaridan foydalangan holda turli mualliflar tomonidan olingan davolash natijalarini solishtirishga imkon beradi [].

Tomir anomaliyalarining 2007 yilda yaratilgan ISSVA klinik-anatomik tasnifi [].

Tomirli malformatsiyalar:

1. Past tezlikdagi qon oqimi bilan

1.1 Kapillyar

1.2 Venoz

1.3 Limfatik

2. Yuqori tezlikdagi qon oqimi bilan:

2.1 Anevrizmalar, ektaziyalar, stenozlar

2.2 Arteriovenoz fistula

2.3 Arteriovenoz malformatsiya

3. Qo'shma kombinirlangan tomirli malformatsiyalar:

3.1 Klippel-Trenone sindromi

3.2 Parkes – Veber sindromi

3.3 Kapillyar-venoz, kapillyar-limfatik, limfo-venoz,
kapillyar-limfo-venoz

Dissertatsiya ishida biz amaliyotda eng keng tarqalgan tasnifdan foydalandik, unga ko'ra qon tomir o'smalari: oddiy (kapillyar), kavernoza, rasemoza, aralash gemangiomalarga; kapillyar, kavernoza, yirik kamerali limfangiomalarga bo'linadi.

§1.3 Burun bo'shlig'i gemangiomalarining klinikasi, diagnostikasi va davosi

Burun bo'shlig'ining gemangiomalari bemorlarni tekshirish paytida aniqlanadi, ba'zi hollarda esa ma'lum hajmga ega bo'lgan o'smani bemorlarning o'zlari aniqlashadi. Burun bo'shlig'ining gemangiomasi mavjud bo'lgan bemorlarda burundan nafas olishning qiyinlashishi va davriy ravishda bir tomonlama burun

qonashlari, burunda yot jismni his qilish ilk hamda yetakchi alomatlar hisoblanadi. V.C.Pogosov va boshqalarning ma'lumoti (1988) bo'yicha, keyingi o'rinda turuvchi keng tarqalgan belgi – hid bilishning buzilishi, bosh og'rig'idir []. O'smaning keyingi bosqichlarida o'z-o'zidan qon ketish, manqalik qo'shiladi, endonazal biopsiya paytida esa gemorragiyalar tez-tez uchraydi [].

Chuqur kapillyar gemangioma o'zgarmagan shilliq qavat bilan qoplangan, uning konturlari esa aniq-ravshan emas. Tashqi ko'rinishi bilan o'smani to'qimalarning ichida joylashgan nevrinoma va boshqa o'smalardan ajratish qiyin. Kavernoza va venoz gemangioma ko'pincha yuzaki joylashadi. Ularning rangi ko'kimtir, yuzasi g'adir-budir, konsistensiyasi yumshoq bo'ladi. Inkapsulyar kavernoza gemangioma aniq chegaralarga ega. Tarmoqlangan arterial gemangioma, odatda, pulsatsiyalanadi va mazkur pulsatsiya rinoskopiya paytida seziladi. O'smaning yuzasi g'adir-budir bo'lishi mumkin. Ko'pgina gemangiomalar destruksiya qiluvchi o'sish xususiyatiga ega. Ular atrofdagi to'qimalarga chuqur o'sib kirishi mumkin hamda uzoq vaqt o'tkazilgan bosim tufayli tog'ayga yoki suyak tuzilmalarini yemirishga qodir bo'ladi. Bemor shifokorga murojaat etganida, gemangioma kamdan-kam hollarda burun bo'shlig'ining bir qismi bilan chegaralangan bo'ladi. Odatda, u, butun burun bo'shlig'ini egallaydi. O'sma burun to'sig'i, yon devorini egallashi, burun chig'anoqlariga tarqalishi mumkin.

Gemangioma chegaralarini aniqlash qiyin. Mazkur holat o'smaning nafaqat to'qima yuzasi, balki uning ichkarisiga tarqalishi, ko'pincha burun asosining sohasida yuzaga kelgan gemangiomalar osongina jarohatlanishi mumkin, tog'ay va suyak bo'limlariga yetishi bilan bog'liq. Bundan tashqari, gemangiomalar, inkapsulyar turi bundan mustasno, aniq chegaralarga ega emas hamda patologik tomirlar va biriktiruvchi to'qimalar stromasining chigalligini ifodalaydi. O'smaning periferiyasi bir-ikkita patologik tomirlar bilan ifodalanadi, o'smaning markaziga yaqinlashib borgan sari, ushbu tomirlarning zichligi va ularning soni ortadi.

Ular sekinlik bilan o'sadi, davriy ravishda qonaydi, asta-sekin kattalashadi va burun bo'shlig'ini to'ldirishi, g'alvirsimon labirint, ko'z soqqasi va yuqori jag' bo'shlig'iga o'sib kirishi mumkin, yumaloq, g'adir-budir qizil-ko'kish rangli o'sma shaklida bo'ladi [].

Gemangiomaning kattaligi va hajmi igna to'g'nag'ich boshidan tortib sezilarli o'lchamlargacha yetishi mumkin []. Gemangiomaning tashqi ko'rinishi rangining turfaligi, uning turli xil tuslari bilan ajralib turadi, ya'ni yorqin qizil, qizil-jigarrang, ko'kish-arg'uvon, sianotik rangdan tortib to'q ko'k va butunlay to'q ranggacha bo'lib, o'sma devorlarining yupqaligi va qon yoritilishiga bog'liq bo'ladi []. Odatda gemangiomalar yassi, tekis yoki ko'tarilib turuvchi g'adir-budir yuzali yumshoq konsistensiyaga ba'zan bo'lakchali tuzilishga ega bo'ladi. Ularning asosi keng bo'ladi, yoki aniq chgaerasiz diffuz ravishda tarqaladi []. Ko'pincha uzoq vaqt mobaynida gemangioma o'zini namoyon etmaydi. Qon tomir o'smasida kuzatiladigan klinik belgilar odatda uning joylashgan joyiga bog'liq bo'ladi. Ular o'lchamlarining kattaligi bilan zararlangan yoki qo'shni a'zolarining anatomik nisbatlari va fiziologik funksiyasini buzgan hollardagina muayyan buzilishlarni keltirib chiqaradi []. Gemangioma burun bo'shlig'ida joylashganida qon ketishi tez-tez kuzatiladi []. Gemangiomada og'riqning kuzatilishi, odatda, chuqur mushak to'qimalari va asablarni zararlovchi uzoq vaqt davomida rivojlangan patologik jarayonni tavsiflaydi [].

Diffuz, aniq chegarasi bo'lmagan o'smalar atrofdagi sog'lom to'qimalarni yemirib, faqat kosmetik nuqsonnigina keltirib chiqarmaydi. Ko'z, quloq oldi sohasi yoki kekirdak va bronxial daraxt atrofidagi to'qimalarni zararlab, o'sma, mexanik tarzda ko'rish, eshitish va nafas olish funksiyasini sezilarli darajada buzadi []. LOR-a'zolari natijada qon ketishi va uzoq vaqt davomida bitmaydigan yaralarning vujudga kelishiga sabab bo'ladi [].

Ko'pincha, aynan joylashuvi tufayli, klinik kechishi bo'yicha burun bo'shlig'ining gemangiomalari burun to'sig'ining qonaydigan polipiga juda o'xshab ketadi. Qonaydigan polip - burun to'sig'ining bir tomonida, asosan oldingi venoz-arterial chigal sohasida, kamroq burun chig'anog'ining pastki yoki o'rta qismida yoxud burun bo'shlig'ining lateral devorida joylashgan angiofibromatoz yaxshi sifatli o'smadir.

Hozirgi vaqtda ushbu patologiya rivojlanishining sabablari aniqlanmagan. Kasallik asosan ayollarda sodir bo'lganligi sababli, mutaxassislar uning endokrin

etiologiyaga ega ekanligini ta'kidlashadi. Shikastlanish, yallig'lanish, onkologik singari boshqa nazariyalar ham mavjud, ammo bitta nazariyaning boshqalardan ustunligini tasdiqlovchi ma'lumotlar yo'q.

Makroskopik jihatdan burun to'sig'ining qonaydigan polipi yumaloq o'sma bo'lib, uning o'lchamlari kichik no'xatdan tortib katta olchagacha bo'lishi mumkin. Uning rangi to'q qizil yoki ko'kimtir bo'lib, so'rg'ichsimon yoki qo'ziqorin shakliga ega bo'ladi hamda oyoqcha ustida joylashadi. Tegingan paytda hosila osongina qonaydi. Ba'zida, masalan, aksa urganda yoki burun qoqqanda qon ketish o'z-o'zidan paydo bo'lishi mumkin. O'smaning qattiqligi qon tomir va fibroz to'qimalarning nisbati bilan belgilanadi.

Burun to'sig'ining qonaydigan polipini mikroskopik tuzilishi turli xil bo'lishi mumkin, u qon tomir va biriktiruvchi to'qimalarning tarkibi bilan belgilanadi. Ko'pincha o'smada granulyasion to'qima kabi yallig'lanish elementlari mavjud bo'ladi.

Xorijiy adabiyotlarda burun to'sig'idagi qonaydigan polipning gistologik tuzilishini xilma-xilligi tufayli mazkur o'sma yallig'lanishli granulema, angiofibroma, sof angioma, kavernozi angioma, teleangioektatik fibroma, papillomatoz fibroma kabi turli nomlarga ega bo'ldi [1].

Burun bo'shlig'i gemangiomalarining diagnostikasi. Ma'lumki, gemangiomali bemorlarni klinik tekshiruvini shikoyatlarni tahlil qilish, anamnestik ma'lumotlar, klinik tekshirish, palpatsiya bilan boshlash kerak [1]. Aksariyat hollarda xavfsiz o'smalar klinik kechishi bilan ko'pincha xavfli o'smalarga yaqin bo'ladi, chunki ular destruksiyalovchi o'sish xususiyatiga ega bo'ladi, har doim ham aniq chegaralarga ega bo'lmaydi, ularning stromasi yaralanadi, yaralar esa profuz, tez-tez takrorlanadigan, bemor hayoti uchun xavfli qon ketishlarga olib keladi, qon ketishlar o'smani to'liq olib tashlashga xalaqit beradi va natijada kelajakda kasallikning qaytalanishiga sabab bo'ladi.

Kasallikning ilk va dastlabki belgilarini ko'pincha bemorning o'zi qayd etadi va ularni shikoyatlar shaklida shifokorga bildiradi. Anamnezdan simptomlarning paydo bo'lish tartibini, jarohatlar va operatsiyalarning mavjudligini, irsiyatni,

o'tkazilgan kasalliklarni hisobga olish muhimdir. Yaxshilab yig'ilgan anamnez kasallikning dastlabki belgilari, o'smaning rivojlanishi, uning o'sish tezligi va yo'nalishi haqida qimmatli ma'lumotlarni berishi mumkin [].

Ko'rikda o'smaning rangi, uning o'lchamlari, yuz skeletining deformatsiyasi aniqlanadi. LOR a'zolarining ko'rigi hamma vaqt ham o'smaning o'lchamlari va tarqalganligi haqida tasavvur uyg'otmaydi, yuzaki joylashgan gemangiomalarning tashxisoti uchun palpatsiya qo'llaniladi. Palpatsiyada konsistensiya, pulsatsiya, ba'zi holatlarda esa mahalliy haroratning oshishini aniqlash mumkin [].

LOR a'zolarining o'smalari diagnostikasida endoskopik usul asosiy bo'lib hisoblanadi. U o'ta samarali va oddiy. Oldingi va orqa rinoskopiya da burun bo'shlig'i shilliq pardasining rangi, burun chig'anoqlari va yo'llari, burun to'sig'i, burunhalqum gumbazining holati, shuningdek o'smaning mavjudligi aniqlanadi. Zond dan ehtiyotkorlik bilan foydalanib, o'smaning konsistensiyasi va dastlabki lokalizatsiyasini aniqlash mumkin, biroq qon ketishdan ehtiyot bo'lish lozim []. Endofibroskopiyaning asosiy afzalliklari - uning yuqori aniqligi, tekshirish vaqtida "ko'r" zonalarining yo'qligi va usulning nisbatan arzonligidir. Ushbu usul LOR a'zolarini diqqat bilan tekshirishga, o'smaning dastlabki lokalizatsiyasini va tarqalishini aniqlashga imkon beradi, qaysikim aralashuvning hajmi va usulini tanlash uchun zarurdir. Biroq, bunday tekshiruv qon ketishiga olib kelishi mumkin hamda mazkur holat qon tomir o'smalaridan qon ketishining kuchayishi bilan bog'liq bo'ladi [].

Rentgenologik tekshiruvda rentgenografiya standart va qo'shimcha proeksiyalarda bajarilishni o'z ichiga oladi. Klinik tekshiruvda o'sma bilan zararlanishga shubha qilingan a'zoga qaratiladigan rentgenogrammlar qo'shimcha proeksiyalarda bajariladi [].

Termografiya usuli - a'zolar va to'qimalardan chiqadigan issiqlik (infragizil) nurlanishini qayd etish usulidir. Issiqlik nurlanishi o'rganilayotgan ob'ektdan uzoqda joylashgan teplovizorlar yordamida qabul qilinadi []. Qurilma qabul qilingan impulslarni elektrokimyoviy qog'ozda soya tasviri - termogramma shaklida

tasvirlaydi. Zamonaviy teplovizorlar harorat farqi 0,1 daraja Selsiy bo'lgan termografik "portret" olish imkonini beradi.

Termografik tekshiruv o'smaning proeksiyasida termogeneznining oshishini ko'rsatadi, ammo o'smaning aniq o'lchami va uning tarqalishini aniqlashning imkoni yo'q [1].

Kompyuter tomografiyasi usulini haqli ravishda o'smalarni tashxislashda eng muhim tekshiruvlardan biri deb hisoblash mumkin. Multispiral kompyuter tomografiyasi an'anaviy kompyuter tomografiyasidan farq qiladi, past nurlanish yuklamasida yuqori sifatli tasvirni olish mumkin va qurilmaning o'lchamlari tufayli ichki a'zodagi eng kichik o'zgarishlar aniqlanadi. Spiral skanerlash texnologiyasi KT tekshiruviga sarflanadigan vaqtni sezilarli darajada qisqartirishga va bemorga nur yuklamasi ta'sirini sezilarli darajada kamaytirishga imkon beradi. A'zolarining bir-biridan, shuningdek, normal va patologik tuzilmalardan farqlanishini yaxshilash uchun kontrastni kuchaytirishning turli usullari qo'llaniladi (ko'pincha tarkibida yod bo'lgan kontrast moddalarni qo'llash bilan) [1].

Kontrastli vositani yuborishning ikkita asosiy turi mavjud: peroral (muayyan rejimga ega bemor preparat eritmasini ichadi) va tomir ichiga (tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi). Birinchi usulning asosiy maqsadi - oshqozon-ichak traktining ichi bo'sh a'zolarini kontrastlash; ikkinchi usul qon aylanish tizimi orqali kontrast moddaning to'qimalar va a'zolar tomonidan to'planishi tabiatini baholash imkonini beradi.

Vena ichiga kontrastni kuchaytirish usullari ko'p hollarda aniqlangan patologik o'zgarishlarning tabiatini (jumladan o'smalar mavjudligini, hattoki ularning gistologik tuzilishini taxmin qilishgacha aniq ko'rsatadi) ularning atrofidagi yumshoq to'qimalar fonida aniqlashga, shuningdek, odatdagi ("nativ") tadqiqot davomida aniqlanmagan o'zgarishlarni vizualizatsiya qilishga imkon beradi. Kompyuter tomografiyasi yordamida o'smaning tabiati haqida xulosa qilib bo'lmaydi, biroq kompyuter tomografiyasi va klinikaning majmui o'smaning tabiatini baholashga imkon beradi. Hozirgi vaqtda kompyuter tomografiyasi usuli,

ko'pchilik mualliflarning fikriga ko'ra, o'smalarni tashxislashda yetakchi usul hisoblanadi [].

Magnit-rezonans tomografiya (yadroviy-magnit rezonansli tomografiya, MRT, YaMRT, NMR, MRI) – odam ichki a'zo va to'qimalarini norentgenologik tekshirish usulidir. Ushbu usulda X-nurlaridan foydalanilmaydi, natijada mazkur usul aksariyat uchun xavfsiz bo'ladi. Yadroviy magnit-rezonans tomografiyasi (YaMR - tomografiya) magnit maydonidagi impulslar ta'siriga javoban suv, oqsillar, lipidlar va boshqalar molekulalaridagi atom yadrolarining reaksiyalarini o'lchashga asoslangan. Vodorod yadrolari (protonlar) yadro magnit rezonansining ta'siriga juda sezgir. YaMR-tomografiyada "tasvir" rentgen nurlari uchun to'qimalarning shaffofligiga emas, balki harakatchan protonlarning zichligiga bog'liq.

YaMR-tomografiya usuli kompyuter tomografiyaga qaraganda quyidagi afzalliklarga ega: 1- to'qimalarning yuqoriroq aniqligi; 2 - tomograf va bemorning qismlari holatini o'zgartirmasdan ko'p tekislikli tasvirni olish; 3 - bemorga radiatsiya ta'sirining yo'qligi; 4 - suyak tuzilmalaridan artefaktlarning yo'qligi. Ammo afzalliklar bilan bir qatorda, YaMR- tomografiya usuli kompyuter tomografiyasiga qaraganda jiddiy kamchiliklarga ham ega: 1 – muolaja vaqtining uzoqroq davom etishi; 2 - suyak tuzilmalarini tashxislashning imkonsizligi; 3 - metall protezli (signal yo'qotishning keng zonasi), yurak ritmining sun'iy stimulyatori (ishda nosozlik ehtimolining bo'lishi) mavjud bo'lgan shaxslarda usuldan foydalanishning iloji yo'qligi [].

Angiografiya - qon tomirlarini rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, ularga kontrastli (keskin soya beruvchi va organizm uchun zararsiz) moddalar yuboriladi. Tashqi uyqu arteriyasining angiografiyasi o'smaning qon tomir genezini, uning eng yaqin tomirlarga nisbatan joylashuvini, o'smaning lokalizatsiyasi va tarqalishini aniqlash uchun o'ta informativ usul bo'lib, qaysikim o'z navbatida jarrohlik aralashuvining hajmi va usulini belgilaydi[]. Usul o'sma qonni qaysi tomirlardan olishini aniqlash imkonini beradi. Angiografiyaning kapillyar davrida kapillyar gemangiomalarning konturlari aniq ko'rinadi.

Kavernoz va venoz gemangiomalar angiografiyaning venoz, rasemoz arterial gemangiomalar esa arterial bosqichida aniqroq aniqlanadi. O'smaning tarqalishi haqida nafaqat bevosita belgilar (o'smaning soyasi), balki bilvosita belgilarga (arterial va venoz tomirlarning siljishi) qarab ham baholash mumkin.

Sonografiya - ultratovushli dopplerografiya usuli bo'lib, u "Doppler ta'siri" ga asoslangan hamda har qanday ob'ektning harakat yo'nalishi va tezligini undan aks ettirilgan aks-sado signalidagi o'zgarishlar orqali baholash imkonini beradi. Agar ob'ekt muayyan tezlikda harakatlansa, u holda aks-sado signalining nurlanish manbaiga qaytish vaqti, aks-sado signalining harakatsiz ob'ektdan qaytishi uchun zarur bo'lgan vaqtdan farq qiladi. Ultratovushli dopplerografik tekshiruvlar atravmatik bo'lib, ekstrakranial va intrakranial tomirlarning zararlanishini tashxislash uchun oddiy, noinvaziv, xavfsiz va ishonchli usuldir []. Bo'yin yumshoq to'qimalaridagi o'smalar, jumladan gemangioma va limfangiomalarni farqlash uchun sonografiyani N.P.Kaposi va boshqalar (1987) qo'llashgan []. Ularning fikricha, sonografiya o'smaning o'lchamlarini, uning yirik tomirlarga nisbatan joylashuvini aniqroq aniqlashga, davolash natijalarini nazorat qilishga va zarurat bo'lganda jarrohlik aralashuvi hajmini aniqlashga imkon beradi [].

Periferik qon aylanishini o'rganishning grafik usullaridan ossilloografiya va reografiya ham qo'llaniladi. Arterial ossilloografiyaning tamoyili yirik arteriyaning dekompressiyasi yoki kompressiyasi paytida aniqlanadigan pulsatsiyalarni qayd etishdan iborat. Ossilloografiya yordamida bosim o'zgarishi faqat katta va o'rta arteriyalarda qayd etiladi. Reografiya qon oqimi hajmini baholash imkonini beradi []. Tekshirilayotgan sohada qon bosimi amaliy ahamiyatga ega emas. Reografiya tamoyili yurak sikli davomida tomir havzasida qon bilan to'lishning ortishi yoki kamayishi natijasida elektr o'tkazuvchanlikning o'zgarishlarini qayd etishdan iborat bo'lib, reogramma tomirlarda qon harakatining tezligini aks ettiradi. LOR a'zolari, yuz, bo'yin va og'iz bo'shlig'i a'zolarining anatomik va topografik xususiyatlari hamda kichik o'lchamlari tufayli biz mavjud adabiyotlarda ushbu sohalarning periferik qon aylanishi bo'yicha ossillografik va reografik ma'lumotlarni topa olmadik [].

Ifodalangan alomatlarda, makroskopik jihatdan, ko‘pincha o‘smaning tashqi ko‘rinishi asosida tashxis qo‘yish mumkin. O‘smaning (yaxshi sifatli yoki yomon sifatli) tabiati haqidagi savol gistologik tekshiruv ma’lumotlari asosida hal etilishi mumkin, ammo gemangiomalarda biopsiya massiv qon ketish xavfi bilan bog‘liq bo‘ladi [].

Davolash. Gemangiomalarni davolash usullari ko‘p sonli va o‘ta xilma-xildir. Ulardan ba’zilar o‘smanni o‘rishini to‘xtatishga, boshqalari uni to‘liq bartaraf etishga, uchinchilari gemangiomani chandiqli biriktiruvchi to‘qima bilan almashtirishga qaratilgan []. Davolash usulini tanlash uchun bemorning yoshini, gemangiomaning joylashgan joyini, o‘lchamini, tuzilishini va klinik kechishini hisobga olish zarur [].

Davolashning barcha usullarini uch guruhga bo‘lish mumkin: jarrohlik, konservativ va kombinirlangan [].

Gemangiomalarni jarrohlik yo‘li bilan davolash usullari o‘z ichiga quyidagilarni oladi:

- olib keluvchi tomirlarni bog‘lash,
- o‘smanni kesish
- o‘smanni tikish.

Umumiy uyqu arteriyasini bog‘lash turg‘un terapevtik samara bermaydi, biroq o‘ta xavfli, chunki bosh miyada qon aylanishining buzilishiga olib kelishi mumkin, ko‘pincha olib keladi ham []. Hozirgi vaqtda LOR a‘zolari gemangiomalarida tashqi uyqu arteriyasini bog‘lash intraoperatsion qon ketishni kamaytirish maqsadida operatsiya bosqichlaridan biri sifatida qabul qilinadi []. Olib keluvchi tomirlarni bog‘lashni ko‘pchilik embolizatsiya bilan almashtiradi. Embolizatsiya, bog‘lovdan ko‘ra, gemangiomani izolyasiya qilishning eng mukammal usuli hisoblanadi, chunki u qonning teskari oqimi ehtimoliga yo‘l qo‘ymaydi, ushbu holat esa bog‘lovdan keyin kuzatilishi mumkin, bundan tashqari, embollar so‘rilishi mumkin hamda, zarurat bo‘lganida, embolizatsiya havzasida qon oqimini tiklash mumkin [].

Gemangiomalarni davolashning eng oddiy, arzon va samarali usuli - ularni olib tashlash bo‘lib hisoblanadi. Aksariyat jarrohlar kavernoza va kapillyar gemangiomalar aniqlangan zahoti ularni olib tashlash tarafdoridirlar []. Ushbu

mualliflar gemangiomalarni davolashning turli usullari haqidagi ma'lumotlarda jarrohlik usulini asosiy deb hisoblashadi, ammo ular o'sma turiga, uning o'lchamiga, joylashgan joyiga va boshqa holatlarga qarab turli xil ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni topishadi.

Kichik o'lchamli gemangiomalar tufayli o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvlari xavfsiz hamda murakkab emas. Biroq agar o'sma juda katta o'lchamli bo'lsa yoki qo'shni a'zolarida keng tarzda o'sib kirgan bo'lsa, gemangiomani jarrohlik yo'li bilan davolash qiyin, shuning uchun gemangiomalarni bir vaqtning o'zida olib tashlash ba'zida imkonsiz []. Gemangioma tufayli o'tkaziladigan operatsiyalarda jarrohlik texnikasining rivojlanishi bilan qon yo'qotishga qarshi kurashishning turli usullari qo'llanilgan.

V.F. Antoniv (1982) va U.L. Lutfullaev (1989) qon ketishini to'xtatish uchun erkin mushak qiyqimi bilan biologik tamponadani qo'llashgan [8, 196]. Operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi davrda ishonchli gemostazni ta'minlash uchun V.F. Antoniv va boshqalar [] "Taxokomb" fibrinokollagenli kompleksdan foydalanishgan.

Jarrohlik yo'li bilan davolash usullariga o'smani krio- va lazerli destruksiya qilish hamda fotodinamik terapiya kiradi.

Kriodestruksiya (muzlatish) – biologik to'qimaga uni yo'q qilish maqsadida mahalliy kriogen ta'sir ko'rsatish usulidir. Gemangiomalarni muzlatish ta'siri to'qima elementlarining birlamchi shikastlanishi va ikkilamchi omil - past haroratning ta'siri tufayli ikkilamchi javobdan iborat. Gemangiomalarni davolashda past haroratlardan foydalanish 50 yildan ortiq vaqtdan beri ma'lum. Ushbu maqsadda qaynash nuqtasi past bo'lgan moddalar ishlatiladi: tuzli muz, xloroetil, suyuq havo, karbonat kislota qori, suyuq azot. Ularning dastlabki ikkitasi samarasiz bo'lgan, chunki ular yuzaki muzlatishga olib kelgan. Kriogen usulning takomillashuvida sovuq agent sifatida suyuq azotning qo'llanilishi eng istiqbolli holat bo'ldi [].

Mahalliy muzlatishning asosiy usullari quyidagilardan iborat: muzlatish sovutilgan kriozone tomonidan amalga oshiriladigan applikatsion usul; ochiq oqim

shaklida; muzlatish to'qimalarning ichkarisida termoizolirlangan kriozone yordamida amalga oshiriladigan chuqur applikatsiya usuli. Suyuq azotni har qanday usulda qo'llagandan so'ng kuzatiladigan ijobiy natija o'lchami kichikroq va rang intensivligi pastroq bo'lgan kapillyar gemangiomalarga ta'sir etilgandagina qayd etiladi. Katta qon tomir o'smalarini suyuq azot bilan davolash keskin chandiqli o'zgarishlarga olib keladi, qaysikim bemorning og'ir ahvolini yanada og'irlashtiradi, chunki qo'shimcha funksional buzilishlar qo'shiladi [].

O'simtani lazerli destruksiyasi. So'nggi paytlarda gemangiomalarni davolash uchun lazerlar keng qo'llanilmoqda. Lazer nurlanishining asosiy ta'sir etuvchi omili kuchli yorug'lik oqimidir. Yuqori zichlikdagi yorug'lik oqimi to'qimalar bilan o'zaro ta'sirlashganda, birinchi navbatda, termik effektni keltirib chiqaradi, natijada uning quvvatiga qarab, to'qimalarda bir qator o'zgarishlar: koagulyasiya, kuyish, ko'mirlanish va bug'lanish kuzatiladi []. Gemangiomali bemorlarni davolash uchun CO₂ lazeri, IAG-Nd lazeri, mis bug'i asosidagi lazer qo'llaniladi. Lazerning kirib borish chuqurligi 1,2 mm bo'lganligi sababli, lazerlar chuqur gemangiomalarni davolashda kamdan-kam qo'llaniladi []. Bundan tashqari, lazerdan foydalangandan keyin chandiqlar paydo bo'lishi xavfi mavjud [].

Fotodinamik terapiya (FDT). Bemorga o'smada to'planadigan fotosensibilizator (to'qimalarning yorug'likka sezgirligini oshiradigan preparat) vena ichiga yuboriladi. Past intensiv lazer nurlanishi fotosensibilizatorni qo'zg'atadi. Fotokimyoviy reaksiya natijasida o'sma hujayralari uchun zaharli bo'lgan singlent kislorod va boshqa yuqori faol erkin radikallar hosil bo'ladi. O'sma biriktiruvchi to'qima bilan almashtiriladi. FDT selektiv bo'lib, fotosensibilizator faqat o'smada tanlab to'planadi va o'sma atrofidagi normal to'qimalarda deyarli to'planmaydi. FDT ning kamchiliklari terining yorqin quyosh nuriga sezgirligini oshirishdir. Noxush ta'sirni oldini olish uchun bemorlar muayyan yorug'lik rejimiga rioya qilishadi [].

Konservativ davolash usullari guruhiga quyidagilar kiradi: nur terapiyasi, gormonal terapiya, gemangiomalarni o'ta yuqori chastotali maydon bilan nurlantirish, ultratovush bilan davolash, skleroterapiya.

Ushbu davolash usullarining barchasi mustaqil ravishda ham, qon tomir o'smalarini davolashning boshqa usullari bilan birgalikda ham qo'llaniladi.

Nur terapiyasi. Nur bilan davolash qisqa to'lqin uzunligidagi nurlarning to'qimalarga shikastlovchi ta'siriga asoslangan. Nur energiyasi, to'qimalarga ta'sir qilganda, ular tomonidan qisman yutiladi va hujayra o'sishining susayishiga va so'nishiga olib keladigan bir qator fizik, kimyoviy va biologik jarayonlarni keltirib chiqaradi, katta dozalarda esa ularning nobud bo'lishiga va hattoki destruksiyasiga sabab bo'ladi [1].

Nurlanish manbaining turiga qarab gamma-terapiya, beta-terapiya, rentgen terapiyasi farqlanadi.

Olimlarning tadqiqotlarida gemangiomalarning 12,7-15,1%i radiorezistentligi aniqlangan [1].

Gemangiomalarni nurlar bilan davolash sezilarli kamchiliklarga ega, ularga nurlanish dozalarini aniqlash, applikatorlarni tayyorlash va saqlashning murakkabligini kiritish mumkin, o'ta jiddiy kamchiliklari - turli xil erta va kechki nurlanish asoratlarining tez-tez rivojlanishi ham aniqlangan. Qon tomir o'smalarining radioterapiyasini kechki asoratlari – malignizatsiyaga moyil bo'lgan surunkali radiodermatitlar, teri atrofiyasi, nurlanish yaralari, chandiqlar va keloidlar, yumshoq to'qimalarning nekrozga qadar jiddiy shikastlanishi, bo'g'imlarning, mushaklarning, paylarning gipoplaziyasi, suyaklarning nekrozi va suyaklar o'sishining orqada qolishi, normal rivojlanishining buzilishi, tishlarning yemirilishi va tushishi, nurli katarakta va ko'rmaslik, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, bosh miyaning organik va funksional zararlanishi, adipozo-genital distrofiya, tez-tez bosh og'rig'i va chuqur hushdan ketishlardan iborat [1].

Garmonal terapiya. Tizimli kortikosteroidlar gemangiomalarni, ayniqsa hayot uchun xavfli yoki katta kosmetik nuqsonlarni qoldirishi mumkin bo'lgan yirik va agressiv o'smalarni asosiy davolash usuli hisoblanadi [1]. Teri gemangiomalarini davolash uchun oral kortikosteroidlarni qo'llash bo'yicha o'tkazilgan so'nggi tadqiqotlar 84% hollarda muvaffaqiyatli natijani ko'rsatdi. Kortikosteroidlarning ta'sir etish mexanizmi hali oxirigacha o'rganilmagan. Vazokonstriksiyaning

kuchayishi (qon tomirlarining torayishi), gormonal ta'sir va angiogenez rivojlanishining tormozlanishi kortikosteroidlar ta'sirining ehtimoliy omillaridir [].

Nojo'ya ta'sirlariga kushingoid sindromining paydo bo'lishi, kayfiyatning o'zgarishi, qon bosimining yuqori bo'lishi, oshqozon-ichak traktining buzilishi, o'sishning sekinlashuvi, vazn yo'qotishi kiradi [].

Kortikosteroidlarni muntazam ravishda qabul qilish bilan bog'liq nojo'ya ta'sirlarni oldini olish maqsadida gormonlar krioterapiya va nur terapiya bilan birgalikda qo'llaniladi [].

Gemangiomalarni o'ta yuqori chastotali (O'YuCh) maydon bilan nurlantirish. Usul ifodalangan teri osti qismi, murakkab anatomik lokalizatsiyali kavernoza va kombinirlangan gemangiomalari mavjud bemorlarda qo'llaniladi. O'YuCh-maydon bog'langan suvga ta'sir ko'rsatib, uning tuzilishini beqarorlashtiradi. O'YuCh-nurlantirish fizioterapevtik rejimda 4-5 daqiqa davomida quvvat oqimining zichligi o'rtacha 1,2 Vt/sm.kv bilan bajariladi, so'ngra 1,5-2 daqiqa davomida kriodestruksiya amalga oshiriladi. Davolashni boshlashdan oldin angiografiya va o'sma embolizatsiyasi tavsiya etiladi []. Ushbu usulning kamchiliklariga massiv shishlarning rivojlanishini kiritish lozim [].

