



## BURUNDAN QON KETISHINING PATOGENEZI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI

*Bekmurodov M.A., Abdirashidova G.A.*

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

### ✓ *Rezyume*

*Epistaksis (ya'ni burundan qon ketish) keng tarqalgan otorinologik shoshilinch holatlardan biri bo'lib; ammo, bu hayot uchun kamdan-kam hollarda xavf tug'diradi va ko'pchilik kichik burun qonashlari o'z-o'zidan yoki shifokor nazorati ostida to'xtaydi. Shu bilan birga, burundan takroriy qon ketishi holatlari otolarinolog tomonidan tekshirilishi kerak va og'ir burun qon ketishi, gipovolemik shok yoki o'limni o'z ichiga olgan salbiy oqibatlariga olib kelmaslik uchun shoshilinch yordam bo'limiga yuborilishi kerak. Ushbu maqolada burun qonashi haqidagi tushunchamizdagi mavjud yutuqlar, shuningdek, klinitsitlarga natijalarni optimallashtirishga yordam beradigan yangilangan davolash algoritmlari ko'rib chiqiladi.*

*Kalit so'zlar: epistaksis; burundan qon ketishi; qon ketishi; tamponada; ko'rib chiqish*

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Бекмуродов М.А., Абдирашидова Г.А.*

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,  
Самарканд, Узбекистан

### ✓ *Резюме*

*Носовое кровотечение (т.е. кровотечение из носа) является распространенным отоларингологическим неотложным состоянием; однако это редко опасно для жизни, и большинство незначительных кровотечений из носа останавливаются сами по себе или под наблюдением медицинского персонала. Тем не менее, случаи рецидивирующих носовых кровотечений должны быть проверены отоларингологом, а тяжелые носовые кровотечения должны быть направлены в отделение неотложной помощи, чтобы избежать неблагоприятных последствий, включая гиповолемический шок или смерть. В этой статье рассматриваются текущие достижения в нашем понимании носового кровотечения, а также обновленные алгоритмы лечения, чтобы помочь клиницистам оптимизировать результаты.*

*Ключевые слова: эпистаксис; носовое кровотечение; кровотечение; тампонада; рассмотрение*

## PATHOGENESIS AND TREATMENT FEATURES OF NASAL BLEEDING

*Bekmurodov M.A., Abdirashidova G.A.*

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

### ✓ *Resume*

*Epistaxis (i.e. nosebleed) is a common otolaryngological emergency; however, it is rarely life-threatening, and most minor nosebleeds stop on their own or with medical supervision. However, cases of recurrent nosebleeds should be checked by an otolaryngologist and severe nosebleeds should be referred to the emergency department to avoid adverse consequences, including hypovolemic shock or death. This article reviews current advances in our understanding of nosebleeds as well as updated treatment algorithms to help clinicians optimize outcomes.*

*Keywords: epistaxis; nose bleed; bleeding; tamponade; consid*



### **Dolzarbligi**

Burundan qon ketishini (ya'ni, burun qon tomirlaridan qon ketishini) keng tarqalgan otorinolaringologik shoshilinch holatlardan biri bo'lib, taxminan 60% odamlarda kuzatiladi [1], ulardan 6-10% tibbiy yordamga muhtoj hisoblanadi [2-6]. Ko'pincha burundan qon ketishi bo'layotgan odamlar tibbiy yordamga murojaat qilmaydi; Ammo, agar tegishli choralar ko'rilmasa, og'ir qon ketish holatlari nafas yo'llari obstruksiyasiga, aspiratsiyaga, bo'g'ilishga, gipovolemik shok yoki hatto o'limga olib kelishi mumkin [7-9]. Endoskopiya sohasidagi so'nggi yutuqlar burunni tekshirishni osonlashtirdi; Biroq, bu holatni samarali davolash burundan qon ketishining manbalarini bilish va burun tuzilishini har tomonlama tushunishga bog'liq. Bu holat yuzasidan burundan qon ketish bo'yicha, shuningdek, uni davolashda so'nggi yutuqlar to'g'risida adabiyotlar sharhi mavjud.

