



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (80) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (80)

2025

ИЮНЬ

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК: 616.211-002-07-085-089

ҲОМИЛАДОРЛИК РИНИТИДА ГИПЕРТОНИК ТУЗЛИ ЭРИТМА БИЛАН БУРУН ЮВИШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ВА ИЛМИЙ АСОСЛАРИ

Нуров Убайдулло Ибодуллаевич e-mail: unurov58@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7272-7418>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ҳомиладорлик — аёл организмида жуда кўп физиологик ва гормонал ўзгаришлар юз берадиган мураккаб жараён. Бу ўзгаришлар баъзида нафас йўллари фаолиятига ҳам таъсир қилади. Улардан бири — ҳомиладорлик ринити деб аталадиган ҳолат бўлиб, бу ҳолат ҳомиладор аёлларда ҳеч қандай инфекциясиз, доимий бурин битиши ва шишиши билан намоён бўлади.

Ҳомиладорлик ринити — бу ҳомиладорлик даврида, айниқса 2–3-триместрда пайдо бўладиган ва одатда тузрукдан кейин 2 ҳафта ичида ўтиб кетадиган бурин шиллиқ қавати яллиғланиши ҳолатидир. Бу ринит вирусли ёки аллергия ринитдан фарқ қилади, чунки у инфекция ёки аллергиялар таъсирида эмас, балки асосан гормонал ўзгаришлар натижасида юзага келади [1,2].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И НАУЧНЫЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРОМЫВАНИЯ НОСА ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ СОЛЕВЫМ РАСТВОРОМ ПРИ РИНИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

Нуров Убайдулло Ибодуллаевич e-mail: unurov58@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7272-7418>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Беременность — это сложный процесс, при котором в организме женщины происходят многочисленные физиологические и гормональные изменения. Эти изменения могут также влиять на функции дыхательных путей. Одним из таких состояний является ринит беременных, который проявляется постоянной заложенностью и отёчностью носа у беременных женщин без признаков инфекции.

Ринит беременных — это воспаление слизистой оболочки носа, возникающее во время беременности, особенно во втором или третьем триместре, и, как правило, проходит в течение двух недель после родов. Этот тип ринита отличается от вирусного или аллергического ринита, так как он возникает не под воздействием инфекции или аллергенов, а преимущественно в результате гормональных изменений [1,2].

Ключевые слова: ринит беременных, гормональные изменения, гипертонический солевой раствор.

EFFICACY AND SCIENTIFIC BASIS OF NASAL IRRIGATION WITH HYPERTONIC SALINE SOLUTION IN PREGNANCY RHINITIS

Nurov Ubaydullo Ibodullaevich e-mail: unurov58@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7272-7418>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

Pregnancy is a complex process during which many physiological and hormonal changes occur in a woman's body. These changes can sometimes affect the function of the respiratory system. One such condition is known as pregnancy rhinitis, which is characterized by persistent nasal congestion and swelling in pregnant women without any infection.

Pregnancy rhinitis is an inflammation of the nasal mucosa that typically arises during pregnancy, especially in the second or third trimester, and usually resolves within two weeks after childbirth. This type of rhinitis is different from viral or allergic rhinitis because it is not caused by infections or allergens, but rather develops primarily due to hormonal changes [1,2].

Keywords: pregnancy rhinitis, hormonal changes, hypertonic saline solution.

Долзарблиги

Ташқи ҳимоя тизимида бактериялар, замбуруғлар, вируслар, саноат чиқиндилари каби атроф-муҳитнинг патоген омилларидан ҳимоя қилишнинг биринчи қатори бу бурун шиллик қавати ҳисобланади. Шиллик қаватнинг ҳимоя функцияси мустақамлиги унинг механик хусусиятлари, шунингдек, йўқотилган ёки шикастланган тузилмаларни ва организмнинг турли тўқималари билан тизимли функционал алоқаларни тезда тиклаш қобилияти орқали таъминланади [1,2]. Шиллик қаватнинг микроорганизмлар таъсирига чидамлилиги, юқори нафас йўллари микрофлорасининг кўпайишини бошқарадиган, унинг пастки нафас йўллари тарқалишини чеклайдиган IgA ишлаб чиқариш қобилияти билан боғлиқ [2,3]. Физикавий ҳимоя омилларга нафас йўлларининг рефлекслари киради. Бурун шиллик қаватининг рефлектор таъсири ҳам, ҳимоя функцияларини амалга оширишда иштирок этади. Бурун бўшлиғи рецепторлари, ҳаво оқимининг босими, унда мавжуд чанг зарралари, кимёвий моддалар ва нафас олинадиган ҳаво ҳарорати таъсирида кўзғалади. Таъсирловчига жавобан кўз ёш ажралиши кучаяди [3,4]. Кўз ёш суюқлигининг бурунга тушиши, кўзғатувчини бурун шиллик қаватидан йўқотишда муҳим рол ўйнайди. Бурун тўсиғи, пастки ва ўрта бурун чиғаноқларнинг рецепторлари таъсирланиши, бронхиал мушакларнинг қисқариши, кўкрак ичи босимнинг ошиши билан намоён бўлувчи аксириш рефлексининг пайдо бўлишига олиб келади. Бурун бўшлиғидаги рефлекслар нафас олиш марказига таъсир қилиб, нафас олишни бошқаришда иштирок этади. Ҳаво оқимининг бурун шиллик қаватидаги рецепторлар билан ўзаро таъсири ва ҳосил бўлган сезгиси, ҳаёт сифатига таъсир кўрсатади [4,5].