Sklerozlovchi terapiya. Gemangiomalarni hosilaga turli xil kimyoviy moddalarni kiritish orqali davolash ularning qonga ham, tomirli hosilaning parenximasi va stromasiga ham ivituvchi va kuydiruvchi ta'siriga asoslanadi, natijada mazkur joyda aseptik yallig'lanish, keyinchalik gemangiomaning keyingi chandiqlanishi kuzatiladi [].

In'eksion kimyoviy moddalar 100 yildan ortiq vaqtdan buyon asosan varikoz kengaygan venalar va anevrizmalarni davolash uchun qo'llanilmoqda. 1871 yilda Schwalbe ilk marotaba gemangiomalarni sklerozlovchi davolash uchun 50° etil spirtidan foydalangan. Uning usuliga ko'ra, o'sma atrofi bo'ylab, undan 0,5-1 sm orqaga chekinib, 2-4 ml miqdoridagi spirt bir necha marta yuboriladi. Natijada o'sma go'yoki infiltratsion devor bilan o'ralgan bo'ladi. Keyingi seanslarda in'eksiya markazga tobora yaqinroq, devorning ichki cheti bo'ylab amalga oshiriladi. Seanslar orasidagi intervallar 2-3 kunni tashkil etadi. Davolashning

davomiyligi bir yil yoki undan ko'proq davom etadi. Spirtni turli konsentratsiyalarda in'eksiya qilish va usulni o'zgartirish orqali gemangiomalarni davolash ko'pgina mualliflar tomonidan muvaffaqiyatli ravishda qo'llanilgan [].

A.V. Butorin (1998) ma'lumotlariga ko'ra, in'eksiyaning og'riqli bo'lishi takroriy seanslarda yallig'lanish jarayoni rivojlanishi tufayli sezilarli darajada ortadi va bemorlar ba'zida keyingi davolanishdan bosh tortishadi. Spirt yuborilgandan so'ng, muallif ko'pincha qoniqarsiz kosmetik natijalarga olib keladigan nekroz va chandiqlarni kuzatgan []. Angiomatoz to'qimalarga spirtning yuborilishi og'ir asoratlarni yuzaga kelishiga yordam berishi mumkin, deb ta'kidlaydi I.I. Potapov (1960) []. Ulardan biri - spirt yuborilganda hayotiy muhim a'zolarga gemangiomaning bo'shliqlarida hosil bo'lgan tromblarning emboliasidir.

Spirt katta dozalarda yuborilganda bemorlarda gemoglobinuriya paydo bo'lgan. Spirt 40 ml dan ortiq miqdorda yuborilganda eritrotsitlarning intensiv gemolizi qayd etilgan [].

Etil spirtining in'eksiyasi jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatma bo'lmagan hollarda, burun, lablar, quloq suprasi, qovoqlar, quloq oldi so'lak bezi va yuz nervi shoxlari, og'iz bo'shlig'i va tilning kavernoz gemangiomalarini davolashda mustaqil usul sifatida ko'rsatiladi [].

Mahalliy va xorijiy mualliflar gemangiomalar skleroterapiyasining boshqa vositalaridan xinin-uretan eritmasini qo'llashgan []. Keyinchalik, hayvonlarda o'tkazilgan tajribada ularga uretan yuborilgandan so'ng xavfli o'smalarning paydo bo'lishi haqida ma'lumotlar olindi. Preparatning kanserogen ta'siri tufayli xinin-uretan preparati qon tomir o'smalarini davolash usullari sirasidan butunlay chiqarib tashlandi. Bugungi kunga qadar skleroterapiyaning samarasi pastligicha qolmoqda. Sklerozlovchi terapiya uchun turli konsentratsiyalarda etil spirti ishlatilgan va ba'zida hali ham qo'llaniladi. Ushbu dorilar har doim ham muvaffaqiyatli davolanishni ta'minlamaydi, ba'zida esa turli xil asoratlarni keltirib chiqaradi.

Yuz-jag' sohasining gemangiomasi bilan aziyat chekuvchi bolalarni davolash uchun Sh.B.Kamolov (1975) vistarini va varikotsiddan [], Razuvaev esa (2004) etoksiskleroldan muvaffaqiyatli tarzda foydalangan []. Ushbu preparatlar bolalarda

yuz-jagʻ sohasining yirik gemangiomalarida, boshqa usullar samarasiz boʻlgan hollarda yuqori samaradorlikni koʻrsatdi. Barcha asoratlar: teri va shilliq pardalarning yuzaki nekrozi, oʻsmaning infitsirlanishi, yuz nervining alohida shoxlarini vaqtinchalik parezlari tezda oʻtib ketgan va keyinchalik funksional va kosmetik buzilishlarning rivojlanishi bilan birga kechmagan.

Oʻtkazib yuborilgan ulkan oʻsmalarda bitta usuldan foydalanish yetarli darajada samara bermaganida, turli usullarning kombinatsiyasi yaxshi natijalar beradi: ultratovush bilan birgalikda krioterapiya; skleroterapiya bilan oʻsmanni jarrohlik yoʻli bilan olib tashlash; nur va gormonal terapiyani boshqa usullar bilan birgalikda qoʻllash [].

Har xil turdagi terapevtik taʼsirlarning kombinatsiyasi operatsiya paytida qon ketishining sezilarli darajada kamayishiga va oʻsmaning olib tashlanmasdan qolgan joylari regressiyasiga yordam beradi, shuningdek oʻsmalar periferik qismlarining oʻsishini soʻndiradi va residivlarni oldini oladi.

Yuz-jagʻ sohasi gemangiomasi qayd etilgan bemorlarni davolashda ilgari oyoqlarning varikoz kengaygan venalarini davolashda qoʻllanilgan va yuqori sklerozlovchi xususiyatga ega boʻlgan "Fibro-Veyn" preparati ham yaxshi natijalarni koʻrsatdi [].

Gemangiomalar burundan nafas olishning qiyinlashuvi va koʻp miqdorda qon ketishlar oqibatida oksidlanish-tiklanish jarayonlari va hujayraviy metabolizmning buzilishiga olib kelishi tufayli jarrohlik aralashuvidan tashqari, davolashning yangi usullarini ishlab chiqish zarurati tugʻiladi. Adabiyot manbalarida Aktovegin preparatini qoʻllash haqida juda koʻp maʼlumotlar mavjud, chunki u metabolik, neyroprotektor va mikrosirkulyasiya xususiyatlariga ega boʻlib, toʻqimalarning regeneratsiyasini yaxshilaydi. Aktovegin tarkibiga kiruvchi inozitolfosfat oligosaxaridlari (IFO) kislorodning sarflanishi va qabul qilinishini yaxshilash, shuningdek, energiya almashinuvi va glyukoza isteʼmolini yaxshilash uchun javobgardir.

Yuz-jagʻ sohasidagi kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda sitologik koʻrsatkichlar boʻyicha arpabodiyon efir moyini qoʻllash ijobiy natijalarni

ko'rsatdi. An'anaviy davolashdan tashqari yuz-jag' sohasi flegmonasini ochish operatsiyasidan keyin arpabodiyon efir moyi qo'llanilgan. Jarohat antiseptik eritmalar bilan yuvilib, naychali drenajlar bilan bir qatorda arpabodiyon efir moyining 1%li eritmasiga namlangan doka turundalar yuborilgan []. Yiringli yaralarga ishlov berish uchun arpabodiyon efir moyini mahalliy qo'llash fagotsitlar faolligini va jarohat sohasidagi hujayralarning sorbsiya qobiliyatini oshirishini, yallig'lanish hujayraviiy eksudat tarkibini kamaytirishi isbotlangan. Arpabodiyon yog'i dimlanish holatlarini yo'qotadi, patogenlarning ko'payishini kamaytiradi, kapillyar tizimni mustahkamlashga yordam beradi, bularning barchasi kasallikning davomiyligini va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni kamaytirishga yordam beradi.

Yuqoridagilardan kelib chiqadiki, gemangioma, 60-80% hollarda, yuz sohasida, jumladan LOR a'zolarida joylashadi. Ularning xususiyatlarini ekspansiv-uzuratsion o'sish deb hisoblash mumkin, ular atrofdagi a'zo va to'qimalarga tarqaladi. Gemangiomalar qaytalanishlarga moyil bo'lib, ularning ba'zilar malignizatsiyalanadi. Burun bo'shlig'ining gemangiomalari mavjud bemorlarda ilk va yetakchi alomatlar burundan nafas olishning qiyinlashishi va davriy burundan qon ketishlar hisoblanadi. Keyingi eng keng tarqalgan belgi – hid bilishning buzilishi, burunda yot jism sezgisi, bosh og'rig'i va umumiy intoksikatsiyaning bo'lishidir. Davolash taktikasi o'sma jarayonining gistologik turiga, lokalizatsiyasiga va tarqalishiga bog'liq.

Burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli o'smalarni jarrohlik yo'li bilan davolash terapiyaning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Krio- va lazer jarrohligi singari jarrohlik davolash usullarini qo'llash tobora keng tarqalmoqda []. Shunga qaramay, so'nggi paytlarda burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli qon tomir o'smalarining qaytalanishi va malignizatsiyasini oldini olish uchun konservativ davoga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Gemangiomalar klinik ko'rinishlariga qarab yaxshi va yomon sifatli o'smalar o'rtasida oraliq holatni egallaydi. Gemangiomalarning tez o'sishi, ayniqsa ularning

LOR a'zolari sohasida joylashuvida, ko'pincha jiddiy, ba'zan hayot uchun xavfli asoratlarga olib keladi.

Hanuzgacha har bir muayyan holatda o'sma taqdirini oldindan belgilash uchun hech qanday mezon yo'q, shuning uchun davolashni imkon qadar tezroq boshlash lozim. Gemangioma bilan kurashish muammosi hali to'liq hal etilmagan.

Taklif etilgan davolash usullari (jarrohlik, termik, nur terapiyasi) har doim ham kerakli kosmetik va funksional natijalarga olib kelmaydi va qaytalanishlar kuzatilmasligiga kafolat bermaydi. Bundan tashqari, ular ko'pincha og'ir, ba'zan hayot uchun xavfli asoratlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Termik usullar va nur terapiyasi maxsus, ko'pincha qimmat uskunalarni talab etadi.

Bularning barchasi kasallikning asoratlari va qaytalanishini oldini olish maqsadida davolashning yangi usullarini, ularni qo'llash ketma-ketligini aniqlashtirish va tizimlashtirish zarurligini ko'rsatadi. Shuning uchun gemangiomali bemorlarni tashxislash va davolashning yangi usullarini ishlab chiqish va mavjud usullarni takomillashtirish zamonaviy rinologiyaning dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda.

§1.4.Burun bo'shlig'ining tomirli xavfsiz hosilalarida endogen intoksikatsiya

Endogen intoksikatsiya - klinik va biokimyoviy ko'rinishlari bo'yicha o'ziga xos bo'lmagan sindrom bo'lib, moddalarning normal va noto'g'ri almashinuvi mahsulotlarining hosil bo'lishi va chiqarilishi jarayonlari o'rtasidagi nomuvofiqlik tufayli yuzaga keladi [1].

Endogen intoksikatsiyada bir qator qon ko'rsatkichlari buziladi. Klinik jihatdan u darmonsizlik, apatiya, harakatlanishga bo'lgan ishtiyoqning pasayish istagi, xotira, uyquning buzilishi, ta'sirchanlik, ishtahaning pasayishi bilan; burundagi qon tomir o'smalari - burun funksiyasining buzilishi, tez-tez burun qonashi va bosh og'rig'i bilan namoyon bo'lishi mumkin [1].

O'sma jarayonida, xususan, organizmning endogen intoksikatsiyasi tufayli yuzaga keladigan qon tomir o'smalarida LPO jarayonlari buziladi. Hozirgi vaqtda endogen intoksikatsiya mezoni sifatida o'rta molekulyar massali peptidlar (o'rtacha

massali molekulalar - O'MM) darajasini aniqlash qo'llaniladi. O'MM tushunchasi bemorlarning qonidan ajratilgan molekulyar massasi 500 dan 5000 Da gacha bo'lgan turli xil kimyoviy tuzilishdagi komponentlarni birlashtiradi. O'rtacha massali molekulalar oqsil parchalanishining mahsuloti bo'lib, ikkilamchi endotoksinlar singari ta'sir ko'rsatadi va turli fiziologik jarayonlarning buzilishini keltirib chiqaradi. Ushbu xususiyatlar O'MMning fiziologik darajadan oshib ketadigan konsentratsiyasida namoyon bo'ladi. Qonda O'MM darajasining oshishi ularning organizmdan eliminatsiyasining buzilishi, to'qimalarda shakllanishning kuchayishi yoki ikkala mexanizmning kombinatsiyasi bilan bog'liq.

Ta'kidlanishicha, turli xil genezli endotoksemiya O'MM konsentratsiyasining oshishi bilan birga kechadi, O'MM darajasi esa bemorlar ahvolining og'irligi bilan bog'liq bo'ladi va toksikoz darajasining ko'rsatkichi bo'lib xizmat qilishi mumkin [1]. S.S.Arifovning fikricha [2], endogen intoksikatsiyaning dastlabki bosqichlarida O'MM darajasi me'yorga qaraganda o'rtacha 20-30% ga, o'rta bosqichda - 100-200% ga, kechki bosqichlarda esa 300-400%ga oshadi.

Endogen intoksikatsiya darajasi bemorlar ahvolining og'irligi mezonlaridan biridir. Endogen intoksikatsiya darajasini va uning dinamikasini aniqlash LOR bemorlarida qon tomir o'smalarini davolashda katta ahamiyatga ega. LOR patologiyasida intoksikatsiyaning mavjudligi va darajasini baholash qiyin, chunki patologik o'choq mahalliy xarakterga ega, tashqi muhit va ovqat hazm qilish trakti bilan bevosita aloqa qiladi.

Amaliy nuqtai nazardan, intoksikatsiya darajasini aniqlash va uni dinamikada o'zgartirish uchun qon tomir o'smalarini aniqlash mezoni sifatida oqsil barqarorlik koeffitsientini (OBK), birlamchi - dien kon'yugatlarini (DK) va lipidlar peroksidlanishining (LPO) ikkilamchi mahsulotlari - malonik dialdegidni (MDA), shuningdek katalazaning antioksidant fermenti (KA) faolligini aniqlash, LPOning proksidant yoki antioksidant tomonga siljishi haqida dalolat beruvchi MDA/KA koeffitsientini hisoblash muhim ahamiyatga ega [3].

Superoksiddismutaza (SOD) antioksidant fermentlar guruhiga kiradi. Katalaza bilan birgalikda, u inson organizmini doimiy ravishda hosil bo'luvchi

yuqori toksik kislorod radikallaridan himoya qiladi, superoksidning kislorodga va vodorod peroksidiga dismutatsiyasini katalizlaydi. U deyarli barcha hujayralarning antioksidant himoyasida muhim rol o'ynaydi.

Shunday qilib, burun bo'shlig'ining qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarda organizmning EIning konstatatsiyasi diagnostik ahamiyatga ega hamda zamonaviy otorinolaringologiyaning dolzarb muammosi bo'lib hisoblanadi. Yuqorida aytilganlardan kelib chiqib, qon tomir o'smalarini detoksikatsion va patogenetik davolash MSM konsentratsiyasi dinamikasi va endotoksikozning boshqa laboratoriya ko'rsatkichlari barqaror ravishda me'yorga kelguniga qadar nazorat ostida amalga oshirilishi lozim, deb taxmin qilish kerak [].

II BOB. TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

§2.1. Tekshirilgan bemorlarning umumiy tavsifi . LOR a'zolarining endoskopik tekshirish usullari

2014 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda Samarqand davlat tibbiyot universitetining ko'p tarmoqli klinikasi Otorinolariningologiya bo'limiga murojaat etgan burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir hosilalari (BBXTH) mavjud 73 nafar bemorlar bizning nazoratimiz ostida bo'lishgan. Biz taklif etgan vazifalar burunning xavfsiz qon tomir o'smalari qayd etilgan bemorlarni davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan edi.

Bemorlarni tadqiqotga kiritish mezonlari:

- ☐ Bosh og'rig'i, burundan nafas olishning qiyinlashishi va burundan qonli ajralmalarning ajralishiga shikoyatlarning mavjudligi;
- ☐ xabardor qilingan rozilik varaqasining imzolanganligi va sanasi ko'rsatilishi;
- ☐ bemorning protokolda nazarda tutilgan vaqt davomida tadqiqotchi nazorati ostida bo'lish imkoniyati va istagi;
- ☐ 18 yoshdan 74 yoshgacha bo'lgan yosh.

Cheklash mezonlari:

- ☐ somatik, gematologik, nevrologik kasalliklar bilan bog'liq sezilarli nogironlik;
- ☐ ruhiy kasallikka chalingan bemorlar (klinik jihatdan ahamiyatli ruhiy buzilishlarning mavjudligi);
- ☐ yoshi 18 yoshdan kichik, 74 yosh va undan katta

Bemorlarni tadqiqotdan chetlashtirish mezonlari:

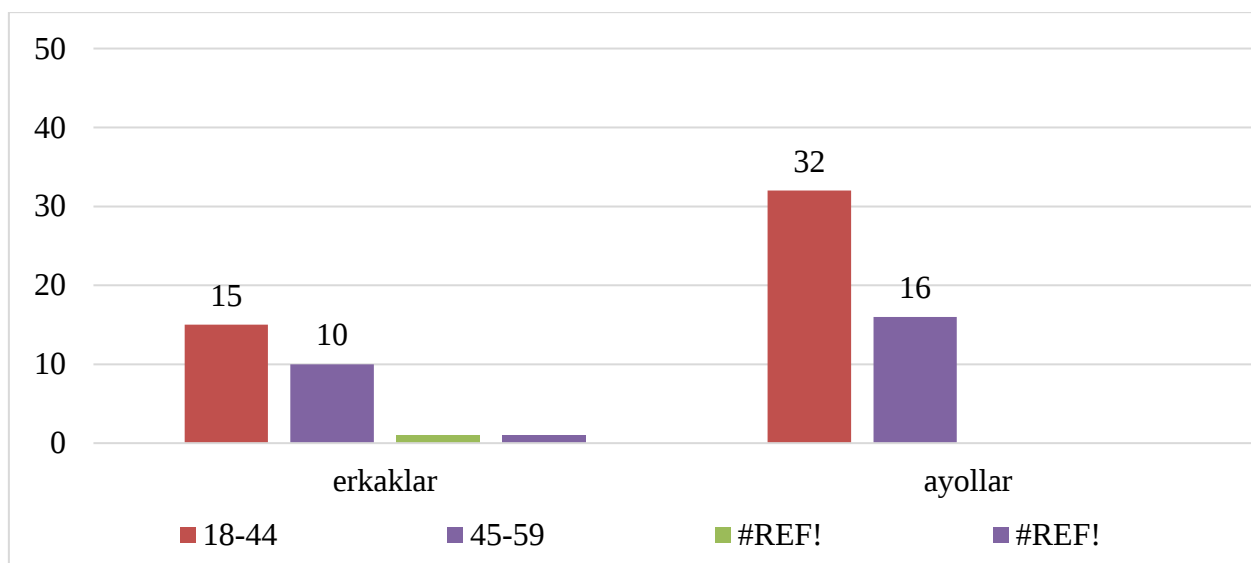
- ☐ Tadqiqotda ishtirok etishdan bosh tortish (bemor har qanday sababga ko'ra istalgan vaqtda klinik kuzatuvdagi ishtirokini to'xtatishi mumkin);
- ☐ yondosh somatik patologiyaning dekompensatsiyasi.

Tadqiqot uchun burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari (BBXTO') tashxisi laborator va instrumental tashxisot usullari bilan tasdiqlangan 73 nafar

bemor tanlab olindi. BBXTH ning tarqalish bosqichi 1989-yilda V.F. Antoniv va U.L.Lutfullaev, shuningdek 2001-yilda A.I.Muminov va G.U.Lutfullaevlar [1] tomonidan taklif etilgan ishchi tasniflarga muvofiq qo'yildi. Bunday holatda bemorning shaxsiy xabardorlik roziligi talab etiladi.

Tadqiqotga kiritilgan bemorlar orasida 18 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan 32 nafar ayol va 15 nafar erkak bor edi, biroq bemorlarning mutlaq ko'pchiligida 47 holatda (51,8%) kasallik 18-45 yoshda, nisbiy ko'pchiligida - 50 (31,2%) holatda esa kasallik 30 yoshgacha rivojlangan.

Bemorlarning aksariyati mehnatga layoqatli yoshda, 18 yoshdan 72 yoshgacha bo'lib, o'rtacha yoshi $31,1 \pm 7,9$ yoshni tashkil etgan. Kuzatilgan erkaklarning o'rtacha yoshi $31,4 \pm 7,3$ yosh, ayollarniki $32,7 \pm 8,9$ yosh bo'lgan. Tekshirilgan bemorlarni yoshini hisobga olgan holda taqsimlash JSST (2020) tomonidan taklif etilgan yosh chegaralarini aniqlash tasnifi bo'yicha amalga oshirildi. Bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha tasniflari 2.1-rasmda ko'rsatilgan

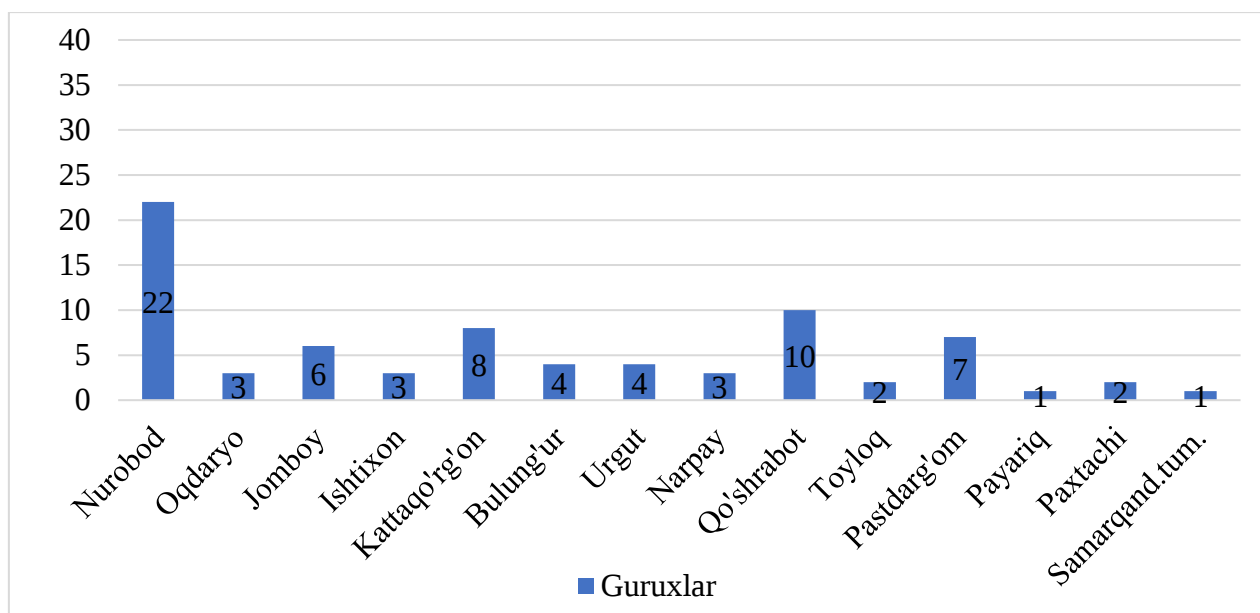


1-rasm. Burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari (BBXTO') mavjud bo'lgan bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha tarkibi

Mazkur tadqiqotning asosiy guruhini burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir hosilalari (BBXTH) mavjud bo'lgan 73 nafar bemor tashkil etdi.

Tadqiqotning maqsad va vazifalariga ko'ra, Samarqand viloyati hududlarida bemorlarning kasallanish darajasi tahlil qilindi. Samarqand viloyati kesimida xavfsiz

qon tomir o'smalari bilan og'rikan bemorlarning murojaat etishi quyidagicha bo'lgan.



.2-rasm. Samarqand viloyati kesimida kasallikning uchrash holatlari tahlili

2.-rasmida keltirilgan ma'lumotlarga asoslanib, Nurobod tumanidan 22 nafar bemor, Kattaqo'rg'on tumanidan 4 nafar bemor, Qo'shrabot tumanidan 10 nafar bemor, Pastdarg'omchi tumanidan 2 nafar bemor murojaat etgan. Tadqiqotning maqsad va vazifalariga muvofiq, burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari bilan og'rikan bemorlarning operatsiyadan oldingi sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlari tahlil qilindi. Bemorlarning operatsiyadan oldingi klinik tekshiruvini tahlil qilish quyidagi parametrlar bo'yicha amalga oshirildi:

- Kasallikning birinchi ko'rinishi - bemor birinchi marta tibbiy yordam uchun shikoyatlari bilan murojaat etishi yoki boshqa kasallik tufayli tekshiruvdan o'tish paytida, odatda nevrologik yoki otolaringologik patologiyani aniqlashga qaratilgan vizualizatsiya – KT yoki MRTda tasodifan aniqlanishidir.
- Bemorning jarrohlik yo'li bilan davolash uchun kasalxonaga yotqizilgan vaqtidagi shikoyatlari.

Bemorning jarrohlik yo'li bilan davolanishi oldidan shikoyatlarini baholaganda, asosiy shikoyatlaridan biri bosh og'rig'i bo'lib, 71 nafar (97%) bemor ushbu shikoyatni bildirgan. 71 nafar (97%) bemor burundan qonli ajralmalar

ajralishiga shikoyat qilishgan. 44 nafar (61%) bemorda darmonsizlik, 65 nafar bemorda hid bilish sezgisining pasayganligi aniqlandi.

1-jadval.

Jarrohlik yo‘li bilan davolashdan oldin bemorlarning shikoyatlari tarkibi

Shikoyatlari	abs	M±m,%	Xi-kvadrat
Bosh og‘rig‘i	71	97,84±1,23	127,259
Burundan qonli ajralmalar ajralishi	71	97,84±1,23	127,259
Burun bitishi	61	83,45±3,15	62,223
Darmonsizlik	45	61,43±4,15	89,650
Hid bilishning pasayishi	44	46,76±4,23	0,583

Bemorning rentgenologik yoki kompyuter-tomografik tekshiruv paytida burun bo‘shlig‘ida o‘zgarishlarning aniqlanishi otorinolaringologga murojaat etishiga sabab bo‘ldi. Tadqiqot maqsadiga muvofiq bemorlarni davolashning umumiy samaradorligi ikkala turli guruhda: asosiy va nazorat guruhida o‘rganildi.

Qo‘llanilgan davo usuliga ko‘ra, burun bo‘shlig‘i xavfsiz qon tomir hosilalari bilan og‘rigan bemorlar 3 guruhga ajratildi:

Asosiy A guruh – an’anaviy davo fonida polideksa dori vositasi qabul qilgan bemorlar (25 nafar bemor);

Asosiy B guruh – an’anaviy davo fonida arpabodiyon efir moyi va polideksa preparati qabul qilgan bemorlar (28 nafar bemor).

Qiyosiy guruh – an’anaviy davo (AD) qabul qilganlar (20 nafar bemor);

AD - hosila jarroxlik yo‘li bilan olib tashlangan bemorlarni o‘z ichiga oldi.

Endogen intoksikatsiya va boshqa laborator ma’lumotlarni tafsillash uchun 20 nafar amaliy sog‘lom shaxslar tanlandi.

Asosiy e’tibor ularning postoperatsion sohasidagi sub’ektiv sezgilariga (og‘riq, nevrologik buzilishlar, noqulaylik), nafas olish funksiyalari buzilishiga, tegishli burun yo‘lidagi ajralmalarning mavjudligiga qaratildi. BBXTH qayd etilgan bemorlar orasida asosiy guruhda ayollar 47 nafarni (64,4%), erkaklar 26 nafarni (36,6%) tashkil etdi. Shuningdek, BBXTH mavjud bo‘lgan bemorlar orasida o‘xshash tamoyil kuzatilgan. Ayol bemorlar 47 nafar (64,4%), erkaklar 26 nafar

(36,6%) bo'lgan. Asosiy va taqqoslash guruhleri orasida jinsiy belgi bo'yicha statistik ahamiyatli tafovut aniqlanmadi ($p>0,05$). Taqqoslanuvchi guruhlarda bemorlarning yosh tahlili ham o'tkazildi. Asosiy va taqqoslash guruhleri orasida yoshning o'rtacha kattaligi bo'yicha olingan natijalarga muvofiq tekshirilgan bemorlarda statistik ahamiyatli tafovut aniqlanmadi ($p>0,05$).

§2.2. Optik usullar

Burun bo'shlig'i va burun yon bo'shlig'ini ko'rikdan o'tkazish uchun "DELON" firmasi tomonidan ishlab chiqarilgan, diametri 2,7 mm va 4,0 mm, ko'rish burchagi $0^0, 30^0, 70^0$, uchi va yon optikasi mavjud bo'lgan qattiq endoskoplarni qo'llanilgan. Burun va burun yon sinuslarini endoskopik tekshirish uchun ko'rsatmalar: burun bo'shlig'i o'smalar bilan zararlanishining klinik ko'rinishi, kompyuter tomogrammasidagi o'zgarishlar, jarrohlik aralashuvidan oldin burun bo'shlig'i va sinus holatini aniqlashtirish, burun bo'shlig'i holatini operativ aralashuvidan keyin baholash.

Ko'rik paytida bemor holati chalgancha yotgan, boshi o'ng tomonga burilgan holatda bo'ladi. Dastlabki ko'rik burun bo'shlig'ining oldingi va o'rta bo'limlari, klapan hamda dahliz sohasidagi shilliq parda holatini baholash uchun, burun bo'shlig'iga ishlov bermasdan, ko'rish burchagi 0^0 bo'lgan endoskop yordamida amalga oshirildi. So'ngra, zarurat bo'lganida, muolajani og'riqsiz o'tkazish uchun burun bo'shlig'iga lidokainning 10% eritmasi tomizilgan. Burun qopqog'ining holati batafsil baholangan, endoskopni burun bo'shlig'ining pastki devori bo'ylab burunhalqum tomon siljitishda davom etib, bir vaqtning o'zida pastki burun chig'anog'ining rangi va holati hamda burun bo'shlig'ining pastki tuzilmalari baholangan, ajralmalarning mavjudligi va tabiati, o'smalar va boshqa patologiyalarning mavjudligi tekshirilgan. Xoanalar ko'rikdan o'tkazilgan, pastki burun chig'anoqlarining orqa uchlari, nay bodomchalari, nay tizmasi va eshitish naylarining teshigi hamda burunhalqum shilliq qavatining holati baholangan.

Burun bo'shlig'i va burunhalqum ko'rikdan o'tkazilgach, 2-jadvalda keltirilgan ma'lumotlar olindi.

**Xavfsiz qon tomir o'smalari qayd etilgan bemorlarda oldingi rinoskopiya
ma'lumotlari (n=93)**

Endoskopik tasvir ma'lumotlari	Jami bemorlar			Xi-kvadrat	R
	abs	M(%)	m		
Shilliq parda rangining o'zgarishi (giperemiya)	65	69,5	0,00	6,406 ^a	0,005
Burun yo'llaridagi ajralmalar -shilliqli	65	82,7	5,94	7,806 ^a	0,005
Burun yo'llaridagi ajralmalar - shilliqli-yiringli	39	41,8	5,94	7,806 ^a	0,005
Pastki va o'rta burun chig'anoqlarining shishi	68	72,5	4,85	25,806 ^a	0,000

Rinoskopiya ma'lumotlariga ko'ra, mazkur guruhdagi barcha 65 nafar (69,5%) bemorlarda burun bo'shlig'ining shilliq pardasi yorqin pushti rangda bo'lgan, 39 nafar (41,8%) bemorning burun yo'llarida shilliqli-yiringli, 65 nafar (82,7%) bemorda esa shilliqli ajralma qayd etilgan. Konservativ davoning samarasizligi jarrohlik yo'li bilan davolashni amalga oshirishga ko'rsatma bo'lgan.

Endoskopik rinoskopiya da burun bo'shlig'ining tuzilishiga, chunonchi, ostiomeatal kompleks, burun to'sig'ining ilmoqsimon o'simtasining tuzilishi, o'rta va pastki burun chig'anoqlarining joylashuvi, xoana gumbazining tuzilishi va burunhalqumning holatini tahlil qilishga alohida e'tibor berildi. Tekshirish ma'lumotlari har bir bemor uchun maxsus ishlab chiqilgan so'rovnoma g a kiritildi.

Endoskopik tekshiruv vaqtida bemorlarda quyidagi yondosh kasalliklar qayd etildi.

3-jadvaldagi ma'lumotlarga ko'ra, burun to'sig'ining zararlangan sinus tomoniga ifodalanmagan darajada qiyshayishi 62 nafar (66,7%) bemorda aniqlangan. Burun chig'anoqlarining gipertrofiyasi 7 nafar (7,05%) bemorda kuzatilgan, 15 nafar (16,1%) bemorni esa uzoq vaqt davomida surunkali faringit bezovta qilgan.

