



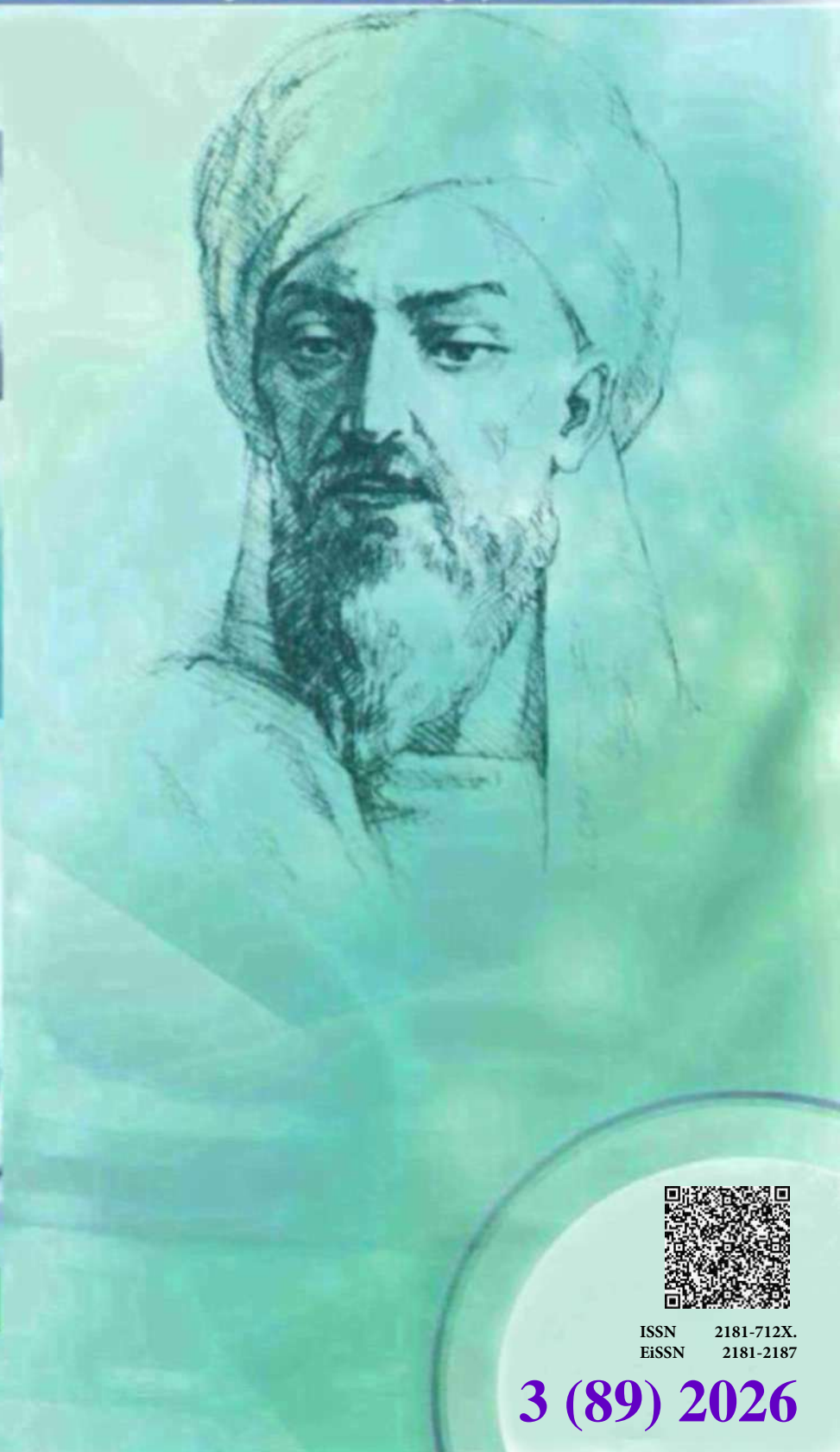
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

