

M.T.Nasretdinova  
A.A.Xayitov



**HALQUMNING KLINIK  
ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI.  
HALQUM KASALLIKLARINING  
DAVOLASH USULLARI**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

M.T. NASRETDINOVA, A.A. XAYITOV



Ta'lim sohasi: sog'liqni saqlash – SA510104

**HALQUMNING KLINIK ANATOMIYASI VA  
FIZIOLOGIYASI. HALQUM KASALLIKLARINING  
DAVOLASH USULLARI**

*SA510104 - otorinolaringologiya mutaxassisligi magistratura  
rezidentlari uchun o'quv qo'llanma*

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining  
23-fevral 2022-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "7"- son bayonnomasiga ko'  
tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



**SamDTU**

**axborot-resurs markazi**

UDK 618.1(075.8)  
KBK 616.22-07(075.8)  
N 27

M.T. Nasretdinova, A.A. Xayitov

Halqumning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi. Halqum kasalliklarining davolash usullari [Matn] : o'quv qo'llanma / M.T. Nasretdinova, A.A. Xayitov - Toshkent: Samarqand, 2023.-120 b.

### **Tuzuvchilar**

**M.T. Nasretdinova** -SamDTU otorinolaringologiya kafedrası t.f.d.  
**A.A. Xayitov** -SamDTU 2-son otorinolaringologiya kafedrası katta o'qituvchisi, PhD

### **Taqrizchilar**

**U.I. Nurov** -BuxDTI otorinolaringologiya va oftalmologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dots.  
**G.O'. Samiyeva** -SamDTI patologik fiziologiya kafedrası mudiri t.f.d. dots

*O'quv qo'llanmada anatomiya asoslari bilan funksiyani kompleks o'rganish anatomik va fiziologik ma'lumotlarning izchil taqdimoti bilan ta'minlanadi. O'quv qo'llanma otorinolaringologiya sohasidagi halqum kasalliklari etiologiyasi va patogenizi, klinik ko'rinishlari va zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash, davolashning jarrohlik taktikalarini yoritib beradi. O'quv qo'llanma talabalarning nazariy va klinik ko'nikmalarini o'rganishlari uchun kerakli bo'lgan zarur ma'lumotlarga ega. Nashrda halqum kasalliklarini davolashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga katta e'tibor qaratilgan.*

ISBN 978-9943-9218-2-5

© M.T. Nasretdinova, A.A. Xayitov  
© Samarqand

## MUNDARIJA

HALQUM-FARINKS .....	5
Bodomsimon bezlar va adenoidlarning funktsiyalari .....	8
OG'IZ-HALQUM(OROFARIKS) .....	11
TANGLAY BODOMSIMON BEZLARI .....	14
Hiqildoq-halqum(Laringofarinks) .....	17
Gipofaringeal divertikul.....	19
YUTISH FIZIOLOGIYASI .....	22
LIMFADENOID TAMOQ AYLANMASINING FIZYOLOGIYASI .	24
Halqunning o'tkir yallig'lanish kasalliklari .....	27
FARINGIT .....	31
YUQUMLI (INFEKSION) MONONUKLEOZ.....	32
STREPTOKOKKLI TONZILLOFARINGIT .....	33
Membranoz faringotonzillitning qiyosiy tashxisi .....	36
Bodmosimon bezlardagi oq dog'larning (parda)qiyosiy tashxisi.....	37
TOMOQ DIFTERIYASI .....	37
Skarlatina holatidagi angina .....	52
Monotsitik angina .....	54
Anginaning asoratlari.....	63
4.6. Tomoqning surunkali yallig'lanish kasalliklari.....	71
Surunkali tonzillit .....	74
Etiologiya.....	75
Patomorfologiya .....	76
TANGLAY BODOMCHASI GIPERTROFIYASI.....	85
HALQUM BODOMCHASI GIPERTROFIYASI (Adenoidlar).....	87
Tomoq va qizilo'ngachning kuyishi .....	96

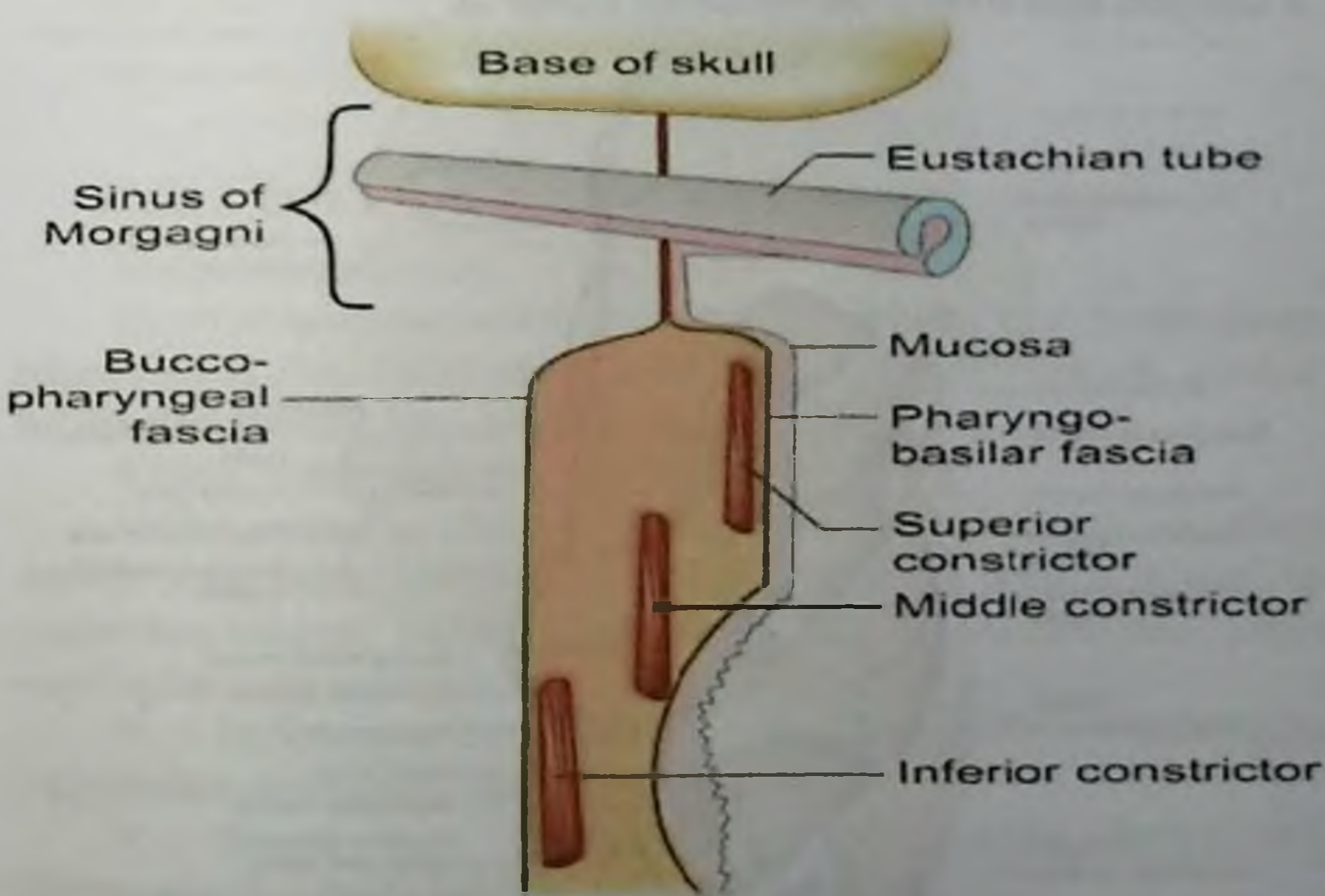
Klinik ko'rish .....	97
HALQUMNING ZAMBRUG'LI KASALLIKLARI .....	100
HALQUM O'SMALARI .....	105
XAVFSIZ O'SMALAR .....	108
Halqumning tug'ma teratomasi .....	109
HALQUMNING XAVFLI O'SMALARI .....	113
Adabiyotlar .....	119

## HALQUM-FARINKS

Halqum - bu 12-14 sm uzunlikdagi konussimon naycha bo'lib, nafas olish va hazm qilish tizimlarining yuqori qismini hosil qiladi. U ensa asosi va sfenoid sinuspastidan boshlanib uzuksimon tog'ay pastki chegarasigacha davom etadi. Pastga u faringoesofagal birlashmasi orqali qizilo'ngachga davom etadi, bu birlashma OIT ning eng tor qismi hisoblanadi (kengligi 1,5 sm), chuvalchangsimon o'simtadan tashqari. Bosh suyagi asosiga qaragan halqum asosi kengligi 3,5 sm. Halqum an'anaviy ravishda uch qismga bo'linadi: burun-halqum (nazofarinks), og'iz-halqum (orofarinks) va hiqildoq-halqum (gipofarinks)

### Faringeal devor

U ichkaridan tashqariga qarab to'rt qatlamdan iborat- shilliq qavat, faringeal aponeuroz(faringobazilyar fastsiya), mushak qavat va bukkofaringeal fastsiya (rasm-1).



**Rasm 1.** Faringeal devor. Koronal kesim

▪ Shilliq qavat: Nazofarinksda kirpikli va boshqa joylarda ko'p qavatli skvamos faringeal shilliq qavat Eustaxiy naychalari, burun bo'shliqlari, og'iz, halqum va qizilo'ngachning shilliq qavati bilan uzluksiz. Ko'p sonli shilliq bezlar mavjud.

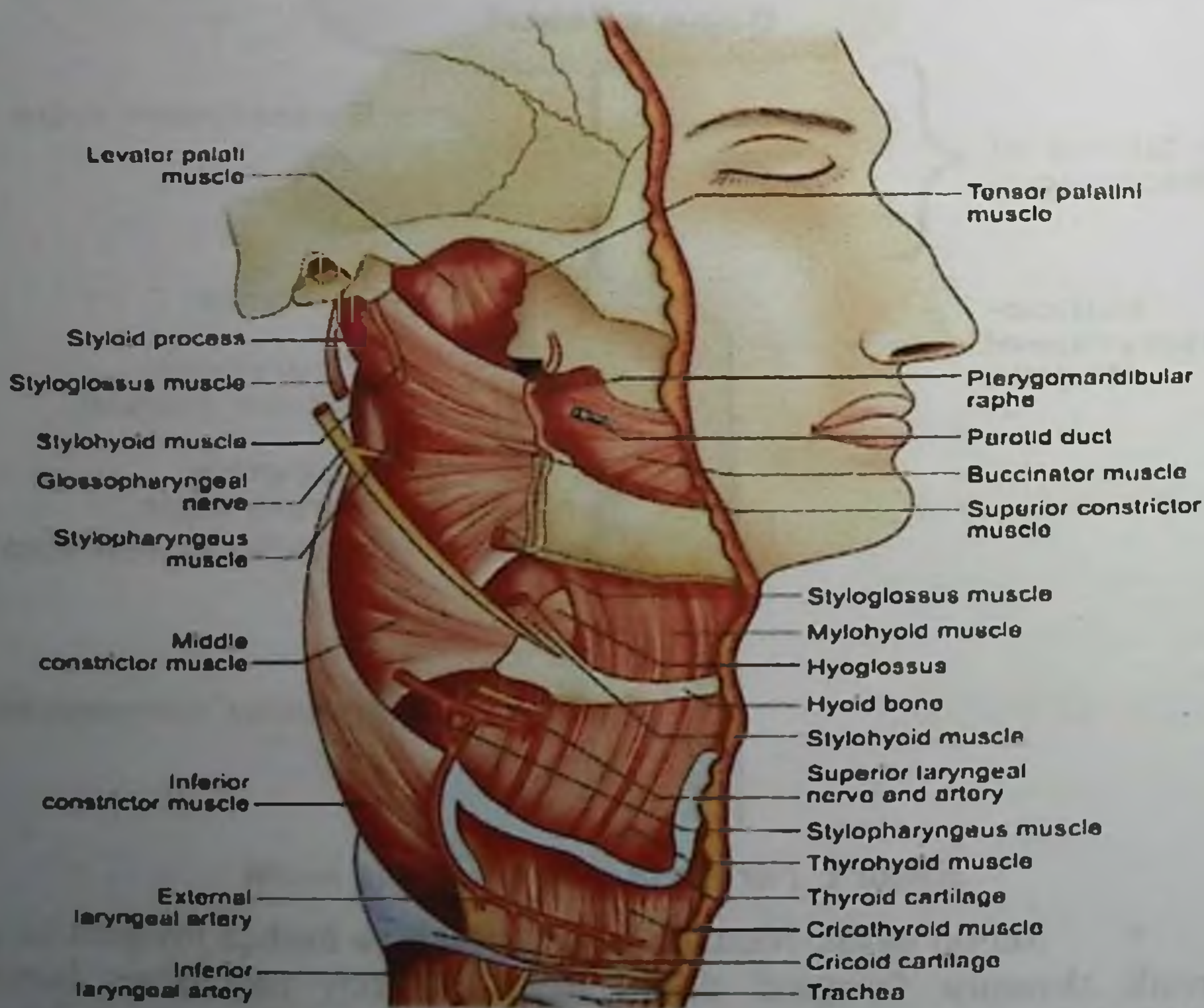
- Faringeal aponevroz (faringobazilar fatsyasi): bu tolali qavat mushak qavatini o'rab, mushak qavatidagi bo'shliqni, ayniqsa bosh suyagi asosi yaqinida to'ldiradi. U yuqori konstriktor mushakning yuqori chegarasi va bosh suyagi asosi o'rtasida qalin bo'lib, ingichka va noaniq bo'lib qoladi.