3-jadval.**Endoskopik tekshiruv vaqtida aniqlangan yondosh kasalliklar**

Yondosh kasalliklari	Barcha guruhlar			Xi-kvadrat
	abs	M(%)	m	
Burun to'sig'ining qiyshayishi	62	66,7	5,17	20,903 ^a
Burun to'sig'ining bo'rtig'i	8	8,6	4,26	34,129 ^a
Burun chig'anoqlarining gipertrofiyasi	7	7,05	4,02	37,161 ^a
Surunkali faringit	15	16,1	5,44	16,516 ^a
Evstaxeit	5	5,3	3,46	43,613 ^a
Surunkali rinosinusit	6	6,4	3,75	40,323 ^a

Shuni ta'kidlash joizki, biz zararlanish tomoni bilan burun to'sig'ining qirra shaklidagi izolirlangan qiyshiqqligining joylashuvida aniq bog'liqlikni qayd etmadik. Biz faqat 3 nafar bemorda tomonlarning mazkur muvofiq joylashuvini qayd etdik. Septal deformatsiya darajasini aniqlash uchun biz G.S. Protasevichning (1979) tasnifidan foydalandik . Olingan ma'lumotlarning taqsimoti 4-jadvalda keltirilgan bo'lib, ushbu jadvaldan bemorlarning 2/3 qismida burun to'sig'ining deformatsiyasi II darajali ekanligi ravshan bo'ladi.

4-jadval.**Burun to'sig'ining qiyshayish darajasi**

Burun to'sig'ining qiyshayishi	Barcha guruhlar		
	abs	M (%)	m
1 daraja	12	19,35	5,02
2 daraja	47	75,81	5,44
3 daraja	3	4,84	2,73
Jami	62	15,0	4,23

Burun bo'shlig'ining endoskopik tekshiruvini amalga oshirib, biz patologik ajralmaning mavjudligini ham qayd etdik. Mazkur tekshiruvning natijasi BB va OMK tuzilmalari mukotsiliar transportining holatini kompleks baholashda bilvosita belgilardan biri bo'ldi. Tashxis bemorning shikoyatlari, anamnezi va ob'ektiv

rinoskopik tavsir ma'lumotlari (oldingi va orqa rinoskopiya, burun bo'shlig'ining endoskopik tekshiruvi), shuningdek pastki burun chig'anoqlari shilliq pardasining diagnostik anemizatsiyasi asosida qo'yildi.

§2.3. Mukotsiliar transport funksiyasini baholash.

Burun bo'shlig'i himoya funksiyasining asosiy tarkibiy qismlaridan biri - shilliq qavatning o'z sirtini yot narsalardan tozalash qobiliyati va transportirovka qilishdan iborat. Bunga sirtida 5-10 mkm uzunlikdagi 200-300 ta kiprikchalar joylashgan hilpillovchi epitelial hujayralar yordam beradi. Mukotsiliar klirens - shilliq qavatni birinchi qator himoya asosidir. Kiprikchali apparat shilliq pardaning doimiy drenajini amalga oshirib, uning sekresiya mahsulotlari va begona zarrachalar harakatini ta'minlaydi. Mukotsiliar klirens disfunktsiyasining yuzaga kelishi burun va BYoB kasalliklari patogenezida asosiy rol o'ynaydi. Shunga asoslanib, burun bushlig'i zararlanishi kuzatilgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini baholash uchun biz mukotsiliar klirens tezligidagi o'zgarishlarni o'rganishni zarur deb hisobladik.

Operatsiyadan oldin va keyingi davrda o'tkazilgan saxarin sinamasi

Mukotsiliar transport vaqtini (MSTV) tekshirish uchun oziq-ovqat saxarini ishlatilgan (Puchell G. et al.,1981). Saxarin tabletkasi og'irligi bo'yicha 5 ta teng qismga bo'lingan, natijada 10 mg li zarracha vujudga kelgan. Mazkur zarracha pastki burun chig'anoqlarining old qismidan 1 sm orqaga chekingan holda, uning yuzasida joylashtirilgan.

Vaqtı-vaqtı bilan yutish harakatlari paytida (daqiqasiga bitta yutish harakati) og'iz bo'shlig'ida shirin ta'm sezgisi paydo bo'lganda, saxarinning burun orqali o'tish vaqti sekundomer tomonidan qayd etilgan.

Yuqori jag' sinusining mukotsiliar klirensini aniqlash uchun S.B. Bezmolochniy va boshqalar (1994) testi qo'llanilgan. Sinus ochilgach va kistalar olib tashlanganidan so'ng, sinus iliq fiziologik eritma bilan yuvilgan. O'rta burun yo'liga 10%li oziq-ovqat kraxmalining eritmasi bilan namlangan turunda joylashtirilgan. Yuqori jag' sinusiga 1:3 nisbatda suyultirilgan Lyugol eritmasining

fiziologik eritma bilan 1 ml aralashmasi yuborilgan. Mukotsiliar transport vaqti ishchi eritmaning burun bushlig'iga yuborilgan paytidan boshlab turunda ko'k rangga aylangunigacha vaqtda hisoblangan.

Burun bo'shlig'idagi turunda holati oldingi rinoskopiya uning rangi o'zgarguniga qadar har 3 daqiqada kuzatilgan. Me'yorda kattalar va bolalarda saxarin vaqti 10-15 daqiqani tashkil etadi.

Biz S.Z.Piskunov va hammualliflar tomonidan 1995 yilda ishlab chiqilgan usulni mukotsiliar klirens tezligini o'rganish uchun asos qilib oldik [62].

Harakat faolligi 3 darajaga ko'ra farqlangan:

I daraja: 16-19 daqiqa;

II daraja: 20-23 daqiqa;

III daraja: 23 daqiqadan ortiq.

Me'yorda – 10-15 daqiqa.

Texnika patogistologiyada keng qo'llaniladigan saxarin yoki metilen ko'kini o'z ichiga olgan OPMS yoki MS ning polimer eruvchan plyonkasi yordamida mukotsiliar transport tizimini o'rganishga asoslangan.



3-rasm. Saxarin sinamasi 1000 sm² plyonka uchun polimer kompozitsiyaning tarkibi:

- ☐ metilen ko'ki 0,9 g;
- ☐ saxarin 0,25 g; ☐ OPMS 5,6-6,0 g;

- distillangan toza suv 120,0 ml.

Metilen ko'ki va saxarin bilan biologik eruvchan polimer plyonkalarni tayyorlashning texnologik jarayoni bir necha bosqichlardan tashkil topgan.

- tayyorgarlik ishlari;
- polimernoy kompozitsiyaning olinishi;
- plyonkalarning tayyorlanishi;
- tayyor mahsulot sifatini nazorat qilish.

Plyonkalarni tayyorlash uchun metilen ko'ki va saxarinning turli dozalari qo'llanilgan, ammo ularning miqdorini oshishi to'yingan eritmaning tayyorlanishiga va preparatlarning bir qismini cho'kmaga tushishiga olib kelishi qayd etilgan. Preparatlari yuqori tarkibli plyonkalar quritish jarayonida deformatsiyalangan va uvalangan. Shilimshiqning burunhalqumgacha burun bo'shlig'i shilliq qavatining yuzasi bo'ylab harakatlanish xususiyatlarini faqat endoskopik tekshiruv o'tkazilganda aniqlash mumkin.

Transport tizimini tekshirish.

Burun bo'shlig'i tuzilishining xususiyatlarini, surunkali persistik yallig'lanishni hisobga olgan holda, barcha bemorlarga burun bo'shlig'ini endoskopik tekshirish, burun to'sig'i shilliq qavatining, burun chig'anoqlari va burun yo'llarining holati hamda bo'yalgan materialning o'tishini vizualizatsiya qilish imkoniyatini baholash uchun plyonka bo'laklarini kiritishdan oldin umumiy burun yo'lga 10%li lidokainli adrenalın gidroxlörđ eritmasi applikatsiya qilingan. O'lchami taxminan 0,5 sm, tarkibida saxarin va metilen ko'ki bo'lgan OPMSli polimer eruvchan plyonka bo'laklari pastki burun chig'anog'ining shilliq qavatiga, uning oldingi uchidan orqaga tomon 1,5 sm masofada qo'yilgan. Hilpillovchi epiteliyning motor faolligi burunhalqum tomoniga polimer plyonkali bo'yoqning harakatlanish tezligi bo'yicha aniqlangan. Ko'rikdan o'tkazish imkoniyatini yaxshilash va endoskop tubusining burun shilliq pardasiga ta'sirocini kamaytirish uchun endoskopni kiritishdan avval burun bo'shlig'iga 1:1000 nisbatdagi adrenalın va 10%li lidokain eritmasi sepilgan. Mazkur uslub klassik usuldan shilliq qavatning

sezilarli darajada shishishi tufayli nishon transporti jarayonini vizualizatsiya qilish imkoniyatini yaxshilash uchun anemizatsiyalash bilan farq qiladi,

qaysikim xorijiy va rus mualliflari tomonidan ishonchli natijalar bilan muvaffaqiyatli tarzda qo'llanilgan.

§2.4. BBSHP so'rilish qobiliyatini tekshirish

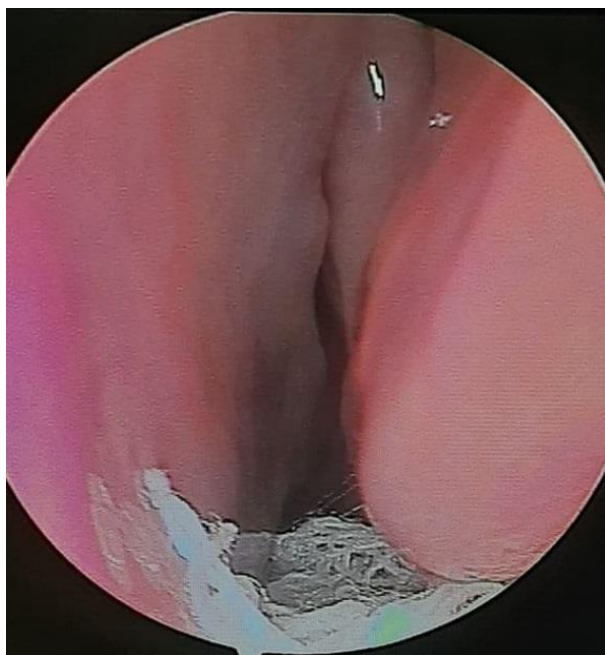
BBSHP so'rilish qobiliyatini tekshirish uchun B.M. Sagalovich (1967 y.) modifikatsiyasidagi S.G.Borjimning mashhur usuli qo'llanilgan [8].



4-rasm. Tibbiy pulsoksimetr OP-31.1 TRITON (Malayziya).

Ushbu usulning mohiyati 0,3 ml 0,1%li atropin eritmasi bilan namlangan 1x0,5 sm o'lchamdagi dokali turundani PBChga applikatsion tarzda qo'llashdan hamda puls chastotasining o'zgarishini har 10 daqiqa davomida baholashdan iborat. Natijadagi farq OP-31.1 TRITON (Malayziya) tibbiy pulsoksimetri yordamida qayd etilgan (4-rasm).

Me'yorda BBSHP ning so'rilish qobiliyati boshlang'ich qiymatlaridan deyarli farq qilmaydi va o'rtacha daqiqasiga $2,2 \pm 0,7$ zarba (ta/daq) ni tashkil etadi. So'rilish funksiyasi kuchayganida yurak urish soni tadqiq etish vaqt oralig'ida daqiqasiga 7 yoki undan ko'p zarbaga ortadi, qaysikim hilpillovchi epiteliyning kiprikli qoplamining yupqalashganini ko'rsatadi.



5-rasm. BBShP soʻrilish qobiliyatini aniqlash

§2.5. Multispiral kompyuter tomografiya

Barcha bemorlar Siemens Somatom Sensation Cardiac apparatida (Germaniya) amalga oshirilgan kompyuter tomografiyasidan oʻtkazildi. Tadqiqot aksial, koronal va sagittal proeksiyalarda bajarildi. Koronal, aksial, sagittal proeksiyalarda oʻtkaziladigan kompyuter tomografiyasi rentgen tekshiruviga qaraganda shubhasiz afzalliklarga ega, chunki u barcha patologik hosilalar va tarkiblarning hajmini yanada aniqroq aniqlash, ularning zichligini (densitometriya), shuningdek, ularning burun yon boʻshliqlaridagi aniq joylashgan joyini aniqlash imkonini beradi.

Shuni taʼkidlash joizki, kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans tomografiya maʼlumotlari jarrohlik aralashuvlarini yanada aniqroq, avaylovchi va xavfsiz amalga oshirish uchun muhim navigatsion material boʻlib hisoblanadi. Uning yuqori darajada aniqligi tufayli MSKTni radiologik amaliyotga joriy etish yangi diagnostik imkoniyatlarni ochadi [6, 145]. Gistologik tuzilish yoki rivojlanish bosqichidan qatʼiy nazar, MSKT va MRT burunning yaxshi sifatli oʻsmalarini tashxislashning eng informativ usullari ekanligi koʻrsatilgan. Biroq, MSKT maʼlumotlarini oʻrganib chiqqanimizdan soʻng, biz hozirgi vaqtda ushbu texnologiyadan foydalangan holda yaxshi sifatli oʻsmalarni xavfli oʻsmalar va

o'smalarga o'xshash kasalliklardan ajratish qiyinligini aniqladik, chunki ushbu o'smalarning KT signallari sezilarli darajada farq qilmaydi.



6-rasm. Burunning kompyuter tomogrammasi.

Muayyan vaziyatlarda MSKT va MRT ko'rsatkichlarining kombinatsiyasi, shuningdek ob'ektiv ma'lumotlar o'sma jarayonining tabiatini to'g'ri baholash imkonini beradi.

§2.6. Nazal lavaj

Burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari bilan kasallangan bemorlarda gumoral immunitet ko'rsatkichlari o'rganildi:

- C Mancini et al. (1965) bo'yicha monospesifik antizardoblarni qo'llab radial immunodiffuziya usulida nazal immunoglobulin Ye darajasini aniqlash va IFA usulida nazal immunoglobulin A ni aniqlash.

Nazal sekretida IgE ning miqdori me'yorda – $0,07 \pm 0,02$ mg/l ni, nazal sekretida IgA ning miqdori– 34 ± 5 mg/l ni tashkil etadi.

Sekretni olish uchun nazal kanyulyalar yordamida navbat bilan bemorlarning har bir burun bo'shlig'i lavajlar orasida bir necha soniya intervalni saqlab, 5 daqiqa mobaynida umumiy hajmi 30 ml bo'lgan 0,9 %li steril fiziologik eritma bilan

yuvildi. 10 ml hajmdagi olingan suyuqlik steril probirkaga solingan va -20°S haroratda muzlatgich kamerasida muzlatilgan.

Nazal lavajli sekretida immunoglobulin Ye (IgE) ning miqdori “Xema-medika” MChJ (Rossiya) firmasining test tizimini qo‘llash orqali bajarilgan immunoferment tahlilda (IFA) aniqlangan. Nazal lavajli sekretida sekretor immunoglobulin A (IgA) ning miqdori “Xema-medika” MChJ (Rossiya) firmasining test tizimini qo‘llash orqali bajarilgan immunoferment tahlilda (IFA) aniqlangan.

§2.7. Biokimyoviy tekshirish

Tekshirilayotgan bemorlarning bakteriologik ma’lumotlarini baholash bilan bir qatorda biz endogen intoksikatsiya jarayonlarini tavsiflovchi biokimyoviy ko‘rsatkichlarni o‘rgandik. Toksik ta’sir ko‘rsatuvchi keng ko‘lamli metabolitlar orasida endogen intoksikatsiyaning ajralmas ko‘rsatkichi molekulyar og‘irligi 300 dan 5000 D gacha bo‘lgan zardobning oqsil komponentlarini o‘z ichiga olgan o‘rta massali molekulalar (O‘MM) darajasi hisoblanadi. Fiziologik sharoitlarda sog‘lom odamlar zardobida O‘MM peptidlari chegaralangan miqdorda mavjud. Shartli ravishda O‘MMning ikkita fondi ajratiladi: birinchi O‘MM fondi 280 nm da maksimal singishga ega bo‘lib, tarkibida aromatik aminokislotalar mavjud; ikkinchi O‘MM fondi 254 nm da maksimal singishga ega bo‘lib, tarkibida aromatik aminokislotalar mavjud emas (nuklein kislota bo‘laklari, oligospirtlar hosilalari va boshqalar).

Davolanishdan oldin va keyin venoz qon zardobida endogen intoksikatsiya markerlari - 254 va 280 da o‘rta massali molekulalar (O‘MM) N.I. Gabrielyan usuli (1985) bo‘yicha aniqlangan . Qon zardobi 10 000 g da 5 daqiqa davomida differensial sentrifugalash orqali ajratilgan.

Malon dialdegidi (MDA) S.G. Konyuxova usulida (1995) aniqlangan. Katalaza (KA) antioksidant fermentining faolligi M.A. Korolyuk va boshqalar usuli bo‘yicha aniqlangan .

LPOning proksidant yoki antioksidant tomonga og‘ishidan dalolat beruvchi MDA/KA koeffitsienti hamda pasayishi oqsilning yanada degradatsiyalangan shaklga aylanishini ko‘rsatuvchi O‘MM280/O‘MM254 - oqsil barqarorligi koeffitsienti (OBK) hisoblab chiqilgan. Endogen intoksikatsiya ko‘rsatkichlari 7-jadvalda keltirilgan.

7-jadval

Nazorat guruhida endogen intoksikatsiya ko‘rsatkichlari (n=20)

Ko‘rsatkich	O‘lchov birligi	Sog‘lomlar
MDA	mkmol/l	3,50±0,23
KA	mkkat/sek·l	0,90±0,06
O‘MM ₂₅₄	sh.b.	0,24±0,03
O‘MM ₂₈₀	sh.b.	0,28±0,03
KUB	sh.b.	1,16±0,07
MDA/KA	sh.b.	3,89±0,16

§2.8. Klinik-laborator tekshirish usullari

Barcha bemorlarga jarrohlik aralashuvini bajarishdan avval standart klinik-laborator tekshiruvlar o‘tkazildi:

1. Qonning umumiy tahlili
2. Qonning biokimyoviy tahlili (oqsilning umumiy tarkibi, oqsil fraksiyalari, bilirubin, mochevina, kreatinin, fibrinogen, transferazalar, seromukoid, S-reaktiv oqsil, glyukoza);
3. Siydikning umumiy tahlili;
4. Vasserman reaksiyasi;
5. V va S hepatitlari, OIV-infeksiyasining tashxisoti maqsadida serologik tekshiruvlar.

Instrumental tekshiruv :

BYB R-grammasi

Endoskopik rinoskopiya

Burun yon bo‘shliqlari KT

Tor soha mutaxassislar maslahati:

Nevropatolog ko‘rigi

Terapevt ko‘rigi

Allergolog ko‘rigi

Anesteziolog ko‘rigi

Tekshirilgan bemorlarda burun bo‘shlig‘ining xavfsiz qon tomir o‘smalari bilan kasallangan bemorlarni davolash algoritmi ishlab chiqilgan.

Ushbu sxema quyidagi bosqichlarni o‘zida mujassam etadi:

- Birinchi bosqichda bemorning shikoyatlarini yig‘ish, klinik va laborator tekshirish usullari, burun bo‘shlig‘ining tashxisotli endoskopiyasi amalga oshirildi. Bu kattalashtirish ostida va sinchkovlik bilan burun bo‘shlig‘ining barcha tuzilmalarini, ostiomeatal kompleksni ko‘zdan kechirishga, sinus bo‘shlig‘ida ajralma bor-yo‘qligini aniqlashga, yoki undan ajralmaning chiqishi uchun to‘siqlarning ehtimoliy sabablarini aniqlashga imkon beradi.

- Ikkinchi bosqichda barcha bemorlarga BYoB va tabiiy teshiklar, burun bo‘shlig‘i tuzilmalarining, aynan esa ostiomeatal majmuaning tuzilish variantlari va anomaliyalari holatini aniqlash maqsadida BYoBning KT o‘tkazilgan.

- Uchinchi bosqich, burun bo‘shlig‘ining endoskopik ko‘rinishi va KT natijalari, saralash mezonlarini hisobga olib – jarrohlik yo‘li bilan davolashni amalga oshirish.

§2.9. Tadqiqotda qo‘llanilgan jarrohlik yo‘li bilan davolash usullari.

Premedikatsiya va anesteziya. Endonazal jarrohlik anesteziologik qo‘llanma va bemorning operatsion stoldagi holati jihatidan o‘ziga xos xususiyatlarga ega. Burun bo‘shlig‘i va BYoB sohasi muvofiq og‘riqsizlantirish uchun eng refleksogen zonalardan biri bo‘lganligi va jarrohlik aralashuvining yuqori texnologik usullardan foydalanish imkoniyati borligi sababli ETN qo‘llanilgan. Muvofiq og‘riqsizlantirish, arterial bosim va intraoperatsion qon ketishni nazorat qilish muvaffaqiyatli jarrohlik aralashuvining asosiy anesteziologik sharti bo‘lib hisoblanadi. Bundan tashqari, anesteziologik qo‘llanmaning tanlangan usuli bemor

uchun maqbul qulaylikni ta'minlaydi, operatsion maydonni chegaralamaydi, a'lo darajadagi gemostaz va jarrohlik yo'li bilan kirishni ta'minlaydi. Bemorning operatsion stoldagi holati operatsiyaning ajralmas qismi bo'lib, u operatsiyani amalga oshirish va qon ketishni to'xtatish uchun maqbul sharoitlarni ta'minlashni ko'zda tutadi. Qon ketishni kamaytirish uchun bemorning bosh tomoni ko'tarilgan bo'lib, ushbu holat boshning shilliq pardalarida past arterial bosimni ushlab turadi va venoz qon oqimini ta'minlaydi. Operativ aralashuv KARL Storz (Germaniya) firmasining mikrojarrohlik asboblardan foydalanib, DELONE (Xitoy) firmasining optik texnikasi (ko'rish burchaklari 0°, 30°, 45° va 70° bo'lgan endoskoplar) nazorati ostida bajarildi. ETN bilan birga, qo'shimcha tarzda, bevosita jarrohlik aralashuvi zonasida refleksogen zonalar sezgirligini pasaytirish uchun mahalliy applikatsion va infiltratsion anesteziya amalga oshirildi. O'rta va umumiy burun yo'llari 1:200000 nisbatda suyultirilgan adrenalin eritmasi va 10%li lidokain eritmasi bilan o'rta burun yo'li uchun mo'ljallangan infiltratsion igna vositasida applikatsiya qilindi. O'rta burun chig'anog'iga in'eksiya qilishda faqat shilliq parda sanchilishi va anestetikning shilliq pardada tarqalishini kuzatish zarur. Burun bo'shlig'i shilliq pardasiga mahalliy applikatsion anesteziya qilish sharoitida (Sol. Lidocaini 10% 2 ml) o'smani elektrokoagulyator bilan endonazal olib tashlash amalga oshirilgan. Shundan so'ng operatsion materialning gistologik tekshiruvi o'tkazilgan. Operatsiya tugaganidan keyin burun bo'shlig'i metilsellyulozadan qilingan tamponlar bilan ohista tamponada qilingan.

Operatsiyadan keyingi birinchi sutkada barcha bemorlar yotoq tartibiga rioya qilishgan, qaysikim o'tkazilgan ETN bilan bog'liq. Umumiy stol tayinlangan (№15).

Profilaktik antibakterial terapiya (m/oga seftriakson natriy tuzi sutkasiga 1 gr.dan 7 kun mobaynida yoki klaritromitsin 500 mg dan kuniga 1 mahal 7 kun mobaynida), og'riqsizlantiruvchi (m/oga 2 ml ketoprofen), antigistamin davo (1 tab.montelukast 10 mg), shuningdek yondosh patologiyani hisobga olib simptomatik davo tayinlangan. Ko'p qon ketishda gemostaz maqsadida m/oga kuniga 2 mahal 2 ml dan etamzilat, v/i ga tomchilab 100 ml dan aminokapron kislota yuborilgan.

Barcha bemorlarda burun bo'shlig'idagi tamponlar operatsiya qilingan kunning ertasiga olib tashlangan. Shundan so'ng optik tizim nazorati ostida har kuni barcha bemorlarning burun bo'shlig'i tozalangan, burunning shilliq pardasi 0,1%li naftizin eritmasi bilan og'riqsizlantirilgan, keyin burun bo'shlig'ining tarkibi vakuumli aspirator bilan aspiratsiya qilingan.

Operatsiya bajarilgandan keyin 7-10 sutkada bemorlarga burunni parvarish qilish bo'yicha tavsiyalar va tartibga rioya qilish haqida maslahatlar berilib javob berilgan. Keyinchalik ambulator tarzda ularning umumiy ahvoli va operatsiyadan keyingi aralashuv sohasi ustidan nazorat o'rnatilgan, klinik va maxsuslashtirilgan tekshirish usullari o'tkazilgan, tekshirish natijalari bemorning mavzuiy kartalarida qayd etilgan.

O'tkazilgan davo natijalarini baholash mezonlari.

Barcha operatsiyalar ETN ostida bajarilgan. Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga antibakterial davo o'tkazilgan. Biz jarrohlik aralashuvi samaradorligining mezonlarini ishlab chiqdik, ular quyidagilar:

1. Jarrohlik aralashuvidan keyin bemorlar reabilitatsiyasining davomiyligi;
2. Jarrohlik aralashuvining nomaqbul natijalari;
3. Kasallikning qaytalanishi.

Klinik samaradorlik bemorlarni kompleksli baholash va burun bo'shlig'ini endoskopik baholash mezonlari bilan aniqlangan.

Kompleksli baholash mezonlari:

- «Yaxshi» - jarrohlik yo'li bilan davolashning nomaqbul natijalari, kasallikning qaytalanishi kuzatilmaganda, kompyuterli tomografiya ma'lumotlari bo'yicha katta ijobiy dinamika qayd etilganda, bemorning shifoxonada yotish davomiyligi qisqargan holatlarda (reabilitatsiyaning qisqarishi);

- «Qoniqarli» - jarrohlik aralashuvining nomaqbul natijalari kuzatilganda, kompyuterli tomografiya ko'rsatkichlarining yaxshilanishi, jarrohlik aralashuvidan so'ng reabilitatsiya muddatlarining oshishi qayd etilganda;

- «Qoniqarsiz» - kasallikning qaytalanishi kuzatilganda, jarrohlik yoʻli bilan davolashning nomaqbul natijalari qayd etilganda (yuz yumshoq toʻqimalarining shishi, gematomasi).

Yoʻqotilgan qon hajmi A.A. Bloskiy va S.A.Karpishenko tasniflari boʻyicha aniqlangan [].

Shuningdek, qonning burun boʻshligʻini old yoki orqa boʻlimlaridan koʻproq yoʻqotilishiga qarab, burundan qon ketishlar oldingi va orqa qon ketishlarga boʻlinadi.

1. Sezilarsiz qon ketish, odatda, Kisselbax zonasidan sodir boʻladi, qon yoʻqotish qisqa vaqt ichida bir necha tomchidan bir necha millilitrgacha boʻlishi mumkin. Bunday qon ketish koʻpincha oʻz-oʻzidan toʻxtaydi. Burundan tez-tez, uzoq muddat davomida takrorlanuvchi sezilarsiz qon ketishlar organizmga salbiy taʼsir koʻrsatishi mumkin.

2. Oʻrtacha burun qonashlari koʻproq qon ketishi bilan tavsiflanadi, u bir necha oʻn millilitrgacha boʻlib, kattalarda 200 ml dan oshmaydi. Gemodinamikadagi oʻzgarishlar odatda fiziologik meʼyor chegarasida boʻladi. Bunday holatda davolash tadbirlari qon ketishini tez va toʻliq toʻxtatishni taʼminlashi lozim.

3. Burundan kuchli qon ketishida kuniga yoʻqolgan qon hajmi 200 ml dan oshadi, baʼzida esa 1 litr yoki undan koʻpga yetadi. Bunday qon ketishlar bemorning hayotiga bevosita tahdid soladi. Koʻpincha burundan kuchli qon ketishlar yuzning jiddiy jarohatlarida, asos-tanglay yoki koʻz arteriyalarining shoxlari shikastlanganda roʻy beradi. Burundan jarohat tufayli qon ketishlar koʻpincha nafaqat koʻp miqdorda boʻlishi, balki ularning qaytalanishi bilan ham tavsiflanadi.

Burundan kuchli qon ketishida kuzatiladigan katta qon yoʻqotishlar qon bosimining pasayishiga, pulsning tezlashishiga, keskin ravishda rivojlanuvchi umumiy holsizlikka, terlashga olib keladi. Qon ketishining qaytalanuvchi shakllarida koʻpincha ruhiy buzilishlar yuzaga keladi, qaysikim vaqt va makonda yoʻnalishni yoʻqotish, bezovtalik, vahima holati bilan namoyon boʻladi hamda bosh miya gipoksiyasi bilan izohlanadi.

Bemorlar tadqiqotga o'smaning yakuniy gistologik tekshiruvdan keyingina kiritilgan.

§2.10. Gistologik tekshiruv

Burun bushig'idan olib tashlangan operatsion material muqarrar ravishda gistologik tekshiruvga yuborilgan. Yoki materialning bir bo'lakchasi, yoki operatsion materialning yaxlit o'zi yuborilgan. O'smaning bo'lakchasi morfologik tekshiruvga yuborilgan. Biopsiya yoki operatsiya materialini verifikatsiya qilish uchun gistologik tekshiruv o'tkazilgan (SamMU patologik anatomiya kafedrası). Tekshiruv 12%li formalin bilan fiksatsiyani, o'tkazmani, bioptatlarni parafin bilan to'ldirishni va ularni alohida parafin bloklari shaklida kesishni o'z ichiga olgan. Bloklar mikrotomga o'rnatilgan va ulardan qalinligi 5-10 mkm bo'lgan gistologik kesimlar kesilgan. Kesimlar buyum oynachasiga yopishtirilgan, deparafinlangan, gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan. Biriktiruvchi to'qimaning kollagen tolalari Van-Gizon bo'yicha pikrofuksin bilan bo'yalgan.

§2.11. Tadqiqot natijalariga statistik ishlov berish usullari

Tadqiqot materiallari parametrik va noparametrik tahlil usullaridan foydalangan holda statistik ishlovdan o'tkazildi. Dastlabki ma'lumotlarni to'plash, tuzatish, tizimlashtirish va olingan natijalarni vizuallashtirish Microsoft Office Excel 2016 elektron jadvallarida amalga oshirildi. Statistik tahlil IBM SPSS Statistics v.26 dasturidan (ishlab chiqaruvchi - IBM Corporation) foydalangan holda amalga oshirildi.

Nominal ma'lumotlar mutlaq qiymatlar va foizlar bilan tavsiflangan. Nominal ma'lumotlarni taqqoslash Pirson χ^2 mezonida amalga oshirildi, qaysikim har bir toifaga kiruvchi namunaning haqiqiy natijalari yoki sifat xususiyatlari hamda nol gipoteza to'g'ri bo'lsa o'rganilayotgan guruhlarda kutilishi mumkin bo'lgan nazariy son o'rtasidagi farqlarning ahamiyatini baholashga imkon beradi.

Dastlab o'zaro aloqalarning yo'qligi to'g'risidagi nol gipoteza to'g'ri bo'lishi sharti bilan bog'liqlik jadvalining har bir katakchasidagi kuzatuvlarning kutilgan

soni hisoblab chiqilgan. Buning uchun satrlar va ustunlar yig'indilari (marginal jamlanmasi) ko'paytirilgan, so'ngra olingan natija kuzatuvlarning umumiy soniga bo'lingan.

To'rt maydonli jadvalning har qanday kataklarida kutiladigan kuzatishlar soni 5 dan kam bo'lgan hollarda, farqlarning ahamiyatlilik darajasini baholash uchun Fisherning aniq mezonini qo'llanilgan.

Fisherning aniq mezonidan olingan qiymat $R > 0,05$ statistik jihatdan muhim farqlar yo'qligidan dalolat bergan. $R < 0,05$ qiymati esa farqlarning mavjudligini ko'rsatgan. Miqdoriy ko'rsatkichlarning normal taqsimotga muvofiqligi baholangan, buning uchun Shapiro-Uilk mezonini (tekshiriluvchilar soni 50 nafargacha bo'lsa) yoki Kolmogorov-Smirnov mezonini (tekshiriluvchilar soni 50 nafardan ortiq bo'lsa), shuningdek assimetriya va eksess ko'rsatkichlaridan foydalanilgan.

Normal taqsimlangan miqdoriy ma'lumotlar to'plamidagi o'rtacha qiymatlar solishtirilganda Styudent t-mezonini hisoblab chiqilgan.

Styudent t-mezonidan olingan qiymatlar kritik qiymatlar bilan taqqoslash orqali baholangan. Ko'rsatkichlardagi farqlar $r < 0,05$ ahamiyatlilik darajasida bo'lganida statistik ahamiyatga ega deb hisoblanilgan.

Bog'langan namunalar uchun hisoblangan o'rtacha ko'rsatkichlarni taqqoslashda (masalan, davolashdan oldingi va davolashdan keyingi ko'rsatkichlar qiymati) Styudentning juft t-mezonidan foydalanilgan.