3 (89) 2026

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
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
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. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
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
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026
март

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

Received: 20.02.2026, Accepted: 06.03.2026, Published: 10.03.2026

УДК 616.212.5+ 616-053.71+ 616-08-039.71

ПРЕМОРБИД ФОНЛИ ЎСМИРЛАРДА БУРУН ТЎСИГИ ЭГРИЛИГИ МОРФОЛОГИК ШАКЛЛАРИНИНГ КАСАЛЛИК КЛИНИК КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

*Раунов Фарход Сайидович <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>
Рузикулова Юлдуз Бабарахимовна <https://orcid.org/0009-0002-4664-6803>*

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**

Илмий изланиш асосида бурун тўсиги эгрилиги таъхиси билан даволанган, 10 ёшдан 17 ёшгача бўлган, 121 бемор болаларда текшириш олиб борилган. Уларнинг ёши, жинси, бурун тўсиги деформацияси шакли ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинган. Ушбу беморларни тадқиқотимизга киритиш асосий мезони бўлиб бурун тўсиги эгрилиги мавжудлиги, ҳамда клиник белгилар: бурундан нафас олишнинг қийинлиги, тез-тез бош оғриги, нафас олиш йўллариининг касалликлар ва ҳиднинг бузилиши ҳақида шикоятлари бўлди.

Калит сўзлар: бурун тўсиги эгрилиги, болалар, ринопластика.

EFFECT OF MORPHOLOGICAL FORMS OF CURVATURE OF THE NASAL BARRIER IN ADOLESCENTS WITH PREMORBID BACKGROUNDS ON THE CLINICAL COURSE OF THE DISEASE

*Raunov F.S. <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>
Ruzikulova Yu.B. <https://orcid.org/0009-0002-4664-6803>*

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

✓ **Resume**

The basis of this scientific work was the data on the examination and treatment of 121 sick adolescent children aged 10 to 17 years. The data were analyzed by age, gender, and the shape of the nasal septum deformity. The criterion for inclusion of patients in the group was the presence of a curvature of the nasal septum, complaints of difficulty in nasal breathing, frequent headaches and impaired sense of smell.

Key words: curvature of the nasal septum, children, rhinoplasty.

ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПОДРОСТКОВ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Раунов Фарход Сайидович <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>
Рузикулова Юлдуз Бабарахимовна <https://orcid.org/0009-0002-4664-6803>*

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**

Основу данной научной работы составили данные обследования и лечения 121 больных детей-подростков, в возрасте от 10 до 17 лет. Проведено анализ данных по возрасту, по гендерному признаку, по форме деформации носовой перегородки. Критерием включения больных в группу служило - наличие искривления носовой перегородки, жалобы на затруднения носового дыхания, на частые головные боли и нарушение чувства запаха.

Ключевые слова: искривления носовой перегородки, дети, ринопластика.

Долзарблиги

Бурун тўсиғининг деформацияси, унинг эгрилиги билан бирга, кўп ҳолларда бурун функцияларининг доимий бузилиши билан бирга келади [2,17]. Бурун тўсиғининг турли даражадаги эгрилиги аҳолининг ярмида, кўпинча эркакларда қайд этилади. Бурун тўсиғининг суяк ва тоғай қисмлари деформацияланиб, нафас олиш жараёнига ҳам таъсир қилиши мумкин. Натижада, буруннинг меъёрий нафас олиш жараёни бузилади, бу оториноларингологияда кўпчилик касалликлар учун замин омил бўлиб хизмат қилади [5,16]. Ушбу патологияга эга одамларда бир томондан бурун йўллари бошқасига қараганда торроқ. Бу ҳаво оқимининг тузилишини ўзгартиради, зарарланган томон эса блоккланиши мумкин. Бундай "блокада" сурункали бир томонлама синуситга олиб келиши мумкин. Буруннинг таъсирланган ярмининг териси ва шиллик қаватида куруқлик ва ёриқлар пайдо бўлади, бу эса бурундан қон кетишига олиб келиши мумкин [6,18].