- Mushak qavati: Bu mushaklarning ikki qatlamidan iborat – tashqi va ichki

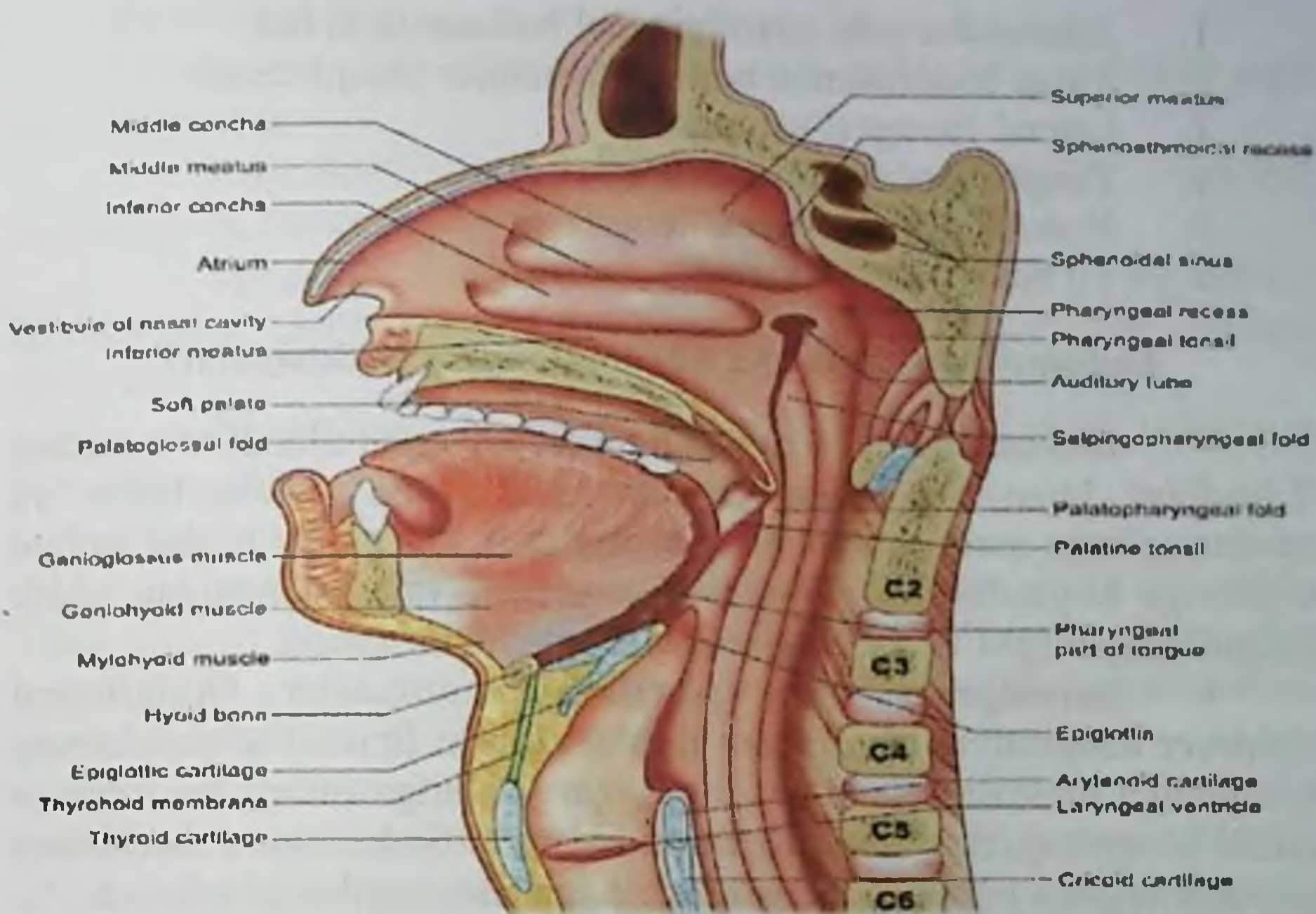
- tashqi qatlam: U 3 ta gorizontal dumaloq mushaklardan iborat - yuqori, o'rta va pastki toraytiruvchi (konstiktor) mushaklar.

- Ichki qatlam: Bu 3 vertikal faringeal mushaklardan iborat, stilofaringeal, salpingofarengal va palatofarengal mushaklari.

- Bukkofaringeal fastsiya: bu fastsial qatlam toraytiruvchi mushaklarning tashqi yuzasini qoplaydi. Yuqori qismida u oldinga cho'zilib, bukinator mushakni qoplaydi. Yuqori konstriktordan yuqorida u faringeal aponevroz bilan birlashadi (rasm-2).



**Rasm 2.** Konstriktor mushaklarni birikish joylari va munosabatlari bilan ko'rsatadigan tomoqning yon ko'rinishi



**Rasm 3.** *Burun, og'iz, tomoq va halqumning paramedian kesimi*

### **Halqum bo'shliqlari**

Xo'ppozlar paydo bo'lishi mumkin bo'lgan faringeal bo'shliqlarga retrofaringeal va parafaringeal bo'shliqlar kiradi. (Bo'yin chuqur bo'shliqlari infeksiyalari bobga qarang) (**rasm-3**).

### **Killian Dehissensiyasi**

Ushbu potentsial oraliq pastki konstriktor mushakning ikki qismi orasida joylashgan: qalqonsimon-halqum mushagi qiyshiq tolalari va uzuksimon-halqum mushagi ko'ndalang tolalari. Ushbu zaif joyda quyidagilar keng uchraydi:

- Perforatsiya: ezofagoskopiya paytida teshilish. Ushbu bo'shliq "**yirtilishlar darvozasi**" deb ham ataladi.
- Churra hosil bo'lishi-Herniatsiya: **Zenker divertikulida** (faringeal xalta) faringeal shilliq qavat churrasi.

### **ИупороВ-Valdeyer halqasi**

Halqumning subepitelial qatlamidagi shilliq qavat bilan birlashgan limfoid to'qima aerodigestiv traktining kirish qismida to'planib, ularni Valdeyer halqasi deb atashadi. Valdeyerhalqasi quyidagilardan iborat (**rasm-4**):



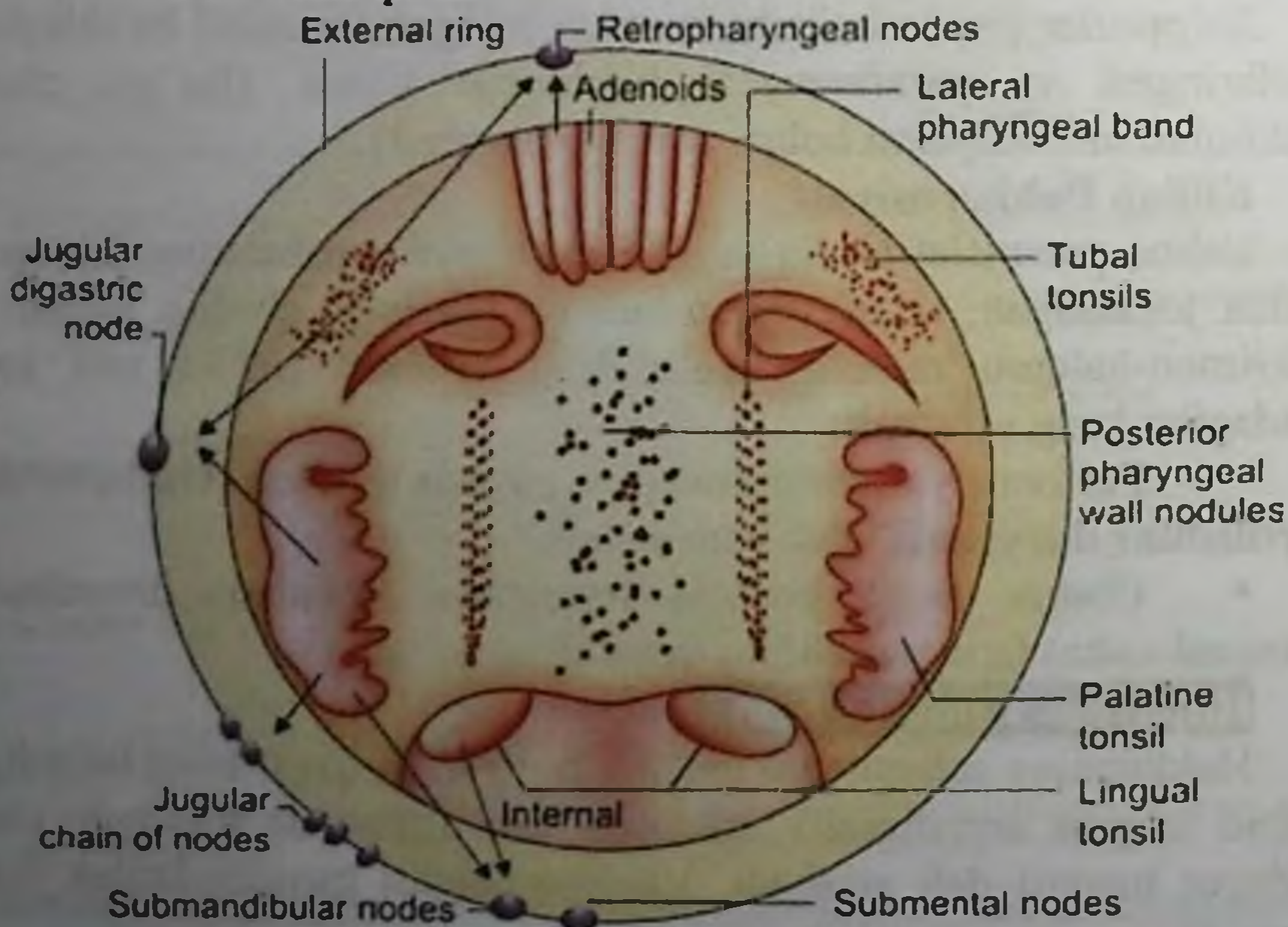
1. Adenoidlar yoki nazofaringeal bodomsimon bez.
2. Tubar bodomsimon bez (Rozenmuller chuqurchasi)
3. Lateral faringeal ustunlar
4. Tanglay bodomsimon bezlari
5. Nodullar (orqa halqum devori).
6. Til bodomsimon bezlari.

### Bodomsimon bezlar va adenoidlarning funktsiyalari

- Immunologiya va mezbon himoyasi: parafollikulyar zonadagi T-limfotsit hujayralar vositachiligida turli viruslar, bakteriyalar va zamburug'larga qarshi immunitetni ta'minlaydi. Patogenlar ushbu limfoid to'plamga kirgandan so'ng ularni plazma hujayralari tomonidan ishlab chiqariladigan IgM va IgG antitanachalar orqali kurashadi.

- Aerodigestive trakt portalidagi qo'riqchilar: Orofaringeal Valdeyer halqasining bir qismini tashkil etuvchi limfoid to'qimalarning subepitelial massalari havo va oziq-ovqat yo'llariga zararli mikroblarga qarshi himoya qo'riqchilari vazifasini bajaradi. Bodomsimon bezlardagi kriptalar begona yot bilan aloqa qilish uchun sirt maydonini oshiradi.

- Antitanahalar ishlab chiqarish, ayniqsa sekretor IgA: ushbu limfoid follikulalarning germinal markazlarida B-limfotsitlar IgA antitanachalarini hosil qiladi.



**Rasm 4. Valdeyer halqasi**

## **Burun-Halqum**

Nazofarinks - bu halqumning eng yuqori qismi va burun bo'shliqlari orqasida yotadi.

- Joylashishi: Bosh suyagining pastki qismidan yumshoq tanglaygacha cho'ziladi (qattiq tanglay va atlas darajasi).

- Epiteliya: Funktsional jihatdan nazofarinks - bu burun bo'shlig'ining ko'p qavatli kiprikli ustunli epiteliysining orqaga davomidir.

- Aloqa: burun bo'shlig'i, o'rta quloq bo'shlig'i va og'iz-halqum bilan aloqa qiladi.

### **Chegaralari**

- Tomi va orqa devor: ular sezilmasdan bir-biri bilan birlashadi. Tomi sfenoid va ensa asoslari hisobiga hosil bo'ladi. Orqa devor atlas umurtqa yoyi tomonidan hosil bo'lib, u aksis bilan birikadi va prevertebral mushaklar va fastsiya bilan qoplanadi.

- Nazofaringeal bodomsimon bez (adenoidlar): tomoq va nazofarinksning orqa devorlari tutashgan joyda joylashgan limfoid to'qimalarining subepitelial to'plami ustki shilliq qavatni tarqaluvchi burmalarga bo'ladi. Ular 6 yoshga qadar kattalashadi va keyinchalik asta-sekin atrofiyalarga aylanadi. (Adenotonsillektomiya bo'limiga qarang).

- Nazofarinks bursaxaltasi: Adenoid massasi ichida ko'ringan bu epiteliya bilan qoplangan medial chuqurchasi faringeal shilliq qavatdan ensa asosining periosteumigacha cho'ziladi. U notoxordning faringeal endodermaga embrional birikkan joyini anglatadi.

- Ratke cho'ntagi: adenoidlar ustidagi bu chuqurcha (burun to'sig'i va burun-halqum tomining birlashmasi) gipofizning oldingi bo'lagini hosil qiladigan bukkal shilliq qavatil invaginatsiyani eslatadi. Bu cho'ntakdan kraniofaringema hosil bo'lishi mumkin.

- Tubi: Oldingi yumshoq tanglay; orqa tomondan nazofaringeal istmus orqali orofarinks bilan aloqa qiladi. U orofarinks tomini hosil qiladi.

- Old devor: burun orqali bo'shliqlar bilan aloqa qiladi. Burun to'sig'ining orqa chegarasi bilan bir-biridan ajralib turadigan orqa burun teshiklari (choanaalar).

- Yon devor. Yon devorda ko'rilgan tuzilmalarr quyidagicha:

- Eustaxiy naychasining faringeal ochilishi: pastki burun chig'anog'ining orqa uchidan 1,25 sm orqada joylashgan.

➤ Torus tubarus: Bu Eustaxiy naychasi tog'ayi bilan ko'tarilgan va Eustaxiy bilan chegaralangan do'nglik.

➤ Tubar bodomsimon bez: Bu subepitelial limfoid to'qimalar to'plami adenoid to'qimalari bilan uzluksiz va Valdeyer halqasining bir qismini tashkil qiladi. U tubardo'nglikda joylashgan.

### **Morgagni sinusi**

Bu kalla sosi va yuqori toraytiruvchi mushakning yuqori erkin chegarasi o'rtasida joylashgan bo'shliq. Ushbu makon orqali quyidagi tuzilmalar o'tadi:

1. Eustaxiy naychasi
2. Tanglayni ko'taruvchi mushaklari va
3. Yuz arteriyasining bir bo'lagi bo'lgan ko'tariluvchi palatintanglay arteriyasi.

### **Passavant qirrasasi**

Nazofaringeal istnususning orqa va lateral devorlarini o'rab turgan bu mukozalshilliq qavatli tizma palatofaringeal mushak tolalari bilan ko'tariladi. Yutinish yoki nutq paytida yumshoq tanglay qisqarganda, u Passavant qirrasasi bilan zich tutashadi va orofarinksdan nazofarinksni ajratadi.

### **Limfatik drenaj:**

Nazofarinksning limfatik qismi va unda mavjud bo'lgan tuzilmalarining chegaralari quyidagilarga to'g'ri keladi:

- Retrofaringeal va parafaringeal limfa tugunlari.
- Bo'yinning yuqori chuqur tugunlariga to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita retrofaringeal va parafaringeal limfa tugunlari orqali.
- Tugunlarning umurtqa qo'shimcha zanjiri: Ular bo'yinning orqa uchburchagida mavjud.
- Qarama-qarshi tomon servikal limfa tugunlari: Nazofarinkslimfa tomirlari o'rta chiziqni kesib o'tishi mumkin.

### **Nazofarinksning funktsiyalari**

- Havoyo'li: hiqildoq va traxeyaga boradigan havoni o'tkazish.
- O'rta quloqni ventilyatsiyasi: Eustaxiy naychasi o'rta quloqni shamollatadi va timpanik membrananing har ikki tomonidagi havobosimini tenglashtiradi. Eustaxiy naychasining zaralanishi o'rta quloqqa ta'sir qilishi mumkin.

- Rezonans: bu ovoz chiqarish uchun rezonanslashadigan kameraning bir qismidir. Nazofaringeal obstruktsiya va velofaringeal etishmovchilik ovozda o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

- Drenaj: bu burun va nazofarinks shilliq sekretsiyasi uchun drenaj kanalidir.

- Nazofaringeal istmus: yutish, qusish, og'izni chayqashda va nutq paytida burun-halqumni orofarinksdan ajratadi.