Styudentning juft t-mezonidan olingan qiymatlar kritik qiymatlar bilan solishtirilgan. Hisoblangan t qiymati kritik qiymatdan yuqori bo'lganda ko'rsatkichdagi sezilarli o'zgarishlar tan olingan. Ma'lumotlarning normal taqsimoti belgilari mavjud bo'lmagan hollarda mustaqil to'plamlarni solishtirish uchun Mann-Uitni U- mezonini, Vilkokson ramziy darajalar Mezonini qo'llanilgan. Mann-Uitni U- mezonining hisoblangan qiymatlari ma'lum bir ahamiyatga ega bo'lgan kritik qiymatlar bilan taqqoslangan: agar hisoblangan U qiymati kritik qiymatga teng yoki undan kam bo'lsa, farqlarning statistik ahamiyati tan olingan.

III BOB. BURUN BO‘SHLIG‘I XAVFSIZ QON TOMIR O‘SMALARINING KLINIK TAVSIFI

Tadqiqotga 93 nafar kishi kiritilib, ular quyidagi guruhlariga bo‘lingan.

I asosiy guruh (p=53), barcha bemorlarga jarrohlik yo‘li bilan davolashdan so‘ng an’anaviy terapiya fonida Polideks preparati va arpabodiyon moyi qo‘llanilgan. Ishonchli ma’lumot olish uchun asosiy guruh 2 ta kichik guruhga bo‘lingan:

A kichik guruhi (n=25) AD fonida polideks preparatini qabul qilgan bemorlar;

B kichik guruhi (n=28) AD fonida arpabodiyon moyini polideks preparatini qabul qilgan bemorlar.

taqqoslash guruhi (n=20) an’anaviy davoni qabul qilgan bemorlar.

Endogen intoksikatsiya ma’lumotlarini va burun funksiyalarining ko‘rsatkichlarini batafsil ko‘rib chiqish uchun amaliy sog‘lom shaxslardan iborat bo‘lgan nazorat guruhi (n = 20) tanlangan.

Bemorlarning jinsi bo‘yicha taqsimlanishi quyidagicha edi: 48 nafar ayol (65,7%) va 25 nafar erkak (34,3%)

Tadqiqotga 18 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlar kiritildi, ammo bemorlarning aksariyatida kasallik 47 ta holatda (64,3%) 18-44 yoshda va 26 ta holatda (35,6%) 45-59 yoshda rivojlangan.

Barcha bemorlarda tadqiqotga ixtiyoriy ravishda roziligini imzolash bilan BBXTHning funksional holatini aniqlash amalga oshirildi. BBXTHning funksional holati ko‘rsatkichlari 8-jadvalda keltirilgan

8-jadval

Asosiy va nazorat guruhidagi bemorlarda BBXTH funksional holatining solishtirma tavsifi (n=20)

Shilliq qavat funksiyalari	Asosiy guruh n=53				Nazorat guruhi n=20	
	A kichik guruhi n=25		B kichik guruhi n=28			
	M	m	M	m	M	M

MST, daqiqa	23,20	0,25	22,01	0,31	13,2	0,15
So‘rilish, yu.u.s.	5,07	0,08	6,9	0,13	2,2	0,08
izoh: R – guruhlar o‘rtasida farqlar ishonchliligi						

Nazoratdagi sog‘lom guruhni o‘rganish natijalariga ko‘ra, me’yorda burun bo‘shlig‘ining MST $13,2 \pm 1,5$ daqiqani, BBSHQning so‘rilish qobiliyati $2,2 \pm 0,7$ yu.u.s.ni tashkil etdi. Operatsiyadan oldingi davrda saxarin testining natijalariga ko‘ra, asosiy guruhda shilliq qavat funksiyalarining tizimi: mos ravishda $19,2 \pm 1,5$ va $20 \pm 1,7$ daq. bo‘lgan. Keltirilgan 3.1-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, MST va BBXTO‘ so‘rilish funksiyasi ko‘rsatkichlari deyarli bir xil bo‘lgan.

§ 3.1 An’anaviy davo olgan bemorlarning klinik va biokimyoviy ko‘rsatkichlari

Faqat an’anaviy davoni (taqqoslash guruhi) qabul qilgan bemorlarni davolashdan oldin va keyin klinik tekshiruv natijalari 9-jadvalda keltirilgan.

Davolashning 7 kunidan so‘ng burun bitishi 16 nafar (48,5%), qon aralash va shilliq-yiringli ajralmalar ajralishi 13 nafar (39,4%), bosh og‘rig‘i 8 nafar (24,2%), burundan qon ketishi 13 nafar (39,4%), hid bilishning buzilishi 12 nafar (36,4%), umumiy intoksikatsiya belgilari - 30 nafar (90,9%) bemorda kuzatilgan.

9-jadval

Davolashdan oldin va keyin taqqoslash guruhidagi bemorlarning klinik belgilari

№	Klinik belgi	Davolashdan oldin N=20 n (%)	Davolashning 7-kuni N=20 n (%)	Davolashning 14-kuni N=20 n (%)	Davolashning 21-kuni N=20 n (%)
1.	Burundan nafas olishning qiyinlashishi	23 (69,7 %)	16 (48,5 %)	11* (33,3%)	4** (12,1 %)

2.	Burundan patologik ajralma ajralishi	16 (48,5 %)	13 (39.4 %)	9 (27,3 %)	3* (9,1 %)
3.	Bosh og‘rig‘i	13 (39.4 %)	8 (24.2 %)	3* (9,1 %)	0 (0 %)
4.	Burundan qon ketishi	25 (75,7 %)	13 (39.4 %)	9 (27,3 %)	6* (18,2%)
5.	Burunda yot jism sezgisi	11 (33,3%)	6 (18,2%)	3* (9,1 %)	0 (0%)
6.	Hid bilishning buzilishi	16 (48,5 %)	12 (36,4 %)	8 (24.2 %)	2* (6,1 %)
7.	Umumiy intoksikatsiya	32 (96,7%)	30 (90,9%)	26 (78.8 %)	21* (63,6%)
Izoh: *$p < 0.05$ statistik test kuzatuvlar yo‘qligi sababli mumkin emas. O‘zgaruvchilarni solishtirish uchun χ^2 va Fisher mezonlari ishlatilgan.					

An‘anaviy davoni qabul qilgan bemorlarda 14-kunga kelib, burun bitishi 4 nafar (12,1 %), qon aralash va shilliq-yiringli ajralmalar ajralishi 3 nafar (9,1%) bemorda kuzatilgan, bemorlarni bosh og‘rig‘i umuman bezovta qilmagan, burundan qon ketishi 6 nafar (18,2%), hid bilishning buzilishi 2 nafar (6,1%), umumiy intoksikatsiya belgilari - 21 nafar (63,6%) bemorda qayd etilgan (3.1.1-jadval).

Davolashdan oldin endoskopiya orqali 20 nafar (60,6 %) bemorda o‘sma belgilari aniqlangan, operatsiyadan keyingi davrda mazkur o‘zgarishlar 6 nafar (18,2 %) bemorda regressiyaga uchragan.

§ 3.2. Davolashdan oldingi kompyuter tomografiya natijalari.

Barcha bemorlarga operatsiyadan oldingi tekshiruv paytida konus-nurli kompyuter tomografiyasidan foydalangan holda kompyuter tomografiyasi o‘tkazildi. Yuqori jag‘ning bir tomonlama kistoz sinusiti 47 holatda, ikki tomonlama

kistoz sinusiti 15 nafar bemorda aniqlandi. KT 22 nafar (66,7 %) va MRT 7 nafar (21,2 %) bemorda o'tkazildi. Ushbu guruhda davolashdan oldin yallig'lanish jarayoni belgilari rentgenogrammada 22 nafar (66,7 %) bemorda, davolashdan keyin 21-kunda esa 4 nafar (12,1 %) bemorda qayd etilgan.



7-rasm. MRT tasvirida –chapdan burun bo'shlig'i gemangiomasi.

Burun bo'shlig'ining MSKT ma'lumotlarini hisobga olib, o'smalarni endonazal olib tashlashga qaror qilindi.

Bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorlash

O'smani endonazal olib tashlash operatsiyasi– odatdagi rejali operatsiya. Barcha bemorlar operativ aralashuvdan oldin terapevt, okulist, anesteziolog maslahatidan o'tkazilgan.

Operatsiyaga tayyorlash quyidagilarni o'zida mujassam etgan:

1. Qon, siydik tahlillari.
2. Koagulogramma.
3. Sinusdan ajraladigan shilliqning mikrobiologik ekmasi.
4. Flyuorografiya.
5. Terapevt ko'rigi.
6. Stomatolog ko'rigi.
7. 40 yoshdan oshgan bemorlar uchun EKG.

Agar quyidagilar mavjud bo'lsa, operatsiya o'tkazilmaydi:

1. O'tkir yuqumli kasallik.
2. Yurak, o'pka, jigar, buyrakning surunkali kasalliklari og'ir kechishida.

3. Qandli diabetning dekompensatsiyalangan kechishi.
4. Qon ivishining buzilishi.

Operatsiya quyidagi tarzda bajariladi. Aralashuv mahalliy anesteziya ostida Lange ilmog'i yordamida o'tkaziladi. Ushbu vosita yordamida polip ushlanadi va kesiladi. Agar hosila burun panjarasida joylashgan bo'lsa, ilmoq tutqichidan foydalaniladi. Ushbu operatsiyada qon ketishi kamroq kuzatiladi. Muolaja o'rtacha bir soat davom etadi. Operatsiya oxirida shilliq qavat dezinfeksiyalanadi va tamponlar qo'yiladi (bemorning burun teshigiga vazelinli tamponlar qo'yiladi). Endoskopik operatsiya mahalliy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi.

Bemorning burun bo'shlig'iga kamera o'rnatilgan endoskop kiritiladi, uning yordamida hosilalar lokalizatsiyasining hajmi va joyini ko'rish va baholash mumkin. Operativ aralashuvdan so'ng biz kundalik ko'riklarni amalga oshirdik va bog'lamlarni almashtirdik, shuningdek, 3-, 7-, 10- va 14-kunlarda operatsiyadan keyingi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishidagi dinamik o'zgarishlarni ball tavsiflari asosida qayd etdik. An'anaviy davoni qabul qilgan nazorat guruhining bemorlarida operatsiyadan keyingi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishlari intensivligi 10-jadvalda keltirilgan.

Operatsiyadan keyingi zonada shilliq qavatning giperemiyasini baholab, biz yallig'lanish jarayonidagi mazkur ko'rinishning ifodalanishini o'rtacha 2,0 ball (1,0-2,0) sifatida tavsiflanganligini hamda (o'rtacha) 7- va 10-kunga kelib, sezilarli darajada qaytganini, 14 kunga kelib esa to'liq yo'qolganligini kuzatdik. Nazorat guruhidagi bemorlarda (n=20) operatsiyadan keyin dinamikada burun shilliq qavatining mukotsiliar transportini tekshirishdagi o'zgarishlar quyidagi jadvalda keltirilgan.

11-jadval

Operatsiyadan keyingi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishlari intensivligi

	Ko'rsatkichlar	7 kun	10 kun	14 kun
1	Shilliq parda rangining o'zgarishi (giperemiya)	giperemiya	Giperemiya	Giperemiya yo'q

2	Burun yo‘llaridagi ajralmalar – shilliq- yiringli	yo‘q	shilliqli	shilliqli
3	Burun yo‘llaridagi ajralmalar - yiringli	yo‘q	yo‘q	yo‘q
4	PBCh shishi	Shish mavjud	Shish mavjud	Shish mavjud
5	PBY torayishi	mavjud	Mavjud	biroz

12-jadval.

Nazorat va taqqoslash guruhlaridagi bemorlarda endonazal polipotomiyadan keyin so‘rilish va transport funksiyalari ko‘rsatkichlarining o‘zgarish dinamikasi.

Tekshirish davrlari	Soʻrilish, ta/daq		Transport, daq.	
	M	m	M	M
Nazorat guruhi	2,10	0,05	13,00	0,33
Taqqoslash guruhi				
7 kundan keyin	5,90	0,17	17,00	0,50
R	P<0,001		P<0,001	
10kundan keyin	2,50	0,09	19,00	0,66
R	P<0,001		P<0,001	
<i>Izoh:</i> R – meʼyorga nisbatan ishonchlilik.				

Yuqorida aytilganlarga qo‘shimcha ravishda, ilgari jarrohlik usuli bilan operatsiya qilingan taqqoslash guruhi (20 nafar bemor) tekshirilganda, eng muhimlari (operatsiyadan keyingi kechki davrda asoratlarning mavjudligi va hayot sifatining buzilishiga ta’sir etuvchi) qayd etilgan. Nazorat guruhida BBXQTO‘ ning qaytalanishi 7 nafar (35,0%) bemorda kuzatilgan.

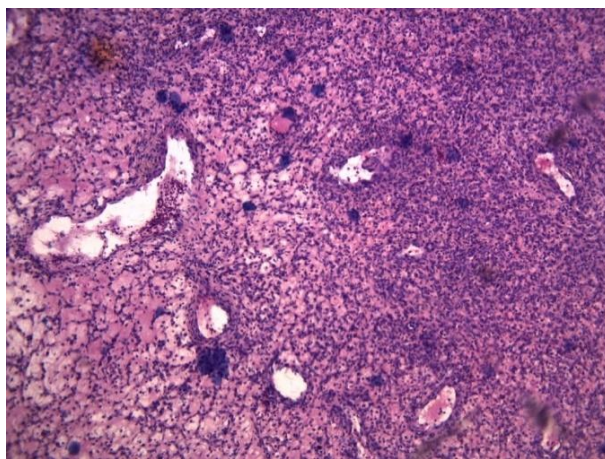
Klinik holat

1-klinik kuzatuv. Bemor S., 28 yoshda (Kasallik tarixi № 1972/11), homiladorligi – 32 hafta, 2017-yil sentyabr oyida burundan nafas olmaslik, burunning chap yarmidan davriy ravishda qon ketishi va anosmiya, chap tomondan

burundan nafas olishning sezilarli darajada qiyinlashishi, og‘ish qurishiga shikoyatlar bilan murojaat etgan. Yuqorida sanab o‘tilgan belgilarni 2017-yil avgust oyidan boshlab qayd etgan. Kasallik anamnezidan ma’lumki, birinchi marta burunning chap yarmidan qon ketishi homiladorlikning 30-haftasida sodir bo‘lgan hamda tizimli arterial bosimning 140 va 80 mm.sim.ust. gacha oshishi kuzatilgan. Qon ketishi siyrak oldingi tamponada bilan to‘xtatilgan. Bemor burundan qon ketishining intensivligi va davomiyligi har keyingi safar kuchayib borayotganini ta’kidlaydi. Homiladorlik vaqtida gemostaz tizimi ko‘rsatkichlari, gemoglobin darajasi me’yor darajasida bo‘lgan.

Kasalxonaga yotqizishdan 2 hafta oldin ambulatoriya sharoitida otorinolarinolog shifokori burun bo‘shlig‘ini endoskopik tekshiruvdan o‘tkazgan - burunning chap yarmida polip ko‘rinishidagi o‘sma aniqlangan bo‘lib, zondlash paytida u qonab ketgan. Burun va burun yon bo‘shliqlarining MRT (kontrast modda yubormasdan) o‘tkazilganda, chap tomonda burun bo‘shlig‘ining to‘qimali yumaloq hosilasi aniqlangan bo‘lib, u burun bo‘shlig‘ining orqa qismlarini chap o‘rta burun chig‘anog‘ining o‘rtasidan chap xoanagacha to‘ldirgan, aksial o‘lchamlari 2,5x2,0 sm, vertikal o‘lchami 3,0-3,5 sm gacha bo‘lgan. Hosila burun to‘sig‘ini qisman orqaga surgan va burun to‘sig‘ining destruksiyasini keltirib chiqargan. O‘smaning biopsiyasi kuchli qon ketishi bilan birga kechgan. Gistologik tekshiruv ma’lumotlari bo‘yicha (№ 2213-03, kapillyar gemangioma) o‘sma zich joylashgan mayda kapillyarlardan tashkil topgan (8-rasm).

Qonning umumiy tahlili: Hb - 80; erit. – 3,0; RK– 0,9; leyk. – 10,8; EChT – 23 mm/s; Suxarev bo‘yicha qon ivishi: boshl.– 2,4; tugashi – 3,8; tromb – 188; eoz – 6; neyt: tayaqcha yad – 5; segm.yad – 82; limf – 53; mono – 11. EKG: Patologiyasiz.



8-rasm. *Kapillyar gemangioma, gematoksilin-eozin bilan bo'yalgan (x120)*

Bo'limda 5 kun davomida operatsiya vaqtida qon ketishini oldini olish maqsadida bemorga kuniga 1 marta mushak orasiga 5 ml 5% li treksamin eritmasini yuborish bilan dastlabki gemostatik terapiya o'tkazilgan. Burun bo'shlig'i shilliq qavatini mahalliy applikatsion anesteziya qilish sharoitida (Sol. Lidocaini 10% 2 ml) o'smani endonazal olib tashlash amalga oshirilgan. Ikkala burun yarmiga gemostatik tamponlar bilan gemostaz bajarilgan. Operatsion material gistologik tekshiruvga yuborilgan. Operatsiyadan keyingi davrda bemor ginekolog nazorati ostida profilaktika maqsadida gemostatik va tizimli antibakterial terapiyani qabul qilgan. Burun bo'shlig'idan tampon operatsiyadan keyingi 2-kuni olib tashlangan, so'ngra antiseptik malham bilan paxtali tampon kiritilgan. Keyin 1 oy davomida burunni tuzli eritma bilan yuvish tavsiya etilgan. Operatsiyadan 1 oy o'tgach burun bo'shlig'ining endoskopik tekshiruvi o'tkazilgan va burun bo'shlig'ining shilliq pardalari pushti rangda bo'lganligi, burun chig'anoqlari o'zgarmaganligi, ajralmalarning yo'qligi, burun orqali nafas olishning erkinligi aniqlangan. Nazorat uchun 21 kundan keyin (15.11.19.) tekshirilganda bemor burun bitishi va burun bo'shlig'i shilliq qavatining quruqligiga shikoyat qilgan.

Operatsiyadan keyingi davr muammosiz o'tgan. Burun bo'shlig'i har kuni (kuniga 2 marta) yuvilgan. Bemor 5-kuni qoniqarli ahvolda kasalxonadan chiqarilgan. In toto biopsiya ma'lumotlari operatsiyadan oldin olingan natijalardan farq qilmagan (yakuniy tashxis - burun to'sig'ining eroziyalı kapillyar gemangiomasi). Operatsiyadan bir oy o'tgach, bemor tamoksifen preparati (20 mg/kun) bilan o'smaga qarshi terapiyani davom ettirgan. Ushbu fonda, muntazam

takroriy tekshiruvlar paytida, oldingi rinoskopiya 2014 yil 21 fevralda radiotoʻlqinli skalpel yordamida mahalliy anesteziya ostida olib tashlangan burun toʻsigʻidagi perforatsiyaning yuqori cheti sohasida shilliq qavatning qalinlashishi aniqlangan. Biopsiya mazkur qalinlashuvni gemangioma ekanligini koʻrsatdi. Operatsiyadan keyingi davrda asoratlar qayd etilmadi. Bemor ambulator nazorat ostida boʻlgan.

Shifoxonadan chiqarilgandan keyin 3 oy oʻtgach burundan qon ketishi va bosh ogʻrigʻi tufayli murojaat etgan. Qayta kompyuter tomografiyasi oʻtkazilganda hajmli hosila belgilari aniqlamagan. Nazorat uchun operatsiyadan 6 oy oʻtgach tekshirilganda bemor shikoyat bildirmagan, oʻsmaning qaytalanishiga gumonlar boʻlmagan. Mikrobiologik tahlil: manfiy. Shunday qilib, anʻanaviy davolashdan soʻng, funksional buzilishlar va burundan qon ketishlar toʻligʻicha yoʻqolmagan.

§ 3.3 Asosiy guruhdagi A kichik guruhning klinik laborator maʼlumotlari

Asosiy guruhdagi A kichik guruhning bemorlari anʻanaviy davo fonida Polideks preparatini qabul qilishgan. Polideks preparati otorinolaringologiyada mahalliy qoʻllash uchun moʻljallangan kombinirlangan preparatdir. Fenilefrinli Polideksning terapevtik taʼsiri deksametazonning burun shilliq qavatiga yalligʻlanishga qarshi taʼsiri, fenilefrinning tomirni toraytiruvchi taʼsiri hamda neomitsin va polimiksin V antibiotiklarining antibakterial taʼsiri bilan bogʻliq. Polideks preparati kuniga 2 mahal endonazal tarzda qoʻllanilgan. Ushbu antibiotiklarning birikmasida burun va burun yon boʻshliqlarining infeksiya va yalligʻlanish kasalliklarini keltirib chiqaradigan koʻpchilik gram-musbat va gram-manfiy mikroorganizmlarga boʻlgan antibakterial taʼsir doirasi kengayadi. A kichik guruhidagi bemorlarda operatsiyadan keyin mukotsiliar klirensni oʻrganish natijalari burun boʻshligʻidagi mukotsiliar klirensning ishi buzilganligini koʻrsatadi (13-jadval).

13- jadval

Operatsiyadan keyingi davrda A kichik guruhidagi bemorlarda saxarin testining natijalari

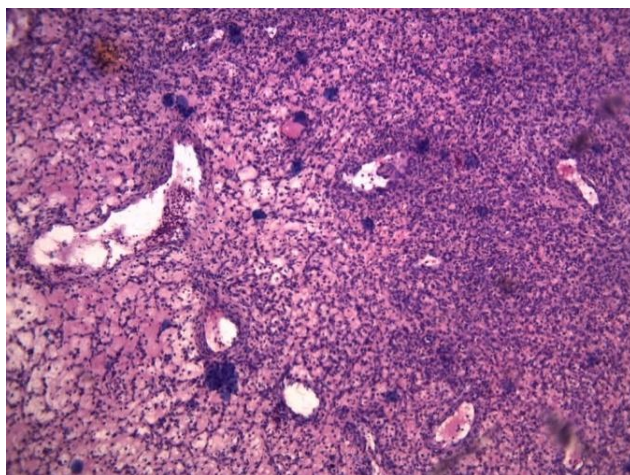
Ko‘rsatkich	Operatsiyadan oldin		Operatsiyadan keyin 10 kun o‘tgach		Operatsiyadan keyin 1 oy o‘tgach		
	M	m	M	m	M	m	
MST	19,00	0,67	16,00	1	0,52	14,00	0,43

Burun bo'shlig'ining so'riluvchi xususiyati endonazal operatsiyadan keyin 10 kun o'tgach $3,7 \pm 0,7$ ta/daq. ga oshadi. Ammo 14-kunga kelib, shilliq pardaning ushbu funksiyasi me'yorga muvofiq keladi va yu.u.s. $2,1 \pm 0,3$ ta/daq. ga tezlashadi, qaysikim epiteliy hujayralari funksiyasining tiklanganligidan dalolat beradi. Endonazal polipotomiyadan keyin pulsning maksimal oshishi 0,1%li atropin eritmasi bilan sinamadan keyin $5,9 \pm 0,6$ ta/daq. ni tashkil etadi, 7-kunda u $2,5 \pm 0,3$ ta/daq. ga tezlashadi, qaysikim PBCh shilliq pardasi hujayralarining so'riluvchi xususiyati chala tiklanganligini bildiradi.

Jarrohlik aralashuvidan oldin va keyin dinamikada shilliq pardaning so'riluvchi xususiyati ($n=25$).

Keltirilgan natijalardan ko'rinib turibdiki, mazkur guruh bemorlarida so'riluvchi funktsiya tiklanmagan, T operatsiyadan oldin ham, keyin ham me'yorga nisbatan ishonchli tarzda pasaygan ($r < 0,05$), ammo uchala nuqta orasidagi ko'rsatkichlar farqi saqlangan.

Burun bo'shlig'idagi hosilalarni endonazal olib tashlagandan keyingi biopsiya materialida 1 A kichik guruhda morfologik jihatdan 34 nafar (21,3%) bemorda ko'p qatorli bir qavatli silindrik epiteliyning atrofiyasi, ajralishi va deformatsiyasi, 36 (22,5%) holatda shilliq osti qavatning fibrozi, 39 (24,4%) holatda xususiy bezlarning giperplaziyasi (qadahsimon hujayralar), 69 (43,1%) holatda hilpillovchi epiteliy giperplaziyasi, 31 (19,4%) holatda yallig'lanish hujayralarining yuqori tarkibi (limfotsitlar, leykotsitlar) qayd etilgan, qaysikim surunkali yallig'lanish jarayonining qo'zg'alishi uchun xos. O'smaning biopsiyasi kuchli qon ketishi bilan birga kechgan. Gistologik tekshiruv ma'lumotlari bo'yicha (№ 2213-03, kapillyar gemangioma) o'sma zich joylashgan mayda kapillyarlardan tashkil topgan (3.3-rasm)



9-rasm. Kapillyar gemangioma, gematoksilin-eozin bilan bo'yalgan (x120)

Burun va burun yon bo'shliqlarining MRT (kontrast modda yubormasdan) o'tkazilganda, chap tomonda burun bo'shlig'ining to'qimali yumaloq hosilasi aniqlangan bo'lib, u burun bo'shlig'ining orqa qismlarini chap o'rta burun chig'anog'ining o'rtasidan chap xoanagacha to'ldirgan, aksial o'lchamlari 2,5x2,0 sm, vertikal o'lchami 3,0-3,5 sm gacha bo'lgan. Hosila burun to'sig'ini qisman orqaga surgan va burun to'sig'ining destruksiyasini keltirib chiqargan.

1 A kichik guruhda olingan ma'lumotlar bo'yicha endoskopik endonazal polipotomiyadan keyin kompyuterli tomografiya jarrohlik aralashuvidan keyin 12-oyda o'tkazilgan. Mutloq soni 83 nafar (97,3%) bo'lgan bemorda YuJB pardasi 3 mm va undan kichikroqni tashkil etgan, kengaytirilgan tabiiy teshik ko'rinadi, u erkin o'tuvchan, 3 nafar (2,7%) bemorda shilliq parda asosan alveolyar qo'ltiq sohasida qalinlashganligi qayd etilgan. Klinik-instrumental tekshiruvlar bilan bir qatorda biz endotoksikoz parametrlari holatini o'rgandik, uning an'anaviy davolashdan keyingi natijalari 14-jadvalda keltirilgan.

14-jadval

Polideks preparati bilan an'anaviy davoni qabul qilgan asosiy A kichik guruhidagi bemorlarda endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Davolashdan oldin (n=25)	Davolashning 7-kuni (n=25)	Davolashning 14-kuni (n=25)	Davolashning 21-kuni (n=25)
MDA, mkmol/l	6,51±0,73	6,22±0,81	5,83±0,65*	4,92±0,73*

KA, mkkat/sek·l	0,29±0,11	0,32±0,11	0,40±0,12	0,51±0,16*
O'MM ₂₅₄ , sh.b.	0,53±0,13	0,51±0,16	0,46±0,17	0,40±0,15
O'MM ₂₈₀ , sh.b.	0,46±0,08	0,41±0,10	0,38±0,09	0,36±0,11
OBK, sh.b.	0,91±0,05	0,93±0,07	0,98±0,06	1,01±0,08*
MDA/KA, sh.b.	22,52±2,59	19,41±1,62	14,72±1,49*	9,31±1,09*
Izoh: * $p < 0.05$ O'zgaruvchi guruhlarni solishtirish uchun Uilkokson mezonini qo'llanilgan				

15-jadvaldan an'anaviy davodan so'ng 7-kunda MDA tarkibi birozgina – qabul bo'lgandagi ko'rsatkichga nisbatan 4,5%ga pasayganligi ko'rinib turibdi. Shuningdek, ushbu fonda katalaza faolligi ozgina -10,3%ga oshgan hamda nazorat guruhidagi ko'rsatkichdan sezilarli darajada – 63,2% ga pastroq bo'lgan. MDA/KA nisbati 13,8%ga kamaygan va nazorat guruhidagi ko'rsatkichdan 4,98 marotaba yuqoriroq bo'lgan.

An'anaviy davodan so'ng 21-kunda MDA tarkibi sezilarli darajada pasaygan va $5,83 \pm 0,65$ mkmol/l ni tashkil etgan. MDA tarkibi nazorat guruhidagi MDA o'rtacha ko'rsatkichidan sezilarli darajada yuqoriroq bo'lgan, ammo davolashdan oldingi ko'rsatkich bilan solishtirilganda statistik jihatdan ahamiyatli farq qayd etilgan. Mazkur fonda katalaza faolligi 37,9%ga oshgan va nazorat ko'rsatkichidan 45,9%ni tashkil etgan. MDA/KA nisbati 34,6%ga kamaygan va nazorat guruhidagi ko'rsatkichdan 3,78 marotaba yuqoriroq bo'lgan.

Polideks preparati bilan birga o'tkazilgan an'anaviy davo endotoksikozdagi gidrofil komponentning sezilarsiz korreksiyasiga yordam bergan, ya'ni O'MM₂₅₄ konsentratsiyasi davolashdan oldingi ko'rsatkichga nisbatan atigi 3,8%ga pasaygan. O'MM₂₈₀ darajasi davolashdan oldingi ko'rsatkichga qaraganda 10,9%ga pasaygan va nazorat ko'rsatkichidan 1,41 marotaba yuqoriroq bo'lgan. OBK davolashdan oldingi ko'rsatkichga qaraganda 2,2% ga oshgan, nazorat ko'rsatkichidan 1,27 marotaba pastroq bo'lgan.

An'anaviy davolashdan keyingi 14-kunda O'MM₂₅₄ konsentratsiyasining sezilarsiz korreksiyasi qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkich davolashdan oldingi

ko'rsatkichga qaraganda 13,2 %ga pasaygan va nazorat ko'rsatkichidan 2 marotaba yuqoriroq bo'lgan. O'MM₂₈₀ darajasi ham sezilarsiz darajada 17,4%ga pasaygan hamda nazorat ko'rsatkichidan 1,31 marotaba yuqoriroq bo'lgan. OBK davolashdan oldingi ko'rsatkichga qaraganda 7,7 % ga oshgan.

BBXQTH qaytalanishi taqqoslash guruhidagi 6 nafar (24,0 %) bemorda kuzatilgan. Shunday qilib, Polideks preparati bilan birga o'tkazilgan an'anaviy davo o'rganilgan ko'rsatkichlarning biroz korreksiyalanishiga yordam bergan, ya'ni LPO jarayonlarining intensivligi va O'MM tarkibi yetarli darajada pasaymagan.

§ 3.4 An'anaviy davolash fonida Polideksa preparatini qo'llash samaradorligi

Burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarda ADning yetarli darajada qoniqarli bo'lmagan natijalari ushbu patologiyani davolashda umumiy qabul qilingan yondashuvlarni takomillashtirishga undaydi. An'anaviy usullardan tashqari, 1 g neomitsin sulfat (650 000 XB), polimiksin V sulfat (1 000 000 XB), deksametazon natriy metasulfobenzoat (0,025 g) va fenilefrin gidroxlorid (0,250 g) dan tashkil topgan kombinirlangan Polideks preparati (15 ml) I guruhdagi bemorlarning burun bo'shlig'ida xavfsiz qon tomir o'smalarni davolash kompleksiga kiritilgan.

Sprey shaklidagi Polideks preparati bemorlarga operatsiyadan keyingi davrda endonazal tarzda dastlabki 5 kun mobaynida kuniga 3 mahal va keyingi 5 kun ichida kuniga 2 mahal 10 kunlik terapiya kursi bilan buyuriladi.

Anesteziya usulini va jarrohlik aralashuv turini tanlash an'anaviy usulda davolangan bemorlar guruhidagi singari amalga oshirilgan. O'sma barcha 30 nafar bemorda endonazal usulda olib tashlangan bo'lib, ularning 26 nafariga (86,7%) mahalliy anesteziya, qolgan 7 nafariga (23,3%) umumiy endotraxeal narkoz amalga oshirilgan.

15-jadval

Davolashdan oldin va keyin I guruh bemorlaridagi (AD+polideks) klinik belgilar

No	Klinik belgi	Davolashdan oldin N=25	Davolashning 7-kuni N=25	Davolashning 14-kuni N=25	Davolashning 21-kuni N=25
----	--------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.	Burundan nafas olishning qiyinlashishi	24 (80,0 %)	10 (33,3 %)	3* (10,0%)	1** (3,3 %)
2.	Burundan patologik ajralma ajralishi	16 (53,3 %)	5 (16,7 %)	2 (6,7 %)	0* (0 %)
3.	Bosh og‘rig‘i	12 (40,0 %)	4 (13,3 %)	1* (3,3 %)	0 (0 %)
4.	Burundan qon ketish	24 (80,0 %)	7 (23,3 %)	3 (10,0%)	1* (3,3%)
5.	Burunda yot jism sezgisi	11 (36,7%)	4 (13,3%)	1* (3,3 %)	0 (0%)
6.	Hid bilishning buzilishi	14 (46,7%)	5 (16,7%)	2 (6,7 %)	0* (0 %)
7.	Umumiy intoksikatsiya	30 (100,0 %)	23 (76,7%)	16* (53,3 %)	5** (16,7%)

Izoh: *- $p<0.05$, **- $p<0.01$, ***- $p<0.001$.

na-kuzatuvlar yo‘qligi sababli statistik testni o‘tkazishning imkoni yo‘q. O‘zgaruvchilarni solishtirish uchun χ^2 va Fisher mezonini qo‘llanildi.