Бурун тўсиғи эгрилигининг шаклланиши экзоген (травма, бурун касалликлари) ва эндоген ("номаълум сабаблар", "ғайритабиий эгриликлар", "генетик деформациялар", "морфофункционал асимметрия шаклланишининг табиий онтогенетик жараёни") омилларга ва бурун тўсиғи эгрилигининг айрим турларининг тарқалишига боғлиқ, хусусан, орқа – суяк қисмида у ёшга қараб ортади, олдинги тоғай қисмида эса ёшга қараб камайди [3,7].

Баъзи муаллифлар бурун тўсиғининг эгрилигини 52% ҳолларда болаликдаги олинган турли жароҳатлар билан боғлиқлигини таъкидлашади [4,13]. Бурун тўсиғи меъёрий ҳолати тананинг ўрта чизиқ бўйлаб, мос равишда тўғри ва текис жойлашганида нисбат берилади. Бурун тўсиғи эгрилиги (БТЭ) патология сифатида бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб, олинган маълумотларга кўра баъзи мамлакатларда ушбу патология аҳолининг 90,0% гача учрайди [2,6]. Оториноларингологияда эришилган муваффақиятларга қарамай, бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари юқори нафас йўллариининг патологияси орасида биринчи ўринни эгаллайди ва уларнинг аксарияти жарроҳлик аралашувни талаб қилади [5,14]. Бурун тўсиғининг деформацияси бурун ичидаги тузилмаларнинг табиий ва оқилона архитектурасини бузади, натижада бурун орқали нафас олишнинг табиий оқими бузилади [8,9]. Бурун тўсиғи эгрилигининг кўплаб таснифлари мавжуд, унда асосий эътибор унинг бурун тўсиғи шаклининг эгрилик характеристикасига қаратилган, яъни: бошоқ, тизма, "С" - симон, тароқсимон, "S" – симон, тиконсимон ва бошқалар [6,10].

Болаларда бурун тўсиғи эгрилигида жарроҳлик муолажалар билан даволаш учун қатъий кўрсатмалар ҳали ҳам мунозарали бўлиб, ушбу мунозаранинг асосини маълум ёш даврларида буруннинг анатомик тузилмаларининг шаклланиши жараёни тугалланмаганлиги билан боғлашади. 14-15 ёшдаги болаларда бурун тўсиғининг деформацияси тоғай ва суяк-тоғай қисмларида кўпроқ учрайди.

Болаларда бурун тўсиғи деформациясини жарроҳлик даволаш вақти бўйича замонавий ринопластикада ҳали ҳам яқдиллик мавжуд эмас. Оториноларингологларнинг аксарияти 15-16 ёшгача бўлган болаларда бурун тўсиғида жарроҳлик аралашувларни ўтказишга шошилишмайди, бошқалари эса 6-14 ёшда риносептопластика қилиш мумкин деб ҳисоблашади [5,6,11]. Аммо, бу ёшга келиб, бурун тўсиғининг эгрилиги бўлган болаларда бурундан нафас олиши доимий равишда бузилади, бурун цикли бузилади, пастки бурун коникасининг гипертрофияси ривожланади, бурун бўшлиғи ва параназал синусларнинг шиллик қаватида гипертрофия ва гиперплазия пайдо бўлади [1]. Бундай болаларда доимий гипоксия туфайли хотира, диққат - эътибор ва уйку бузилади. Болалар тез чарчайдилар, жисмоний ривожланишда тенгдошларидан орқада қоладилар. Юқоридагилар келиб чиқиб бурун тўсиғи эгрилигида оператив аралашув қанчалик эрта амалга оширилса, бурун бўшлиғининг фаолияти тезроқ тикланади. Аммо шуни таъкидлаш керакки, бемор бола организми, шу жумладан бурун тўсиғи эгрилигини жарроҳлик йўли билан тиклаш нафақат бурун бўшлиғида анатомик нисбатларни тиклашни, балки операциядан кейинги функционал натижаларни ҳам ҳисобга олиш лозим [7,14].