Ҳомиладорлик ринити қуйидаги белгилари билан намоён бўлади:

Доимий бурун битиши (асосан тунги вақтда кучаяди)

Бурун орқали нафас олишда қийинчилик

Бош оғриғи ёки босим ҳисси (ҳаво етишмаслиги туфайли)

Ҳид билиш қобилияти пасайиши

Уйқунинг тўлақонли бўлмаслиги

Гипертоник тузли эритманинг таъсир механизми: Гипертоник тузли эритма (1.5–3% NaCl)

- Осмостик таъсир: суюқликни хужайралараро бўшлиққа тортиб, бурун шиллик қавати шишини камайтиради;

- Мукоцилиар клиренсни фаоллаштиради ва шиллик секрецияни чиқаришни тезлаштиради;

- Бурунни намлайди ва дезинфекция қилувчи таъсир кўрсатади;

- Шиллик қаватни тиклайди, эпителийнинг тикланишини рағбатлантиради.

Бу таъсирлар ринит аломатларини енгиллаштиришга ёрдам беради ҳамда фармакологик дорилар эҳтиёжини камайтиради.

Тадқиқот мақсади: Гормонал ўзгаришлар натижасида юзага келган ҳомиладорлик ринитида гипертоник тузли эритма билан бурунни ювишнинг самарадорлигини аниқлаш ва унинг илмий асосланганлигини баҳолаш.

Материал ва тадқиқот усуллари: Текшириш учун, ҳомиладорликнинг 1 - уч ойликдан то 3- уч ойликгача оториноларинголог кузатувида бўлишга рози бўлган ҳомиладор аёллар олинди.

I гуруҳ . Ҳомиладорликдан олдин узок вақт давомида бурун орқали нафас олиш қийинлишуви аниқланмаган, ҳомиладорлик даврининг 1- уч ойлигидан доимий бурун орқали нафас олиш бузилиши шикоят бўлган аёллар - 25 бемор.

II гуруҳ. Ҳомиладорликдан олдин бурун тўсиғи эгрилиги фонида вазомотор ринит ташхиси қўйилган, жарроҳлик амали ўтказилмаган, ҳомиладорликнинг 1-уч ойлигидан доимий бурун орқали нафас олиш бузилиши шикоят бўлган аёллар - 25 бемор.

III гуруҳ. Ҳомиладорликдан олдин узоқ вақт давомида бурун орқали нафас олиш қийинлишуви аниқланмаган, ҳомиладорликнинг 1- уч ойлиги давомида субъектив бурун орқали етарли нафас олувчи аёллар- 25 бемор.

Тадқиқот натижалари:

Субъектив бурун орқали яхши нафас оладиган ҳомиладор аёлларда риноманометрия натижалари ҲОТ (ҳаво оқим тезлиги) ўртача $882,4 \pm 32,6$ см³ / с га тенглиги аниқланди. "Ҳомиладорлар ринити" билан оғриган беморларда ҲОТ дастлабки кўрсаткичи 628 ± 61 см³ / с, УҚ эса $0,71 \pm 0,3$ см³ / с тенг бўлди. 28 кун давомида олиб борилган ирригацион терапиядан сўнг, беморларнинг 91,6% бурун орқали нафас олиши сезиларли даражада яхшилаганлигини сезишди. ҲОТ сезиларли даражада ошди: 921 ± 97 см³ / с. Ирригацион терапия шиллик қаватнинг секретор фаолиятига таъсир кўрсатмади. Шунинг таъкидлаш керакки, "ҳомиладорлар ринити" бўлган аёлларда ва назорат гуруҳидаги беморларда бурун шиллик қавати секретор фаолиятида сезиларли фарқлар аниқланмади. Шундай қилиб, назорат гуруҳида секретор фаолият ўртача $0,12 \pm 0,02$ г/мин, тадқиқот гуруҳида эса шиллик қаватнинг секретор фаоллиги мос равишда $0,16 \pm 0,03$ г/мин ва $0,15 \pm 0,02$ г / мин ни ташкил этди. Назорат гуруҳида бурун ажралмаси рН-метрияси кучсиз кислоталикдан кучсиз ишқорийгача ўзгаришини кўрсатди ва ўртача $7,1 \pm 0,4$ тенг бўлди. Бурун ажралмасининг цитологик таркиби эпителиоцитлар, лейкоцит ҳужайралари, нейтрофиллар, лимфоцитлар, макрофаглар ва плазмоцитлардан иборат бўлди. Бунда, лимфоцитлар кўпроқ аниқланди. Бурун билан эркин нафас олувчи ҳомиладор аёлларда бурун ажралмасининг ўртача цитологик формуласи қуйидагича бўлди: эпителиоцитлар $3,8 \pm 1,1$ хуж. / к.м.; нейтрофиллар $3,1 \pm 1,3$ хуж./к.п.; лимфоцитлар $5,6 \pm 0,8$ хуж. / к.м.; макрофаглар $1,9 \pm 0,4$ хуж. / к.м.; плазмоцитлар $1,3 \pm 0,6$ хужай./ к.м.

"Ҳомиладорлар ринити" мавжуд бўлганда, бурун ажралмасининг рН қиймати $6,8 \pm 0,3$ га тенглиги аниқланди. "Ҳомиладорлар ринити" аниқланганда бурун ажралмасининг ўртача цитологик формуласи қуйидагича бўлди: эпителиоцитлар $4,3 \pm 1,4$ хуж. / к.м.; нейтрофиллар $6,1 \pm 1,1$ хуж. / к.м.; лимфоцитлар $1,2 \pm 0,6$ хуж. / к. м.; макрофаглар $0,9 \pm 0,7$ хуж. / к.м.; плазмоцитлар $1,3 \pm 0,4$ хуж. / к. м.

Хулоса. Ҳомиладор аёлларда узоқ вақт субъектив бурун битиш ҳисси, объектив бурун орқали эркин нафас олиш ёки олд фаол ринометрия натижасига кўра 72 % ҳолда бурун орқали нафас олишнинг енгил ва ўрта даражадаги бузулиши фонида пайдо бўлади. Бурун битишининг уйқу жараёнига таъсир қилиши, объектив мавжуд бўлган бурун битиши ягона клиник белгисидир. Бу белги 80% ҳолатда сурункали вазомотор ринит ва бурун тўсиғи эгрилиги аниқланган аёлларда қайд этилди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Goldstein, G., & Govindaraj, S. (2012). Rhinologic issues in pregnancy. *Allergy & Rhinology*, 3(1), e13–e15.
2. Head, K., Snidvongs, K., Glew, S., et al. (2018). Saline irrigation for allergic rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD012597.
3. Friedman, M., Hamilton, C., Samuelson, C.G., et al. (2012). Dead Sea salt irrigations vs saline irrigations with nasal steroids for symptomatic treatment of chronic rhinosinusitis: a randomized, prospective double-blind study. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 2(3), 252–257.
4. Berjis, N., Sonbolastan, S.M., Okhovat, S.H., et al. (2011). Normal saline versus hypertonic 3% saline: its efficacy in non-acute rhinosinusitis. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 23, 23–28.
5. Fokkens, W.J., Lund, V.J., Mullol, J., et al. (2012). European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinology*, 23(3), 1–298.
6. Adam, P., Stiffman, M., & Blake, R. L. (2008). Saline nasal irrigation for upper respiratory conditions. *American Family Physician*, 78(9), 1111–1117.
7. Cochrane Review. (2012). Nasal saline irrigations for allergic and non-allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006821.
8. Namazy, J., Schatz, M. (2016). Rhinitis during pregnancy. *Immunology and Allergy Clinics*, 36(2), 317–332.
9. Friedman M, Hamilton C, Samuelson CG, Maley A, Wilson MN, Venkatesan TK, Joseph NJ. / Dead Sea salt irrigations vs saline irrigations with nasal steroids for symptomatic treatment of chronic rhinosinusitis: a randomized, prospective double-blind study/ Int Forum Allergy Rhinol. 2012 May-Jun;2(3):252-7.
10. Berjis N, Sonbolastan SM, Okhovat SH, Narimani AA, Razmjui J. Normal saline versus hypertonic 3% saline: its efficacy in non-acute rhinosinusitis. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology* 2011;23:23-8.

Қабул қилинган сана 20.05.2025