Polideks preparatini qabul qilgan bemorlarda o‘tkazilgan davo tugallangach, AD qabul qilgan bemorlar (taqqoslash guruhlar) bilan solishtirilganda, yara yuzasining tezroq bitishi, operatsion jarohatning nisbatan tezroq bitishi, burundan nafas olishning yaxshilanishi, bosh og‘rig‘ining kamayishi qayd etilgan. AD fonida polideks ta’sirining klinik belgilarga ko‘ra samaradorligi 3.3-jadvalda keltirilgan.

I guruh bemorlarida o‘tkazilgan rentgenogrammada yallig‘lanish jarayonining belgilari davolashdan oldin 30 nafar (90,9%), davolashdan keyin 4 nafar (12,1%) bemorda aniqlangan. O‘tkazilgan endoskopiya davolashdan keyin I guruhdagi 26 nafar (78,8%) bemorning 24 nafarida (72,7%) ijobiy natija kuzatilganligini ko‘rsatdi.

Polideks preparati bilan kombinirlangan davoni qabul qilgan bemorlarda davolashning 7 kunidan so'ng klinik belgilarida sezilarli o'zgarishlar kuzatilgan. Xususan, burun bitishi 10 nafar (33,3%), qon aralash va shilliq-yiringli ajralmalar ajralishi 5 nafar (16,7%), bosh og'rig'i 4 nafar (13,3%), burundan qon ketishi 7 nafar (23,3%), hid bilishning buzilishi 5 nafar (16,7%), umumiy intoksikatsiya belgilari - 23 nafar (76,7%) bemorda qayd etilgan.

Polideks preparati bilan kombinirlangan davoni qabul qilgan bemorlarda 21-kunga kelib, burun bitishi 1 nafar (3,3 %) bemorda kuzatilgan, qon aralash va shilliq-yiringli ajralmalar ajralishi, hid bilishning buzilishi hamda bosh og'rig'i bemorlarni boshqa bezovta qilmagan, burundan qon ketishi atigi 1 nafar (3,3%) bemorda qayd etilgan. Umumiy intoksikatsiya belgilari 5 nafar (16,7%) bemorda kuzatilgan (4.3-jadval). Ushbu guruhda o'tkazilgan rentgenogrammada yallig'lanish jarayonining belgilari davolashdan oldin 19 nafar (63,3%), davolashdan keyingi 21-kunda 1 nafar (3,3%) bemorda aniqlangan.

I guruh (AD+polideks) bemorlarining 16 nafarida (53,3 %) KT va 8 nafarida (30,0 %) MRT o'tkazilgan. Ushbu usullarning ma'lumotlari bo'yicha davolashning qoniqarli natijalari 26 nafar (86,7%) bemorda qayd etilgan.

Polideks preparati bilan birga o'tkazilgan kombinirlangan davodan so'ng BB normal mikrobiotsenozi 23 nafar (76,7 %) bemorda qayd etilgan. 1 nafar (3,3 %) bemorda qayta aerob flora va mikroblar assotsiatsiyasi, 1 nafar (3,3 %) bemorda esa zamburug'lar o'sib chiqqan, mazkur holat preparatning sezilarli darajadagi samarasini ko'rsatadi. Preparat tayinlangandan keyin monokulturada ham, infeksiya agentlar assotsiatsiyasida ham stafilokokk yo'qolgan. Polideks preparati Klebsiella va Actinomyces singari mikroorganizmlarga nisbatan ham ijobiy natijani ko'rsatmadi.

O'tkazilgan davo samaradorligini baholash uchun biokimyoviy tekshiruv natijalari ko'rib chiqildi (16-jadval).

AD zardobda MDA darajasini 28,0%ga kamaytirgan, ammo Polideksning qo'llanilishi I guruh bemorlarida MDA darajasini 39,1 % ga kamaygan, biroq nazorat guruhidagi o'rtacha ko'rsatkichdan biroz yuqoriroq bo'lgan.

ADni qabul qilgan II guruh bemorlarida zardobdagi katalaza faolligi 7,14%ga oshganligini, Polideks preparatining qo'llanilishi ushbu ko'rsatkichni 46,7 %ga oshirganligini ta'kidlash lozim ($R<0,001$).

Polideks preparatini qo'llash bilan o'tkazilgan davodan so'ng MDA/KA nisbati 53,5 % ga pasaydi (ADda - 30,8 %ga). Polideks preparatini an'anaviy davolash fonida qo'llash katta darajada zardobda o'rtacha massali molekulalar darajasini kamaytirgan hamda I A guruhdagi bemorlarning natijalariga qaraganda katta farqni ko'rsatgan.

16-jadval

I guruh bemorlarida (AD+polideks) endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Davolashdan oldin (n=25)	Davolashning 7-kuni (n=25)	Davolashning 14-kuni (n=25)	Davolashning 21-kuni (n=25)
MDA, mkmol/l	6,49±1,51	5,61±1,13	4,58±1,18**	3,95±1,14**
KA, mkkat/sek·l	0,27±0,06	0,39±0,11*	0,47±0,18**	0,68±0,21**
O'MM ₂₅₄ , sh.b.	0,50±0,06	0,45±0,08	0,38±0,09**	0,31±0,08**
O'MM ₂₈₀ , sh.b.	0,43±0,05	0,38±0,06	0,32±0,04**	0,29±0,05**
OBK, sh.b.	0,84±0,13	0,99±0,10	1,06±0,13**	1,13±0,11**
MDA/KA, sh.b.	24,0±5,2	14,32±1,71*	10,0±1,58**	5,83±0,89**
Izoh: *- $p<0.05$, **- $p<0.01$, O'zgaruvchi guruhlarni taqqoslash uchun Uilkokson mezonini qo'llanilgan.				

ADdan keyin O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyasi 13,7 % va 11,1% ga pasaygan bo'lsa, an'anaviy davo fonida polideksning qo'llanilishi natijasida mos ravishda - 29,4 % va 28,8 % ga pasaygan ($R<0,05$). Polideksning qo'llanilishidan keyin OBK ADdagi o'xshash ko'rsatkichdan 4,39%ga oshgan, qaysikim bilvosita oqsil degradatsiyasi jarayonlarining sekinlashuvidan dalolat beradi. Bundan tashqari, I-guruh bemorlarida faqat AD qabul qilgan taqqoslash guruhidagi bemorlarga qaraganda endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlarining yaxshilanishi sezilarli darajada tezroq kuzatilgan.

BBda o'smalarning qaytalanishi mazkur guruhda 4 nafar (16,0 %) bemorda qayd etilgan.

AD fonida polideksni qabul qilgan bemorlarni kuzatish misolini keltiramiz. 1088/75-raqamli kasallik tarixidan ko'chirma.

2-klinik kuzatuv. Bemor D., 31 yoshda, 2020 yil may oyida burundan nafas olishning qiyinlashishi, burunning o'ng yarmidan tez-tez qon ketish va anosmiya hamda og'iz qurishiga shikoyat qilib murojaat etgan.

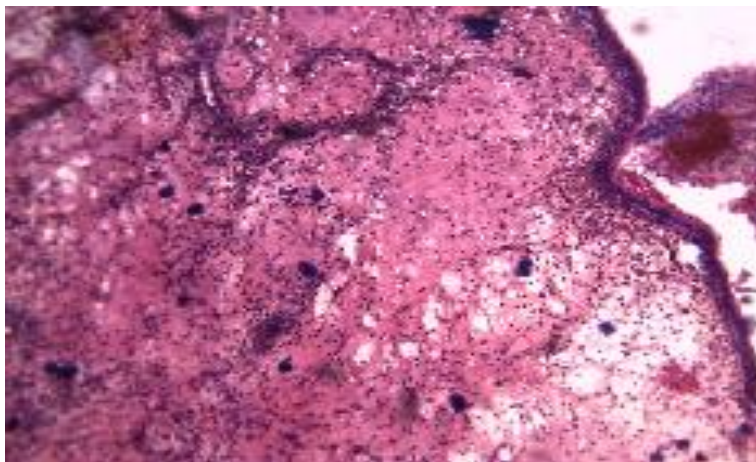
Yuqorida sanab o'tilgan belgilarni 2020 yil fevralidan buyon qayd etadi. Kasallik anamnezidan ma'lumki, birinchi marta qon ketish burunni qoqishdan keyin yuzaga kelgan, ushbu vaqtda qon bosimi 120/80 mm simob ust. bo'lgan. Qon ketishi 3%li vodorod peroksid eritmasiga botirilgan paxtali tampon bilan to'xtatilgan. Bemorning ta'kidlashicha, burundan qon ketishining intensivligi va davomiyligi har keyingi safar ortib borgan. Ambulatoriya sharoitida otorinolaringolog shifokori burun bo'shlig'ini endoskopik tekshiruvdan o'tkazib, burunning o'ng yarmida polip shaklidagi hosilani aniqlagan, unga teginish paytida qon ketishi boshlangan. Gemostaz tizimi ko'rsatkichlari, qondagi gemoglobin darajasi o'rtacha kritik qiymatlargacha tushib qolganidan so'ng, bemor SamMI 1-klinikasi LOR bo'limiga yotqizilgan. Burun va burun yon bo'shliqlarining MSKT xulosasiga ko'ra, burun bo'shlig'ining o'ng tomonida, oldingi venoz-arterial chigal sohasida, burun to'sig'ining o'rta qismidan o'sib chiqqan, asosi keng bo'lgan, o'lchami 1,9x2,4 sm, to'q qizil rangdagi, silliq sirtli, aniq konturlarga ega yumaloq hosila aniqlangan. O'smaning biopsiyasi kuchli qon ketishi bilan birga kechgan. Gistologik tekshiruv ma'lumotlari bo'yicha (№1998-08, qonaydigan angiomatoz polip) o'sma zich joylashgan mayda kapillyarlardan tashkil topgan (10-rasm).

KT: Burun bo'shlig'ining o'ng tomoni ichida hajmli-infiltrativ o'zgarishlar.

Qonning umumiy tahlili: Hb - 80; erit. - 3,0; RK - 0,9; leyk. - 10,8; EChT - 23 mm/s; Suxarev bo'yicha qon ivishi: boshl. - 2,4; tugashi - 3,8; tromb - 188; eoz - 6; neyt: tayoqcha.yad - 5; segm.yad - 82; limf - 53; mono - 11.

EKG: Patologiyasiz.

Qabul qilingandagi vaqtda endogen intoksikatsiyaning biokimyoviy ko'rsatkichlari: MDA - 6,52 mkmol/l, Katalaza – 0,28 mkkat/sek·l, O'MM₂₅₄ - 0,50 sh.b., O'MM₂₈₀ – 0,44 sh.b., OBK – 0,88 sh.b., MDA/KA - 23,850 sh.b.



10-rasm. *Burun to'sig'ining qonaydigan polipi (angiomatoz), gematoksilin-eozin bilan bo'yalgan*

Bo'limda mahalliy anesteziya ostida qon ketishi bilan kechgan hosilani olib tashlash operatsiyasi bajarilgan. Operatsion jarohat joyi koagulyator bilan ishlov berilgan. Qon ketishi to'xtagach, polideks spreyi bilan oldingi tamponada qilingan. Operatsiyadan keyin 2-3-kunlari bog'lamlarni almashtirish vaqtida qon ketishi kuzatilmagan, burun bo'shlig'iga polideks spreyi bilan ishlov berilgan. Burun orqali nafas olish tiklangan va bemorga qoniqarli ahvolda javob berilgan.

Operatsiyadan keyingi davr qoniqarli kechgan. Chiqarish kuni sekretning mikrobiologik tahlili manfiy bo'lgan. Operatsiyadan keyin 6-kunda bemorga qoniqarli ahvolda javob berilgan.

1 oydan so'ng sekretning mikrobiologik tahlili manfiy natijani ko'rsatgan.

Biokimyoviy tekshiruv: MDA - 4,649 mkmol/l, Katalaza – 0,492 mkkat/sek·l, O'MM₂₅₄ - 0,355 sh.b., O'MM₂₈₀ – 0,317 sh.b., OBK – 0,896 sh.b., MDA/KA – 9,505 sh.b.

Yuqoridagilarni umumlashtirib, biz Polideksning terapevtik va profilaktik ta'sirga ega ekanligini va yaxshi o'tkazilganligini ta'kidlaymiz. Biroq, ba'zi biokimyoviy (MSM, MDA, KA) ko'rsatkichlar va burunning normal ishlashini to'liq tiklash bilan bog'liq holda kutilgan natijalarga erishilmadi, 15,4% burundan

patologik ajralmalar ajralishi, 7,7 % bosh og'rig'i, 11,5% burundan nafas olishning qiyinlashishi, 11,5% burundan qon ketishi singari ba'zi belgilar kuzatildi. Polideks preparatini qo'llash bilan o'tkazilgan davodan keyin MDA/KA nisbati 53,5 % ga pasaygan (ADda - 30,8 %ga).

Polideks preparatini qo'llash ADga qaraganda katta darajada zardobda o'rtacha massali molekulalar darajasini kamaytirgan hamda I guruhdagi bemorlarning natijalariga qaraganda katta farqni ko'rsatgan: polideksni qo'llash natijasida O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyasi mos ravishda 29,4 % va 28,8 % ga pasaygan ($R_1 < 0,05$). Polideks qo'llanilgandan keyin OBK ADdagi o'xshash ko'rsatkichdan 4,39%ga oshgan, qaysikim bilvosita oqsil degradatsiyasi jarayonlarining sekinlashuvidan dalolat beradi.

Burun bo'shlig'ida o'smalarning qaytalanishi mazkur guruhda 4 nafar (16,0 %) bemorda qayd etilgan.

Yuqoridagilardan ko'rinib turibdiki, umumiy holat va klinik simptomlarni maksimal darajada yaxshilash, shuningdek, biokimyoviy ko'rsatkichlarni normal ko'rsatkichlarga qadar tiklash uchun burun bo'shlig'idagi xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni davolashda qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi. 6 oydan keyin nazorat tekshiruvida bemorlar shilliq qavatning quruqligi va ba'zida burundan qon ketishiga shikoyat qilishgan.

IV BOB. BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR OSMALARIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAXOLASH.

§4.1. Burun bo'shlig'ida xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni davolashda arpabodiyon efir moyining samaradorligi

Burun bo'shlig'idagi xavfsiz qon tomir o'smalarini davolashda an'anaviy terapiya va polideksdan foydalanishning samarasizligi ushbu patologiyani davolashda boshqa yondashuvlarni izlashga undaydi. Ushbu maqsadda III guruh bemorlarini davolashga arpabodiyon efir moyi kiritildi (arpabodiyonning efir moyi yuqori konsentratsiyali bo'lgani uchun tashuvchi moy - ushbu holatda achchiq bodom yog'i bilan aralashtirildi).

Preparat an'anaviy davolash fonida endonazal tarzda kuniga 3 mahal o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlashdan 1 hafta oldin va operatsiyadan keyin 2 hafta mobaynida shunday dozada qo'llanilgan.

Mazkur guruhda o'sma tufayli 17 nafar (60,7%) bemor mahalliy anesteziya, 11 nafari (39,3%) esa umumiy narkoz ostida operativ davolanilgan.

AD fonida arpabodiyon moyining ekstraktini qabul qilgan B guruh bemorlarida operatsiyadan keyin davr qoniqarli o'tgan, shuningdek yaralarning tezroq bitishi, po'stloqning sezilarsiz darajada hosil bo'lishi qayd etilgan, burun bo'shlig'ining o'z-o'zidan tozalanishi anchagina tezroq kuzatilgan, mazkur holat esa tez sog'ayishdan tashqari, tiklanish davrini yengilroq o'tkazishga olib kelgan.

B kichik guruh bemorlarida saxarin testining natijalari me'yoriy chegaralar doirasida bo'lgan.

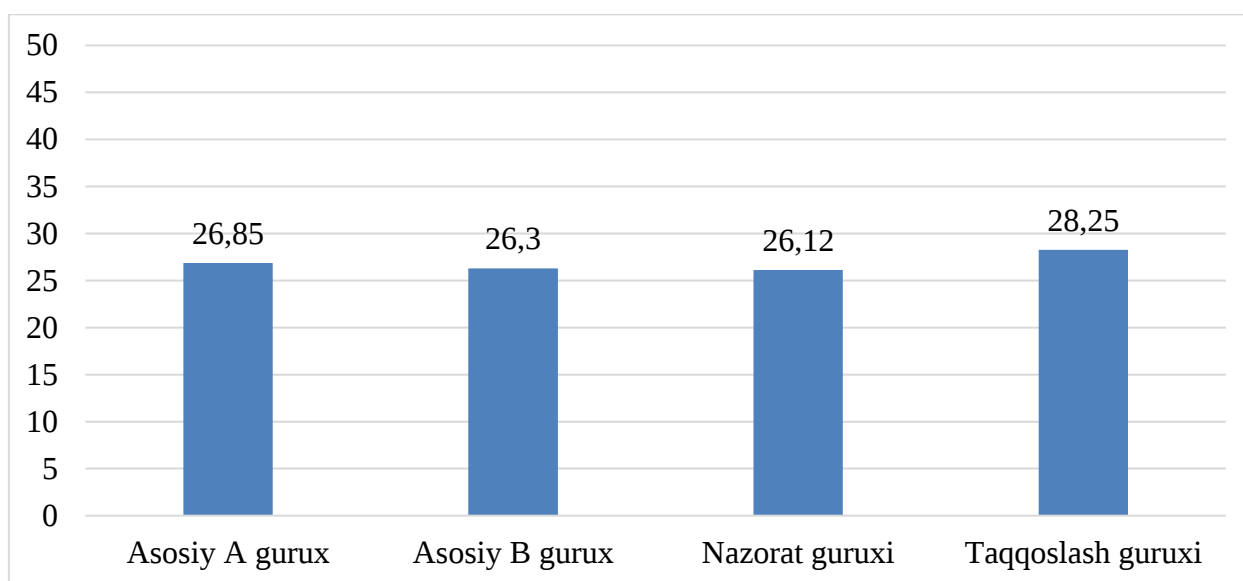
17-jadval.

Operatsiyadan keyingi davrda B kichik guruhidagi bemorlarda saxarin testining natijalari

Ko'rsatkich	Operatsiyadan oldin		Operatsiyadan keyin 10 kun o'tgach		Operatsiyadan keyin 1 oy o'tgach	
	M	m	M	m	M	m

MIQT	19,00	0,56	17,00	1	0,42	16,00	0,40
------	-------	------	-------	---	------	-------	------

17-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, burun bo‘shlig‘i shilliq pardasining transport funksiyasi barcha tekshiriluvchidan zaiflashgan. Jarrohlik aralashuvidan oldin mazkur funksiyaning o‘rtacha ko‘rsatkichlari guruhlar o‘rtasida katta farq qilmagan ($r > 0,05$), ammo me‘yoriy qiymatlardan ishonchli tarzda yuqori bo‘lgan ($r < 0,0001$). Bemorlarning aksariyat qismida (65%) burun bo‘shlig‘i shilliq pardasining transport funksiyasi buzilishini ikkinchi darajasi, 23,33%ida birinchi darajasi, 11,66%ida esa uchinchi darajasi kuzatilgan. Operatsiyadan oldin burun bo‘shlig‘i shilliq pardasining ajratish funksiyasi tekshiruvlarining natijalari 4.1-rasmda keltirilgan.



11-rasm. Operatsiyadan oldin burun shilliq pardasining transport funksiyasi tekshiruvining natijalari.

Shunday qilib, A, B kichik guruhlar, nazorat va taqqoslash guruhlaridagi bemorlarda operatsiyadan oldin burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining holatini biz tadqiq etgan barcha mezonlarning ko‘rsatkichlari statistik jihatdan katta farq qilmagan, ammo ular me‘yordan og‘ishlarga ega bo‘lgan.

Shunday qilib, VASh ma‘lumotlariga ko‘ra, burun to‘sig‘i qiyshayishining klinik ko‘rinishini deyarli bir xil darajasi, shuningdek, turli guruhlardagi bemorlarda operatsiyadan oldin nazal obstruksiyaning ifodalanganligi barcha guruhlarda jarrohlik aralashuvining hajmini belgilab berdi, barcha o‘rganilgan bemorlarda burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining bir xildagi dastlabki funksional holati

operatsiyadan keyingi davolash natijalarini talqin qilishda xatoliklarni minimallashtirishga imkon berdi.

18-jadval

Davolashdan oldin va keyin 1 B kichik guruh bemorlaridagi (AD+polideks+ arpabodiyon ekstrakti) klinik belgilar

№	Klinik belgi	Davolashdan oldin N=28	Davolashning 7-kuni N=30 n (28)	Davolashning 14-kuni N=30 n (28)	Davolashning 21-kuni N=30 n (28)
1.	Burundan nafas olishning qiyinlashishi	23 (76,7 %)	15 (50,0 %)	7** (23,3 %)	2*** (6,7 %)
2.	Burundan patologik ajralma ajralishi	15 (50,0 %)	8 (26,7 %)	4** (13,3%)	1*** (3,3 %)
3.	Bosh og‘rig‘i	13 (43,3 %)	6 (20,0 %)	3* (10,0%)	1** (3,3 %)
4.	Burundan qon ketish	25 (83,3 %)	9 (30,1 %)	4** (13,3%)	0 (0%)
5.	Burunda yot jism sezgisi	9 (30,0%)	3 (10,0%)	1** (3,3 %)	0 (0%)
6.	Hid bilishning buzilishi	14 (46,7%)	7 (23,3%)	2** (6,7 %)	0 (0%)
7.	Umumiy intoksikatsiya	30 (100,0%)	25 (83,3%)	19** (63,3%)	12** (40,0%)
Izoh: *- $p < 0.05$, **- $p < 0.01$.					

O'zgaruvchilarni solishtirish uchun x2 va Fisher mezonlari qo'llanildi.

Burun bo'shlig'i shilliq qavatining ajratish funksiyasini o'rtacha ko'rsatkichlari barcha bemorlarda operatsiyadan oldin me'yordan pastroq bo'lgan ($r>0,05$). Tekshirilayotganlarning aksariyatida (23,33%) mazkur funktsiya buzilishini ikkinchi darajasi, 23,33%ida birinchi darajasi, 10,0%ida esa uchinchi darajasi tashxisot etilgan. Operatsiyadan oldin burun bo'shlig'i shilliq qavatining so'rilish funksiyasini tekshirish barcha guruhdagi bemorlarda ushbu funktsiyaning zaiflashganligini ko'rsatdi.

19-jadval

Transport funksiyasi o'rtacha ko'rsatkichlarining buzilish darajasiga ko'ra taqsimlanishi

	Kishilar soni (% va mutloq sonlarda)		
	Buzilish darajasi		
Bemorlar guruhlari	1-daraja (16-19 daqiqa)	2 -daraja (19-21 daqiqa)	3 -daraja (21 daqiqadan ko'p)
A kichik guruhi	23,33%	66,67%	10%
B kichik guruhi	23,33%	60,0%	16,67%
asosiy	20,0%	73,33%	6,67%

17,19 -jadvallardan ko'rinib turibdiki, burun bo'shlig'i shilliq qavatining transport funksiyasi barcha tekshirilgan bemorlarda zaiflashgan. Jarrohlik aralashuvidan oldin mazkur funktsiyaning o'rtacha ko'rsatkichlari guruhlar orasida katta farq qilmagan ($r>0,05$), ammo me'yoriy qiymatlardan ishonchli tarzda yuqori bo'lgan ($r<0,0001$). Tekshirilgan bemorlarning katta qismida (65%) burun bo'shlig'i shilliq pardasining transport funksiyasi buzilishini ikkinchi darajasi, 23,33%ida birinchi darajasi, 11,66%ida esa uchinchi darajasi kuzatilgan.

Shunday qilib, A, B kichik guruhlar va asosiy guruhdagi bemorlarda operatsiyadan oldin burun bo'shlig'i shilliq qavatining holatini biz tadqiq etgan barcha mezonlarning ko'rsatkichlari statistik jihatdan katta farq qilmagan, ammo

ular me'yordan og'ishlarga ega bo'lgan. VASh ma'lumotlariga ko'ra, burun to'sig'i qiyshayishining klinik ko'rinishini deyarli bir xil darajasi, shuningdek, turli guruhlardagi bemorlarda operatsiyadan oldin nazal obstruksiyaning ifodalanganligi barcha guruhlarda jarrohlik aralashuvining hajmini belgilab berdi, barcha o'rganilgan bemorlarda burun bo'shlig'i shilliq qavatining bir xildagi dastlabki funksional holati operatsiyadan keyingi davolash natijalarini talqin qilishda xatoliklarni minimallashtirishga imkon berdi.

Burun bo'shlig'i shilliq qavatining ajratish funksiyasini o'rtacha ko'rsatkichlari barcha bemorlarda operatsiyadan oldin me'yordan pastroq bo'lgan ($r > 0,05$). Tekshirilayotganlarning aksariyatida (23,33%) mazkur funksiya buzilishini ikkinchi darajasi, 23,33%ida birinchi darajasi, 10,0%ida esa uchinchi darajasi tashxisot etilgan. Operatsiyadan oldin burun bo'shlig'i shilliq qavatining so'rilish funksiyasini tekshirish barcha guruhdagi bemorlarda ushbu funksiyaning zaiflashganligini ko'rsatdi.

Davolashdan oldin 1 B guruh bemorlaridan 10 nafarida (40 %) KT, 8 nafarida (32 %) MRT o'tkazilgan. Barchalarida (100%) musbat natijalar qayd etilgan. Davolashdan keyin III guruh bemorlarida BB normal mikrobiotsenozi tiklangan. Rentgenologik tasvirga ko'ra, 1 B guruhida davolashdan oldin yallig'lanish jarayonining belgilari 15 nafar (60 %) bemorda aniqlangan, davolashdan keyin ular qayd etilmagan. Davolashdan oldin endoskopiya orqali 13 nafar (52%) bemorda o'sma belgilari aniqlangan, operatsiyadan keyingi davrda mazkur o'zgarishlar barcha (100 %) bemorda regressiyaga uchragan.

Arpabodiyon efir moyini Polideks preparati bilan birgalikda burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalarini an'anaviy davolash fonida qo'llash bilan LPO reaksiyalari katta darajada ingibirlangan va qon zardobida endotoksikoz gidrofil komponentlari konsentratsiyasini nazorat qiymatlarigacha kamaytirgan (4.6-jadval).

Arpabodiyon efir moyi ta'sirida MDA tarkibi 42,6%ga kamaygan, uning qiymati polideks qo'llanilgandan keyingi kattalikdan sezilarli farq qilmagan ($R > 0,05$) va standart davolashdagi ko'rsatkichning 79,6 %ini tashkil etgan ($R < 0,05$).

Arpabodiyon efir moyini qo'llash fonida zardobdagi katalaza faolligi 60,0 % ga oshgan, ya'ni polideks preparati bilan an'anaviy terapiyadan so'ng 173,3 va 70,8 dan yuqoriroq bo'lgan.

20-jadval

Davolashdan oldin va keyin asosiy A guruh (AD+polideks+ arpabodiyon ekstrakti) bemorlarida endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Davolashdan oldin (n=28)	Davolashning 7-kuni (n=28)	Davolashning 14-kuni (n=28)	Davolashning 21-kuni (n=28)
MDA, mkmol/l	6,54±1,42	5,88±1,78	5,21±1,73*	4,35±1,42***
KA, mkkat/sek·l	0,26±0,06	0,36±0,10	0,40±0,13**	0,59±0,16***
O'MM ₂₅₄ , sh.b.	0,59±0,12	0,49±0,09*	0,42±0,10**	0,38±0,11**
O'MM ₂₈₀ , sh.b.	0,48±0,08	0,41±0,05	0,36±0,05*	0,30±0,06**
OBK, sh.b.	0,89±0,18	0,95±0,11	1,01±0,12	1,07±0,12*
MDA/KA, sh.b.	25,1±4,2	16,3±1,69	11,83±1,52*	7,37±0,95**
Izoh: *-p<0.05, **- p<0.01, ***- p<0.001. <i>O'zgaruvchi guruhlarni solishtirish uchun Uilkokson mezoni qo'llanilgan.</i>				

Preparatning sezilarli antioksidant ta'sirini MDA/KA nisbatining 80,4 %ga kamayganligi ko'rsatgan, qaysikim an'anaviy davo va polideks preparati qo'llanilgandan ko'ra sezilarli darajada kattaroq bo'lgan.

Arpabodiyon moyi ekstrakti O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyasini mos ravishda 45,0 va 35,5 % ga pasaytirgan. Agar ushbu samarani polideks qo'llanilgani bilan taqqoslanilsa, standart davolashga qaraganda O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ mos ravishda 63,6 va 72,5 %ga teng bo'lgan; OBK esa 18,2%ni tashkil etgan, mazkur holat esa uni sog'lom guruhdagi ko'rsatkichlarga yaqinlashtirgan. O'smaning qaytalanishi aniqlanmagan.

Shunday qilib, burun bo'shlig'ida xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni dvolashda arpabodiyon efir moyining qo'llanilishi endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlarini maksimal darajada nazorat guruhiga yaqinlashtirdi.

Biz arxapodiyon efir moyini an'anaviy davolash fonida qo'llash samaradorligini ko'rsatadigan bemorni kuzatish misolini keltiramiz.

3-klinik kuzatuv. 564/17-raqamli kasallik tarixidan ko'chirma.

Bemor A. 30 yoshda, 01.04.2020 yilda SamMI klinikasi Otorinolariningologiya bo'limiga burundan nafas olishning qiyinlashishi, burundan qon ketish, o'ng tomondan hid bilishning buzilishi va bosh og'rig'iga shikoyatlar bilan qabul qilindi.

Anamnezidan: o'zini 1 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Kasalligini hech narsa bilan bog'lamaydi. Kasallik belgilari asta-sekin paydo bo'lgan. Burundan qon ketishi tufayli bir necha marta konservativ davolangan, ammo samarasi bo'lmagan. Keyingi tekshiruv va davolash uchun SamMI klinikasiga yuborilgan.

Ob'ektiv ko'rikda: yuzi simmetrik, burun va atrof to'qimalar palpatsiyasi og'riqsiz.

Rinoskopiya: BB shilliq pardalari o'ng tomondan giperemiyalangan, shishgan. O'ng burun bo'shlig'i toraygan, pastki chig'anoq kattalashgan, burun to'sig'ida yuzasi notekis, to'q rangli, yumshoq konsistensiyaga ega hosila aniqlanadi, teginganda osongina qonaydi, pastki burun yo'lida shilliq-yiringli ajralma qayd etiladi, nafas olish qiyinlashgan. Orqa rinoskopiya - burunhalqum gumbazida o'ng tomondan pastki burun chig'anog'ining gipertrofiyalangan orqa uchi ko'rinadi, o'sma aniqlanmagan.

Faringoskopiya – tomoqning shilliq pardasi giperemiyalangan, halqumning orqa devori bo'ylab shilliq-yiringli ajralma kuzatiladi.

Otoskopiya patologik belgilar aniqlanmagan.

Rentgenografiya: burun-peshona va burun-iyak proeksiyalarida o'ng tomondan burun bo'shlig'ida soya aniqlanadi.

Biopsiya: Kapillyar gemangioma.

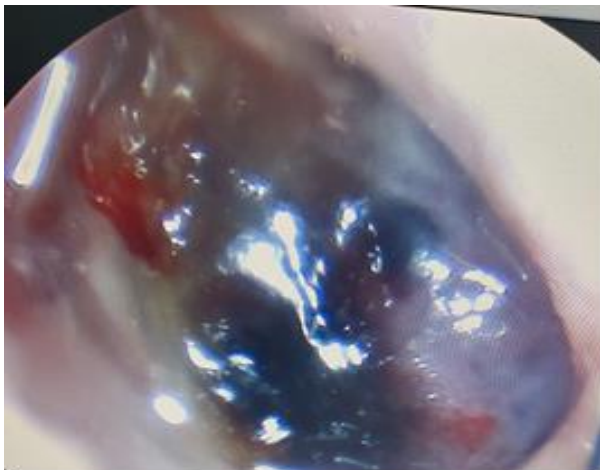
Qonning umumiy tahlili: Hb - 82; erit. – 3,1; RK – 0,9; leyk. – 10,3; EChT – 19mm/s; Suxarev bo'yicha qon ivishi: boshl. – 2,3; tugashi – 4,0; tromb – 195; eoz – 6; neyt: tayoqcha yad – 4; segm.yad – 76; limf – 53; mono – 9. EKG: patologiyasiz.

Biokimyoviy tekshiruv: MDA - 6,53 mkmol/l, Katalaza – 0,28 mkkat/sek·l, O‘MM₂₅₄ - 0,53 sh.b., O‘MM₂₈₀ – 0,46 sh.b., OBK – 0,86 sh.b., MDA/KA – 22,49 sh.b.

Klinik tashxis: O‘ng tomondan burun bo‘shlig‘ining kapillyar gemangiomasi.

Davolash: mahalliy og‘riqsizlantirish ostida o‘sma endonazal tarzda olib tashlangan.