### **Epidemiologiyasi**

Burundan qon ketish umumiy aholining 60% da uchraydi [8]. Burundan qon ketish chastotasi bimodal tarqalgan bo'lib, aksariyat hollarda 10 yoshgacha va 70 yoshdan oshgan odamlarda uchraydi [6,10]. Burundan qon ketish bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning o'rtacha yoshi 70 yoshni tashkil qiladi [9-10]. Qariyalar tibbiy aralashuvni talab qiladigan holatlarning 40% ni tashkil qiladi, birinchi navbatda, keksalarda qon ketishi og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bolalarda burunning oldingi qasmidan asoratsiz qon ketish kuzatiladi, kamdan-kam hollarda jarrohlik amaliyotini talab qiladi [8]. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda burundan qon ketishi kam tarqalganligiga qaramay, barcha bunday holatlar travma belgilari, begona jismning mavjudligi yoki tizimli kasallikning mavjudligini aniqlash uchun diqqat bilan tekshirilishi kerak [10]. Erkaklarda ayollarga qaraganda bir oz ko'p hollarda burundan qon ketish yuz beradi [2,6], bu estrogenning himoya ta'siri bilan bog'liq [10]. Shunday qilib, 49 yoshgacha bo'lgan kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida erkaklar ustunlik qiladi, lekin bu yoshdan yuqori bemorlar jinslar bo'yicha yana teng taqsimlanadi.

### **Anatomiyasi**

Burunning asosiy funksiyalari nafas olayotgan havoni isitish va namlashdan iborat. Buning uchun tashqi va ichki uyqu arteriyalardan ko'p miqdorda qon talab qilinadi. Tashqi uyqu arteriyasi asosiy rolni bajaradi va arterial qon oqimini birinchi navbatda yuqori jag' arteriyasi orqali va ikkinchi navbatda yuz arteriyasi orqali ta'minlaydi. Yuqori jag' arteriyasi bir nechta tarmoqlarga bo'linadi, shu jumladan ponasimon tanglay arteriyasi va pastga tushuvchi tanglay arteriyasi tarmog'ini hosil qiladi. Ponasimon tanglay arteriyasi burun to'sig'ining ko'p qismi va chig'anoqlarning shilliq qavatini qon bilan ta'minlaydi. Pastga tushuvchi tanglay arteriyasining ikki yoki uchta shoxchalarga ega, shu jumladan katta tanglay arteriyasi aylanma yo'l bilan katta tanglay kanali va teshigidan pastga o'tib, burun to'sig'ini va burun tubini qon bilan ta'minlaydi. Yuz arteriyasi bir necha shoxlarga bo'linadi, jumladan burchak arteriyasi, lateral burun arteriyasi va burun to'sig'i va qanotlarini qon bilan ta'minlaydigan yuqori lab arteriyasi [7]. Ichki uyqu arteriyasi oldingi va orqa g'ovaksimon arteriyalar orqali o'rta burun chig'anog'idan yuqoridagi keng sohani qon bilan ta'minlaydi.

Birlamchi va ikkilamchi burundan qon ketish farqlanadi. Birlamchi burundan qon ketishlar idiopatik va spontan bo'ladi, ikkilamchi holatlar esa travma yoki antikoagulyantlarni qo'llash kabi o'ziga xos sabablarga ega bo'ladi [10]. Boshqa tomondan, burundagi qon aylanish tizimining murakkabligiga qaramasdan, qon ketishining manbasiga qarab, burundan qon ketishlar oldingi yoki orqa qon ketishlarga bo'linishi mumkin. Ko'pincha burundan qon ketishi (90% dan 95% gacha) oldingi to'siqning pastki qismidagi Kisselbax chigali yoki Littl sohasi deb ataladigan anastomozda sodir bo'ladi [1]. Bu sohani yuqori lab arteriyasi shoxlari, old va orqa g'ovaksimon arteriyalar, ponasimon tanglay arteriyasi va katta tanglay arteriyasi qon bilan ta'minlaydi. Bu arteriyalar esa ichki va tashqi uyqu arteriyalarining bazal shoxlari orqali qon bilan ta'minlanadi [6].