### **Adenoidlar**

Kiprikli ustun epiteliy bilan qoplangan bu nazofaringeal bodomsimon bezlar, burun-halqumtomi va orqa devori tutashgan joyida joylashgan. Adenoidlar limfoid to'qimalarining vertikal tizmalaridan iborat bo'lib, ular chuqur yoriqlar bilan ajralib turadi. Adenoidlarda kripta va kapsula yo'q, tanglay bodomsimon bezlarida ham kapsulalar, ham kriptalar mavjud. Adenoid to'qima hayotning dastlabki 6 yilida fiziologik kattalashishni ko'rsatadi va keyin regressiyaga moyil bo'ladi va 20 yoshga kelib deyarli butunlay yo'qoladi.

### **Qon ta'minoti**

Adenoidlarni tashqi uyqu arteriyasining quyidagi tarmoqlari qon bilan ta'minlaydi:

1. Yuz arteriyasining ko'tariluvchi tanglay tarmog'i
2. Ko'tariluvchi halqum arteriyasi.
3. Maksillar arteriyaning uchinchi qismining faringeal tarmog'i.

### **Limfatik drenaji:**

Adenoidlar yuqori chuqur bo'yin tugunlariga to'g'ridan-to'g'ri yoki retrofaringeal va parafaringeal tugunlar orqali oqadi.

## **OG'IZ-HALQUM(OROFARIKS)**

Halqumning bu o'rta qismi og'iz bo'shlig'ining orqasida yotadi. U yuqoridagi qattiq tanglay tekisligidan pastdagi til osti suyak tekisligiga qadar cho'ziladi.

### **Aloqa**

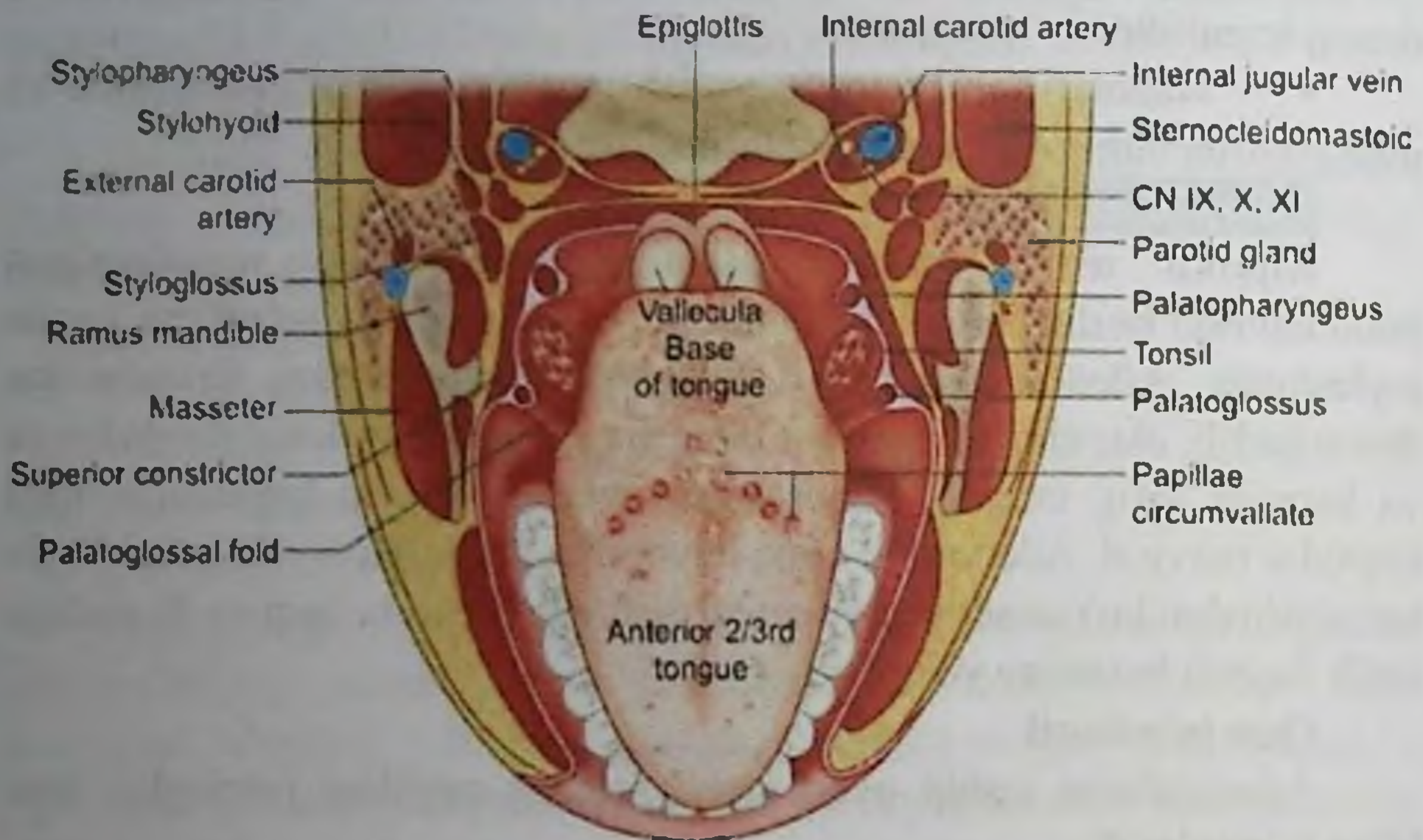
- Oldingi: Og'iz bo'shlig'i bilan orofaringeal istmus orqali bog'lanadi.

- Yuqori: Nazofarinks istmusi orqali nazofarinks bilan aloqa qiladi.

- Pastki: U hiqildoq-halqum bilan aloqa qiladi.

## Chegaralari

1. Orqa devor: ikkinchi bo'yin va uchinchi bo'yin umurtqasi yuqori qismi qarshisida joylashgan retrofaringeal bo'shliq va yuqori qismi(rasm-5).



**Rasm 5.** Og'iz-halqum strukturalari aksial kesimda va ularning o'zaro aloqalari

2. Old devor: old devorning yuqori qismi orofaringeal istmus orqali og'iz bo'shlig'i bilan aloqa qiladi. Pastki qismida joylashgan tuzilmalar: til asosi, lingual bodomsimon bezlar va vallekular.

a. Orofaringeal istmus: u quyidagi tuzilmalar bilan chegaralangan:

I. Yuqorida: yumshoq tanglay

II. Pastda: tilning dorsal yuzasi

III. Yon tomon: Har ikki tomonda, tanglay-til(palatoglossal) kamar bilan (bodomsimon bezlar oldingi ravog'i)

b. Til asosi: u aylana papilladan va til-tanglay mushagi boshlanish joyidan orqada joylashgan.

c. Lingual bodomsimon bezlar: ular tilning pastki qismida joylashgan.

d. Vallekula: Bu kosacha shaklidagi bo'shliqlar, ikkala tomonida, tilning pastki qismi va epiglotisning old yuzasi o'rtasida joylashgan. Medial glossoepiglottik burma ikkala valekulani ajratib turadi. Yon

tomondan ular laringofarinksnoksimon sinusining yuqori chegarasi bo'lgan faringoepiglottik burma bilan chegaralanadi. Vallekulalar retentsion kistalan ko'p uchraydigan joydir.

3. Yon devor: Ikkala old va orqa bodomsimon bez ravoqlari yumshoq tanglaydan chiqib, tanglay bodomsimon bezi joylashgan bodomsimon chuqurchani o'rab oladi. Shunday qilib, lateral devorda joylashgan tuzilmalar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

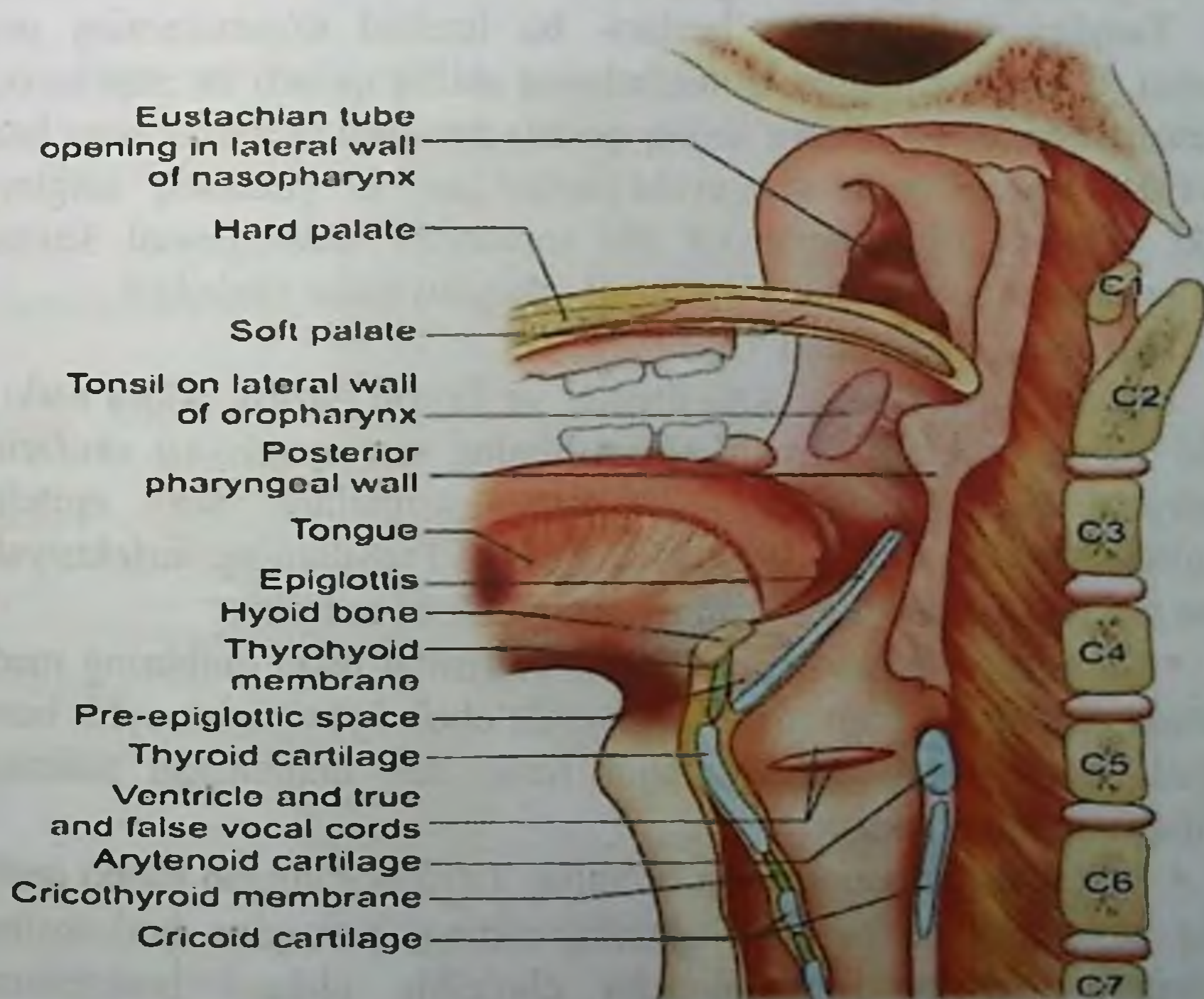
a. Tanglay yoki fautsial bodomsimon bez.

b. Old ravoq yoki palatoglossal kamar: palatoglossus mushaklari bu qavatda mavjud.

v. Orqa ravoq yoki palatofaringeal kamar: palatofarengeusmushak bu qavatda yotadi.

4. Yuqori: Oldindan yumshoq tanglay orofarinksni tomini hosil qiladi. Orqa tomondan u nazofarinks bilan bog'lanadi.

5. Pastki: U laringofarinks bilan epiglottisning yuqori chegarasi va faringeo-epiglottik burmalar va uchinchi bo'yin umurtqasi tekisligida bog'lanadi (rasm-6).



Rasm 6. Halqumning sagittal kesimi

### **Limfa drenaji:**

Orofarinks quyidagi limfa tugunlarida oqadi:

- Yuqori bo'yin zanjiri, xususan jugulodigastral (bodomsimon) tugun.
- Retrofaringeal va parafaringeal tugunlar: Yumshoq tanglay, tomoqning lateral va orqa devorlari va tilning asosi.
- Bo'yin orqa guruhi.

### **Og'iz-halqum funktsiyalari**

- Havoning ham, ovqatning ham o'tishi uchun umumiy kanal.
- Yutishning orofaringeal fazasi.
- Muayyan nutq tovushlari uchun vokal trakt.
- Ta'm bilish: tilning asosi, yumshoq tanglay, oldingi ravoqlar va orqa tomoq devorida ta'm kurtaklari mavjud.
- Mahalliy himoya va immunitet.

## **TANGLAY BODOMSIMON BEZLARI**

### **Joylashgan joyi va chegaralari**

Tanglay bodomsimon bezlari- bu limfoid to'qimalarning ovoid massasi. U old (palatoglossal mushakning shilliq qavati) va orqa ravoqlar (palatofaringeal mushakning shilliq qavati) orasidagi orofarinksning lateral devorida (bodomsimon chuqurcha) joylashgan. U yumshoq tanglayga, pastki qismida til asosiga va old tomondan palatoglossal kamarga (palatoglossal mushak tomonidan hosil qilingan) qadar cho'ziladi.

### **Yuzalari va qutblari**

Bodomsimon bezda ikkita medial va lateral yuzasi, ikkita ustki va pastki ikkita qutblari mavjud. Tonsillaning sirt epiteliyasi orofarinks epiteliysi bilan uzluksiz. Tonsillar kriptalari sirt epiteliysi invaginatsiyasidan hosil bo'lgan naycha. Tonsillaning infeksiyalari ushbu tarkibiy qismlardan birini o'z ichiga olishi mumkin.

- Supratonsillar chuqurchasi: Tonsillar ustki qutbining medial yuzasida oldingi va orqa ravoqlar orasida cho'zilgan yarim oylik burma mavjud. Ushbu qutb supratonsillar fossa deb nomlangan potentsial bo'shliqni qamrab oladi.

- Oldingi bodomsimon bo'shliq: Tilga bog'langan pastki qutbda shilliq qavatning uchburchak qatlami oldingi ravoqdan bodomsimon bezning oldingi-pastki qismigacha cho'zilib, oldingi bodomsimon bo'shliq deb atalgan joyni o'rab oladi.