Шундай қилиб, бурун тўсиғи эгрилиги бўлган бемор болаларни даволаш мураккаб муаммо ҳисобланади. Бурун тўсиғи эгрилиги патогенези, морфологик ўзгаришлар, диагностика ва жарроҳлик даволаш тактикаси билан боғлиқ баъзи масалалар очиқ бўлиб қолмоқда ва у ҳал қилишни талаб қилади.

Тадқиқот мақсади: ўсмир-болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг клиник ва рентгенологик хусусиятларини ўрганиш ва уларни ҳисобга олган ҳолда даволанишни мукамаллаштириш.

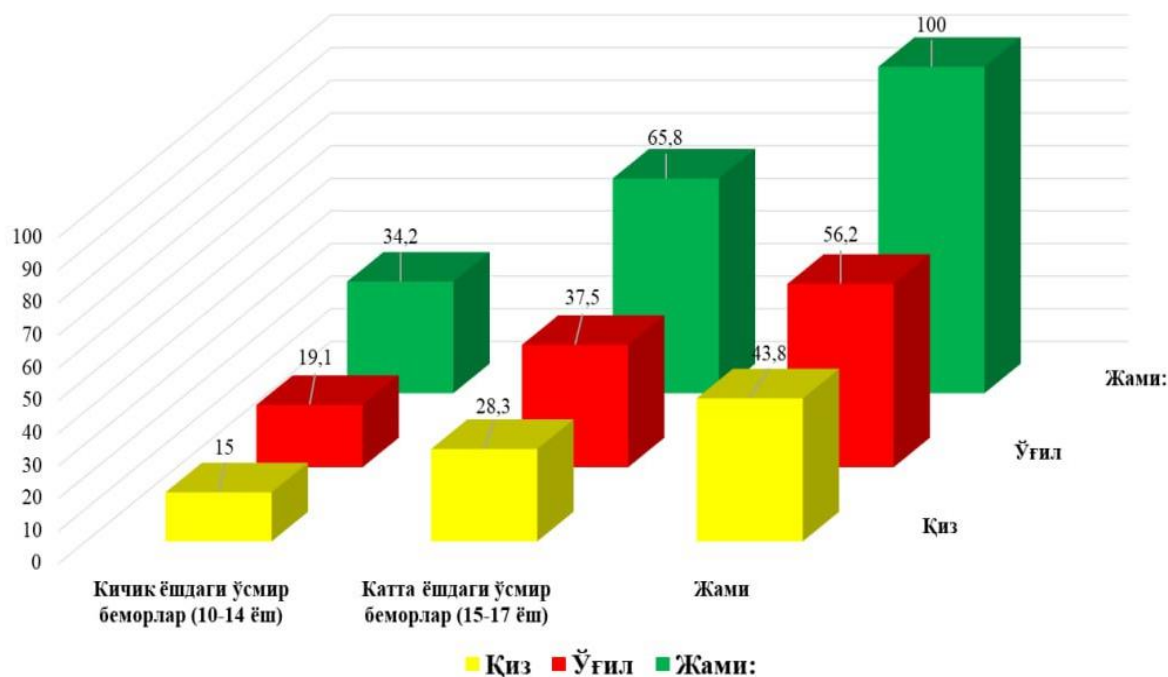
Материал ва методлар

Бемор ўсмир болалар Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази оториноларингология бўлимида 2020-2024 йиллар давомидаги даволаш ва текшириш натижалари таҳлили ўтказилди. Барча бемор ўсмир болалар оториноларингологияда қўлланиладиган кенг қамровли клиник - лаборатор, рентген ва эндоскопик текширувдан ўтдилар. Беморлар шикоят ва анамнезни батафсил ўрганиш ва йиғиш, объектив кўрикдан ўтказилди.