### **Etiologiyasi**

Burundan qon ketish ko'p faktorli hodisadir. Burundan qon ketishining etiologiyasi sababiga ko'ra mahalliy, tizimli, ekologik yoki dorilar bilan bog'liq turlarga tasniflanishi mumkin. Burundan qon ketishning mahalliy sabablari travma, intranazal neoplaziya, yallig'lanish kasalliklari va to'siq nuqsonlarini o'z ichiga oladi. Qon tomirlarga boy bo'lganligi tufayli burun qon ketishga moyil bo'ladi.

Bu holat burun shilliq qavatining qon tomirlari tashqi tomonda joylashganligi sababli yanada og'irlashadi, ularni shikastlanishga nisbatan zaiflashtiradi.

Klinistlar ko'p to'qnashadigan holatlar burun shilliq qavati va/yoki ular bilan bog'liq qon tomirlarining shikastlanishi yoki ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'ladi [8, 10]. Keng tarqalgan misollardan biri barmoqni kiritish natijasidagi jarohat hisoblanadi (burunni kovlash) [10].

Retsidivli burundan qon ketishlarga sinonazal o'smalar, shu jumladan yassi hujayrali rak, adenoid kistoz rak, melanoma, invertatsiyali papilloma yoki boshqa kam uchraydigan o'smalar sabab bo'lishi mumkin [2,10]. Neoplaziya holatlari kam uchraydi; ammo, klinitsistlar bu ehtimolni qat'iy istisno qilish uchun to'liq tekshiruvdan o'tkazishlari lozim.

Qon ketishining tizimli sabablariga gipertenziya, jigar sirrozi, alkogolizm, qon ivishining buzilishi, irsiy gemorragik diatezlar va qon tomir / yurak-qon tomir kasalliklari kiradi [9]. Gipertenziya burundan qon ketishning bevosita sababi bo'lmasa-da, u og'ir yoki refrakter burundan qon ketish holatlari bilan bog'liq [10]. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish trombotsitlar agregatsiyasini kamaytiradi, bu esa qon ketish vaqtini oshirishi mumkin [9-10].

Burundan qon ketish irsiy gemorragik telangiektaziya (Osler-Veber-Rendu sindromi) bo'lgan bemorlarda eng ko'p uchraydigan belgi bo'lib, bemorlarning 90-95% da kuzatiladi [1].

Burundan qon ketishida atrof-muhit omillari ham muhim rol o'ynaydi. Qish oylarida sovuqroq harorat va quruq havo tufayli burundan qon ketish holatlarining oshishi kuzatiladi [16]. Burun infeksiyasi yoki allergik rinit ta'sirida ham burun chig'anoqlari yallig'lanishidan keyin shilliq qavat g'ovaklashib qon ketishi mumkin [15]. Burundan qon ketishi mahalliy burun steroidlarini qo'llash bilan ham bog'liq; ammo, bu dori-darmonlarni qabul qilgan bemorlarda burundan qon ketish hollari platsebo qabul qilgan bemorlarga qaraganda bir oz yuqoriroqligi kuzatilgan, semptomlar odatda yengil va o'z-o'zidan o'tadi [6].

Varfarin, dipiridamol, rivaroksaban va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYAQD) kabi bir qator dorilar qon ivishiga ta'sir qilishi mumkin [8]. Burundan qon ketishi bilan kasalxonaga yotqizilgan 24% dan 33% gacha bemorlar antikoagulyantlar yoki antitrombotsitar dorilarni qabul qilishlari hisoblangan [2].