## Tonzillar kriptalar

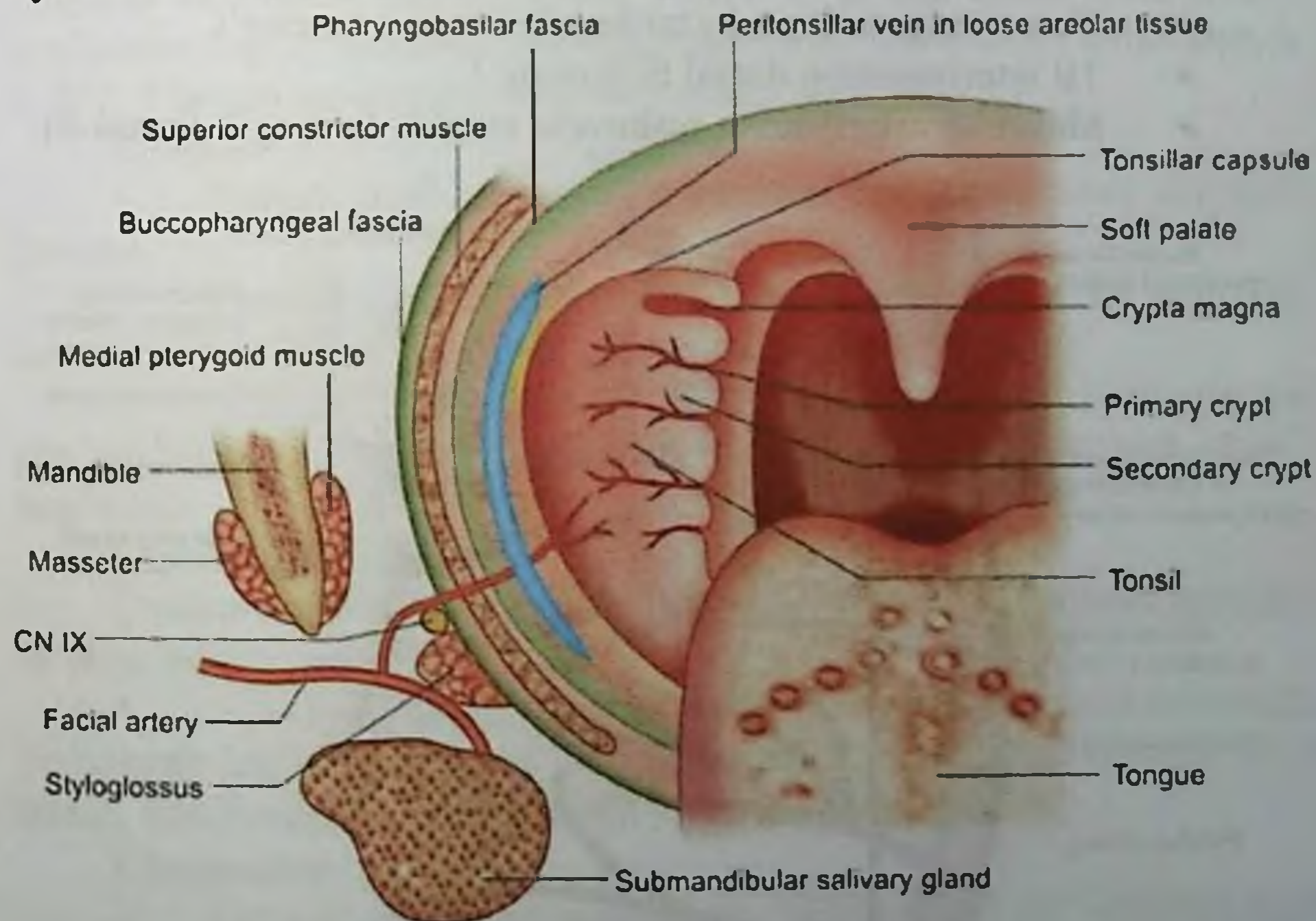
Tonsillaning medial yuzasida muguzlanmaydigan ko'p qavatli yassi epiteliy bodomsimon bez ichiga botib, kriptlar-cho'ntaklar hosil qiladi. Kriptlarning teshiklari bodomsimon bezining medial yuzasida ko'rinadi.

- Kripta magna yoki intratonsillar yorig'i: bodomsimon bezining yuqori qismiga yaqin joylashgan. Bu juda katta va chuqur va ikkinchi faringeal xaltaning ventral qismini ifodalaydi.

- Ikkilamchi kriptlar: ular bodomsimon bez ichidagi asosiy kriptlardan kelib chiqadi

- Tarkibi: Kriptlar epiteliya hujayralari, bakteriyalar va oziq-ovqat qoldiqlaridan tashkil topgan suzmasimon modda bilan to'lgan bo'lishi mumkin va oldingi bodomsimon ravog'i ustidagi bosish orqali aniqlash mumkin.

Bolalik davrida bodomsimon bezlar katta bo'lishi mumkin va odatda balog'at yoshiga yaqin hajmi kichrayadi. Agar ular kasallik manbaiga aylanishsa, ular olib tashlanishi mumkin.



Rasm 7. Bodomsimon bez o'rni

## Kapsulasi

Tonsillning lateral yuzasi yaxshi ifodalangan tolali kapsula bilan qoplanadi, u bodomsimon bez o'rnidan bo'sh areolar to'qima bilan



ajratiladi, bu esa tonzillektomiya paytida ushbu joyda oson ajratib olishga imkon beradi. Xuddi shu joyda peritonsillar xo'ppozi paydo bo'ladi. Palatoglossus va palatofaryngeus mushaklarining ba'zi tolalari bodomsimon kapsulaga birikgan.

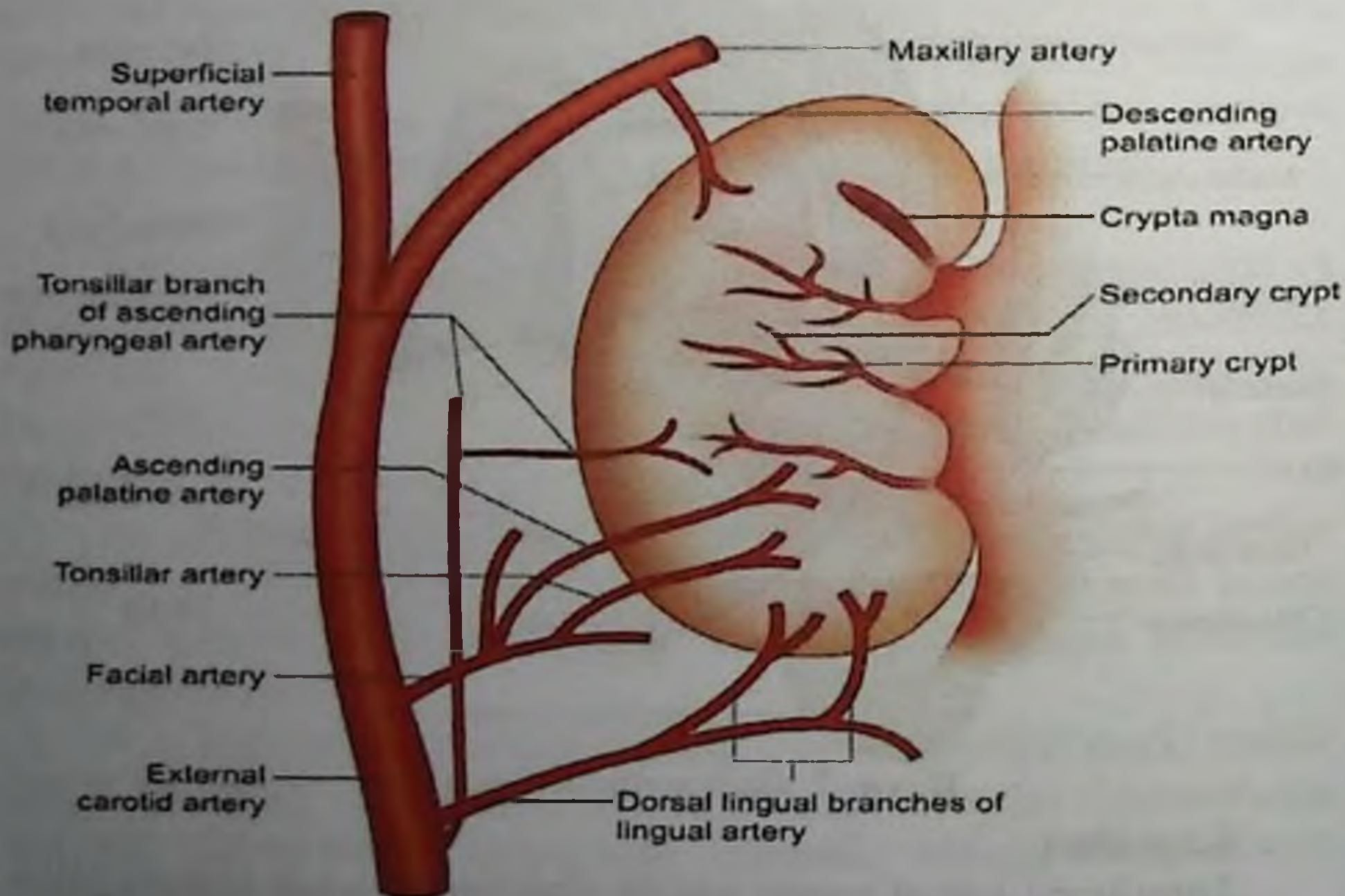
### Bodomsimon bez o'rni

Yuqori konstriktor mushak, til-yutqin asab va stiloglossus mushak bodomsimon bez o'rni hosil qiladi. Yuqori konstriktor mushaklarning yon tomonida yuz arteriyasi, submandibular so'lak bezi, digastrik mushakning orqa qorin, medial pterigoid mushak va pastki jag 'burchagi yotadi (rasm-7).

### Qon ta'minoti

Arterial ta'minot: bodomsimon bezning asosiy arteriyasi - tashqi uyqu arteriyasidan kelib chiqadigan yuz arteriyasining bodomsimon bez tarmog'idir. Bodomsimon bezni ta'minlaydigan boshqa tarmoqlarga quyidagilar kiradi:

- Tashqi uyqu arteriyasidan ko'tariluvchi faringeal arteriya.
- Yuz arteriyasining - ko'tariluvchi tanglay tarmog'i.
- Til arteriyasining dorsal til tarmog'i.
- Maksillar arteriyaning tushuvchi tanglay tarmog'i. (rasm-8).



**Rasm 8.** Bodomsimon bezning qon bilan ta'minlanishi

- Venoz drenaj: bodomsimon bezlarsan tomirlar paratonsillar tomirlarga tushadi, ular bodomsimon bez lateral yuzasida bo'ladi va umumiy yuz venasi va faringeal venoz chigalga oqib chiqadi.

### **Limfatik drenaj**

Tanglay bodomsimon bezlari pastki jag 'burchagi ostida joylashgan yuqori chuqur bo'yin guruhining jugulodigastrik (bodomsimon) tugunlariga quyiladi.

### **Asab ta'minoti**

Bodomsimon bezlar sezgir asab ta'minoti quyidagilardan iborat:

- Sfenopalatin tugunidan kichik tanglay tarmog'i, trigeminal asabning maksillar shoxi (CN V2).
- Glossofaryngeal asab (CN IX).

## **Hiqildoq-halqum(Laringofarinks)**

Farinksning eng pastki qismi bo'lgan gipofarinks hiqildoqning orqasida va qisman yon tomonida yotadi. U til osti suyak tekisligidan uzuksimon tog'ay pastki chegarasiga qadar cho'ziladi. Orqa tomondan, u 3, 4, 5, 6 bo'yin umurtqalari sathida yotadi.

### **Aloqalari**

- Yuqori: u til osti suyak darajasida orofarinks bilan uzluksiz davomi.
- Pastda: qizilo'ngach bilan uzuksimon tog'ay va 6-bo'yin umurtqasining pastki chegarasi darajasida uzluksiz bo'ladi.
- Oldingi: hiqildoq bilan epiglottis, ariepiglottik burmalar va cho'michsimon to'gaylar bilan chegaralangan hiqildoq teshigi orqali bog'lanadi.

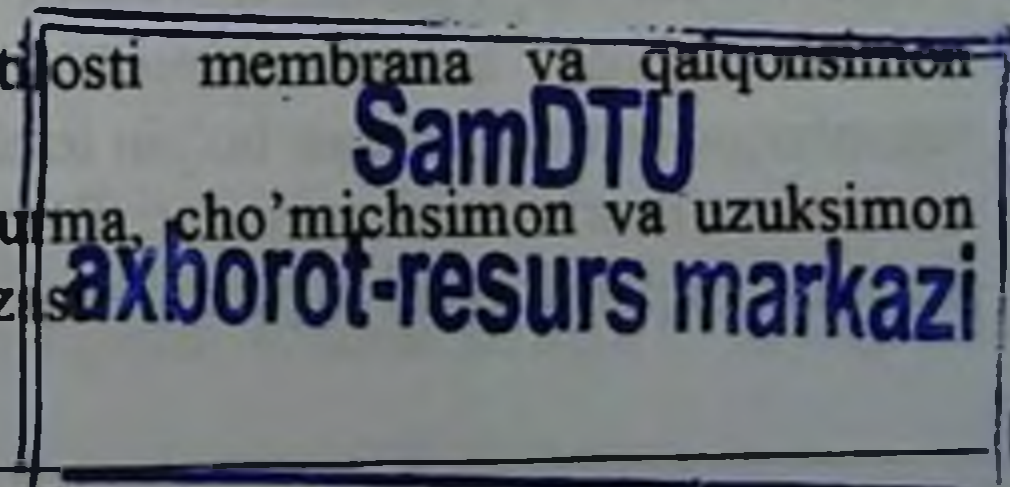
### **Gipofarinks qismlari**

U uchta mintaqaga bo'linadi - noksimon sinusi, postkrikoid mintaq va orqa halqum devori.

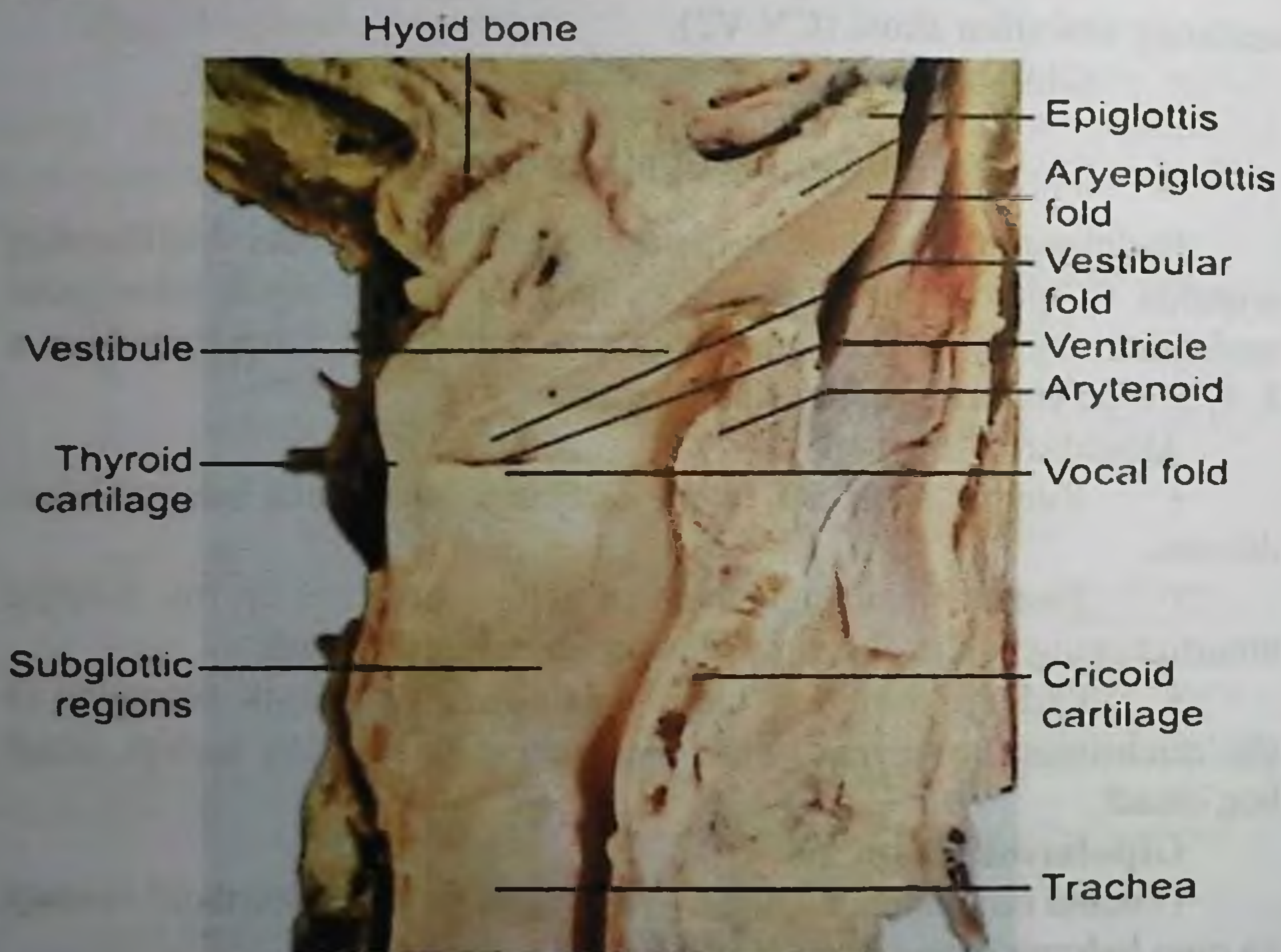
- Noksimon sinusi (chuqurchasi): hildoqning har ikki tomonida joylashgan har bir noksimon chuqurcha ovqat uchun yon kanalni hosil qiladi. Yot jismlar bu chuqurchaga joylashishi mumkin.