Бурун тўсиғи эгрилиги билан касалланган беморлар маълумотларини ёш ва жинсига кўра ўрганилганда қуйидагилар аниқланди. Кичик ёшдаги ўсмир (10-14 ёш) даги бемор болалар орасида умумий текширилган беморларга нисбатан 41 (34,2%) та ҳолатда кузатилган бўлса, ушбу ёшдагилар орасида ўғил болалар 23 (19,1%) тани, қиз болалар эса 18 (15%) тани ташкил этди, ўғил болалар ушбу ёш гуруҳида нисбатан кўпчиликни ташкил қилади (1-расм). Катта ёшдаги ўсмир беморлар (15-17 ёш) ни таҳлил қилганда ҳам ушбу касаллик кўпроқ ўғил болаларда – 45 (37,5%) та ҳолатда кузатилган, қиз болалар орасида эса 35 (28,3%) тани ташкил этган. Бизнинг фикримизча ушбу натижаларни қуйидагича таҳлил қилиш мумкин, яъни катта ёшдаги ўсмир ўғил болаларда жароҳат олиш эҳтимоли шу ёшдаги қизларга нисбатан кўпроқ, риносептопластика жарроҳлик даволаш усулини эса кўпгина шифокорлар 15-17 ёшдан тавсия қилишади.

1-расм

Бурун тўсиғи эгрилиги билан касалланган беморлар маълумотларини ёш ва жинсига кўра тақсимланиши

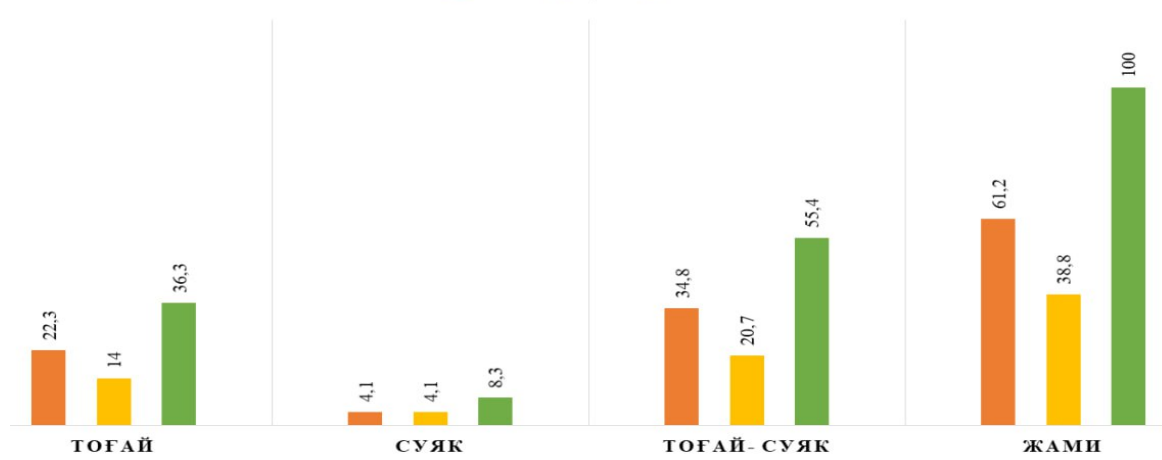


Натижа ва таҳлиллар

Болаликни эрта даврларида бурун тўсиғи анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятлари билан бурун тўсиғи ўсишидаги номувофиқликлар, ўзгарувчанлик боғлиқ анатомик шаклланишлар натижасида ушбу касаллик кам учрайди ва риносептопластика даволаш усулини қўллаш эҳтимоллигини камайтиради.

**БЕМОР БОЛАЛАР ЖИНСИГА КЎРА БУРУН ТЎСИҒИ ЭГРИЛИГИНИНГ
ЖОЙЛАШУВИ**

■ Ўғил ■ Қиз ■ Жами



Бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги жойлашиш маконидан қатъий назар нафас олиш, хид билиш, шиллик қават дренаж, липиловчи эпителиал қатлам фаолияти бузилиши бузилишлари кузатилади. Бурун тўсиғи эгрилиги жойлашишига кўра шартли равишда тоғай, суяк ва тоғай-суякда жойлашишига бўлинади (2-расм). Бемор болалар жинсига кўра бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашувини таҳлил қилинганда, ўғил болаларда тоғай соҳасида деформация 27(22,3%) та ҳолатда, суяк соҳасида 5 (4,1%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 42 (34,8%) ни ташкил этган.