### **Burundan qon ketishini davolash**

Gemodinamik barqarorlik tasdiqlangandan so'ng, klinitsistlar burundan qon ketishga olib kelishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun yo'naltirilgan anamnezni so'rashlari kerak. Klinitsistlar o'tkir epizodlar va oldingi hodisalar (agar mavjud bo'lsa), shu jumladan burundan qon ketishining darajasi, jiddiyligi, chastotasi va lateralligi va ularni nazorat qilish uchun qo'llaniladigan usullar to'g'risida ma'lumot olishlari kerak. Og'ir qon ketish yoki refrakter burundan qon ketish holatlarida bemorni qon ketishga moyilligi sharoitlarini yoki boshqa jarohatlarni hisobga olish kerak, shu jumladan qon ivishining buzilishiga, dori-darmonlar va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish. Shuningdek, klinitsistlarni qonli qusish va qora qatronsimon axlat haqida so'rashlari ham juda muhimdir [5]. Antikoagulyantlar bilan davolangan bemorlarda gemostazning mumkin bo'lgan buzilishlarini tekshirib borish kerak.

Dastlabki baholash bemorda burundan qon ketishga moyillik chaqiruvchi omillarni istisno qilish va qon ketish manbasini aniqlash uchun mo'ljallanadi. Qon ketishining manbasiga ko'ra burundan qon ketishlar oldingi yoki orqa tomondan bo'lishi mumkin, va bu ikki turini farqlash muhimdir. Oldingi burundan qon ketishi eng keng tarqalgan va odatda o'z-o'zidan to'xtaydi. Orqa burundan qon ketish odatda ko'proq qon ketishi bilan kechadi, har doim ham birlamchi tibbiy yordam sharoitida to'xtatib bo'lmaydi [10]. Yengil qon ketish odatda oldingi manbani ko'rsatadi; ammo, qon hajmining yuqori bo'lishi ham har doim orqa manbadan qon ketishni ko'rsatmaydi. Ikkala burun teshigidan qon ketishi orqa manbadan qon ketishning aniq belgisidir. To'siq nuqsoni yoki ikki tomonlama burun shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ikki tomonlama qon ketish bo'lishi mumkin.

#### *Burundan qon ketishni dastlabki davolash*

Dastlabki davolash qon ketayotgan joyga mahalliy dekongestan shimdirilgan paxta yoki doka bilan bosishdan iborat [1]. Klinitasist qon ketish manbasini aniqlay olmasa, gemostazni kuchaytirish uchun ikkala burun bo'shlig'iga vazokonstriktor shimdirilgan tamponlar qo'yishi kerak Oksimetazolin, fenilefrin yoki lidokain kabi vazokonstriktorlar tizimli qon bosimini oshirish xavfisiz vazokonstriksiya

orqali mahalliy qon ketishini kamaytirishi mumkin [8]. Agar bu qon ketishini to'xtatish uchun yetarli bo'lmasa, u holda manba orqada bo'lishi mumkin va orqa tamponada talab qilinishi mumkin. Boshni oldinga egish qonning tomoqning orqa qismida to'planishining oldini olishga yordam beradi va shu bilan ko'ngil aynishi va havo yo'llarining obstruksiyasini oldini oladi.

Burun qon ketishining og'irligi yengil burundan qon ketishidan potentsial o'limga olib keladigan qon ketishgacha bo'lishi mumkin. Yengil hodisalar klinik muhitda osongina boshqariladi; ammo, jiddiy hodisalar ko'pincha kasalxonaga yotqizish va hatto jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Agar bemor dastlabki davolanishga javob bermasa, qon ketishining sababini topishga harakat qilish kerak [3]. Bolalarda burun qon ketishining yaxshi sifatli ekanligiga ishonch hosil qilish uchun burunda yot jism yoki hosila mavjudligini diqqat bilan tekshirish kerak [8]. Bundan tashqari, retsidivli burundan qon ketish kuzatiladigan bemorlarda qon ketishini klinik jihatdan istisno qilish kerak.