### **Chegaralar**

- Lateral: Qalqonsimon-til osti membrana va qalqonsimon tog'ay.
- Medial: Ariepiglottik burma, cho'michsimon va uzuksimon tog'ay posterolateral yuzasida.



- Yuqori: Faringoepiglottik burma uni valekuladan ajratib turadi.
- Pastki: qizilo'ngach uzuksimon tog'ay pastki chegarasi darajasida ochiladi.
  - Postkrikoid mintaqa: Laringofarinksning bu old devori (faringeozofagial birikma) cho'michsimon tog'aylar darajasi va uzuksimon plastinka pastki chegaralari orasida cho'ziladi.
  - Orqa halqum devori: Bu gipoid suyakning yuqori darajasidan krikoid xaftaga pastki chegarasi darajasiga va pirim fosse cho'qqilari oralig'igacha cho'ziladi (**rasm-9**).



**Rasm 9.** *Hiqildoq va gipfarinksning sagittal kesimi*  
*Limfatik drenaj*

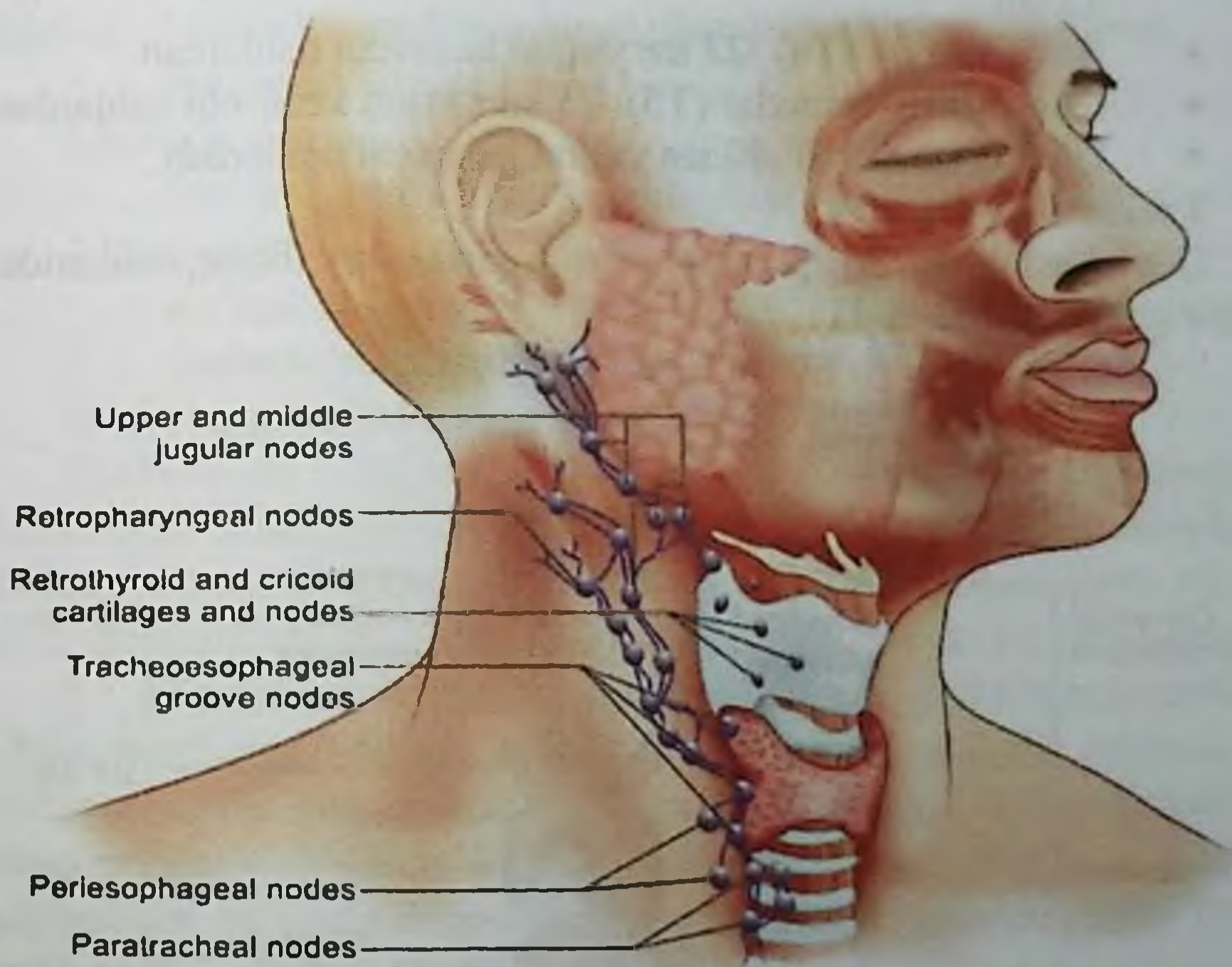
- Noksimon sinus: Qalqonsimon-til osti membranasi orqali yuqori bo'yin zanjiriga tushadi(**rasm-10**).
- Orqa halqum devori: Yon tomoq yoki parafaringeal tugunlarga, so'ngra chuqur bo'yin limfa tugunlariga.
- Postkrikoid mintaqa: Parafaringeal tugunlar va o'mrov usti tugunlar va paratraxéal tugunlar zanjiri.

## Vazifalar

- Havo va ovqat uchun umumiy yo'l.
- Muayyan nutqning rezonansi uchun vokal traktini tovushlar bilan ta'minlaydi.
- Yutishga yordam beradi.

## Gipofaringeal divertikul

Faringeal mushaklarning qisqarishi va qizilo'ngachning yuqori uchida krikofaringeal sfinkterning bo'shashishi o'rtasidagi muvofiqlashuv gipofaringeal divertikulga olib kelishi mumkin. Krikofaringeal sfinkter faringeal mushaklar qisqarganda bo'shashmaydi.



**Rasm 10.** *Limfa tugunlari zanjirlari gipofarenkni quyilishi. Odatda yuqori va o'rta bo'yin tugunlari zararlanadi, ammo retrofaringeal, paratraxeal, paraezofageal va parafaringeal bo'shliq tugunlari ham ishtirok etishi mumkin.*

## Qizilo'ngach

Qizilo'ngach - gipofarinksning pastki uchidan uzuksimon tog'ay (C6) pastki chegarasi bilan oshqozonning kardial uchiga (T11) qadar

davom etadigan, uzunligi 25 sm bo'lgan mushak naychasi. Qizilo'ngach joylashgan joyiga qarab uchta qismga bo'linadi: bo'yin, ko'krak va abdominal. Bo'yin qizilo'ngach ko'krak qafasi qismiga o'tish koyida chap tomonga buriladi. Ko'krak qafasi qizilo'ngach, T7 dan diafragmaning qizilo'ngach teshigiga qarab chapga buriladi.

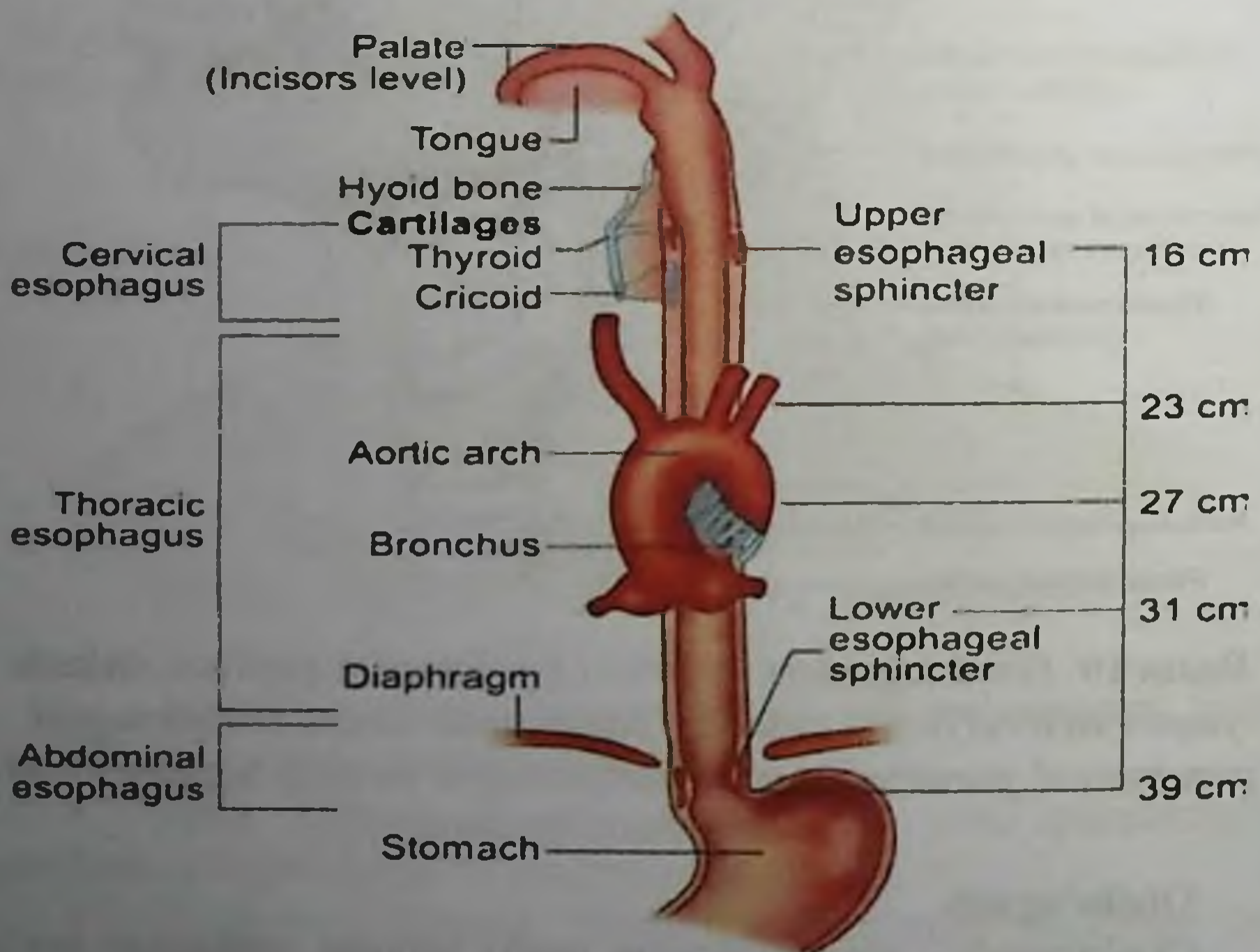
### Torayish joylari

Qizilo'ngachda to'rtta normal torayish joylari bor, bu ezofagrammada ham, ezofagoskopiya paytida ham ko'rish mumkin. Yot jismlarni ushlab turish mumkin bo'lgan ushbu torayishlar quyidagi darajalarda:

- Faringo-esofageal birikmasi (C6) yuqori kesuvchi tishlardan - 15 sm.
- Aorta ravog'i (T4) - 22 sm yuqori kesuvchi tishlardan.
- Chap asosiy bronxlar (T5) - 25 sm yuqori kesuvchi tishlardan.
- Diafragma (T10) - 40 sm yuqori kesuvchi tishlardan.

### Tuzilishi

Qizilo'ngach devori quyidagi to'rtta qatlamdan iborat, ichkaridan tashqariga qarab (rasm-11):



Rasm 11. Qizilo'ngach va uning aloqalari

- Shilliq qavat: Bu ko'p qavatli yassi epiteliyadir.
- Shilliq osti qavat.
- Mushak qatlami: uning ichki doiraviy va tashqi bo'ylama tolalari mavjud. Pastki uchidagi dumaloq tolalar qalinlashadi va yurak-kardial sfinkterini hosil qiladi. Mushak tolalari yuqori uchdan birida ko'ndalang targ'il, pastki uchdan birida silliq va qizilo'ngachning o'rta uchdan ikkisi ham tarako'ndalang targ'il va ham silliq.

- Fibroz qatlam: qizilo'ngachni bo'sh qoplaydi.

#### **Asab ta'minoti**

- Parasimpatik: Bu mezenterik (Auerbax) chigali bilan sinaptik bog'lanishlarga ega bo'lgan vagus asab shoxlari (CN X) orqali amalga oshiriladi. Meissnerning submukozal chigali qizilo'ngachda siyrak.

- Simpatik: Simpatik tana.

#### **Limfatik drenaj**

- Servikal qizilo'ngach: limfa tugunlarining chuqur servikal guruhi.
- Ko'krak qafasi qizilo'ngach: Orqa mediastinal limfa tugunlari.
- Qorin bo'shlig'i qizilo'ngach: Oshqozon limfa tugunlari.

#### **Qizilo'ngach sfinkterlari**

Qizilo'ngach manometriyasida qizilo'ngachning fiziologik sfinkterlarini hosil qiluvchi ikkita yuqori bosimli zonalar ko'rsatilgan. Qizilo'ngachning o'rta qismida faol peristaltikaning yuqori qismi zaifroq bo'lib, qizilo'ngachning pastki qismiga qarab asta-sekin kuchayib boradi.

- Yuqori qizilo'ngach sfinkteri: Yuqori qizilo'ngach sfinkteri (UES) taxminan 3-5 sm uzunlikda va yutish paytida ishlaydi. U qizilo'ngachning yuqori chegarasidan boshlanadi. Ushbu funktsional birlik anatomik ravishda kuchli ko'ndalang targ'il bo'lgan halqum-qalqonsimon va uzuksimon-haalqum mushaklari birikmasi bilan o'zaro bog'liq. UES tinch holatda yopiladi va nafas yo'llarini qizilo'ngach tarkibidagi regurgitatsiyadan himoya qiladi. Bu qizilo'ngachga havo kirishiga yo'l qo'ymaydi, yutish paytida bundan mustasno.