Қиз болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашувини таҳлил қилинганда, тоғай соҳасида деформация 17(14,0%) та ҳолатда, суяк соҳасида 5(4,1%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 25(20,7%) ни ташкил этган.

Ушбу деформацияларни 74(61,2%) таси ўғил болаларда, қолган 47(38,8%) таси қиз болаларда аниқланган. Умумий олганда тоғай соҳасида деформация 44(36,3%) та ҳолатни, суяк соҳасида 10(8,3%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 67(55,4%) ни ташкил этган.

Бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги тури ва жинсга қараб тақсимланиши таҳлил қилинганда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 15(12,3%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8(6,6%) тани, қиз болалар эса 7(5,7%) тани ташкил этади (1-жадвал).

Бурун тўсиғи эгрилигининг тури ва жинсга қараб тақсимланиши

1 - жадвал

№	Турлари	Кичик ўсмир ёшдагилар (10-14 ёш)		Катта ўсмир ёшдагилар (15-17 ёш)		Жами
		ўғил	қиз	ўғил	қиз	
1.	Тароксимон шакли	8(6,6%)	7(5,7%)	21(17,4%)	10(8,3%)	46 (38%)
2.	S-симон шакли	9(7,4%)	7(5,7%)	12(10%)	10(8,3%)	38 (31,4%)
3.	Тиконсимон шакли	6(4,9%)	2(1,6%)	8(6,6%)	8(6,6%)	24 (19,8%)
4.	C-симон шакли	3 (2,6%)	-	8 (6,6%)	2(1,6%)	13 (10,8%)
	Жами	26 (21,5%)	16(13,2%)	49(40,5%)	30(24,8%)	121(100%)

Бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 31(25,7%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 21(17,4%) тани, қиз болалар эса 10(8,3%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли 46(38%) тани ташкил қилган (1 – рентген ва эндоскопик тасвирлар).

**Бурун тўсиғи эгрилигида рентгенологик ва эндоскопик кўринишлар
“Тароксимон” кўриниши**



1 - рентген тасвир



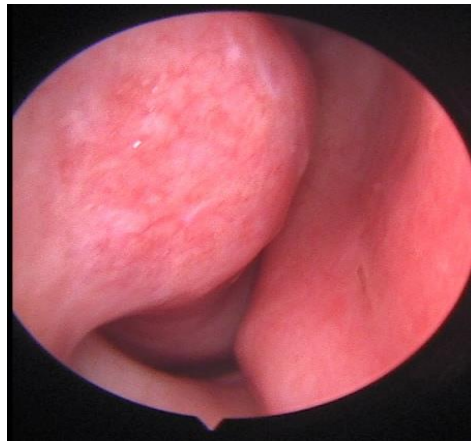
1 - эндоскопик тасвир

Бурун тўсиғи S-симон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 16(13,1%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 9(7,4%) тани, қиз болалар эса 7(5,7%) тани ташкил этади. Бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 22(18,3%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 12(8,3%) тани, қиз болалар эса 10(8,3%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли 38(31,4%) тани ташкил қилган (2 – рентген ва эндоскопик тасвирлар).