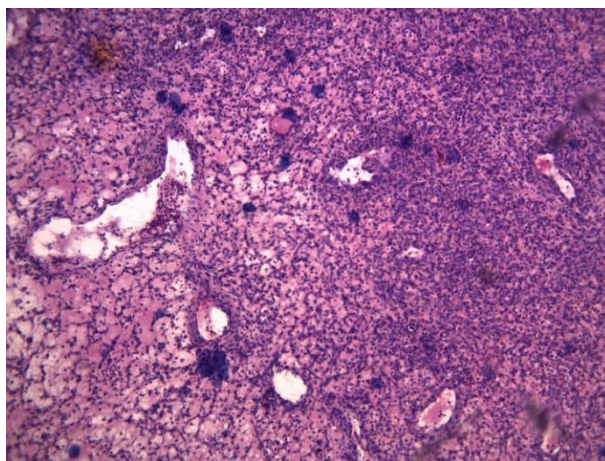
Operatsiyadan keyingi davrda an‘anaviy davolash fonida arpabodiyon efir moyi endonazal tarzda operatsiyadan oldin 1 hafta mobaynida kuniga 3 mahal va o‘smanni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlagandan so‘ng 2 hafta mobaynida xuddi shunday dozada buyurilgan. Operatsiyadan keyingi davr ravon kechgan.



12-rasm. O‘ng tomondan burun bo‘shlig‘i qon tomir o‘smasining endotasviri

Operatsiyadan keyin 3-kunda bemor qoniqli ahvolda uyiga javob berilgan. Gistologik tashxis: Kapillyar gemangioma yallig‘lanish-hujayraviy infiltratsiya bilan (3.2-rasmga qar.).

Bir oydan keyin nazorat tekshiruvda bemor shikoyat qilmagan, burundan nafas olish tiklangan.



13-rasm. Kapillyar gemangioma yallig‘lanish-hujayraviy infiltratsiya bilan

Biokimyoviy tekshiruv: MDA - 3,711 mkmol/l, Katalaza – 0,820 mkkat/sek·l, O‘MM₂₅₄ - 0,276 sh.b., O‘MM₂₈₀ – 0,289 sh.b., OBK – 1,052 sh.b., MDA/KA – 4,557 sh.b.



14-rasm. Davolashdan keyin 10 kun o‘tgach burun bo‘shlig‘i endotasviri

6 oydan keyin nazorat tekshiruvida bemor shikoyat qilmagan, o‘smaning qaytalanishi mavjud emas.

Detoksikatsiyalovchi, antioksidant, yallig‘lanishga qarshi, antiseptik, isitmani tushiruvchi, spazmolitik, dezinfeksiyalovchi, regeneratsiya qiluvchi, qaytalanishga qarshi ta’sirga ega bo‘lgan arpabodiyon efir moyi an’anaviy davolashning antimikobakterial ta’sirini kuchaytirgan va operatsion jarohatlarni tezroq bitishida, qo‘zg‘atuvchini yo‘qotishda, intoksikatsiyaning yo‘qolishi va immunitetning tiklanishida namoyon bo‘lgan.

Arpabodiyon efir moyini AD bilan birgalikda qo'llash klinik simptomlarning ijobiy dinamikasini keltirib chiqargan va endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlarining nazorat qiymatlarigacha tiklanishiga olib kelgan: burundan qon ketish va hid bilishning buzilishi faqat 1 ta (4%) holatda kuzatilgan, ortgan MDA 42,6% ga kamaygan, KA 60,0% ga oshgan, MDA/KA nisbati 80,4% ga kamaygan, ushbu holat ularni normal ko'rsatkichlardan ajratmagan. Arpabodiyon efir moyi O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyasini mos ravishda 45,0% va 35,5% ga kamaytirgan. Agar ushbu ta'sirni polideks qo'llanilishi bilan solishtirilsa, standart davoga nisbatan O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ mos ravishda 63,6 va 72,5 %ga tenglashgan, OBK esa 18,2 %ni tashkil etgan, ushbu holat uni sog'lom guruhdagi ko'rsatkichlarga yaqinlashtirgan.

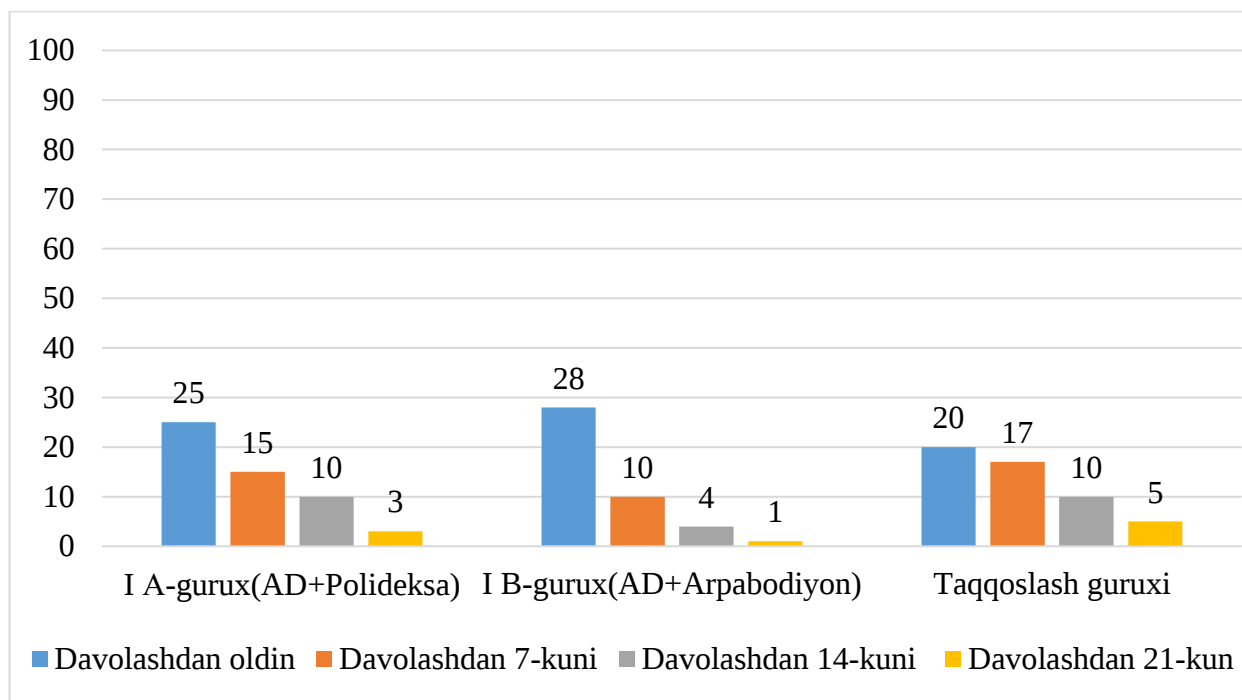
Shunday qilib, burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlar uchun davolash chora-tadbirlar majmuasiga arpabodiyonning efir moyini kiritish ijobiy natijalar berishini, qaysikim, o'z navbatida, ushbu toifadagi bemorlarning hayot sifatini yaxshilashini va amaliy otorinolaringologiyada xavfsiz qo'llash uchun tavsiya etilishi mumkinligini ta'kidlash joiz.

§4.2 Burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarni davolash samaradorligining qiyosiy tahlili

Tadqiqot guruhlar o'rtasida 21 kun davomida davolashdan oldin va keyin burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarda klinik belgilar ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlilini o'tkazdik. Natijalar tahliliga ko'ra, taqqoslanadigan guruhlar o'rtasida davolashdan oldin uchrash chastotasida burundan nafas olishning qiyinlashishi kuzatilmagan ($r > 0,05$) (15-rasm).

Davolashdan keyin 7-kuni faqat I guruh bemorlarida (AD + polideks) ushbu ko'rsatkichning 33,3% gacha statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi qayd etilgan ($r < 0,05$). Asosiy guruh va taqqoslash guruhida ham ushbu belgi chastotasining pasayishi kuzatilgan, ammo statistik jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashdan keyin 14-kuni barcha guruhlarda burundan nafas olishning qiyinlashuvi holati sezilarli darajada kamaygan. 1 B guruh bemorlarida mazkur belgi faqat 10.0% bemorda kuzatilgan ($p < 0.05$). 1 A guruh va taqqoslash guruhida ushbu ko'rsatkich mos ravishda 23.3% ($p < 0.05$) va 33.3% ($p < 0.05$)ni

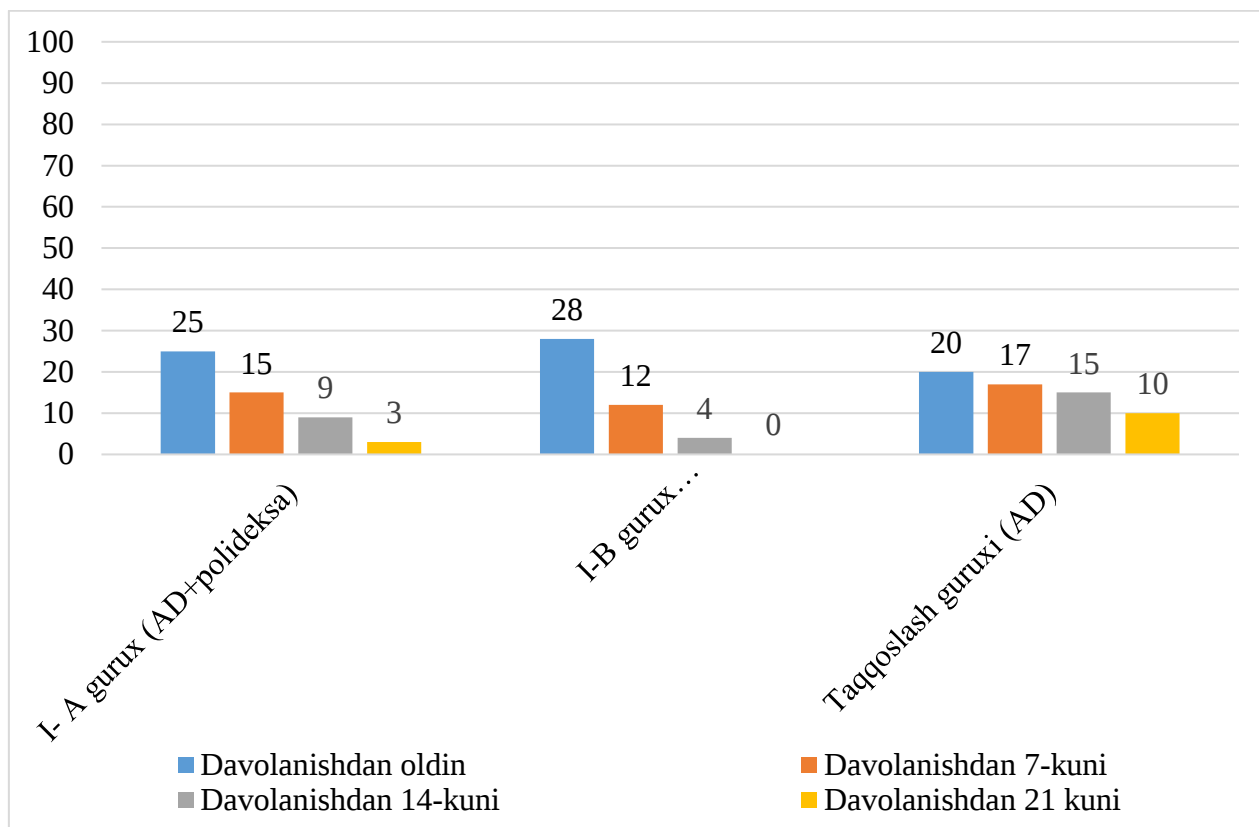
tashkil etgan. Davolashdan keyin 21-kuni barcha guruhlarda burundan nafas olishning qiyinlashuvi holati sezilarli darajada kamaygan. 1- guruh bemorlarida ushbu belgi faqatgina 1 nafar (3,3%, $p<0.01$) bemorda kuzatilgan. 1 A guruh va taqqoslash guruhida ushbu ko'rsatkich davolashning 21 -kunida mos ravishda 6.7% ($p<0.01$) va 12.1% ($p<0.01$) ni tashkil etgan (4.1-rasm).



15-rasm. Davolashdan oldin va keyin BBXQTH mavjud bo'lgan bemorlarda burundan nafas olish qiyinlashuvining uchrash chastotasi.

So'ngra tadqiqot guruhlarida o'rtasida davolashdan oldin va keyin burun bo'shlig'ining xavfsiz qon tomir o'smalari mavjud bo'lgan bemorlarda burundan patologik ajralma ajralishining qiyosiy tahlilini o'tkazdik. Natijalar tahliliga ko'ra, davolashdan oldin solishtirilgan guruhlar o'rtasida burundan patologik ajralma ajralishining uchrash chastotasi kuzatilmagan ($r>0,05$) (16-rasm). Davolashdan keyin 7-kuni I A va B guruhidagi bemorlarda ushbu ko'rsatkich mos ravishda 16,7% va 26,7% gacha statistik jihatdan sezilarli darajada pasaygan ($r<0,05$). Taqqoslash guruhida ham ushbu belgi chastotasining pasayishi kuzatilgan, ammo statistik jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashdan keyin 14-kuni barcha guruhlarda burundan patologik ajralma ajralishi chastotasining sezilarli darajada pasayishi kuzatilgan. I A guruh bemorlarida ushbu belgi faqat 6,7% bemorda kuzatilgan va tadqiq etilayotgan guruhlar o'rtasida eng yaxshi ko'rsatkichni tashkil

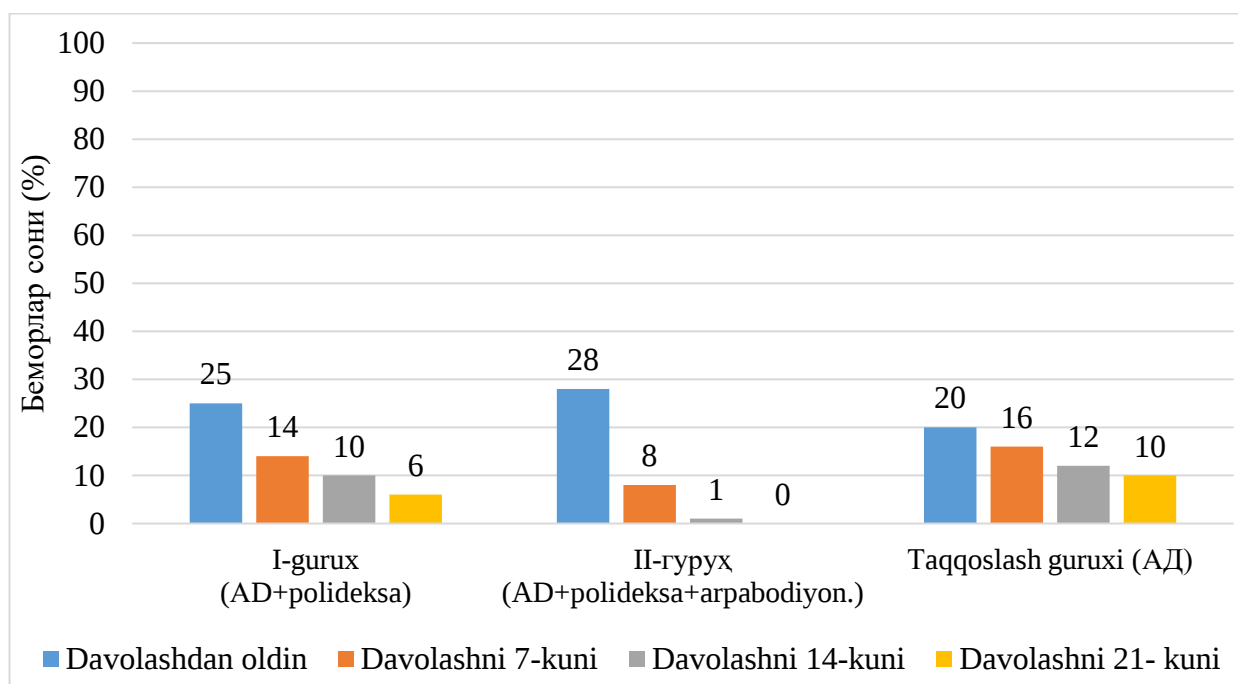
etgan ($p < 0.001$). I B guruh va taqqoslash guruhida ushbu ko'rsatkich mos ravishda 13.3% ($p < 0.01$) va 27.3% ni tashkil etgan ($p < 0.05$). Davolashdan keyin 21-kuni barcha guruhlarda burundan nafas olish qiyinlashuvi chastotasining sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan. I guruh bemorlarida mazkur belgi kuzatilmagan. II guruh va taqqoslash guruhida davolashning 21-kuni ushbu ko'rsatkich mos ravishda 3.3% ($p < 0.001$) va 9.1% ($p < 0.01$) ni tashkil etgan (16-rasm).



16-rasm. Davolashdan oldin va keyin BBXQTH mavjud bo'lgan bemorlarda burundan patologik ajralma ajralishining uchrash chastotasi

Shuningdek biz tadqiqot guruhlarida o'rtasida davolashdan oldin va keyin bemorlarda burundan qon ketishining uchrashini qiyosiy tahlilini o'tkazdik. Davolashdan oldin solishtirilgan guruhlar o'rtasida burundan qon ketishining uchrash chastotasida statistik farqlar kuzatilmagan ($p > 0.05$) (16-rasm). Davolashdan keyin 7-kuni barcha tadqiq etilgan guruhlarda burundan qon ketishining mos ravishda 23.3%, 30,1% va 39,4% gacha statistik jihatdan sezilarli darajada kamayganligi kuzatilgan ($r < 0,05$). I A va I B guruhlar bilan taqqoslash guruhidagi bemorlarda burundan qon ketishining kamayish kattaligi sezilarli darajada bo'lgan. Davolashdan keyin 14-kuni asosiy guruhda burundan qon ketishi chastotasining mos

ravishda 10% va 13,3% gacha sezilarli darajada pasayishi kuzatilgan, qaysikim taqqoslash guruhidagi ko'rsatkichdan anchagina yaxshiroq ($p<0.001$). I A guruhda mazkur ko'rsatkich 27.3%ni tashkil etgan ($p<0.01$).



17-rasm. Davolashdan oldin va keyin BBXQTH mavjud bo'lgan bemorlarda burundan qon ketishining uchrash chastotasi.

Davolashdan keyin 21-kuni barcha guruhlarda burundan qon ketishi chastotasining sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan. I guruh bemorlarida mazkur belgi 1 nafar (3,3%) bemorda qayd etilgan. I guruh va taqqoslash guruhida davolashning 21-kuni ushbu ko'rsatkich mos ravishda 3.3% ($p<0.01$) va 18,2% ($p<0.01$) ni tashkil etgan (17-rasm).

Qiyosiy klinik va instrumental tekshiruvlar bilan bir qatorda, biz davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida endotoksikoz parametrlarining holatini o'rgandik. Davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida malondialdegidning (MDA) o'rtacha arifmetik qiymatining qiyosiy tahlilini o'tkazdik (18-rasm).

Davolashdan oldin MDA qiymatlarini solishtirganda, tadqiq etilgan guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar topilmagan ($r>0,05$). Davolashning 7-kunida faqat I guruh bemorlarida (AD+Polideks) MDA o'rtacha qiymatida statistik jihatdan sezilarli yaxshilanish kuzatilgan - $5,61\pm 1,13$ mkmol/l ($r<0,05$). II guruh va taqqoslash guruhida ham MDA qiymatining pasayishi kuzatilgan, ammo statistik

jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashdan keyin 14-kuni I va II guruhlardagi bemorlarda MDA qiymatining sezilarli pasayishi kuzatilgan. Taqqoslash guruhidagi (AD) MDA ning o'rtacha qiymati davolashdan oldingi ko'rsatkichdan statistik jihatdan farq qilmagan. Davolashdan keyin 21-kuni barcha guruhlar qon zardobida MDA darajasining sezilarli pasayishi kuzatilgan. 21-kuni, barcha guruhlarda MDA ko'rsatkichida sezilarli yaxshilanish kuzatilganiga qaramasdan, nazorat guruhidagi sog'lom shaxslarning ko'rsatkichlariga nisbatan ushbu ko'rsatkich faqat an'anaviy davoni qabul qilgan bemorlarda sezilarli darajada yuqori bo'lgan ($r < 0,05$) va asosiy guruhdagi bemorlarning ko'rsatkichlaridan statistik jihatdan farq qilmagan.

II guruh va taqqoslash guruhidagi (AD) KAning o'rtacha qiymati davolashdan oldingi tegishli qiymatlardan statistik jihatdan farq qilmagan. Davolashning 21-kunida barcha guruhlar qon zardobida KA darajasining sezilarli darajada oshishi kuzatilgan. Barcha guruhlarda KA ko'rsatkichida sezilarli yaxshilanish kuzatilganiga qaramasdan, nazorat guruhidagi sog'lom shaxslar ko'rsatkichlari bilan solishtirganda, KA darajasida eng sezilarli yaxshilanish faqat I va II guruhlarda qayd etilgan.

Davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida o'rtacha massali 254 ($O'MM_{254}$) molekulalarning o'rtacha arifmetik qiymatini qiyosiy tahlili 4.9-rasmda keltirilgan. Davolashdan oldin $O'MM_{254}$ qiymatini solishtirganda, tadqiq etilgan guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar topilmagan ($r > 0,05$). Davolashning 7-kunida ham bemorlarning tadqiqot guruhlarida davolashdan oldingi ko'rsatkichlar bilan solishtirilganda statistik jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashning 14-kunida faqat I va II guruh bemorlarida $O'MM_{254}$ ning sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan ($p < 0,05$). Taqqoslash guruhidagi (AD) $O'MM_{254}$ ning o'rtacha qiymati davolashdan oldingi tegishli ko'rsatkichlardan statistik jihatdan farq qilmagan. Davolashning 21-kuni, xuddi shunday, $O'MM_{254}$ qiymatining sezilarli pasayishi faqat I va II guruhlardagi bemorlarda kuzatilgan ($r < 0,01$). An'anaviy davoni qabul qilgan bemorlar guruhida (taqqoslash guruhi) davolashning 21-kunida $O'MM_{254}$ o'rtacha qiymati ham davolashdan oldingi

ko'rsatkichdan statistik jihatdan farq qilmagan ($r>0,05$). 18-rasmdan ko'rinib turibdiki, davolashning tegishli davridan so'ng, kombinirlangan terapiyani qabul qilgan I va II guruh bemorlarida eng sezilarli yaxshilanish kuzatilgan.

So'ngra biz davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida o'rtacha massali 280 ($O'MM_{280}$) molekulalarning o'rtacha arifmetik qiymatini qiyosiy tahlilini o'tkazdik (4.10-rasm). Davolashdan oldin $O'MM_{280}$ qiymatini solishtirganda, tadqiq etilgan guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar topilmagan ($r>0,05$). Davolashning 7-kunida ham bemorlarning tadqiqot guruhlarida davolashdan oldingi ko'rsatkichlar bilan solishtirilganda statistik jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashning 14-kunida faqat I va II guruh bemorlarida $O'MM_{280}$ ning sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan ($p<0.05$). Taqqoslash guruhidagi (AD) $O'MM_{280}$ ning o'rtacha qiymati davolashdan oldingi tegishli ko'rsatkichlardan statistik jihatdan farq qilmagan. Davolashning 21-kuni faqat I va II guruhlardagi bemorlarda $O'MM_{280}$ qiymatining sezilarli pasayishi kuzatilgan ($r<0,01$). An'anaviy davoni qabul qilgan bemorlar guruhida (taqqoslash guruhi) davolashning 21-kunida $O'MM_{280}$ o'rtacha qiymati ham davolashdan oldingi ko'rsatkichdan statistik jihatdan farq qilmagan ($r>0,05$). Polideks preparati va arpabodiyon ekstrakti bilan kombinirlangan terapiyani qabul qilgan bemorlarda eng sezilarli yaxshilanish kuzatilgan.

Keyin biz davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida OBning o'rtacha arifmetik qiymatini qiyosiy tahlilini o'tkazdik. Davolashdan oldin KUB qiymatini solishtirganda, tadqiq etilgan guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar topilmagan ($r>0,05$). Davolashning 7- va 14-kunlari faqatgina I guruh (AD+polideks) bemorlarida OBK o'rtacha qiymatining mos ravishda $0,99\pm0,10$ sh.b. va $1,06\pm0,13$ sh.b. gacha statistik jihatdan sezilarli darajada yaxshilanganligi kuzatilgan ($p<0.05$). Ikkinchi guruh va taqqoslash guruhida (AD) OBKning o'rtacha qiymati davolashdan oldingi tegishli ko'rsatkichlardan statistik jihatdan farq qilmagan. Davolashning 21-kuni barcha guruhlarda OBK qiymatining mos ravishda $1,13\pm0,11$ sh.b., $1,07\pm0,12$ sh.b. va $1,01\pm0,08$ sh.b. gacha sezilarli darajada ortganligi kuzatilgan ($p<0.01$). Polideks preparati va arpabodiyon ekstrakti bilan

kombinirlangan terapiyani qabul qilgan bemorlarda ushbu ko'rsatkichning eng sezilarli yaxshilanishi kuzatilgan.

Biz davolashdan oldin va keyin tadqiqot guruhlarida MDA/KA nisbatining o'rtacha arifmetik qiymatini qiyosiy tahlilini o'tkazdik (19-rasm). Davolashdan oldin MDA/KA qiymatini tadqiq etilgan guruhlar o'rtasida solishtirganda, statistik jihatdan muhim farqlar topilmagan ($r > 0,05$). Davolashning 7-kunida faqat I guruh bemorlarida (AD+Polideks) MDA/KA o'rtacha qiymatida statistik jihatdan sezilarli yaxshilanish kuzatilgan ($r < 0,05$). II guruh va taqqoslash guruhida ham MDA qiymatining pasayishi kuzatilgan, ammo statistik jihatdan muhim o'zgarishlar aniqlanmagan. Davolashning 14-kuni MDA/KA qiymatining sezilarli pasayishi II guruhdagi bemorlarda kuzatilgan. Taqqoslash guruhida (AD) MDA/KA qiymatida sezilarli o'zgarishlar kuzatilmagan. Davolashdan keyin 21-kuni barcha guruhlarda MDA/KA ko'rsatkichining sezilarli pasayishi kuzatilgan.

21-kuni, barcha guruhlarda MDA/KA ko'rsatkichida sezilarli yaxshilanish kuzatilganiga qaramasdan, nazorat guruhidagi sog'lom shaxslarning ko'rsatkichlariga nisbatan ushbu ko'rsatkich faqat an'anaviy davoni qabul qilgan bemorlarda sezilarli darajada yuqori bo'lgan ($r < 0,05$) hamda I va II guruhdagi bemorlarning ko'rsatkichlaridan statistik jihatdan farq qilmagan.

Shunday qilib, LPO jarayonlari bilan bog'liq endogen intoksikatsiyaning laborator ko'rsatkichlari qo'llaniladigan terapiyaga qarab tadqiq etilgan bemorlar guruhlarida sezilarli darajada farq qilgan. Polideks preparati, shuningdek arpabodiyonning ekstrakti bilan kombinirlangan terapiya endogen intoksikatsiyaning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari operatsiyadan keyingi davrda an'anaviy davolashga qaraganda sezilarli darajada tezroq yaxshilanishiga olib kelgan.

Polideks bilan kombinirlangan davo va an'anaviy davolash usuliga qaraganda AD+arpabodiyon moyi va Polideks preparati bilan kombinirlangan terapiya endogen intoksikatsiyaning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini korreksiya qilishda sezilarli samaradorlikni ifoda etgan.

Asosiy guruhning barcha bemorlariga operatsiyadan keyin burun ajralmasining immunologik tekshiruvi o'tkazildi. Immunologik tekshiruv natijalarining operatsiyagacha bo'lgan ko'rsatkichlari, operatsiyadan keyingi 10 kun va 1 oydan keyingi natijalar bilan solishtirildi. Buning uchun burun bo'shlig'i shilliq qavati tiklanishini aniqlash mumkin bo'ladi. Quyida maqbullashtirilgan usuli yordamida amalga oshirilgan endonazal burun bushlig'i xosilasini olishdan keyingi, nazal ajralmaning qiyosiy immunologik ko'rsatkichlari keltirib o'tilgan.

21-jadval.

Nazorat guruh bemorlarning immunologik ajralmasidagi IgA, IgE ning qiyosiy ko'rsatkichlari.

ko'rsatkichlar	Nazorat guruhi	Operatsiyagacha	10 kun	1oy
IgA	34±5*	24,3±2,6*	29,7±2,7*	35,1±3,5*
IgE	0,07±0,02	0,3±0,05	0,2±0,05	0,1±0,05

*Eslatma-(Xi-kvadrat mezon (r<0,005)*guruhlar o'rtasida statistik ahamiyatli farqlanish aniqlandi.*

Jadval ma'lumotlariga ko'ra, norma bilan solishtirilganda statistik ahamiyatli o'zgarishlar aniqlandi. Ammo asosiy guruhdagi bemorlarda 10 kun davomida fenilefrinli Polideksa vositasi, va arpopodiyon yog'i vositasi bilan kompleks davo o'tkazilganda, operatsiyadan keyingi 1 oy davomida normaga yaqinroq natijalar olindi.

V. XOTIMA

Odamlarda uchraydigan barcha yaxshi sifatli o'smalar orasida, qon tomir o'smalari 1-7% ni tashkil qiladi. Ushbu o'smalar 60-80% hollarda bosh sohasidan o'rin egallaydi. Gemangiomalar uchun, burun bo'shlig'i noodatiy joylashuv o'rni sanalsada, uning barcha o'smalar orasida ulushi 2-3%ni, yaxshi sifatli o'smalar orasida esa - 7% ko'rsatkichni tashkil etadi [1]. Gemangioma barcha yosh guruhlarida uchraydi, bunda bir necha cho'qqilarni alohida ajratib ko'rsatish mumkin: jumladan bolalar va o'smirlarda, reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'proq uchrasa, 40 yoshdan katta bo'lgan guruhda teng taqsimlanish kuzatiladi. Patogeneza oid qator nazariyalari mavjud bo'lib, ko'pincha to'qimalarni travmatik shikastlanishi va gormonal omillar bilan bog'langan holda e'tirof etiladi (homiladorlik, oral kontrasepsiya vositalarini qabul qilish).

Gemangiomalarni ikkita asosiy morfologik tipi farqlanadi: kapillyar va kavernoza (aralash) [1,4,5]. Kapilyar gemangiomalarni uchrash darajasi birmuncha yuqori bo'lib, eng ko'p hollarda ularning joylashuv o'rni burun to'sig'i sanaladi, kavernoza gemangiomalar esa ayni paytda ko'proq burun lateral devorida joylashadi.

Bir tomonlama burundan qon ketishi va burun bitishi kapilyar gemangiomaning birmuncha yaqqol klinik belgilaridan sanaladi. Afsuski, gemangiomalarni qaytalanish ko'rsatkichi 15% gacha yetishi mumkin [6]. LOR-a'zolarining qon tomir o'smalari muammosi o'ta dolzarb sanalib, uni hal qilinishi katta amaliy ahamiyatga ega.

Yuqorida keltirib o'tilgan holat va dalillar shu holatni tasdiqlaydiki, burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalarini diagnostikasi va davosi otorinolaringologiyaning dolzarb muammolaridan sanaladi va har tomonlama izlanishlarni taqozo etadi.

Burun bo'shlig'i gemangiomalari bilan og'rigan bemorlarda kasallik diagnostikasini takomillashtirish va kompleks davo natijalarini oshirish, ishning maqsadi etib belgilab olindi.

Qo'yilgan maqsadga erishish uchun, burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalarining klinik kechuvi va morfologik belgilaridagi o'ziga xosliklarni aniqlash, erta diagnostikani takomillashtirish va operatsiyadan keyingi qon ketishlarni oldini olgan holda burun bo'shlig'i gemangiomalarida kompleks davo natijalarini baholash kerak bo'ladi.

Ishning ilmiy yangiligi qon plazmasida MDA va O'VM to'planishi, MDA/KA nisbati ortishi, shuningdek katalaza faolligi va oqsil barqarorlik koeffitsientining pasayishi sharoitlarida yuzaga keladigan, endotoksikoz ko'rsatkichlaridagi o'zgarishlarni aniqlashdan iborat. Tadqiqot ishida endotoksikoz mezonlarining diagnostik ahamiyati ko'rsatib berilgan. Anis efir moyini kompleks qo'llash asoslab berilgan va burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'malarini davolashda uning samaradorligi isbotlangan. Endotoksikoz ko'rsatkichlarining klinik holatiga anis efir moyining ijobiy antioksidant ta'siri aniqlangan. Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli o'smalari davosi takomillashtirildi.

Ishning amaliy ahamiyati shundaki, anis moyi ekstraktini qo'llagan holda kompleks davo tayinlanishi, qisqa muddatlarda organizm endogen intoksikatsiyasini bartaraf etadi, LPO jarayonlarini tiklaydi va burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigna bemorlarda klinik belgilarni mo'tadillashtiradi. Kompleks davo amaliy tibbiyotda burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlarni davolashda qo'llash uchun tavsiya etildi.

Tekshiruvni amalga oshirish jarayonida barcha bemorlarga umumklinik, endoskopik, funksional, laborator, nurli, morfologik, statistik tekshiruv usullari qo'llanildi.

Tekshirilgan bemorlarda klinik belgilarni baholash bilan bir qatorda, endogen intoksikatsiya jarayonlarini xarakterlovchi bioximiyaviy mezonlar ham o'rganildi.