- Quyi qizilo'ngach sfinkteri: pastki qizilo'ngach sfinkteri (PES) ham 3-5 sm uzunlikda. Bu nisbatan yuqori bosim zonasi, oshqozon tarkibining qizilo'ngachga qaytishini oldini oladi. PES 10-25 mm Hg bosimiga ega. U qizilo'ngachning pastki qismida, qizilo'ngachning tutashgan joyida joylashgan. U ingichka va distal qizilo'ngach devoridagi

silliqlik mushak tolalarining assimetrik joylashuvi natijasida hosil bo'ladi. U birlamchi peristaltikaga va qayt qilishga javoban ochiladi va oshqozondan havo chiqib ketishiga imkon beradi.

➤ PES tonusiga ta'sir qiluvchi omillar: Ular quyidagilarni o'z ichiga oladi: oziq-ovqat, oshqozon kengayishi, oshqozon-ichak gormonlari, dori moddalar va chekish.

## YUTISH FIZIOLOGIYASI

Yutish jarayoni odatda uch bosqichga bo'linadi:

og'iz (bukkal), faringeal va qizilo'ngach. Uzunchoq miya ichidagi yutish markazi V, VII, IX, X va XII kranial nervlarning funksiyalarini birlashtiradi. Turli xil mexanik va asab-mushak kasalliklari bu jarayonni buzishi mumkin.

▪ Oral faza: Oziq-ovqat chaynaladi, namalanadi va luqmaga aylantiriladi, so'ngra tomoq ichiga suriladi. Til tanglayga ko'tarilib, ovqat orofarinksga suriladi. Bu ixtiyoriy bosqich.

▪ Faringeal faza: Ovqat luqmasi orofarinksga tushgandan so'ng, reflektor harakatlar paydo bo'ladi, bu oziq-ovqatning nazofarinks, og'iz bo'shlig'i va halqumga tushishiga imkon bermaydi va ovqatni qizilo'ngach ichiga orofarink va laringofarinks orqali olib o'tishni osonlashtiradi.

➤ Nazofarinks: Yumshoq tanglay Passavant tizmasiga qarshi qisqarganda paydo bo'ladigan nazofarinksning yopilishi, orofarinksdan nazofarinksni ajratadi.

➤ Orofarinks: Tilning tanglayga qarshi qisqarishi paytida til-tanglay mushaklarning sfinkterik ta'siridan kelib chiqadigan orofaringeal istmusning yopilishi ovqatning og'iz bo'shlig'iga qaytishini oldini oladi.

➤ Hiqildoq: Ariepiglottik burmalarni qisqarishi bilan hiqildoqqa kirishning yopilishi va soxta va haqiqiy ovoz boylamlarning yopilishi oziq-ovqat moddalarining hiqildoqqa tushishini oldini oladi. Nafas olishning vaqtincha to'xtashi va hiqildoqning til tagida ko'tarilishi ro'y beradi. Hiqildoq usti tog'ayi vazifasi aniq emas, ammo ovqat noksimon sinusga o'tayotganda orqaga burilib ketishi kuzatiladi.

▪ Gipofarinks: Faringeal mushaklar qisqarganda krikofarengal mushaklari bo'shashadi va ovqat tomoqdan qizilo'ngachga o'tadi. Ushbu harakatlar o'z vaqtida va sinxronlashgan.

- Qizilo'ngach fazasi: Ovqat qizilo'ngach ichiga kirgandan so'ng, krikofarengal sfinkter yopiladi va qizilo'ngachning birlamchi peristaltikasi oziq-ovqat luqmasini oshqozonga tushiradi. Gastroezofagial sfinkter (GES) peristaltik to'lqin kelishidan oldin yaxshi bo'shashadi. Peristaltik to'lqinlar bilan ovqat luqmasi oshqozonga tushadi va keyin gastroezofagal sfinkter yopiladi.

### **Gastroezofagal reflyuks**

Ovqatning (me'da tarkibidagi) qizilo'ngachga qaytishining quyidagilar bilan oldi olinadi:

- Gastroezofagal sfinkter.
- Ko'krak qafasi manfiy bosimi va qorin bo'shlig'i ichidagi ozgina ijobiy bosim.
- Diafragmaning qisqich ta'siri.
- Shilliq burmalar.
- Qizilo'ngach-oshqozon burchagi.

Jig'ildon qaynashi (Piroz) to'sh ostida kuyish hissini anglatadi va gastroesofagal reflyuks kasalligi (GERK) uchun juda xosdir.

### **Embriologiya**

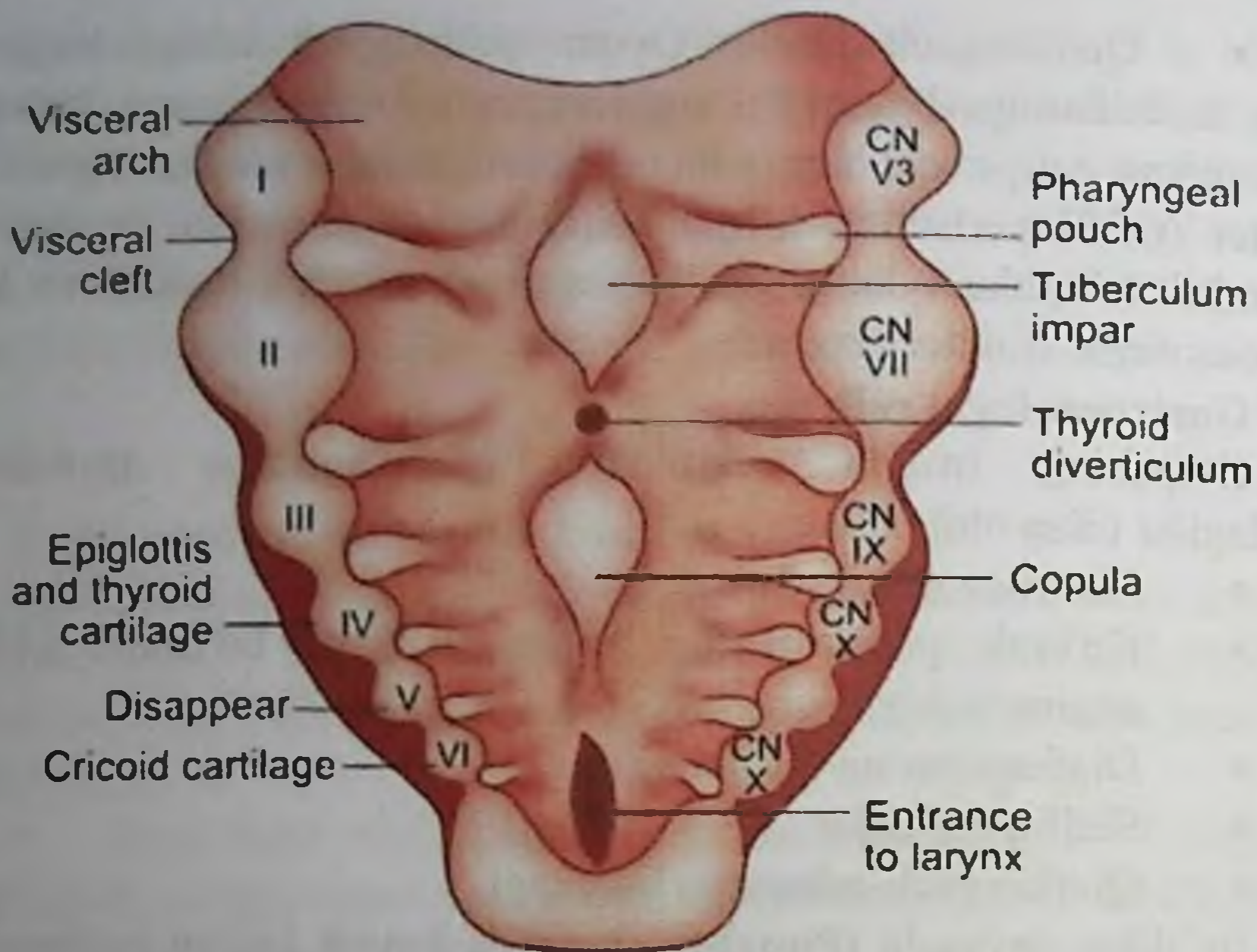
Dastlab shunga o'xshash tarkibiy qismlardan hosil bo'lgan har bir ravoq farqlanib, turli xil bosh va bo'yin tuzilmalarini hosil qiladi. Odamlarda beshta ravoq hosil bo'ladi (1, 2, 3, 4 va 6), ammo faqat to'rttasi embrionda tashqi ko'rinishga ega. Har bir ravoq dastlab bir xil tuzilishga ega: ichki endodermal xalta, mezenximal (mezoderma va nevrал qirra) o'zagi, membrana (endoderma va ektoderma) va tashqi yoriq (ektoderm). Har bir ravoq mezenximal o'zagida shu kabi tarkibiy qismlar mavjud: qon tomirlari, asab, mushak, tog'ay.

Timus va paratiroid endokrin organlarining ikkalasi ham faringeal xaltalardan kelib chiqadi. Kranial nervlar, shuningdek, o'ziga xos kranial ravoqlar bilan bog'liq.

Halqum apparati halqum ravoqlaridan (1, 2, 3, 4 va 6), ichki cho'ntaklar (1, 2, 3 va 4) va tashqi oluklardan cho'ntaklardan (1, 2, 3 va 4) iborat.

Halqum ravoqlari uchchala embrional qavatlardan tashkil topadi (ektoderm, mezoderm va endoderm). Tashqi cho'ntaklar ektoderma bilan qoplanga va tashqi botiq ko'rinishida bo'ladi. Ichki cho'ntaklar endoderma bilan qoplangan va ichki botiq ko'rinishida bo'ladi (**rasm-12**).





Visceral arches and cleft, and pharyngeal pouch  
(I, II, III, IV, V, VI)

**Rasm 12.** *Halqum apparati va unnig ravoqlari, ichki va tashqi cho'ntakalari*

## LIMFADENOID TAMOQ AYLANMASINING FIZYOLOGIYASI

Lenfadenoid (limfatik, limfoid) to'qima uchta tuzilish turi bilan ifodalanadi:

- etuk limfotsitlar massasi;
- follikulalar - etuk limfotsitlar massasida nisbatan kamdan-kam uchraydigan, chegaralari aniq, har xil pishganlik darajasi, sferik (oval) shakldagi limfotsitlar klasterlari;
- limfotsitlar massasini qo'llab-quvvatlovchi trabekulyar hujayra tizimi shaklidagi retikulyar biriktiruvchi to'qima.

Tananing uch guruh limfa tuzilishi mavjud:

- taloq va suyak iligi limfa to'qimasi, umumiy qon oqimi yo'lida joylashgan va gematolimfatik to'siqqa tegishli;
- limfa oqimi yo'lida yotgan va limfa-interstitsial to'siqqa tegishli bo'lgan limfa tugunlari (infektsiya paytida limfa tugunlarida antitelalar hosil bo'ladi);

- tomoq bezlari, ular tomoq va halqumning limfoid granulalari, Peyer yamoqlari va ichakdagi yakka follikulalar bilan birga limfoepitelial to'siq deb ataladi; ularda limfotsitopoez va antitelalarning hosil bo'lishi sodir bo'ladi va organizmning ichki muhiti tashqi muhit bilan yaqin aloqada bo'ladi.

Limfoepitelial to'siqqa halqasimon shaklda joylashgan farenksning limfoid apparati kiradi, shu sababli u Valdeyer-Pirogov lenfadenoid faringeal halqasi deb ataladi. U ikkita palatin (birinchi va ikkinchi), faringeal (uchinchi), til (to'rtinchi) va ikkita naychali (beshinchi va oltinchi; 4-9-rasm) bodomsimon bezlar tomonidan hosil bo'ladi. Lenfoid to'qimalarning to'planishi tomoqning orqa va lateral devorlarida, atrofdagi sinuslarda va halqum qorinchalari mintaqasida mavjud.

Tanglayga oid bodomsimon bezlarini boshqa lenfoid shakllanishidan farq qiladigan ba'zi bir xususiyatlar tufayli ular lenfadenoid faringeal halqaning fiziologiyasi va patologiyasida alohida o'rin tutadi.

- *Anatomik tuzilish.* Tanglayga oid bodomchalarida kriptomalarga aylanadigan lakunalar mavjud bo'lib, ular daraxtga o'xshash tarzda tarvaqaylab, bodomchalarning butun qalinligi bo'ylab tarqaladi, til va faringeal bodomchalarda esa kriptomalar emas, balki tarmoqlarsiz egatlar yoki yoriqlar mavjud.

- *Limfoepitelial simbiozning xususiyatlari.* Tanglay bodomchalaridan tashqari barcha bodomsimon bezlarda limfoepitelial simbioz zonasi faqat ularning yuzasiga tarqaladi. Tanglayga oid bodomsimon bezlarida limfoid massasining epiteliya bilan aloqa maydoni kriptomalarining katta yuzasi tufayli juda ko'payadi. Bu erdagi epiteliya antitelalar ishlab chiqarishni rag'batlantiradigan limfotsitlar va antigenga (teskari yo'nalishda) osonlikcha o'tkazuvchan bo'ladi.

- *Kapsulaning mavjudligi.* Yon tomondan tanglayga oid bodomchalari kapsulasi - bodomchani qoplaydigan zich biriktiruvchi to'qima membranasi bilan o'ralgan. Pastki qutb va bodomsimon bezining yuzasi kapsuladan xoli. Faringeal va til osti bezlarida kapsulalar mavjud emas.

- *Paratonsillar to'qimasida yuqori qutbning tanglayga oid bodomchalari,* kriptomalar bilan aloqa qilmaydigan *Veber shilliq bezlari borligi.*

- *Involutsiya davri.* Vaqt o'tishi bilan limfadenoid to'qima teskari rivojlanishga uchraydi. Faringeal bodomchalar bezovtalanishga

uchraydi. 14-15 yoshdan boshlab, til bodomchasi 20-30 yoshgacha maksimal rivojlanadi. Tanglayga oid bodomchalari involyatsiyasi ham 14-15 yoshdan boshlanadi, ammo ular keksalikka qadar saqlanib qoladi.



**Rasm 13.** Lenfadenoid faringeal halqaning sxemasi: 1 - tanglayga oid bodomcha bezlari; 2 - faringeal bodomsimon bez (adenoidlar); 3 - til osti bezlari; 4 - naychali bodomsimon bezlar

Bodomsimon bezlarning boshqa vazifasi, boshqa limfa organlari singari (masalan, limfa tugunlari, taloq, Peyerning ingichka ichak qismlari) limfotsitlar yoki limfopoezning hosil bo'lishi. Lymphopoiesis follikulalar markazlarida (germinal markazlarda) paydo bo'ladi, so'ngra pishib etish jarayonida limfotsitlar follikulalarning atrofiga suriladi, u erdan ular limfa yo'llariga va umumiy limfa oqimiga, shuningdek og'iz bo'shlig'iga bodomsimon bezlar yuzasiga kirib boradi. Follikulalardan tashqari, follikulalarni o'rab turgan limfoid to'qimalarda limfotsitlar ham hosil bo'ladi.