**Бурун тўсиғи эгрилигида рентгенологик ва эндоскопик кўринишлар
“S” симон кўриниши**



2 - рентген тасвир



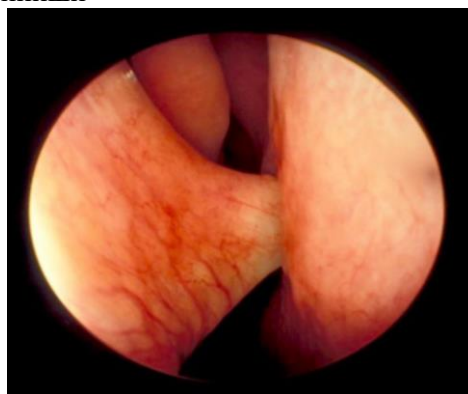
2 - эндоскопик тасвир

Бурун тўсиғи тиконсимон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 8(6,5%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 6(4,9%) тани, қиз болалар эса 2(1,6%) тани ташкил этади. Бурун тўсиғи эгрилиги тиконсимон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 16(13,2%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8(6,6%) тани, қиз болалар ҳам 8(6,6%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги тиконсимон шакли 24(19,8%) тани ташкил қилган (3 – рентген ва эндоскопик тасвирлар).

Бурун тўсиғи эгрилигида рентгенологик ва эндоскопик кўринишлар “Тикансимон” кўриниши



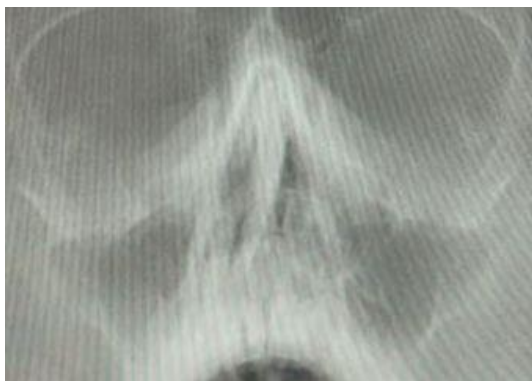
3 - рентген тасвир



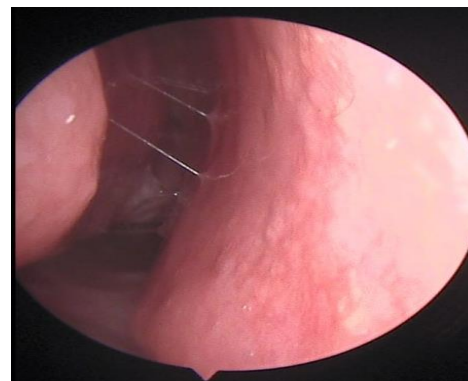
3 - эндоскопик тасвир

Бурун тўсиғи С-симон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 3(2,6%) та беморда аниқланган бўлиб, шуларни барчасини ўғил болалар ташкил этади, бизнинг кузатувимизда ушбу ёш гуруҳидаги қиз болаларда бурун тўсиғининг С-симон шакли кузатилмади. Бурун тўсиғи эгрилиги С-симон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 10(8,2%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8(6,6%) тани, қиз болалар эса 2(1,6%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги С-симон шакли 13(10,8%) тани ташкил қилади (4 – рентген ва эндоскопик тасвирлар).

Бурун тўсиғи эгрилигида рентгенологик ва эндоскопик кўринишлар “С” симон кўриниши



4 - рентген тасвир



4 - эндоскопик тасвир

Олинган натижаларга кўра, назоратдаги бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли нисбатан кўпроқ учраган ва 46(38%) тани ташкил қилган. Бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли 38(31,4%) тани ташкил қилган, бурун тўсиғи эгрилиги тикансимон шакли 24(19,8%) тани ташкил этган бўлса, бурун тўсиғи эгрилиги С-симон шакли энг кам - 13(10,8%) тани ташкил қилган.