#### *Oldingi burundan qon ketishini davolash*

Kam miqdorli oldingi burundan qon ketishlarda kompressiya asosiy davolash usuli hisoblanadi. Qonni yutib yubormaslik uchun bemor o'tirgan holda oldinga egilishi kerak. Keyin klinitsist burun qanotlarni distal sohasidan ushlab, 5-10 daqiqa davomida burun to'sig'iga bo'shashtirmasdan mahkam bosib turadi. Agar dastlabki davolash qon ketishini to'xtata olmasa, burun bo'shlig'iga paxta tampon yoki tampon qo'yilishi mumkin. Halqumda to'plangan qon laxtalarini so'rish orqali ehtiyotkorlik bilan olish kerak, bemorni mutaxassisga yuborishdan oldin burun qanshariga sovuq kompres qo'yish mumkin.

Gemodinamik barqarorlik yetarli bo'lmagan bemorlar tezda tez yordam bo'limiga yuborilishi kerak. Stadler va boshqalar burundan qon ketish bo'yicha shoshilinch konsultatsiya o'limning noqulay prognozi bo'lishi mumkinligini ta'kidlaganlar [5]. Gemodinamik jihatdan barqaror bemorlarni to'liqroq tibbiy baholash va davolash uchun otorinolarologga yuborishi kerak [10]. Otorinolarologiya sohasida burun endoskoplarini kirib kelishi burundan qon ketishni davolash paradigmasini o'zgartirdi va natijalarni sezilarli darajada yaxshiladi. Endoskoplar qon ketish joyini yuqori aniqlik bilan aniqlashni sezilarli darajada osonlashtiradi [6]. Ma'lumotlarga ko'ra, endoskopik yordamsiz klinitsistlar og'ir burundan qon ketish bilan bog'liq bo'lgan 50% hollarda qon ketish joyini aniqlay olmaydilar [8].

Oksimetazolin, fenilefrin va lidokain kabi mahalliy vazokonstriktorlar burundan qon ketishni davolashda yuqori samarali ekanligi isbotlangan [8]. Otorinolarologlar qon oqayotgan burun teshigiga vazokonstriktorni sepadilar, so'ngra ikkala burun bo'shlig'iga vazokonstriktor bilan namlangan tamponni kiritadilar va ularni 5-10 daqiqa davomida mahkam bosib turadilar, shundan so'ng tamponlar asta-sekin chiqariladi [6]. Burunni tamponadasi paytida klinitsist og'iz-halqumni qon ketish davom etayotganligi belgilarini aniqlash uchun tekshirishi kerak.

Tomirlarni toraytiruvchi moddali tamponlar bilan to'g'ridan-to'g'ri bosish yordam bermasa, kimyoviy kuydirishni sinab ko'rish mumkin. Bu kumush nitrat tayoqchasini to'g'ridan-to'g'ri qon ketish joyiga 10-20 soniya davomida qo'llashdan iborat. Mahalliy qo'llangan kumush nitrat burun shilliq qavatiga kimyoviy ta'sir qilib, uning yallig'lanishiga olib keladi. Bu fibrinoz ekssudatning chiqishiga, qon ketishini to'xtatuvchi psevdomebrana hosil bo'lishiga olib keladi [7]. Elektroagulyatsiya burun oldingi to'sig'idan doimiy qon ketishlarda ham samarali. Qon oqayotgan arteriya atrofida elektr zanjiri bilan isitiladigan metall halqa o'rnatiladi va shu bilan issiqlikni nurlantirish yo'li bilan (ya'ni, to'g'ridan-to'g'ri aloqa qilmasdan) zararlangan sohaga o'tkazish imkonini beradi.