Tonsillalarning immunologik rolini o'rganish, ayniqsa yoshligida immunitetni shakllantirishda (antitellar hosil bo'lishida) ularning ishtirokini isbotladi. Ushbu funktsiyani turli xil yuqumli kasallik qo'zg'atuvchilari va toksik mahsulotlar uchun asosiy kirish eshigi yo'lida tanglayga oid bodomcha bezining joylashishi osonlashtiradi, bu esa bodomsimon bezning shilliq qavatining bakterial agent bilan yaqin aloqasini ta'minlaydi, va o'z navbatida immunitet shakllanishi asoslanadi. Kriptlarning tuzilishi - ularning torligi va tortuozligi, shuningdek devorlarining keng tarqalgan umumiy yuzasi antigenlarning bodomchanning limforeetikulyar to'qimalari bilan uzoq vaqt aloqa qilishiga yordam beradi.

Shuni ta'kidlash kerakki, immunitetli (antitela hosil qiluvchi) organ bo'lgan tanglayga oid bodomcha bezlar fiziologik sharoitda organizmni doimiy immunizatsiyasiga olib kelmaydi. Ushbu bodomsimon bezlar boshqa organlarda joylashgan limfoepiteliya apparatining faqat kichik bir qismini aks ettiradi. Bodomchalarning antitelalarni hosil qilish qobiliyati balog'at yoshidan oldin eng aniq namoyon bo'ladi, ammo bodomcha to'qimasi ko'pincha bu funktsiyani kattalarda ham saqlaydi.

### **Halqumning o'tkir yallig'lanish kasalliklari**

JSSST ma'lumotlariga ko'ra har yili kattalar aholisi orasida yuqori nafas yo'llarining 5-8% o'tkir yallig'lanishlari kuzatiladi, ularning aksariyati engil. Katta shaharlarda kasallanish qishloq joylarga qaraganda yuqori, bu aloqa tezligi va zararli ekzogen omillarning ta'siri bilan izohlanadi. Yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklari 300 dan ortiq turli xil mikroorganizmlar tomonidan qo'zg'atiladi, bunda inson o'z hayoti davomida o'ziga xos himoya (antitelalar) oladi; vaqt o'tishi bilan ko'plab patogenlarga qarshi antitelalar darajasi pasayib, odamni ularga yana sezgir qiladi.

#### **O'tkir faringit**

O'tkir faringit (*faringit acuta*) - bu faringeal shilliq qavatning o'tkir yallig'lanishi. Mustaqil kasallik sifatida u yuqumli kasallik agenti, turli xil timash xususiyati ta'sirida (masalan, uzoq vaqt davomida og'iz orqali nafas olish, chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, sovuqda baland ovozda suhbatlashish, elimentar qo'zg'ash xususiyati) ta'sirida yuzaga keladi. O'tkir faringit ko'pincha yuqori nafas yo'llarining

yallig'lanishi, yuqumli kasalliklar, oshqozon-ichak trakti kasalliklari va boshqa patologiyalar bilan birga keladigan kasallik sifatida paydo bo'ladi.

### Etiologiya

O'tkir faringitning quyidagi etiologik omillari mavjud:

- virusli;
- bakterial;
- zamburug'li;
- allergik;
- shikastlangan;
- qo'zg'ash xususiyati beruvchi omillarga ta'sir qilish.

Bakterial patogenlarga qo'yidagilar kiradi:

- *Haemophilus influenzae*;
- *Moraxella catarrhalis*;
- *Corynebacterium diphtheriae*;
- A, C, G guruhlarining streptokokklari;
- diplokokklar;
- gonokokklar;
- *Mycoplasma pneumoniae*;
- *Chlamydia pneumoniae*.

Virusli etiologiyaning o'tkir faringiti (masalan, adenoviruslar, enteroviruslar yoki gripp viruslari keltirib chiqaradi) 70%, bakterial - 30% hollarda uchraydi. Bunga sabab bo'lgan omillar:

- tananing umumiy va mahalliy gypotermiyasi;
- burun bo'shlig'i, paranasal sinus va nazofarenks patologiyasi;
- keng tarqalgan yuqumli kasalliklar;
- disbakteriyoz;
- chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish;
- oshqozon-ichak trakti kasalliklari, xususan gastroezofagial reflyuks kasalligi.

Patologik o'zgarishlarga shilliq qavatning shishishi va infiltratsiyasi, vazodilatatsiya va in'ektsiya va epiteliyning deskvamatsiyasi kiradi. Yallig'lanish jarayoni eshitish naychalarining shilliq qavatiga tarqalishi mumkin. Shilliq qavatning reaktsiyasi lenfoid to'qima to'plangan joylarda ko'proq seziladi: tomoq orqa devorida va palatin-faringeal valik orqasidagi lateral tizmalarda. Orqa devorning follikulalari shishadi, yaqin atrofdagi follikullar birlashib, yirik donachalar - donador faringit hosil qiladi (4-14-rasm).



**Rasm 14. Granular faringit**

Surunkali faringitda shilliq qavatdagi morfologik o'zgarishlar asosan tomoqning anatomik qismlaridan birida joylashgan:

- nazofarenksda - nazofarengit;
- tomoqning og'iz qismi - mezofaringit;
- tomoqning laringeal qismi - gipofaringit.

Biroq, bu bo'linish juda o'zboshimchalikdir, chunki o'tkir yallig'lanish jarayoni yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatiga diffuz ta'sir qiladi va migratsiya xususiyatiga ega. Shunga ko'ra, surunkali faringit ko'pincha faringeal shilliq qavatdagi morfologik o'zgarishlar tabiati bo'yicha tasniflanadi:

- kataral (oddiy);
- gipertrofik;
- atrofik (subatrofik).

Surunkali yallig'lanishning ushbu shakllari ko'pincha birlashtiriladi.

### **Diagnostika**

Tashxis qo'yish qiyin emas, ammo shunga o'xshash klinik ko'rinish difteriya, kataral angina va boshqa yuqumli kasalliklar bilan yuzaga kelishi mumkinligini yodda tutish kerak. Orqa tomoq devori va bodomsimon bez shilimshig'ini mikrobiologik tekshirish, anamnez va faringoskopik ko'rinishi bilan birgalikda tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi.

### Klinik ko'rinishi

Yonish hissi, quruqlik, og'riq, tomoqdagi og'riq va bezovtalik, tovushlar, quloqlarda tiqilib qolish shikoyatlari. Ba'zida bemor klinik ko'rinishni tomoqdagi begona jismning sezgisi deb ta'riflaydi. Yutish paytida og'riq kuchayishi mumkin, quloqqa ta'sir qiladi. Tana harorati, qoida tariqasida, ko'tarilmaydi yoki subfebril emas. Ammo yallig'lanishning og'ir shakllari tana haroratining ko'tarilishi, mintaqaviy limfa tugunlarining ko'payishi va bosh og'rig'i bilan kechishi mumkin.

Faringoskopiya bilan tomoqning shilliq qavati giperemik, shishgan, joylarda mukopurulent birikmalar mavjud. Jarayon bodomsimon bezlarning shilliq qavatiga, kamarlarga va eshitish naychalarining og'ziga tarqalishi mumkin. Ko'pincha tomoqning orqa va lateral devorlarida individual follikullar yumaloq yorqin qizil ko'tarilishlar - granulalar shaklida kuzatiladi (*granular faringit*).

### Davolash

O'tkir faringitni davolash bezovta qiluvchi ovqatlar (masalan, issiq, sovuq, nordon, achchiq, sho'r) gazlangan ichimliklarni chiqarib tashlashdan boshlanishi kerak. Bundan tashqari, ustuvor uchrashuvlarda chekishni taqiqlash, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va ovoz rejimiga rioya qilish bo'yicha tavsiyalar bo'lishi kerak.

Mahalliy davolash antiseptik, yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega preparatlarni tayinlashdan iborat. Tomoqni yuvish uchun shalfey barglari ekstrakti, romashka gullari, bikarmint, geksetidin, benzilimetil-miristoylamino-propilammoniy (miramistin) va oktenisept b eritmasi infuzioni keng qo'llaniladi. Farangitning yuqumli tabiati bilan fusafungin(bioparoks), propolis (Propolisol), in-halipt, allantoin + povidon + yod (yo'q), kameton, biklotimol (geksasprey), stopangin, benzimamin (tantum verde) kabi turli xil aerezollar bilan tomoqni purkash samarali bo'ladi.

Faringitning allergik tabiati bilan antigistaminlar buyuriladi. O'tkir faringitni davolashda immuno-modulyatorlar ham qo'llaniladi, masalan, bakterial lizatlar (IRS 19, imudon) va tonzil-gon H.

Tana haroratining ko'tarilishi bilan yiringli asoratlar va tushayotgan infeksiyani oldini olish hamda revmatik asoratlar xavfini kamaytirish maqsadida antibakterial vositalar ko'rsatiladi. Bunday holatlarda A guruhi streptokokklari sezgir bo'lgan dori sifatida penitsillin (fenoksimetilpenitsillin) tanlanadi.

## FARINGIT

Faringit - bu halqunning, asosan, orofarinskning yallig'lanishini anglatadi. O'tkir kataral yoki yuzaki tonzillit umumiy faringitning bir qismidir va asosan virusli infeksiyalarda kuzatiladi. Bodomsimon beziga ta'sir qiladigan parenximatoz tonzillitda bodomsimon bez bir tekis kattalashadi va qizil bo'ladi. Faringit kattalarda tez-tez uchraydi, tonzillit esa asosan bolalar kasalligidir. Kattalardagi faringeal infeksiyalarning aksariyati virusli. *Streptococcus pyogenes* kattalarda faqat 5-10% ni tashkil qiladi.

### Irritativ faringit

Ushbu umumiy holatning sabablari quyidagilardan iborat:

- Burun orqasiga oqish
- Laringofaringeal reflyuks
- Kasbiy va ekologik ta'sirlar.

### Bakterial faringit

- Bolalarda bakterial faringit 30-40% hollarda, kattalarda esa faqat 5-10% ni tashkil qiladi.
- Bakterial faringitning ko'p holatlari A guruhidagi gemolitik streptokokklari (AGGS) *Streptococcus pyogenes* tufayli yuzaga keladi.
- Ovoz xirillashi va yo'tal faringitni ko'rsatmaydi.
- AGGS tashxisini tasdiqlash juda muhim, chunki o'tkir faringit holatlarining aksariyatida streptokokk infeksiyasi yo'q.
- Streptokokk tonzillit-faringit bo'limiga qarang.

### Virusli faringit

- *Koksaki virus infeksiyalari*
  - Herpangina: Bu asosan bolalarga ta'sir qiladi. Bolada isitma, tomoq og'rig'i va yumshoq tanglay va ravoqlar ustida eritema zonasi bilan o'ralgan vesikulyar toshmalar kuzatiladi (Qarang: Og'iz shilliq qavatining zararlanishi).
  - O'tkir limfonodulyar faringit: Isitma, bezovtalik va tomoq og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Tekshiruv chog'ida halqum orqa devorida oq sariq, qattiq tugunlar paydo bo'lishi mumkin.
- *Sitomegalovirus*: Bu immuniteti pasaygan transplantatsiyali bemorlarga ta'sir qiladi. Infektsion mononuklyozga o'xshaydi, ammo geterofil antitanachatesti manfiy.



- *Faringokonjunktival isitma*: Bu adenovirusdan kelib chiqadi va tomoq og'rihi, isitma va kon'yunktivit bilan namoyon bo'ladi. Qorin og'rig'i appenditsitga o'xshaydi.

- *Qizamiq*: Toshma paydo bo'lishidan 3-4 kun oldin, tishlarga qarama-qarshi bukkal mukozada *Koplik dog'lari* (qizil areola bilan o'ralgan oq dog'lar) bilan tavsiflanadi.

- *Shamollash (rinovirus, korona virusi, parainfluenza virusi)*: Bu bodomsimon bez va tomoqqa ta'sir qilishi mumkin, tomoq og'rig'i, disfagiya va isitma bilan namoyon bo'ladi. Bodomsimon bezlar kattalashishi mumkin, lekin ekssudat yo'q.

- *Herpes simplex virusi*: Gingivostomatit bilan bog'liq bo'lgan ekssudativ yoki noekssudativ faringitni keltirib chiqarishi mumkin (Qarang: Og'iz shilliq qavatining zararlanishi).

#### **Davolash**

- Virusli infektsiyani davolash nospetsifik va simptomatikdir.
- Antibiotiklar ikkilamchi bakterial kolonizatsiya uchun ishlatiladi (*Gram-manfiy* va *S. aureus*), bu virusli kasalliklarda taxminan 50% ga oshadi.

## **YUQUMLI (INFEKSION) MONONUKLEOZ**

Yuqumli mononuklyoz *Epstein-Barr virusidan* kelib chiqadi.

#### **Klinik xususiyatlari**

- Ko'pincha katta bolalar va kattalarga ta'sir qiladi
- Isitma, tomoq og'rig'i, ekssudativ faringit
- Ikkala bodomsimon bez kattalashgan, dimlangan va parda bilan qoplangan

- Swzilarli mahalliy noqulaylik.
- Limfadenopatiya: Bo'yinning orqa uchburchagida limfa tugunlari kattalashgan.

- Gepatospnomegaliya.

#### **Tashxis**

- *Xarakterli xususiyat*: Qattiq va yumshoq tanglay birlashgan joyida petexiya.

- *Umumiy qon tahlili*: 50% limfotsitlar, ulardan 10% atipikdir. Birinchi haftada oq qon hujayralar soni normal, ikkinchi haftada esa ko'payadi.

- *Serologik testlar:* Monospot va Paul Bunnell yoki Ox-hujayrali gemoliz testi geterofil antitanachalarning yuqori titrini ko'rsatadi.

#### **Davolash**

- *Simptomatik* va tiklanish bir necha hafta davom etishi mumkin.

- *Antibiotiklar:* Ikkilamchi bakterial infeksiyadan boshqa ahamiyati yo'q. Ampitsillin bu holatda teri toshmalarini keltirib chiqaradi va undan saqlanish kerak.

- *Yuqori nafas yo'llarining obstruktsiyasini boshqarish:* Bodomsimon bezlarning sezilarli darajada kattalashishi tufayli nafas yo'llarining obstruktsiyasi paydo bo'lishi mumkin. U boshqariladi:

- Nazofaringeal havo yo'li
- Yuqori dozali steroidlar
- Tonsillektomiya yoki traxeostomiya.

Yuqumli mononuklyoz: Amoksitsillin yoki ampitsillin qizil ikra rangidagi toshmalarga olib kelishi mumkin.

## **STREPTOKOKKLI TONZILLOFARINGIT**

O'tkir follikulyar tonzillitda infeksiya yiringli material bilan to'lgan kriptalarga tarqaladi. Kriptalarning teshiklarida yiringli sarg'ish dog'lar paydo bo'lib, ular birlashishi mumkin va bodomsimon yuzasida parda hosil qiladi (o'tkir membranali tonzillit).

#### **Etiologiya**

- *AGGS* - O'tkir revmatik isitma va poststreptokokkli glomerulonefrit kabi ikkita jiddiy holatining darakchisi. Bu o'tkir bakterial tonzillofaringitning eng ko'p uchraydigan sababidir. Epidemiya shakllari harbiy xizmatga yangi chaqirilganlar lagerlari va bolalar bog'chalarida kuzatiladi. AGGS-bu zanjir bo'lib o'sadigan gram-musbat kokklar.