Хулоса

Кузатилган бемор ўсмир-болалар орасида ушбу касаллик кўпроқ - 80(65,8%) ҳолатда аниқланган. Бизнинг фикримизча ўғил болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашуви уларнинг жисмоний фаоллиги натижасида келиб чиқса, тоғай – суяк соҳасида кўпроқ учраши (55,4%) тоғай ва суяклар турли таркибга эгалиги, ўсиш ва ривожланиш жараёни бир-бирдан фарқ қилиши ўсишга турлича таъсири билан изохлаш мумкин.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Алексеенко С, Дворянчиков ВВ, Артюшкин СА, Барашкова СВ, Кривопапов АА, Туриева ВВ, Мельник БО. Влияние сопутствующего искривления носовой перегородки на показатели мукоцилиарного транспорта в послеоперационном периоде у детей с хроническим риносинуситом. *Российская оториноларингология*. 2022;21(6):8–16.
2. Гагауз АМ, Мелека ОЛ. Использование риноманометрии в диагностике искривления носовой перегородки. *Российская ринология*. 2013;21(2):23.
3. Евсеева ВВ. Носовой цикл при искривлении носовой перегородки. *Российская ринология*. 2004;(2):8–10.
4. Бойко НВ, Залеская ИА. Совершенствование способов хирургической деформации перегородки носа. *Медицинский вестник Юга России*. 2012;4–6.
5. Нуров ИУ, Раупов ФС, Рузикулова ЮБ. Клинико-рентгенологические особенности искривления носовой перегородки у детей-подростков. *Тиббиётда янги кун*. 2024;10(72):553–555.
6. Пискунов ВС. О классификации и деформации перегородки носа. *Российская оториноларингология*. 2009;(1):112–116.
7. Пискунов ГЗ, Анготоева ИБ, Исабаева НВ. Функциональное состояние гортани у пациентов с искривлением носовой перегородки. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2013;(1):58–62.
8. Махмудназаров МИ. Послеоперационная динамика показателей функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух. *Вестник Авиценны*. 2022;24(1):50–57.
9. Курбанов УА, Махмудов ИХ, Джанобилова СМ, Холов ШИ, Дадоджонов ЖЮ. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению искривлений перегородки носа. *Вестник Авиценны*. 2019;21(1):77–82.
10. Хасанов УС, Вохидов УН, Джураев ЖА. Состояние полости носа при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с миокардитом. *European Science*. 2018;(9(41)):50–51.
11. Царапкин ГЮ, Кунельская НЛ, Товмасын АС, Кишиневский АЕ, Мусаева ММ, Кочеткова ТА, Вершинина ЕА. Осложнения хирургического лечения искривления перегородки носа. *Российская ринология*. 2021;29(2):90–96.
12. Щербаков ДА, и др. Роль вычислительной аэродинамики полости носа в диагностике искривления носовой перегородки. *Российская оториноларингология*. 2019;18(4):82–88.
13. Budkovaya MA, Artemyeva ES. The objective evaluation of nasal breathing function in patients after rhinosurgical interventions. *Russian Otorhinolaryngology*. 2018;1(92):25–33. doi:10.18692/1810-4800-2018-1-25-33.
14. Kumar L, Belaldavar BP, Bannur H. Influence of deviated nasal septum on nasal epithelium: an analysis. *Head Neck Pathol*. 2017;11(4):501–505. doi:10.1007/s12105-017-0819-9.
15. Martins de Oliveira GM, Rizzo JÁ, Camargos PA, et al. Are measurements of peak nasal flow useful for evaluating nasal obstruction in patients with allergic rhinitis? *Rhinology*. 2015;53(2):160–166. doi:10.4193/Rhin14.048.
16. Raupov FS. Acute bacterial destructive pneumonia of the lungs in children. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. 2024;3(5):506–512. Available from: <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/2926>
17. P FC. К этиопатогенетическому лечению ОБДП у детей. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. 2023;2(5):239–244. Available from: <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/914>
18. Raupov FS, Shavkatov SKh. Empirical antibacterial therapy for acute bacterial destructive pneumonia in children. *International Journal of Medical Sciences and Clinical Research*. 2023;3(5):84–89.
19. Fuller JC, Levesque PA, Lindsay RW. Functional septorhinoplasty in the pediatric and adolescent patient. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018;111:97–102. doi:10.1016/j.ijporl.2018.06.003.

Қабул қилинган сана 20.02.2026