Klinik belgilar ichida eng erta va ko'p kuzatiladigani 97 % bemorlarda burundan qon ketishi bo'lib, va u har doim bir tomonlama bo'ldi va BBXQTH joylashuv tomoni bilan mos keldi.

Uchrash darajasi bo'yicha burun orqali nafas olish buzilishi ikkinchi o'rinni egalaydi – 83,5% bemorlarda. Barcha bemorlarda burun orqali nafas olish

qiyinlashuvi o'sma joylashgan tomonda kuzatildi va faqatgina 10,1 % hollarda ushbu simptom burunning qarama-qarshi tomonida ham namoyon bo'ldi. BBXQTH bilan og'rigan bemorlarda hid bilish buzilishlari ham ko'p kuzatiladigan belgilardan biri bo'lib, u 48 % hollarda qayd etildi.

Barcha bemorlarda o'sma joylashgan tomonda giposmiya kuzatildi va faqat 14,3 % hollarda ushbu simptom burun bo'shlig'ining qarama-qarshi tomonida ham namoyon bo'ldi. Yopiq manqalik 6,8 % hollarda kuzatildi.

Burun tomonidan yuzaga keluvchi klinik belgilardan tashqari, qo'shni a'zolar tomonidan ham klinik belgilar kuzatilib, bu holat shu bilan izohlanadiki, burun bo'shlig'ining o'sib boruvchi o'smasi burun yon bo'shliqlari tabiiy teshiklarini, ayrim hollarda xoanalar va eshituv naylari teshiklarini berkitib qo'yadi, burun bo'shlig'ining normal aeratsiyasi, shuningdek limfa oqimi buziladi, natijada esa – burun bo'shlig'ida shilliq va ajralmalar to'planib qoladi, quloq tomondan buzilishlar yuzaga keladi. Aksariyat hollarda burun orqali nafas olish qiyinlashuvi erta bosqichlarda bir tomonlama xarakter kasb etdi, keyinchalik esa, o'smani o'sib borishi barobarida ba'zan ikki tomonlama simptomatikaga ham ega bo'ldi.

Barcha keltirib o'tilgan belgilar orasida burunda yot jism sezgisini eng erta kuzatiladigan belgilar qatoriga kiritish mumkin; quloq tomonidan kuzatiladigan belgilardan esa – bitta quloqda shovqin, quloq bitishi va past chastotalarda eshitish pasayishi.

Keltirib o'tilgan klinik belgilar yaxshi sifatli o'smalar uchun qanchalik ahamiyatli va burun bo'shlig'ining boshqa patologiyalaridan farqlab olish uchun asos bo'la oladimi degan savol, amaliy ahamiyat kasb etadi.

Klinik belgilarning tahlili shuni ko'rsatadiki, burunda yot jism hissi, burun orqali nafas olish qiyinligi u yoki bu diagnozni inkor etish uchun asos bo'la olmaydi, ya'ni bu belgilar rakda va ushbu joylashuvga ega bo'lgan yomon sifatli o'smalarda ham kuzatilishi mumkin. Burandan go'sht yuvindisisimon ajralma kelishi nafaqat burun bo'shlig'i yaxshi sifatli o'smalarida, balki yomon sifatli o'smalarda ham kuzatilishi mumkin.

Burun bo'shlig'ining anatomik tuzilishi oldingi rinoskopiya ushbu soha shilliq qavati holatini ko'zdan kechirish imkonini beradi, faqat istisno tariqasida o'smaning burun bo'shlig'i orqa qismlariga qarab o'sish holati bo'lishi mumkin. Ko'pgina hollarda burun bo'shlig'ida ikkilamchi o'zgarishlar – dimlanish alomatlari, shilliq, ba'zan esa yiringli ajralmalarni ko'rish mumkin.

Orqa rinoskopiya tekshiruvi yordamida burun chig'anoqlari orqa oxirlari gipertrofiyasi aniqlandi – 18,6 % bemorlarda; o'sma to'qimasi bilan xoanalarini berkilishi – 8,9 % bemorlarda va burun-xalqum gumbazi yon devori bilan eshituv nayi teshiklarining berkilishi – 4,9 % bemorlarda qayd etildi. Burun-xalqum gumbazida ajralma to'planishi va uni xalqum orqa devori bo'ylab oqib tushishi – 18 (17,6 %) bemorlarda kuzatildi.

Orofaringoskopiya tekshiruvida xalqum orqa devori bo'ylab ajralma oqib tushishi, xalqum shilliq qavatining ta'sirlanishi kuzatilib, buning natijasida bemorlar tomoqdagi og'riq, tirnash, qitiqlanishga shikoyat qilishdi, shuningdek quyidagilar aniqlandi: 18 (26%) bemorlarda – tishlar kariesi, 17 (24,6 %) bemorlarda – surunkali faringit va 8 (13,1 %) bemorda - surunkali tonsillit (ulardan - 3 (37,5 %) oddiy shakli bilan, 5 (7,2 %) esa - toksiko-allergicheskoy shakli I darajasi) aniqlandi. I guruhning 4 (3,9 %) bemorida o'smaning BB tubiga tarqalishi tufayli qattiq va yumshoq tanglay shaklining o'zgarganligi aniqlandi.

Burun bo'shlig'i endoskopiyasi 73 (100 %) bemorga o'tkazildi: BBXQTH bilan og'rigan bemorda davolanishga qadar va undan keyin.

BBXQTH bilan og'rigan 72 (98,2 %) bemorda MSKT tekshiruvi (9 nafar bemor MSKT tekshiruvidan vrach yo'llanmasisiz o'tishdi) va 12 (11,8 %) bemorda MRT tekshiruvi (3 nafari vrach yo'llanmasisiz) o'tkazildi. MSKT va MRT tekshiruvlariga asoslanib barcha tekshirilgan bemorlarda diagnoz tasdiqlandi.

O'sma to'qimasi burun bo'shlig'ining orqa qismlarida joylashgan hollarda va ma'lum bir hajmlarga yetganda orqa rinoskopiya tekshiruvi yetarlicha ma'lumot berdi. Orqa rinoskopiyaning muvaffaqiyatsizligi o'ta yuqori xalqum refleksi, burun-xalqum oldingi-orqa o'lchamlarini kichikligi, shuningdek ushbu anatomik sohaning murakkab tuzilishi va ko'p sonli tuzilmalarga ega ekanligi bilan tushuntiriladi

(gumbaz, orqa, yon devorlar bilan tutash rozenmyullero chuqurchalari, nay yostiqlar, eshituv naylari teshiklari, xoanalar va dimog' suyagi).

Burun bo'shlig'i holati, patologik jarayon xarakterini ko'z bilan baholash maqsadida, 69 holatda fibroendoskopiya qo'llanildi. Uskunaning uncha katta bo'lmagan o'lchamlari, masofaviy boshqarish va tekshiruv vaqtida endoskop distal oxirining yetarlicha egilish imkoniyatlari, shuningdek yorug'lik o'tkazuvchi qismining kichik o'lchamlari fibroskopni burun orqali, va zaruriyat bo'lganda og'iz orqali (yumshoq tanglay ortiga) o'tkazish va yaxshi yoritiganlik va ko'ruv maydoniga ega bo'lish imkonini beradi.

Burun bo'shlig'i endoskopiya oddiy rinoskopiya bilan taqqoslanganda birmuncha keng ma'lumot beradi va qator jiddiy masalalarni hal etadi: patologik jarayon bor-yo'qligi, kichik o'lchamli o'smalarni ko'zdan kechirish, o'smaning o'sish shaklini baholash, yot jismlarni aniqlash, o'sma jarayonini kelib chiqish sohasi va burun bo'shlig'ining turli tuzilmalari va atrofdagi a'zolariga tarqalganligini aniqlash, yaralanish va boshqa mezonlarni aniqlash.

MSKT va MRT tekshiruvlari burun yaxshi sifatli o'smalarini gistologik tuzilishi va rivojlanish bosqichidan kat'iy nazar, eng ko'p ma'lumot bera oluvchi diagnostik usullardan bo'lib chiqdi. 14 nafar bemorda ushbu ikkala tekshiruv bir vaqtni o'zida amalga oshirildi, bu esa kasallik bosqichini eng nozik detallarigacha aniqlash va oldinda turgan operatsiyani puxta rejalashtirish imkonini berdi. Kuzatuvlarimiz ostida bo'lgan bemorlarda o'tkazilgan MSKT va magnit-rezonans tekshiruv ma'lumotlari, butun zararlangan bo'shliqqa nisbatan zararlanish qaysi tomonda ko'proq ekanligi, boshqa burun yon bo'shliqlari jarayon bilan qanchalik qamrab olinganligi, jarayonni qanotsimon-pastki jag' bo'shlig'iga va burun bo'shlig'ining orqa qismlariga tarqalganligini aniqlash masalasida yuqori darajada hal qiluvchi ahamiyatga ega ekanligi ko'zga tashlandi.

Ammo MSKT ma'lumotlarini tahlil qila turib, biz shunday xulosaga keldikki, hozirgi vaqtda ushbu tekshiruv yordamida yaxshi sifatli o'smalarni yomon sifatli o'smalar va o'smasimon kasalliklardan farqlash imkoni yo'q, chunki ushbu o'smalarning kompyuterno-tomografik belgilari muhim farqlanishlarga ega emas.

MSKT va MRT tekshiruvi natijalari tekshirilgan 69 bemorlarning 65 nafarida burun bo'shlig'i fibroendoskopiyasi natijalari, operatsion topilmalar va tasdiqlangan gistologik tekshiruvlar bilan to'liq mos keldi, ya'ni tekshiruv usulining diagnostik aniqligi 97,1% ni tashkil etdi.

Shu bilan bir qatorda MRT tekshiruvi ayrim kamchiliklardan ham xoli emas, ulardan eng asosiylari quyidagilar:

- suyak destruksiyasi va kalsifikatsiyasini aniqlash murakkab, va ba'zan imkonsiz, chunki bu usulda suyakdan signallar qayd etilmaydi;
- skanerlash vaqti MSKT tekshiruvidagiga nisbatan birmuncha davomliroq;
- po'lat tish protezlariga ega bo'lgan kishilarda magnit–rezonans tasvirlarni olish imkonsiz sanaladi, chunki magnit maydonlarining bir xilliligi buzlishi sababli ular yuz skeleti sohasida signalning keng yo'qolish zonalarini keltirib chiqaradi.

Patologik jarayon xarakterini morfologik tasdig'i muhim o'rin tutadi, chunki burun bo'shlig'ining ko'pgina yallig'lanish kasalliklari, o'smasimon hosilalari va yaxshi sifatli o'smalari bir qator mezonlar bo'yicha yomon sifatli o'smalarni klinik belgilari bilan o'xshashlikka ega. Shu sababli davolash taktikasini belgilab olish uchun uning morfologik jihatlarini ham aniqlab olish muhim, chunki davolash tamoyillari bir-biridan sezilarli farq qiladi.

Burun bo'shlig'i o'smalari morfologik jihatdan juda ham xilma-xillikka ega va qonovchanlikka moyildir, bu esa ularni tajovuzkorlik darajasini, qay darajada takomillashganligiga ko'ra esa kechishi va davolash taktikasini tanlab olishni belgilab beradi. Shu nuqtai nazardan jamlanmasida materialni maqsadli olishga mo'ljallangan kichik qisqichlarga ega bo'lgan fibroskop yordamida burun bo'shlig'i endoskopik ko'rigini rivojlanishi, patologik o'choqdan to'qimalarni olishni sezilarli yengillashtirdi.

Shunday qilib, jarayon xarakterini morfologik tasdiqlash uchun, material olishda turlicha usulblardan foydalanish mumkin: burun orqali (odatda burun qisqichlari bilan), Yurash qisqichlari bilan, fibroendoskop bilan yumshoq tanglay

ortiga o'tib. Albatta hech shubhasizki, burun bo'shlig'i fibroendoskopiyasi vaqtida "shubhali" patologik o'choqdan ko'z nazoratida ostida materialni maqsadli olish eng maqbul usul sanaladi.

Gistologik tuzilishiga ko'ra BBXQTH ning quyidagi ko'rinishlari aniqlandi: kapillyar gemangioma 16 (61,5 %), kavernoza gemangioma 7 (26,9 %), aralash 3 (11,6 %).

O'smaning burun bo'shlig'ini turli anatomik tuzilmalaridan o'sib kelish joyiga ko'ra, o'smalarni 76,7% hollarda – burun to'sig'idan, 23,3% hollarda – burun bo'shlig'i yon devoridan, 6,1 % hollarda – burun chiqanoqlaridan, 0% hollarda – burun bo'shlig'i tubidan, 0% hollarda – xalqum yon devoridan o'sib chiqqanligini kuzatish mumkin.

Ma'lumki, burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari LPO jarayonlari bilan bog'liq bo'lgan endogen intoksikatsiyaning ma'lum bir belgilarini yuzaga keltiradi, ular nafaqat klinik, balki laborator ko'rsatkichlar bo'yicha ham aniqlanadi. LPO jarayonlarini baholash uchun biz malon dialdegid (MDA) miqdori, katalaza faolligi, 254 av 280 nm dagi o'rta vazn molekulasi (O'VM), shuningdek MDA/KA va O'VM₂₅₄/O'VM₂₈₀ nisbatlaridan foydalandik.

O'tkazilgan bioximiyaviy tekshiruvlar natijalariga ko'ra aniqlandiki, nazorat guruhi bilan solishtirilganda (3,50) LPOning ikkilamchi mahsuloti – MDA 87,4%ga ortdi, shu bilan birga antioksidant tizimining mug'im kalit fermenti sanaladigan katalazi faolligini 68,9 % (0,277)ga pasayishi kuzatildi, normada – 0,883.

I va nazorat guruhi ko'rsatkichlari qiyosiy tahlil qilinganda MDA/KA nisbatini 6 marta (23,850) ortganligi aniqlandi, bu esa o'z navbatida burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalarida erkin radikalli oksidlanishni sezilarli faollashuvini ko'rsatib berdi. Shuningdek qon plazmasida O'VM to'plandi, ya'ni nazorat ko'rsatkichlarga nisbatan O'VM₂₅₄ 112,5% (0,514)ga, O'VM₂₈₀ esa - 60,7% (0,455)ga ortdi. Bunda oqsil barqarorlik koeffitsienti (OBK) nazorat guruhi ko'rsatkichi (1,172)ga nisbatan bor yo'g'i 75,9 % (0,892)ni tashkil etdi.

Bioximiyaviy tekshiruvlar natijalari shuni ko'rsatadiki, burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari endogen intoksikatsiya rivojlanishiga sharoit

yaratadi, bu esa ushbu kasallikda ko'p omilli xarakter kasb etadi – erkin radikalli oksidlanishni faollashuvi fonida qon plazmasida endotoksikozning gidrofil markerlari – o'rta vazn molekulalari to'planishi sodir bo'ladi.

Olingan ma'lumotlarni burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlar diagnostikasida qo'shimcha mezon sifatida qo'llash mumkin. Bundan tashqari, yuqorida qayd etilgan omillarni, bemorlarni davolashda ilmiy-asoslangan usulni ishlab chiqish uchun ham qo'llash mumkin bo'ladi.

Shunday qilib, burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlar ahvoli bosh og'rig'i, burundan qon ketishi, ajralma kelishi, nafas olish va hid bilish buzilishi, burunda yot jism sezgisi, organizmni umumiy intoksikatsiyasi, yaqqol namoyon bo'luvchi endogen intoksikatsiya, ya'ni MDA, O'MM₂₅₄, O'MM₂₈₀, MDA/KA nisbati ortishi, katalaza faolligi va OBK pasayishini bilan xarakterlanadi, bular o'z navbatida o'smani o'sishi va rivojlanishi, burundan qon ketishi, shuningdek o'smaning residivlanishiga olib keladi. Shu sababli, davolash chora-tadbirlari endogen intoksikatsiyani bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi lozim [].

Davo muolajalaridan so'ng burun bitishi - 4 (14,3 %) bemorda, go'sht yuvindisisimon va shilliq-yiringli xarakterdagi ajralmalar - 6 (21,4 %) bemorda, bosh og'riqlari - 3 (10,7 %) bemorda, burundan qon ketishi - 7 (25 %) bemorda, hid bilish buzilishi - 5 (17,8 %) bemorda, umumiy intoksikatsiya belgilari - 2 (7,1%) bemorda kuzatildi. Ushbu guruhda rentgenogrammalardagi yallig'lanish jarayoniga xos belgilar, davolanishga qadar 19 (67,8 %) nafar bemorda, davolanishdan keyin esa – 1 (3,5 %) nafar bemorda aniqlandi.

Klinik-instrumental tekshiruvlar bilan bir qatorda, an'anaviy davo kursidan keyin endogen intoksikatsiya mezonlari ham tekshirildi, bunda MDA miqdori normaga nisbatan 32,5 %ga baland ko'rsatkichda qolgan bo'lsada, murojaat qilib kelgandagi ko'rsatkichga nisbatan 28,04 %ga kamaydi. Ushbu fonda katalaza faolligi bor-yo'g'i 7,14 % ga ortdi va nazorat ko'rsatkichga nisbatan 33,3 % ni tashkil etdi. MDA/KA nisbati esa normaga nisbatan 4,04 barobar baland ko'rsatkichda qolgan bo'lsada, 32,86 %ga kamaydi. An'anaviy davo

endotoksikozning gidrofil komponentini sezilarsiz korreksiyasini ta'minlay oldi xolos, ya'ni O'MM₂₅₄ normaga nisbatan 83,3 %ga baland bo'lsada, davolanishdan oldingi ko'rsatkichga nisbatan 13,7 % ga pasaydi; O'MM₂₈₀ esa nazorat ko'rsatkichga nisbatan 42,8 %ga baland bo'lgani holida, bor-yo'g'i 11,1 % ga pasaydi. Bunda OBK normativ ko'rsatkichga nisbatan 78,4% ni tashkil qilgani holida, davolanishga qadar bo'lgan ko'rsatkichga nisbatan 3,4 % ga ortdi.

Polideksa dori vositasi qo'llash bilan olib borilgan davolashdan so'ng MDA/KF nisbati 53,5 % ga pasaydi (AD da - 30,8 % ga). Polideksa va anis moyini qo'llanilishi,, plazmadagi o'rtacha vaznli molekula miqdorini AD ga nisbatan ko'proq pasaytirdi, bu esa I guruhdagi bemorlar natijalari bilan taqqoslanganda sezilarli farqlanishni berdi. Agar AD dan so'ng keyin O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyalari 13,7 % va 11,1%ga pasaygan bo'lsa, polideksa dori vositasini qo'llash natijasida bu ko'rsatkich mos ravishda 29,4 % va 28,8 % ni tashkil etdi ($R_1 < 0,05$). Shu bilan birga polideksa dori vositasi qo'llanilgandan so'ng, OBK an'anaviy davo o'tkazilgandagi mos ko'rsatkichga nisbatan 4,39 %ga yuqoriroq ko'rsatkichni qayd etdi, bu esa oqsil degradatsiyasi jarayonlarini sekinlashlaganligidan dalolat beradi.

Burun bo'shlig'idagi o'smalarni residivlanishi ushbu guruhdagi 4 (15,4 %) bemorda qayd etildi.

Yuqorida keltirilganlarni umumlashtirgan holda, ta'kidlashimiz mumkinki, polideksa dori vositasi davolash va profilaktik samaralarga ega bo'ldi, yaxshi qabul qilindi. Ammo ayrim bioximiyaviy ko'rsatkichlar bo'yicha (O'MM, MDA, KF) kutilgan natijaga erishilmadi, shuningdek klinik belgilar bo'yicha ham burun funksiyalarini to'liq tiklnishi kuzatilmadi.

Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalarini davolashda an'anaviy davoni yetarlicha samara bermasligi va polideksa dori vositasini qo'llanilishi, bizni ushbu patologiyani davolash bo'yicha yangicha yondoshuvlar ustida izlanishga undaydi. Shu maqsadda asosiy guruhdagi bemorlarni davolashda anis efir moyini qo'llash kiritildi.

Dori vositasi an'anaviy davo fonida, davolanishga qadar 1 hafta mobaynida kuniga 3 mahal va o'smasini jarroxlik yo'li bilan olib tashlangandan so'ng xuddi shu dozada 2 hafta mobaynida qo'llanildi. An'anaviy davo fonida anis efir moyini qabul qilgan II guruh bemorlarda, operatsiyadan keyingi davr qoniqarli kechdi, shuningdek jaroxatni tezda bitishi, po'stloqlarni kam miqdorda paydo bo'lishi kuzatilib, burun bo'shlig'ida o'z-o'zini tozalash ham nisbatan tez fursatlarda yuzaga keldi, bu esa tez fursatlarda sog'ayish yuzaga kelishidan tashqari, tiklanish davrini kam jaroxatli tarzda o'tishini ta'minladi.

Davolanishdan so'ng burundan qon ketishi va hid bilish buzilishi 1 (4 %) nafar bemordagina kuzatildi, bu esa aksariyat klinik ko'rsatkichlarni sezilarli dinamikasidan dalolat beradi.

Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalarini davolashda an'anaviy davo fonida qo'llanilgan anis efir moyi ko'proq LPO reaksiyalarini ingibirlagan holda, plazmadagi endotoksikozning gidrofil komponentlari konsentratsiyasini nazorat ko'rsatkichlariga qadar keltirdi.

Anis efir moyi ta'sirida MDA ko'rsatkichi 42,6%ga kamaydi, pbunda uning ko'rsatkichi polideksa qo'llanilgandan keyingi ko'rsatkichdan unchalik ko'p farqlanmadi ($R > 0,05$) va standart davolashdan keyingi ko'rsatkichning 79,6%ini tashkil etdi ($R < 0,05$). Plazma katalazasi faolligi anis efir moyini qo'llash fonida 60,0 % ga, ya'ni 173,3 ga ortdi va an'anaviy davo va Polideksa dori vositasini qo'llagandagi ko'rsatkichga nisbatan 70,8ga yuqori bo'lgan ko'rsatkichni qayd etdi.

MDA/KF nisbatini 80,4%ga kamayishi dori vositasining sezilarli antioksidant samaraga ega ekanligidan dalolat beradi, va bu ko'rsatkich polideksa qo'llash bilan olib boriladigan an'anaviy davodagi ko'rsatkichga nisbatan sezilarli darajada yuqori bo'ldi. Anis efir moyi O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ konsentratsiyalarini mos ravishda 45,0 va 35,5 % ga kamaytirdi. Agar ushbu samarani polideksa qo'llanilishi bilan taqqoslab ko'riladigan bo'lsa, unda standart davoga nisbatan O'MM₂₅₄ va O'MM₂₈₀ ko'rsatkichlari mos ravishda 63,6 va 72,5 %ni tashkil etdi, OBK esa 18,2 %ni tashkil qildi, bu esa sog'lom guruhdagi ko'rsatkichlarga ishonchli darajada yaqinlashtirdi.

Yallig‘lanish jarayoni va o‘smaning residivlanish holatlari 1 (4,2 %) bemorda qayd etildi.

Shunday qilib, burun bo‘shlig‘i yaxshi sifatli qon tomir o‘smalari bilan og‘rigan bemorlarni davolashda anis efir moyini qo‘llanilishi, endogen intoksikatsiya ko‘rsatkichlarini maksimal darajada nazorat ko‘rsatkichlariga yaqinlashtiradi.

Anis efir moyining detoksikatsiyalovchi, antioksidant, yallig‘lanishga qarshi, antiseptik, isitma tushiruvchi, spazmolitik, dezinfeksiyalovchi, regeneratsiyalovchi, residiv faollikga qarshi ta’sirlarga ega ekanligi an’anaviy davoning antimikobakterial ta’sirini kuchaytirdi, bu esa operatsion jaroxatlarni bitishi, qo‘zg‘atuvchi eliminatsiyasi tez fursatlarda yuzaga kelganligi, intoksikatsiyani yo‘qolishi va immunitetni tiklanishi bilan namoyon bo‘ldi.

An’anaviy davo bilan bir qatorda anis efir moyini qo‘llanilishi klinik belgilarning ijobiy dinamikasini va endogen intoksikatsiya ko‘rsatkichlarini nazorat ko‘rsatkichlariga qadar tiklanishini yuzaga keltirdi: burun qonashi va hid bilish buzilishi bor-yo‘g‘i 1 (4 %) holatda kuzatildi; baland ko‘tarilgan MDA 42,6%ga kamaydi, KF esa 60,0 %ga ortdi, MDA/KF nisbati 80,4 %ga kamaydi, bu esa ularni normal ko‘rsatkichlardan hecham farqlanmadi. Anis efir moyi O‘MM₂₅₄ va O‘MM₂₈₀ konsentratsiyalarini mos ravishda 45,0 va 35,5 % ga pasaytirdi. Agar ushbu samarani polideksa qo‘llanilishi bilan solishtiriladigan bo‘lsa, unda standart davoga nisbatan O‘MM₂₅₄ va O‘MM₂₈₀ mos ravishda 63,6 va 72,5 %ga teng bo‘ldi, OBK esa 18,2 % tashkil etdi, bu sog‘lom guruhdagilar ko‘rsatkichlariga sezilarli darajada yaqinlashtirdi.

Yuqorida keltirilganlardan kelib chiqqan holda, shunday dalilga asoslanish mumkinki, burun bo‘shlig‘i yaxshi sifatli qon tomir o‘smalari bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davo tadbirlari qatoriga anis efir moyini kiritish, ijobiy natijalarni berdi, iqtisodiy jihatdan esa o‘rin-kunlarini 45 % ga qisqarishiga olib keladi, ushbu toifadagi bemorlar hayot sifatini yaxshilaydi va amaliy otorinolarinologiyada xavfsiz qo‘llashga tavsiya etilishi mumkin.

XULOSA

1. Burun bo'shlig'i xavfsiz qon tomir hosilalari bilan bo'lgan bemorlarda katalaza faolligining 67,8%gacha pasayishi fonida MDAning 86,4%gacha ishonchli darajada ortishi, O'MM 254ni 130,4%gacha va O'MM 280ni 58,6 %gacha to'planishi kuzatildi, shu bilan birga OBK 75,4%gacha pasaydi, MDA/KA nisbati esa 6.14 barobarga ortdi. Yuqorida keltirib o'tilganlardan, qon tomir hosilalari diagnostikasida qo'shimcha mezonlar sifatida foydalanish mumkin.

2. So'rilish funksiyasining o'rtacha kursatkichlari 6.5 ± 2 ud.min.ga, transport funksiyasi esa 18.6 ± 0.4 min.ga ortdi, burun shillik kavati gumoral immuniteti xolati pasaydi - IgA 19.4 ± 2.6 mg/l kursatkichga ega buldi. Otkazilgan takomillashtirilgan davodan so'ng gumoral immunitet ko'rsatkichlari va burun shilliq qavati ximoya funksiyalarining tuliq normallashuvi kuzatildi.

3. Burun bo'shlig'i xavfsiz qon tomir hosilalarini davolashda polideksa dori vositasi va arpabodiyon efir moyini qo'llanilishiga asoslangan. Polideksa dori vositasi va arpabodiyon efir moyini an'anaviy davo bilan kombinatsiyada qo'llanilishining endotoksikozga ijobiy ta'siri aniqlandi, bu katalaza faolligi va OBK ortishi, shuningdek MDA va O'MM qiymatlarini nazorat ko'rsatkichlarigacha pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

4. Kasallik retsivlanishini oldini olish buyicha ishlab chiqilgan takliflar, kasallik retsivlari yuzaga kelishini kamaytirdi, shuningdek operativ aralashuvdan keyingi erta muddatlarda jaroxatni tezda bitishi va burun shillik kavatining ximoya funksiyasini tiklanishiga imkon berdi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlarda endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlarini (MDA, KF, O'VM) aniqlash va MDA/KF nisbatini, shuningdek OBKni hisolab chiqish zarur.

2. Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlarda o'sma jarroxlik yo'li bilan olib tashlanganidan so'ng, an'anaviy davo fonida 10 kun davomida har bir burun katagiga sutkasiga 3 marta polideksa dori vositasini bir marotabadan purkash maqsadga muvofiqdir.

3. Burun bo'shlig'i yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bilan og'rigan bemorlarni davolashda an'anaviy davo fonida, o'smani jarroxlik yo'li bilan olib tashlagunga qadar 1 hafta davomida endonazal usulda 3 tomchidan 3 mahal va o'sma olib tashlangach 2 hafta davomida xuddi shu dozalarda anis efir moyini qo'llash tavsiya etiladi. Anis efir moyi anisning quruq urug'larini (100g) bug'li distillash yo'li bilan tayyorlanib, bunda tiniq rangli moy olinadi va u tashuvchi-moy (1 stakan bodom moyi) bilan aralashtiriladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Абдуразаков М.Ш. Экспериментально-клиническое обоснование применения в онкологии лазеров непрерывного действия на основе углекислого газа. Автореф. дисс...д-ра мед.наук. М., 1981, 45 с.
2. Агапов В.С., Мануйлов О.Е., Клиника и лечение гемангиома носа. «Вестник оторинолар.» №4, 1978, с.22-26
3. Ажоджуа З.А. Особенности лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области. Автореф. дис... канд. мед наук, - Казань, 2000, 25с.
4. Антонів Т.В., Казанова Н.І., Грігор'єва І.Н.. Рання діагностика і сучасні методи лікування при гемангіомах ЛОР-органів.// Журнал вушних, носових і горлових хвороб, 2007г., №3, с.16-18.
5. Антонів Т.В., Казанова Н.І., Грігор'єва І.Н.. Капиллярная гемангиома ЛОР-органов (клиника, диагностика, лечение). Журнал: Вестник оториноларингологии. 2012;77(1): С. 11-13.
6. Антонив В.Ф., Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др.; Руководство по оториноларингологии, под ред. Солдатов И.Б., М., :Медицина, 1994.-607с.
7. Антонив В.Ф., Ефимочкина К.В., с соавт. Применение фибриноколлагенового комплекса при хирургическом лечении больных сосудистыми опухолями уха и наружного носа. Материалы II науч.-практ. Конф. Оториноларингологов Южного федерального округа, 28-29 сентября, 2006, с. 8-9.
8. Антонив Т.В., Казанова Н.И., Антонив В.Ф. Лечение больных гемангиомами носа и глотки.// В кн. Актуальные проблемы оториноларингологии, сб. статей межрегиональной науч.- практ. конф. оториноларингологов с международным участием, Барнаул, 2007г., С.196-197.
9. Антонив В.Ф., Акопян Р.Г., Лутфуллаев У.Л. Наша тактика при лечении гемангиом и хемодектом среднего уха. VII Научно-практическая

конференция оториноларингологов Молдавской ССР. (Тезисы докладов). Кишинев, сентябрь, 1985 г., с.13.

10. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И. и др. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов. // Ж. Вестн. оториноларингологии.- 2001.-№ 4.- С.24-28.

11. Антонив Т.В. К вопросу о лечении больных гемангиомой ЛОР-органов.//Вестник оториноларингологии, 2007, №5, - С. 279 -280.

12. Антонив Т.В., Антонив В.Ф. Лечение больных гемангиомой полости носа и глотки.//В кн: Актуальные проблемы оториноларингологии, сб. статей межрегиональной науч.-практ. конф. оториноларингологов с международным участием, Барнаул, 2007.-С. 196-197.

13. Араблинский А.В., Сдвижков А.М., Гетман А.Н. и др. Компьютерная и резонансная томография в диагностике и оценке местной распространённости опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти // Мед. Визуализация. -2002. -№ 3. - С.74–83.

14. Араблинский А.В., Сдвижков А.М., Гетман А.Н. и др. Визуализация опухолей слизистой оболочки полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти при помощи компьютерной томографии // Мед. визуализация.- 2001. -№ 4.- С. 50-56.

15. Арифов С.С. Эндогенная интоксикация в оториноларингологии // Оториноларингологиянинг долзарб муаммолари. -Тошкент.-1995.-Б.18.

16. Артемьев М.Е. Функциональные методы исследования носа и околоносовых пазух // Оториноларингология: национальное руководство /под ред. В.Т. Пальчуна. –М.: ГЕОТАР-Медиа. 2009. –С.58-59.

17. Арцыбашева М.В. Компьютерная томография в планировании эндоназальных хирургических вмешательств при опухолевых заболеваниях ОНП: Автореф. Дис...канд.мед.наук. -М., 2001.-С.23.

18. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.

19. Белохвостов, А. С. Онкомаркеры: Молекулярно-генетические, иммунохимические, биохимические анализы: пособие для врачей / А. С. Белохвостов, А. Г. Румянцев. – М.: Макс Пресс, 2002. – 84 с.
20. Бицаева А.В. Исследование структуры и распространенности заболеваний полости носа и околоносовых пазух // The Scientific & Educational Bulletin «Health & Educational Millennium». – 2012. – № 5, т.14. – С.1–2.
21. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. - Неотложные состояния в оториноларингологии. Учебное пособие. СПб.: Издательство «Диалог», Издание второе, исправленное и дополненное. 2016.- С.130
22. Богомильский М.Р., Орлова О.С. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. — М.: Авторская академия, 2008. — 399 с.
23. Богомильский М.Р., Яблонский С.В. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте // Ж. Вестн.оториноларингологии. -1999. – № 1.- С.58-62
24. Буторина А.В. Выбор метода лечения гемангиом у детей. Дисс.док. мед. наук, М., 1998, 520 с.
25. Буторина А.В., Шафранов В.В. Современное лечение гемангиом у детей. Лечащий врач, 1999, №5, -С. 61-64.
26. Виганд, М.Э. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа / М.Э. Виганд. — М.: Медицинская литература, 2010. — С. 25-265.
27. Винников А.К., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г. Распространенная сосудистая опухоль ротоглотки. Вестник оториноларингологии, 2002, №3, с. 55-56
28. Гаффоров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Шукурова З.С. Эффективность применения препарата эфирного масла аниса у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 1(2), 2020. С. 82–84.