Qon ketish joyini aniqlay olmaslik yoki qon ketishini kuydirish bilan to'xtata olmaslik antibiotikli malham bilan moylangan maxsus tampon materiallari bilan to'g'ridan-to'g'ri burundan qon ketishi joyini bosishsh kerakligidan dalolat beradi. An'anaviy lentali doka (masalan, vazelin yoki vismut yodoform parafinli pastasi singdirilgan tamponlar) bilan bog'liq qiyinchiliklarni bartaraf etish uchun burundan qon ketishni davolash uchun maxsus bir nechta tamponlar ishlab chiqilgan. Oldindan tayyorlangan materiallar orasida so'rilmaydigan Merocel (Medtronic Inc., Minneapolis, MN, AQSh) va so'rilishi mumkin bo'lgan Nasopore (Polyganics, Groningen, Niderlandiya) keng tarqalgan. Ushbu materiallar tasodifiy nazorat ostida bo'lgan sinovlarda refrakter holatlarning taxminan 60-90% da qon ketishni to'xtatishi ko'rsatilgan.

Merocel - suvsizlantirish orqali siqilgan gidroksillangan polivinilatsetatdan tayyorlangan gubka. Fiziologik eritmani in'ektsiya qilish bilan regidratsiyasi uning burun bo'shlig'ida kattalashishiga olib

keladi va shu bilan qon ketish nuqtasini bosadi [7]. Shuningdek, u mahalliy qon ivish omillariga qonni ivitishi uchun zarur bo'lgan kontsentratsiya darajasiga erishishga imkon beradi [6]. So'rilmaydigan tamponning kamchiliklari uni olib tashlash zarurati bo'lib, bemorga sezilarli og'riq va noqulaylik tug'dirishi mumkin.

Nasopore - eruvchan, biorezorbsiyali ko'pik bo'lib, u suvni singdirish orqali kengayadi, atrofdagi to'qimalarni qo'llab-quvvatlaydi va burun bo'shlig'ida qon ketayotgan tomirlarni bosadi. Burun bo'shlig'iga kiritilgandan so'ng bir necha kundan keyin eriy boshlaydi, uni burun bo'shlig'idan so'rib olish mumkin [8]. E'tiborlisi, burun tamponini tanglay bo'ylab yuqoriga emas, har doim orqaga kiritish kerak. Ushbu materiallarni noto'g'ri qo'llash shilliq qavatning shikastlanishini va qon ketishini kuchaytirishi mumkin. Boshlang'ich tamponadadan so'ng burundan qon ketish davom etsa, burun bo'shlig'ining qarama-qarshi tomonida qo'shimcha tamponada qo'yish talab qilinadi.

#### *Orqa burundan qon ketishini davolash*

Orqa burundan qon ketish hollari kam uchraydi va odatda keyingi davolash uchun otorinolaringologga yuboriladi [9]. Vizualizatsiya va qon ketish manbasiga kirish bilan bog'liq qiyinchiliklar davolanishni sezilarli darajada murakkablashtirishi mumkin. Orqa burundan qon ketish uchun bir nechta materiallar strategiyalari ishlab chiqilgan. Ba'zi hollarda tamponlash faqat jarrohlik aralashuvi qo'llanilmaguncha qon ketishini to'xtatish uchun mo'ljallanadi. An'anaviy yondashuvda xoana orqali o'ralgan doka kiritiladi, so'ngra ipak choklar bilan og'iz-halqumda ushlab turiladi [8]. Bir qator kompaniyalar "orqa paketlar" ni ishlab chiqdilar, ularning ko'pchiligi burundan qon ketishini to'xtatish uchun burun-halqum bo'shlig'ida ballonli kateterlarni shishirishadi. Orqa burun tamponadasining alternativalaridan biri og'iz-halqumda ko'ringuncha burun yo'liga 10-14 Foley-French kateterini kiritishdan iborat. Keyin balon 10-15 ml steril suv bilan to'ldiriladi, shundan so'ng Foley kateteri burun-halqumdagi orqa xoana qarshisigacha oldinga tortiladi [8]. Old tamponni kiritishdan oldin kateterni qisqich bilan mahkamlash mumkin.