29. Давудов Х.Ш. Применение лазерного излучения при лечении воспалительных и опухолевых заболеваний ЛОР органов. Автореф. дисс...д.м.н. М., 1992, с.44
30. Давудов Х.Ш., Дайхес Н.А. Состояние и перспективы развития ЛОР-онкологии / Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». Сочи, 21–24 марта 2001 г. – 2001. – С. 7–9.
31. Дайняк Л.Б., Мельникова Н.С. Новый метод определения проходимости носовых ходов // Ж. Вестн.оториноларингологии.- 1960.- N 2.- С.90-93.
32. Домрачев А.А. и др. Способ оценки результатов количественной ольфактометрии // Ж. Вестн.оториноларингологии.-2004.-№ 6.-С.41-43.
33. Дубровин А. Г. Новое в диагностике и лечение гемангиом. Научно-практический журнал "Медицинский Вестник" IV.№ 1.2004 с. 24-26
34. Дурнов, Л.А. Руководство по детской онкологии / Л.А. Дурнов. — М.: «Миклош», 2003. — С. 501.
35. Егоров В.И., Лейзерман М.Г. Опыт применения радиохирургической технологии в ЛОР-хирургии. Военно-медицинский журнал. -1999. -№ 2. -С.52.
36. Ермуханова Г.Т., Бекмухаметов А.С., Даутов Д.К. и др. Опыт лечения ребенка с гемангиомой методом склерозирующей терапии тромбованием. Вестник КазНМУ, №1 – 2013. С.149-152
37. Ефимочкина К.В. Профилактика осложнений при хирургическом лечении сосудистых опухолей ЛОР-органов с применением Фибро-коллагенового компонента «тахокомб». Автореф. дисс.к.м.н., М., 2008, с.25
38. Жуховицкий В.Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии // Ж. Вестн.оториноларингологии. -2004. -№ 1. -С.5-14.

39. Захарченко А.Н. Современные методы неинвазивной диагностики доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Детская хирургия, 2001, №1, с.34-37
40. Захарченко А.Н. Современные методы неинвазивной диагностики доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки // Ж. Новости оториноларинголог. и логопатол. 2001.- № 1.- С.51-55.
41. Зинкин А.Н., Зингилевская Н.Г., Мусельян Б.Б. Криовоздействие в оториноларингологии (методические рекомендации). Краснодар, 1997, с.16
42. Иваненко Е.С. Фотохромотерапия в лечении врожденных гемангиом у детей раннего возраста. Автореф. Дисс...канд.мед.наук Ростов, 2004, 25с.
43. Инкина А.В., Аревина В.Е. Гемангиома полости носа и околоносовых пазух. Описание клинического случая / Голова и шея. Российский журнал. Том 10, №1 – 2022. С. 64-68.
44. Исаков Ю.Ф., Шафранов В.В., Поляков Ю.А. Новые подходы к лечению обширных и глубоких гемангиом сложных анатомических локализаций. Педиатрия.- 1995. №4. - С. 18-21.
45. Казанова Н. И., Антонив Т. В.. Обоснование применения препарата «фибро-вейн» для лечения больных гемангиомой перегородки носа.// Вестник оториноларингологии №5 (приложение), 2007. Москва С. 278-279.
46. Казанова Н. И., Антонив Т. В. К вопросу о лечении больных гемангиомой ЛОР-органов // Вестник оториноларингологии. 2007. - №5. - С.279 - 280.
47. Калинин, П.Л. Ринологические аспекты эндоскопического эндоназального удаления аденом гипофиза / П.Л. Калинин, Д.В. Фомичев, Д.Н. Капитанов и др. // Вестник оториноларингологии. 2007. № 6. С. 10-13.
48. Камышников, В. С. Онкомаркеры: методы определения, референтные значения, интерпретация тестов / В. С. Камышников. – 3-е изд. – М.:МЕД пресс-информ, 2012. – 120 с.

49. Карпищенко С.А., Зубарева А.А., Чибисова М.А., Шавгулидзе М.А. Цифровая объемная томография в оториноларингологии. Практическое руководство. СПб.: Диалог, 2011. С. 46.
50. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Осипенко Е.В. Доброкачественные новообразования околоносовых пазух. Прак. медицина. 2015; 87: 2: 104-8.
51. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Станчева О.А. Последствия ринологических оператсій. Folia ORL et PR. 2016; 22 (1): 91-4.
52. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Лысюк Е.О.. Капиллярная гемангиома перегородки носа: клинический случай. Рациональная тактика оперативного лечения. Consilium Medicum. 2017; 19 (11.1. Respiratory Organs Diseases): 58–61.
53. Киселев А.С. Нос и ОНП. В кн.: Оториноларингология // Под ред. И.Б.Солдатов, В.Р. Гофмана.- СПб. - 2000. -С.194-329.
54. Кищенко В.М., Степанова Э.Ф., Воронков А.В., Кулешова С.А. Изучение ранозаживляющего действия дерматологических пленок с алоэ и полидексаом в эксперименте // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.
55. Кожевников В.А., Бауэр Т.В., Кожевников Е.В. Клиника и лечение гемангиом у детей. Избранные вопросы онкологии: Материалы междунар. науч.-прак. конф., Барнаул. -1999. – С.258-260.
56. Коноплицкий В.С. Лечение гемангиом у детей и оптимизація профилактики их рецидивов. Автореф.дисс...к.м.н., Винница, 2003, 23с. 177.
57. Корякина Е.В., Белова СВ. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений. // Клиническая лабораторная диагностика. –2004. -№3. -С.3-8.
58. Костина Т.В. Клиника, диагностика и лечение сосудистых новообразований носа и околоносовых пазух. Автореф.дис.к.м.н. М. 2002, 23 с.

59. Кривопалов А.А., Столяров Д.П. Диагностика сосудистых опухолей ЛОР органов / Российская оториноларингология №1(8). Санкт-Петербург. 2004. С. 62-65.

60. Кубрикова Ю.В., Попова Т.Н., Макеева А.В. Активность каталазы и супероксиддисмутазы в сыворотке крови людей, работающих в условиях повышенной концентрации металлов в окружающей среде // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 6. – С. 50-51;

61. Лайзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии. Автореф. дисс....канд.мед.наук. – Москва. 1999. – С.20.

62. Лапченко А.С. Ретроспектива и возможности применения высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии // Ж. Вестн.оториноларингологии. -2002. -№ 3. -С.61-64.

63. Лесков И.В., Наседкин А.Н., Зенгер В.С. Применение лазерной хирургической установки «Глассер» в оториноларингологии // Ж. Вестн.оториноларингологии. – 2000. -№ 2. -С.28-30.

лицевой области. Автореф. дис... канд. мед наук, - Казань, 2000, 25с.

64. Лопатин А.С. Минимально инвазивная эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки: Дис...д-ра мед. наук. - М. -2001. – С.250.

65. Лопатин, А.С. Эндоскопическое хирургическое лечение сосудистых опухолей околоносовых пазух и основания черепа / А.С. Лопатин, И.И. Акулич, Д.Н. Капитанов // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 1. — С. 31-36.

66. Лутфуллаев Г.У. Клиника, диагностика и современные методы лечения доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Автореф.....к.м.н.- Ташкент. -2004. -С.18.

67. Лутфуллаев Г.У. Принципы хирургического лечения доброкачественных опухолей полости носа. // Ж. Вест. РГМУ.-2002.- № 1.- С.53.

68. Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаев У.Л., Нетьматов У.С., Сафарова Н.И. Случай из практики: гемангиома полости носа у беременной женщины // Научно-практический журнал «Вестник науки и образования» № 10 (88). 2020. Москва. С.89-93
69. Лутфуллаев Г.У., Муминов А.И. Некоторые особенности клиники, диагностики и лечения фибром носа и придаточных пазух // Ж. Проблемы биологии и медицины. -2001. -№1. -С.83-85.
70. Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Нетьматов У.С., Коррекция эндогенной интоксикации у больных с сосудистыми опухолями носа.// Биология ва тиббиёт муаммолари Ж. 2021, № 5 (130). С. 73-78.
71. Лутфуллаев У.Л., Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И. Методы диагностики и лечения гемангиом полости носа и околоносовых пазух. // Международный научный журнал. «Проблемы биологии и медицины». № 2 (94), Узбекистан, Самарканд. 2017, С. 196-197
72. Лутфуллаев У.Л., Нетьматов У.С., Хамраев Ф.Х. Диагностика и лечение доброкачественных сосудистых образований полости носа.// Лазеры в медицине и биологии. Материалы международной научно-практической конференции. Самарканд-2021. С. 149.
73. Марков А.А., Криогенное лечение доброкачественных сосудистых опухолей (гемангиом) у детей. Детская хирургия, 2006, №2,-С. 14-15
74. Матюшин Б.Н., Логинов А.С., Ткачев В.Д. Определение супероксиддисмутазной активности в материале пункционной биопсии печени при её хроническом поражении // Лабораторное дело. - 1991. - № 7. - С. 16-19.
75. Мельник ДД. Гемангиомы и их лечение. В кн.: Мельник Д.Д., Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г., Чугуй Е.В., Титова Е.Н. Гемангиомы и их лечение. Томск: STT; 2006. С.12,15.
76. Меновщикова Л.Б. Лечение гемангиом у детей с помощью сверхнизких температур: Автореф. дис.канд. мед. наук: 14.00.35/ Рос. Гос. мед. у-т. -М., 1981.-18 с.

77. Меркулов, О.А. Аналитическое обоснование использования эндоназальных хирургических доступов к основанию черепа в педиатрической практике / О.А. Меркулов // Детская оториноларингология. — 2012. — № 2. — С. 42-44.

78. Мовергоз С.В., Клогихин А.Л. Возможности интраоперационного местного применения антибиотиков и антисептиков у ЛОР онкологических больных. // Ж. Вестн.оториноларингологии. -2003. -№ 2. -С.29-31.Москва, С. 279-280. 176

79. Москалец, А.И. Опухолевые маркеры в лабораторной диагностике / А.И. Москалец, О.В. Щербина //Лабораторная диагностика. 2011. № 1. С. 64–72.

80. Неверов И.В., А.Н., Зенгер В.Г., Грачев С.В. Новые технологии для расширения возможностей лечения заболеваний уха, горла и носа у взрослых и детей // Рос. Оториноларингология.-2004.-№ 5 (12).-С.117.

81. Носуля Е.В., Перич Б., Ким И.А. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания носа и околоносовых пазух / Учебное пособие. Москва. 2018. С.108-113.

82. Носуля Е.В., Перич Б., Ким И.А. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания носа и околоносовых придаточных пазух. Учебное руководство. М. 2018. -С.124.

83. Овчинников Ю.М., Добротин В.Е. О достоверности данных КТ и МРТ и необходимости их сопоставления при дифференциальной диагностике некоторых заболеваний носа и околоносовых пазух // Современные вопросы аудиологии и ринологии: Докл. конф. - Курск, 2000. - С.244-246.

84. Омурзаков Б.А., Узакбаев К.А., Мифтахова Л.Р. Разработка и внедрение в практическую работу алгоритма первичной диагностики гемангиом у детей / Вестник КРСУ. 2013. Том 13. № 11. С. 112-115.

85. Павлуш Д.Г. Анализ современных представлений об этиопатогенезе полипозного риносинусита / Д.Г Павлуш, И.В. Дюйзен // Журнал Российская оториноларингология. – 2016. – № 85(6). – С. 95- 102.

86. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла, носа», Москва, Медицина, 1980, С.198.
87. Первый, В. С. Онкомаркеры: клинико-диагностический справочник / В. С. Первый, В. Ф. Сухой. – Ростов н/Д.: Феникс, 2012. – 126 с.
88. Перич Б., Носуля Е.В., Молоков К.В., Туманова Е.Л., Мнихович М.В. Гемангиома перегородки носа: обзор литературы и клинические наблюдения. Российская ринология. 2015; 23(2). С.33-38.
89. Петруничев В.В., Горностаев В.Ф., Чемарин В.К. Методы диагностики гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Стоматологические заболевания у детей: Сб. науч. тр. -М., 2000, -С. 185-187
90. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Руководство по ринологии. М.: Издательство «Литтерра»; 2011. -С.198.
91. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. - Москва.- 2002.-С.390.
92. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Лекарственные средства, применяемые в оториноларингологии. -М. -2000. -С.275.
93. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., и соавт. Заболевания носа и ОНП // Эндомикрохирургия. -Москва. -2003. -С.106–113.
94. Пискунов Г.З., Терешина М.Г. Медикаментозная терапия в оториноларингологии // Ж. Рос.ринология. -2005. -№3. -С.24-35.
95. Пискунов И.С. КТ в диагностике воспалительных и не воспалительных заболеваний ПН и ОНП: Автореф. дис. д-ра м.н. – Москва. – 2001. -С.38.
96. Пискунов И.С. КТ в диагностике заболеваний ПН и ОНП.- Курск. -2002. -С.191.
97. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии: Учеб. пособие для врачей. - Москва. Медицина. -2001. -С.197.

98. Погосов В.С., Акопян Р.Г., Талалаев В.Н., Давудов Х.Ш. Диагностика и лечение при доброкачественных опухолях носа и околоносовых пазух. ЖУНГБ, 1988, №1, с. 14-18.
99. Поляев Ю.А., Буторина А.В., Шафранов В.В. Роль ангиографии в диагностике и лечении сложных гемангиом у детей. Передовые технологии медицины на стыке веков: Сб.ст. М., 2000, с.403-409.
100. Пшеничная Е.В., Тонких Н.А., Бордюгова Е. В., и др. Гемангиомы у детей. Современные подходы к выбору терапии // Науч.пр.журн. Клиническая патофизиология. Том 22, № 3. Санкт-Петербург. 2016. С. 81-87.
101. Разуваев С.Н. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом СВЧ-криодеструкции в условиях поликлиники. Автореф. дис... канд. мед. наук, -М., 2004, 22 с.
102. Ракова С. Н., Головач Е. Н., Логис О. В., и др. Новообразования носа и околоносовых пазух у детей, клинические наблюдения // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020. Т. 18, № 4. С. 475-480.
103. Рогинский, В.В. Тактика лечения детей с гиперплазией кровеносных сосудов (так называемыми детскими и врожденными гемангиомами) в челюстно-лицевой области и шеи (обзор литературы и результаты собственных исследований) Педиатрия. Приложение к журналу consilium medicum. - 2013. - №. 1. - С. 84-90.
104. Рыков М.Ю., Поляков В.Г. Детская онкология / под ред. — М.: «Геотар-Медиа», 2017. — С. 361.
105. Рязанцев С.В., Хмельницкая Е.В., Тырнова Е.В. Плужников М.С., Александров А.Н. Лазерная медицина в оториноларингологии // Ж. Вестн.оториноларингологии. – 2000.- № 6. -С. 40-44.
106. Сафарова Н.И. Диагностика и лечение синуситов при доброкачественных новообразованиях носа и околоносовых пазух// Автореф. дис... канд. мед. наук, -Самарканд, 2011, С. 18.

107. Сергеева Н.С., Маршутина Н.В., Солохина М.П. Современные представления о серологических опухолеассоциированных маркерах и их месте в онкологии/ Успехи молекулярной онкологии. – 2014. – № 1. С. 69–84.
108. Сибиряк С. В., Капулер О. М., Курчатова Н. Н. и др. Апоптоз и иммунная система // Медицинский вестник Башкортостана. — 2006. — Т. 1. — № 1. — С. 127-133
109. Синебогов С.В. Доброкачественные опухолевые и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика и лечение). Дис....канд.мед.наук. Москва. -1998. –С.40.
110. Соловко А.Ю. Гемангиомы / А.Ю. Соловко, И.М. Воронцов. -Киев : «Здоровья», 1980. 164 с.
111. Стальная И. Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И. Д. Стальная, Т. Г. Гаришвили // Современные методы в биохимии / под ред. В. Н. Ореховича. — Москва : Медицина, 1977. — С. 66.
112. Сташук Г.А., Дуброва С.Э. Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике опухолевых заболеваний полости носа и придаточных пазух // Материалы V всероссийского съезда онкологов. –Казань. -2000. -С.391-392.
113. Степанов И.В. Мультидисциплинарные аспекты диагностики и лечения гиперваскулярных образований и кровотечений в области головы и шеи / Автореф. дисс....докт.м.н., М., 2015, 24с.
114. Талалаев В.Н. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей полости носа. Автореф.дис.к.м.н.,1998,19с.
115. Талалаенко И.А., Селезнев К.Г. Современные патогенетические и терапевтические аспекты сосудистых опухолей носа и околоносовых пазух. Архив клинической и экспериментальной медицины, том 11, №3, 2002. С 115.
116. Томассин Д.М. Атлас по оториноларингологии. Т. 2 / пер. Ю.М. Овчинникова // ММА им. И.М. Сеченова. – 2004. – 26 с.

117. Троян В.И. Комбинированная криоультразвуковая терапия при опухолях ЛОР-органов. "Журн. ушн. нос. и гор. бол.", 1982, № 2, с.48-53. 184.
118. Хакимов А.М., Лутфуллаев Г.У. Клиническая симптоматика и диагностика опухолей носа // Оториноларингологиянинг долзарб муаммолари. – Ташкент. -2002. -С.126-128.
119. Шахов В.Ю., Рылкин А.И., Коченов В.И., Петров В.В. Криогенный метод лечения гемангиом ЛОР-органов и кожи головы. Горький, 1981, С.5.
120. Шеврыгин Б.В., Щеглов А.О., Зябкий И.В. Эндоскопические микрохирургические вмешательства, улучшающие обоняние. Москва. -2000. – С.124.
121. Шейко Е.А. Гемангиомы у детей раннего возраста / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований № 4, 2015. С. 222-228.
122. Элькун. Г.Б. Редкие опухоли и опухолеподобные процессы ЛОР-органов. Автореф. Дисс.д.м.н., М., 1998, с.42
123. Яблонский С.В., Алиханов А.А., Захарченко А.Н., Нуждина Е.В. Роль компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагнозе доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки // Ж. Вестн.оториноларингологии. -2000. -№ 22. -С.28-31.
124. Ястремский А. П., Рудзевич А. В., Колчанова В. К., Коротаева Л. П. Редкий случай локализatsии гемангиомы глотки / Ж. Медицинская наука и образование Урала № 3/2012. С.123-124.
125. Alameda, Y.A. Anterior skull base cerebrospinal fluid fistulas in Puerto Rico: treatment and outcome / Y.A. Alameda, J.M. Busquets, J.C. Portela // Boletin —Asociacion Medica de Puerto Rico. — 2009. —Vol. 101 (2). — P. 29-33.
126. Angouridakis N, Zaraboukas T, Vital J, Vital V. Sinonasal hemangiopericytoma of the middle turbinate: a case report and brief review the literature. B-ENT 2007; 3:139–43.
127. Ardehali, M. Endoscopic approach for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: complications and outcomes / M. Ardehali, S.

Ardestani, N. Yazdani et al. // Am. J. Otolaryngol. — 2009. — Vol. 16. — P. 112-115.

128. Armulik A, Genové G, Betsholtz C. Pericytes: developmental, physiological, and pathological perspectives, problems, and promises. Dev Cell. 2011 Aug 16; 21(2):193-215.

129. Arndt, C. Risk stratification of Rhabdomyosarcoma: a moving target / C. Arndt // ASCO educational book. — 2013. — P. 415-419.

130. Bardach I., Panje W. Surgical management of the large cavernous hemangioma. "Otolaryngol. Head Neck Surg., 1981,89. N5, 792-796. 186

131. Barnes L, Evenson SW, Reichart P, Sidansky D. (Eds) World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Lyon: IARC Press; 2005. P. 163.

132. Batsakis JG, Rice DH. The pathology of head and neck tumors: vasoformative tumors, part 9A. Head Neck Surg. 1981;3(3):231-239.

133. Beker H.L. The application of magnetic resonance imaging in otolaryngology. Laryngoscope. 1986. №1, p.19-26

134. Benoit MM, Fink DS, Brigger MT, Keamy DG. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity in a five-year-old boy. Otolaryngology — Head and Neck Surgery. 2010;142(2). C.290-291.

135. Borghei, P. Transnasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma without preoperative embolization / P. Borghei, M.H. Baradaranfar, S.H. Borghei et al. // Ear Nose & Throat J. — 2006. — Vol. 85 (11). — P.740-746.

136. Borrás O. et al. Programmed cell death in plants and animals (АНГЛ.) // Biotecnología Aplicada. — 2006. — Vol. 23. — P. 1—10.

137. Carrabba, G. Surgery for clival lesions: open resection versus the expanded endoscopic endonasal approach / G. Carrabba, A.R. Dehdashti, F. Gentili // Neurosurgical Focus. — 2008. — Vol. 25 (6). — E7.

138. Castelnovo, P. Endoscopic endonasal management of encephalo-celes in children: eight-year experience / P. Castelnovo, M. Bignami, A. Pistochini et al. // *Int. J. Paediatric Otorhinolaryngol.* — 2009. — Vol. 73 (8). — P.1132-1136.
139. Cazzavillan A., Parigi G. Hemangiopericitoma del padiglione auricolare. *Nuovoarch.ital.otol., rinol. e laringol.*,1980,8, №2, s.275-280.
140. Chakravarthi, S. Endoscopic Endonasal Reconstructive Methods to the Anterior Skull Base / S. Chakravarthi, L. Gonen, A. Monroy-Sosa et al. // *Semin. Plast. Surg.* — 2017. — Vol. 31(4). — P. 203-213. doi: 10.1055/s-0037-1607274.
141. Cheng W., Zheng C., Tian J. et al. T-helper cell population and eosinophilia in nasal polyps // *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.*-2007-V.17-N5-P.297-301.
142. Cho H.J., Kim J.K., Kim K., et al. Endoscopic surgery for inverted papilloma originating from the sphenoid sinus and related clinical characteristics. // *Acta Otolaryngol.*-2008.-V.128.- № 10.- P.1120-1125.
143. Cremer H. Cryosurgery for hemangiomas. *Pediatr Dermatol.*1998. №15. —P 410-411.
144. Dandekar M, McHugh JB. Sinonasal glomangiopericytoma: case report with emphasis on the differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med.* 2010 134(10):1444-9.
145. David Madgy; SyedF. Ahsan; Darren Kest; Ira Stein The Application of the Potassium-Titanyl-Phosphate (KTP) Laser in the Management of Subglottic Hemangioma // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2001. №127. -P: 47-50.
146. Delbrouck C, Chamiec M, Hassid S, Ghanooni R. Lobular capillary haemangioma of the nasal cavity during pregnancy. *J Laryngol Otol.* 2011; 125:973-977.
147. Demuth R.J., Miller S.H., Keller F. Complications of embolization treatment for problem cavernous hemangiomas. *Ann.Plast.Surg.*2001.V13. №2.-P.135-144.
148. Dubois B. Epistaxis d'origine tumorale chez l'enfant. *Acta Oto-rhinolaryng. belg.*, 1980, №3, p.338-344. 187

149. Dandekar M, Mc Hugh JB. Sinonasal glomangiopericytoma: case report with emphasis on the differential diagnosis. Arch Pathol Lab Med. 2010;134(10):1444-1449.
150. Eichhoru Th., Schwerk W., Schraeder A.G. Hochanflösende Real-time-SonograPhie von Tumoren der Halsweich teile. Laryng.Rhinol.Otol., 1985, 64,N10, 506-512.
151. Eloy, J.A. Management of Skull Base Defects After Surgical Resection of Sinonasal and Ventral Skull Base Malignancies / J.A. Eloy, E. Marchiano, A. Vázquez, M.J. Pfisterer et al. // Otolaryngol. Clin. North Am. — 2017. —Vol. 50 (2). — P. 397-
152. Fletcher CD. The evolving classification of soft tissue tumours: an update based on the new WHO classification. Histopathology. 2006 Jan; 48(1):3-12.
153. Frame J.W., Putnam G., Wake M.J.C., Rolfe E.B. Therapeutic arterial embolization of vascular lesions in the maxillofacial region. British Journal of Oral and Maxill-facial Surgery.1997. V.25.-P.181-191
154. Fuchsmann C, Quintal MC, Giguere C, Ayari-Khalfallah S, Guibaud L, Powell J, McCone C, Froehlich P. Propranolol as first-line treatment of head and neck hemangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137(5):475.
155. Fuchsmann C, Quintal MC, Giguere C, Propranolol as first-line treatment of head and neck hemangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2011; 137(5):471-478.
156. Garfinkle T.I., Handler S.D. Hemangiomas of the head and neck in children- A guide to management.J.Otolaryngol., 1980, 9, N3, p.439-4-50.
157. Grauvogel, T.D. Navigation accuracy after automatic- and hybrid-surface registration in sinus and skull base surgery / T.D. Grauvogel, P. Engelskirchen, W. Semper-Hogg et al. // PLoS One. — 2017. — Vol. 12 (7). — P. e0180975.
158. Hanna, E. Endoscopic resection of sinonasal cancers with and without craniotomy / E. Hanna, F. De Monte, S. Ibrahim et al. // Arch. Otolarin. Nead & Neck Surg. — 2016. — Vol. 135 (12). — P. 1219-1224.

159. Hertzanu V., Medelsohn D.B., Davidge-Pitts K., Cohen Preoperative embolization in paediatric maxillofacial haemangiomas. *J.Laryng.Otol.*, 1985, 99, N11, p.1088-1095.
160. Higashi K, Nakaya K, Watanabe M, Ikeda R, Suzuki T, Oshima T, Kobayashi T Glomangiopericytoma of the nasal cavity. *Auris Nasus Larynx*. 2011 Jun; 38(3):415-7
161. Hubacek J., Podstata J. Zlysenosti s laserovym skalpelem v otolaryngologii a stomatologiji /*Csl.Otolaryng.*, 1983» vol.32, N5, p.277-281
162. Hunink M.G., Slegte R.G., Gerritsen G.L., Speelman H. CT and MR assessment of tumours of the nose and paranasal sinuses, the nasopharynx and the parapharyngeal space using ROS methodology. *Neuroradiology*, 1990, V.32, p.220-225
163. Huszka J., Magori A. Orbitalis haemangiopericytoma. *Fiil-orrggegyogy*, 1980, 26, N2, p.112-116.
164. Iwata N, Hattori K, Nakagawa T, Tsujimura T. Haemangioma of the nasal cavity. A clinicopathologic study. *Auris, Nasus, Larynx*. 2002;29:335-39.
165. Jung ES, Yang SW, Kim JH, Kim SW. A case of glomangiopericytoma involving the orbital wall. *Ear Nose Throat J*. 2013 Apr-May;92(4-5):E13-5.
166. Kaposi N.P., Easier M., Palvolgyi R. Angiografias lehet'ose-gek a fejnyak elvaltozasaiban. *Fiil-orrggegyogy*, 1987, №2, p.76-85. 189
167. Kent D., Fitzwater J. Nasal Hemangioma of Pregnancy. *Ann.Otol.*, 1979, 88, 3p.1,331-333.
168. Krestel A. Angiographische Diagnostik der Gesichtsregion und der Schadelbasis. *Arch.Oto-Rhino-Laryng.*, (Berl.),1988, 219, N1, p.93-113.
169. Kodama S, Yoshida K, Nomi N, Fujita K, Suzuki M. Successful treatment of nasal septum hemangioma with the harmonic scalpel: a case report. *Auris Nasus Larynx*. 2006;33(4):475-478.
170. Kurtaran H, Erzurumlu T. "Efficient Warpage Optimization of Thin Shell Plastic Parts Using Response Surface Methodology and Genetic Algorithm", *International Journal of Advanced Manufacturing Technology* 2006;27:468-472.

171. Kurtaran H, Uraldi C, Ark N, Aktaş D. Lobular capillary haemangioma of the middle turbinate. *Acta Otolaryngol.* 2006;126(4):442-444.
172. Leea DG, Leea SK, Changa HW, J.Y. Kima JY, H.J. Leea HJ, Leea SM, Kwona JH, Wooo S. CT Features of Lobular Capillary Hemangioma of the Nasal Cavity. *AJNR.* 2010;31. C.749-754.
173. Lenz H. Eichler J. Endonasale chirurgische Technik mit dem Argonlaser /*Laryng.Rhinol.Otol.* (Stuttg.), 1984, Bd.63, N10, P.534-540.
174. Lester D.R. Thompson. Head and Neck Pathology. A volume in the Foundation in diagnostic pathology series edited John R. Goldblum. Churchill Livingstone. Elsevier. 2006; P.124.
175. Lokinen K., Palva A., Karja I. Cryocauterization in the treatment of subglottic hemangioma in infants. *Laryngoscope*, 1981, N1, P.78-82.
176. Lutfullaev Gayrat, Kobilova Shakhodat, Nematov Uktam. Clinical and Morphological Characteristics of Benefits of the Nose. *Annals of R.S.C.B.* Issue 1, 2021, P.115 – 119.
177. Lutfullaev Gayrat, Lutfullaev Umrillo, Nematov Uktam. Clinical Characteristics of Vascular Tumors of ENT Organs. Angiofibroma. *Annals of R.S.C.B.* Issue 1, 2021, P. 104 – 110.
178. Masich M, Haemangiosarcoma of the Petrous Temporal Bone.*J. Laryng.*, 1980, 94, N2, P.205-210.
179. Miller FR, D'Agostino MA, Schlack K. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 20. C.783-784.
180. Mills SE, Cooper PH, Fechner RE. Lobular capillary hemangioma: the underlying lesion of pyogenic granuloma. A study of 73 cases from the oral and nasal mucous membranes. *Am J Surg Pathol.* 1980;4(5):470-479.
181. Noorizan Y, Salina H. Nasal septal haemangioma in pregnancy. *Med J Malaysia.* 2010;65(1). C.70-71.
182. Oosthuizen JC, Kennedy S, Timon C. Glomangiopericytoma (sinonasal-type haemangiopericytoma).*J Laryngol Otol.* 2012 Oct;126(10):1069-72.

183. Oven R, Bauni R, Carpenter J. Symptomatic peripheral vascular disease: selection of imaging parameters and clinical evaluation with MR angiography. *Radiology*. 1993. 187, p.627-635
184. Ozcan C, Apa DD, Görür K. Pediatric lobular capillary hemangioma of the nasal cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2004;261(8). C.449-451.
185. Puxeddu R, Berlucchi M, Ledda GP, Parodo G, Farina D, Nicolai P. Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity: A retrospective study on 40 patients. *Am J Rhinol*. 2006;20(4). P.480-484.
186. Reck J.E. The treatment of hemangiomas. *British Med.J*. 2002.V.2.-P.198.
187. Rhys Evans P.H., Frame J.W., Brandrick J.A. A review of carbon dioxide laser surgery in the oral cavity and pharynx. *J.Laryng.*, 1986, vol.100, N1, p.69-77
188. Sebastian B., Kleinsaser O. Zur Behandlung der Kehlkopfhamangiome bei Kindern. *Laryng.Rhinol.Otol.*, 1984, N8, p.403.
189. Shanmugaratnam K., Sobin L.H. Histological typing of upper respiratory tract tumours. International histological classification of tumours №19. Geneva. 1983. P.17-21.
190. Sheppard LM, Mickelson SA. Hemangiomas of the nasal septum and paranasal sinuses. *Henry Ford Hosp Med J*. 1990;38(1). C.25-27.
191. Shikham A.H., Shehadi S.I. Surgical treatment of giant hemangiomas of the head and neck. *Otolaryng. Head Neck Surg*, 1986, 94, N1, p.113-122. 191
192. Sillverberg SG, Stelow EB, Hunt J.L. AFIP atlas of tumor pathology. American Registry of Pathology. Maryland: Silver Spring; 2012. P.311.
193. Tamaki A, Babajanian E, D'Anza B, Rodriguez K. Lobular capillary hemangiomas: Case report and review of literature of vascular lesions of the nasal cavity. *Am J Otolaryngol* 2017; 38: 363-6.
194. Toida M, Hasegawa T, Watanabe F, Kato K, Makita H, Fujitsuka H, Kato Y, Miyamoto K, Shibata T, Shimokawa K. Lobular capillary hemangioma of the oral mucosa: clinicopathological study of 43 cases with a special reference to

immunohistochemical characterization of the vascular elements. *Pathol Int.* 2003;53(1):1-7.

195. Valdazo A., Loge F., Courtheoux P., Langeard M. Embolisation of the maxillary artery in severe essential epistaxis. *Annales d'Otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale.* 1997. V.114, p.88-90

196. Winerman J., Man A., Zaidel L. Emergency parotidectomy for expansile cavernous hemangioma. *J.Laryngol.Otol.*, 1981, v.96, N5, p.523-526.

197. Yanga BT, Lib SP, Wanga YZ, Donga JY, Wang ZC. Routine and Dynamic MR Imaging Study of Lobular Capillary Hemangioma of the Nasal Cavity with Comparison to Inverting Papilloma. *AJNR* 2013; 34:2202-2207.