Issiq suv bilan irrigatsiya qilish - orqa burundan qon ketishlarini nazorat qilishning yana bir usulidir [9-10]. Choanani yopish uchun qon oqayotgan burun bo'shlig'iga modifikatsiyalangan epistaksis-ballon kateter kiritiladi. Keyin 500 ml issiq suv (50°C) bilan 3 daqiqa davomida to'xtovsiz yuvish amalga oshiriladi. Ushbu davolash shilliq qavatning shishishi orqali mahalliy qon oqimini kamaytirishga mo'ljallangan. Bundan tashqari, burun bo'shlig'ini qon laxtalaridan tozalashga yordam berish uchun mo'ljallangan.

Tamponadadan so'ng, orqa burun qon ketishi to'xtaganligini aniqlash uchun og'iz-halqumni tekshirish kerak. Agar burun tamponi samarali bo'lsa, uni olib tashlashdan oldin bitish jarayoni uchun 24-72 soat davomida qoldirish kerak [17]. Burun tamponini 72 soatdan ortiq ushlab turish nekroz, toksik shok sindromi (isitma, gipotenziya, shilliq qavat ko'chishi va giperemiya), yondosh bo'shliqlar yoki ko'z yosh yo'llari infeksiyalari kabi asoratlarni xavfini oshiradi [10].

#### *Konservativ davo muvaffaqiyatsizliklarini davolash*

Tamponadadan keyin qon ketish davom etsa, bemorni arterial embolizatsiya yoki jarrohlik yo'li bilan keyingi davolanish uchun darhol tez yordam bo'limiga o'tkazish kerak. 30 yildan ortiq vaqt davomida embolizatsiya orqa burundan qon ketishlarni davolashda jarrohlik ligatsiyasiga yuqori samarali alternativa ekanligini isbotladi va muvaffaqiyat darajasi taxminan 90% ni tashkil qiladi [3]. Og'ir asoratlarning, jumladan insult yoki ko'rlikning qayd etilgan darajasi 2 dan 4% gacha [9,10]. Arteriogrammadan oldin qon ketish nuqtalarining lokalizatsiyasi va / yoki lateralizatsiyasini aniqlash uchun otorinolaringologik tekshiruv o'tkazish lozim. Agar embolizatsiya qon ketishini to'xtatmasa, operatsiya talab etiladi.

Jarrohlik aralashuvi qolgan yagona variant deb hisoblansa, birinchi navbatda maqsadli arteriyalar fizik tekshiruv, endoskopiya natijalari va bemorning kasallik tarixi asosida aniqlanishi kerak. G'ovaksimon tomirlarni jarrohlik yo'li bilan bog'lashda an'anaviy yondashuv Linch kesmalari qilishdan iborat [10]. Bipolyar elektrokoagulyatsiya suyak usti pardasini ko'z yosh do'mbog'idan va orqa tomondan ko'z olmasidan ko'tarilgandan so'ng tomirlarni kesish yoki koagulyatsiyasi uchun ishlatiladi. Endoskopiya sohasidagi yutuqlar, shuningdek, endoskopik bog'lash usullarining rivojlanishiga olib keldi [9-10]. Endoskopik arteriyalarni bog'lash uning samaradorligi va endovaskulyar embolizatsiyaga qaraganda ancha arzonligi tufayli orqa burun qonashlarini davolashning eng yaxshi usulidir [10].

### Asoratlar

Kuydirish burun to'sig'i teshilishi xavfini keltirib chiqaradi, tamponlash esa kompression nekrozga olib kelishi mumkin. Ushbu muolajalarni o'tkazadigan bemorlarda peroral og'riq qoldiruvchi vositalar yordamida stressini yengillashtirish mumkin. Tamponadaning har qanday usuli yondosh bo'shliqlar okklyuziyasiga olib kelishi mumkin, bu infeksiya, toksik shok sindromi yoki sinusit xavfini sezilarli darajada oshiradi [61]. Shuning uchun otorinolaringologlar profilaktika maqsadida stafilokokk bilan qoplangan antibiotiklarni, shu jumladan amoksitsillin-klavulanat yoki ikkinchi avlod sefalosporinlarini tavsiya qiladilar [9,10].

Biroq, ikkilamchi bakterial sinonazal infeksiyani yoki toksik shok sindromini oldini olish uchun burun tamponlari bo'lgan bemorlarga antibiotiklarni profilaktika maqsadida berish yuzasidan hali ham munozaralar mavjud [1, 9]. Amalda, profilaktik antibiotiklar faqat immunitet tanqisligi, diabet yoki qariyalar kabi infeksiya xavfi yuqori bo'lganlarga berilishi kerak [9].

Noto'g'ri joylashuv tufayli orqa tamponning siljishi adashgan nerv tonusini oshirishi mumkin, bu esa bradikardiya, gipotenziya, gipoventilyatsiya yoki aspiratsiyaga olib keladi. Shuning uchun orqa tamponadaga qilingan bemorlarni kasalxonaga yotqizish va ularni kuzatish tavsiya etiladi [8, 10]. Jiddiy yo'ldosh kasalliklari, yo'ldosh simptomlari va / yoki davolash murakkab oldingi burundan qon ketishi bo'lgan bemorlarni ham kasalxonaga yotqizish talab qilinishi mumkin.

### Xulosa

Burundan qon ketishni davolashda ko'plab yutuqlarga erishildi. Burundan qon ketishining asosiy sababiga va birlamchi tibbiy yordam muassasasida mavjud bo'lgan asbob-uskunalarga qarab, amaliyotchi shifokorlar an'anaviy usullar (masalan, burun tamponadasi) va murakkabroq usullar (masalan, elektrokoagulyatsiya va endoskopik asboblari) o'rtasida tanlov qilishlari mumkin. Ushbu maqolada klinik amaliyotda klinitsistlarga yordam berish uchun burundan qon ketishini davolashda foydali blok-sxemasini taqdim etilgan. Natijalarni optimallashtirishga qaratilgan davolash algoritmlarini yaxshiroq shakllantirish mumkin bo'lgan yuqori sifatli tadqiqot natijalari hali ham mavjud emas.

### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Мейриньо С., Релвас Р., Алвес Г. Носовое кровотечение, вызванное лекарствами: побочный эффект, которым часто пренебрегают. //Curr Drug Saf 2018;13(2):74-83.
2. Поллис П.А., Йодер М.Г. Носовое кровотечение: ретроспективный обзор госпитализированных пациентов. //Отоларингол Head Neck Surg 1997;117(1):49-53.
3. Kucik C.J., Clenney T. Управление носовым кровотечением. //Am Fam Physician 2005;71(2):305-311.
4. Тан Л.К., Калхун К.Х. Эпистаксис. //Med Clin North Am 2009;83(1):43-56.
5. Alter Н. Подход к взрослому с носовым кровотечением. В: UpToDate, Grayzel J (Ed), UpToDate, Waltham, MA. По состоянию на 18 сентября 2018 г.
6. Womack J.P., Крора J., Jimenez Stable M. Носовое кровотечение: амбулаторное лечение. //Am Fam Physician 2018; 98 (4): 240–245.
7. Зайдель Д.Ю., Сестерхенн А.М., Костев К. Сезонные изменения носового кровотечения в Германии. //J Craniofac Surg 2018;29(4):e365-e367.
8. Самиева Г. У. и др. Hearing impairment in patients with adhesive otitis media //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 1.
9. Орипова О. О. и др. Состояние плотности распределения лимфоидных клеток слизистой оболочки гортани и проявления местного иммунитета при хроническом ларингите (анализ секционного материала) //Academy. – 2020. – №. 4 (55).

**Qabul qilingan sana 09.05.2022**