- Tabiiy manbai: Teri, nazofarinks va orofarinks.
- Tarqalishi: Asosan aerezollangan mikrodropletlar (havo tomchilari) orqali; kamroq hollarda to'g'ridan-to'g'ri aloqa orqali, kamdan-kam hollarda ifloslangan pasterizatsiyalanmagan sut yoki ovqatni qabul qilish orqali.

- Fasllar: Kuz va qish.

- *A guruhi bo'lmagan gemolitik streptokokk* infeksiyasi klinik jihatdan AGGSga o'xshaydi. Bu nisbatan kamroq tarqalgan.

- *Boshqa bakteriyalar* asosan bodomsimon bezni yuqtirishi mumkin yoki virusli infeksiyaning ikkilamchi bo'lishi va AGGS infeksiyasiga o'xshashi mumkin. Ularga *staphylococci, pneumococci* va *H. influenzae* kiradi.

### **Klinik xususiyatlari**

Kasallik ko'pincha maktabgacha yoshdagi bolalarga ta'sir qiladi (cho'qqisi 5-6 yosh), lekin chaqaloqlar va 50 yoshdan oshgan shaxslarga ta'sir qilishi mumkin.

### **Simptomlar**

- *Tomoq og'rig'i*: Tomoq quruqligi, tomoqning to'liqligi yoki tomoq og'rig'i.

- *Disfagiya*: Yutish qiyinligi yoki odinofagiya.

- *Isitma*: 38-40 °C gacha bo'lgan harorat sovqotish va qaltirash bilan birga bo'lishi mumkin. Bola kelib chiqishi noma'lum bo'lgan pireksiya holatida namoyon bo'lishi mumkin.

- *Quloq og'rig'i*: Bu o'tkir o'rta otit bo'lishi mumkin.

- *Konstitutsiyaviy alomatlar*: Bosh og'rig'i, oyoq -qo'l va bel og'rig'i, bezovtalik va ich qotishi.

- *Qorin og'rig'i*: Mezenterik limfadenit tufayli yuzaga keladi va o'tkir appenditsitni simulyatsiya qiladi.

### **Topilmalar**

- *Til*: quruq va karashkli til.

- *Nafas olish*: Badbo'y hidli nafas (halitoz).

- *Orofarinks*:

- Ravoqlar, yumshoq tanglay va uvula giperemiyasi. Bodomsimon bezlar qizil va shishgan, yiringli sarg'ish dog'lar bilan kriptalarning ochilishida (o'tkir follikulyar tonzillit) birlashishi mumkin va bodomsimon yuzasida parda hosil qiladi (o'tkir membranali tonzillit). Bu pardani tampon bilan osongina artib olish mumkin. Kattalashgan bodomsimon bezlar o'rta chiziqda bir-biriga tegishi mumkin.

- Uvula va yumshoq tanglayda shish paydo bo'lishi mumkin.

- *Limfa tugunlari*: Kattalashgan va og'riqli jugulodigastrik limfa tugunlari.

### **Tashxis**

Tomoq og'rig'i va servikal adenopatiya bilan isitma va ekssudativ qoplamali tomoq *Streptococcus pyogenes* haqida dalolat beradi.

▪ *Tez streptokokk testlari:* Lateks aglyutinatsiyasi yoki ferment bilan bog'langan immunosorbentni tahlil qilish (ELISA) usullari bilan surtmada antigen (A guruh streptokokk) olinadi. Bu juda o'ziga xos (95%), lekin ekmaga qaraganda kamroq sezgir (60-100%).

▪ *Tomoq ekmasi:* Tana harorati 38,3 °C dan yuqori bo'lganida yoki bemor tomoq og'rig'i bilan og'riganida yoki kuchli gumon qilingan hollarda tez streptokokk testi manfiy bo'lganda, tomoq va tomoq orqa devoridan surtma.

### Davolash

▪ *Umumiy:* Yotoqda dam olish va ko'p suyuqlik.

▪ *Simptomatik:* analgeziklar va antipiretiklar, masalan, aspirin yoki paratsetamol.

▪ *Maxsus:* 7-10 kun davomida antibiotiklar yiringli asoratlari va o'tkir revmatik isitma ehtimolini kamaytiradi, lekin poststreptokokkli glomerulonefrit emas.

➤ Penitsillin yoki amoksitsillin tanlov dorisi. Agar javob bo'lmasa, beta-laktamaza ishlab chiqaruvchi organizmlar va anaeroblarga shubhalaning va boshlang

— Amoksitsillin + klavulan kislotasi yoki

— Klindamitsin yoki

— Eritromitsin + metronidazol

▪ *Asimptomatik tashuvchilar:* Ular odatda hech qanday davolanishga muhtoj emas, faqat:

➤ Oila a'zolaridan birida revmatik isitma.

➤ Oila a'zolari takroriy streptokokk infeksiyasiga chalinadi.

**A guruhi beta-gemolitik streptokokklar:** Bu o'tkir tonsillitning eng ko'p uchraydigan sababidir, shuningdek revmatik isitma va poststreptokokkli glomerulonefritga olib kelishi mumkin.

### Asoratlari

▪ Qizil isitma yoki skarlatina

▪ Revmatik isitma

▪ O'tkir glomerulonefrit

▪ O'tkir o'rta otit: Bu takroriy tonsillitga to'g'ri kelishi mumkin.

▪ O'tkir osti bakterial endokardit (O'OBE): Yurak klapanlari kasalligida o'tkir tonsillit O'OBE ga olib kelishi mumkin, bu odatda *streptococcus viridans*dan kelib chiqadi.

- Surunkali/takroriy tonzillit, bodomsimon bez infeksiyasining to'liq hal etilmasligi tufayli, bu bodomsimon bezning limfoid follikulalarida mikroabsesslar kabi davom etishi mumkin.

- Peritonsillar xo'ppoz
- Parafaringeal xo'ppoz
- Retrofaringeal bo'shliq infeksiyasi
- Servikal xo'ppoz: Jugulodigastrik limfa tugunlari.

### Membranoz faringotonzillitning qiyosiy tashxisi

Membranali tonzillitda bodomsimon bezning medial yuzasida ekssudativ parda hosil bo'ladi. Bu piogen organizmlar tufayli yuzaga keladi.

- *Agranulotsitoz:*
  - Orofarinkdagi ulserativ nekrotik zararlanishlar.
  - Bemor juda kasal ko'rinadi.
  - Tashxis:
    - Leykotsitlarning umumiy soni: 50-2000/kub mm.
    - Polimorf neytrofil 5% yoki undan kam.

- *Leykemiya:* Bolalarda o'tkir limfoblastik leykemiya o'tkir yoki surunkali miyelogen (25%) leykemiya qaraganda tez -tez uchraydi (75%). Kattalarda 80% limfotsitik bo'lmagan, 20% esa o'tkir limfotsitik leykemiya.

- Umumiy leykotsitlar soni: 100,000 dan katta/kub mm.
- Progressiv anemiya.
- Suyak iligi tekshiruvi: Blast hujayralari ko'rinadi.

- *Aftoz yaralar:* Og'iz bo'shlig'i yoki orofarinkning har qanday qismida kichik/katta, bitta/ko'p og'riqli yaralar. Yolg'iz katta yara bodomsimon bez va ravoqlarda bo'lishi mumkin. (Qarang: Og'iz shilliq qavatining shikastlanishi).

- *Malignant bodomsimon bez:* (Qarang: Orofarinks o'smalari bo'limiga qarang).

- *Travmatik yara:* Orofarinkning har qanday shikastlanishi. Tish cho'tkasi, qalam yoki barmoq tufayli tasodifan bo'lishi mumkin. U 24 soat ichida paydo bo'ladigan parda hosil bo'lishi bilan tuzaladi.

- *Difteriya:* Keyingi bo'lim va 1 -jadvalga qarang.
- *Yuqumli mononukleoz:* Boshqa bo'limga qarang.
- *Vinsent angina:* (Qarang: Og'iz shilliq qavatining zararlanishi).

- Kasallik qo'zg'atuvchisi: Fuziform tayoqchalar va spiroxetalar.
- Klinik xususiyatlari: Yengil isitma va tomoqdagi noqulaylik bilan boshlanadi. U odatda bitta bodomsimon bezni o'z ichiga olgan parda bilan ifodalanadi. Bu psevdomembranani osongina olib tashlash mumkin va nojerulyar yarani aniqlash mumkin.
- ashxis: Tomoq sutnasi qo'zg'atuvchi organizmlarni ko'rsatadi.

### **Bodmosimon bezlardagi oq dog'larning (parda) qiyosiy tashxisi**

Membranali faringit-tonzillitning yuqorida aytib o'tilgan sabablaridan tashqari, ko'p qismi ushbu bob bo'limlarida tasvirlangan ba'zi holatlar bodomsimon bezda oq zararlanishlar paydo bo'lishi mumkin.

## **TOMOQ DIFTERIYASI**

Bolalar populyatsiyasining difteriyaga qarshi emlash bilan [qamrovli (DPT, DT, dT) va yagona emlashlar) qamrab olinishi difteriya bilan kasallanishni sezilarli darajada kamaytirdi. Kasallik juda keng tarqalgan va xavfli edi. Yaxshiyamki, u kamdan -kam uchraydi. Bolaning bodomsimon bezlarida har qanday parda paydo bo'lganda buni yodda tutish kerak.

### *Bodomsimon bezlardagi oq dog'larning qiyosiy tashxisi*

- Travma: Yot jismlar keltirib chiqaradigan yara va infektsiya, termik shikastlanishlar (issiq ovqat va kimyoviy moddalar) va radioterapiya
- Bakterial infektsiyalar: O'tkir tonzillit, difteriya, Vinsent angina
- Zamburug'li infektsiyalari: Kandidoz
- Virusli infektsiyalar: Gerpes, yuqumli mononuklyoz
- Qon diskraziyasi
- Surunkali infektsiyalar: Sil (og'riqli ko'p oq dog'lar) va sifilis
- Yaxshi sifatli o'smalar: Papilloma
- Malignant: Bir tekis bo'lmagan oq dog', chekkasi ag'darilgan va induratsiya (karsinoma), induratsiyali silliq yarasiz shish (limfoepiteliyoma)
- Tonsillar kista (tug'ma yoki orttirilgan): Sarg'ish oq
- Tonsillar keratoz: Oq rangli shoxli o'simtalar
- Tonsillolit: Qattiq oqishmassa
- Aftoz yara: Kuchli og'riqli

- Kasallikni qo'zg'atuvchi organizmlar: *Gram-positive bacilli, Corynebacterium diphtheriae*.

- *Tarqalishi:* U tomchi infeksiya orqali tarqaladi. Difteriya tashuvchilari tomoqdagi mikroorganizmlarni tashiydi va hech qanday alomat ko'rsatmaydi.

- Inkubatsiya davri: 2-6 kun.

#### **Klinik xususiyatlari**

- Bolalarga ko'proq ta'sir qiladi.
- Difteriya asta -sekin mahalliy noqulaylikni boshlaydi.
- Isitma kamdan -kam hollarda 38 ° C dan yuqori ko'tariladi.
- Iflos kulrang qattiq parda bodomsimon bezlar orqasida yumshoq tanglay va orqa tomoq devoriga cho'zilgan va olib tashlanganidan keyin qon ketadigan joyni qoldiradi.

- Tomoq va burun bo'shlig'iga ham ta'sir qilishi mumkin.
- Servikal limfa tugunlari (jugulodigastrik) kattalashib, og'riqli bo'ladi va "buqa bo'yin" ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin.

- Bola kasal va toksik ko'rinadi.

#### **Tashxis**

Difteriya odatda klinik tashxis bo'lib, shubha tug'ilganda bolani difteriya sxemasida ko'p vaqt sarflamasdan davolash kerak.

- Siydikda albumin bo'lishi mumkin.
- Tomoq ekmasi va surtmasi *Corynebacterium difteriyani* aniqlaydi.

#### **Asoratlari**

Difteriya ekzotoksini yurak va asab uchun toksikdir.

- *Yurak:* Miokardit, yurak aritmiyasi va o'tkir qon aylanish etishmovchiligi.

- *Nevrologik:* Tanglay, diafragma va ko'z mushaklarining falajlanishi.

- *Tomoq:* Nafas yo'llarining obstruktsiyasi.

#### **Davolash**

- *Antidifterik zardob:* Difteriya erkin ekzotoksinini zararsizlantirish uchun klinik shubha bilan darhol antidifterik zardob (ADZ) boshlanadi. Doza kasallik joyiga, davomiyligi va og'irligiga bog'liq.

- 20,000 dan 40,000 gacha: 48 soatdan kam anamnezga yoki parda faqat bodomsimon bezlar bilan chegaralangan.

- 80 000 dan 120 000 gacha: 48 soatdan ko'proq anamnezga yoki parda bodomsimon bezdan tashqariga chiqadi.

➤ Qo'llash usuli: Taxminan 60 daqiqada izotonik eritmada tomir ichiga yuborish.

➤ Sensitivlik testi: Ot zardobi suyultirilgan antitoksin bilan kon'yunktival yoki teri ichiga test yordamida tekshiriladi. Adrenalin har qanday yuqori sezuvchanlik reaksiyasi uchun tayyor bo'lishi kerak.

➤ Desensibilizatsiya: Agar bemor ADZga yuqori sezuvchanlik sezsa, desensitizatsiya talab qilinadi.

▪ *Antibiotiklar:*

➤ Benzil penitsillin 600 mg dan har 6 soat davomida 7 kun davomida.

➤ Eritromitsin 500 mg 6 soatlik og'iz orqali penitsillinga sezgir odamlarda.

### O'tkir follikulyar tonsillit va difterianing farqlovchi xususiyatlari

<i>Xususiyatlari</i>	<i>O'tkir follikulyar tonsillit</i>	<i>Difteriya</i>
Anamnez	Isitma bilan qaytalanuvchi tomoq og'rig'i	Difteriyali bemor bilan muloqot
Difteriya vaktsinasi	Olingan	Olinmagan
Yoshi	Yosh chegarasi yo'q	Bolalar
Boshlanishi	O'tkir	Bilinmasdan sekin-asta
Tomoq og'rig'i	Kuchli	O'rtacha
Isitma	Baland	Past darajada
Ovoz bo'g'ilishi va respirator distress	Hech qachon	Rivojlangan bosqichlarida
Servikal limfadenopatiya hisobiga "buqa bo'yni"	Yo'q	Kam emas
Puls tezligi	Isitmaga mos	Nomutanosib va sust
Toksemiya	Yo'q	Rivojlangan bosqichlarida
Tonsillar membrane (parda)	Bodomsimon bez chegarasida va oson ko'chadi	Qo'shni tuzilmalami cho'zishi mumkin, olib tashlash qiyin va qonovchi yara qoladi
Tomoq surtmasi	Streptococci	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Peshob	Albumin yo'q	Ko'pincha bor
Birinchi qator davolash sxemasi	Antibiotiklar	Antidifterik zardob
O'lim	Yo'q	Baland



## TONZILLAR TOSH/TONZILLOLIT

Surunkali tonzillitda tonzillolit (bodomsimon beztoshi) kuzatilishi mumkin. Tiqilib qolgan bodomsimon bezlar kaltsiy va magniyning noorganik tuzlaridan tashkil topgan qoldiqlarning sto'planishiga olib keladi (tosh hosil bo'lishi).

### Klinik xususiyatlari

- Zararlangan kripta asta -sekin kattalashadi va bodomsimon bezning medial yuzasida yara paydo bo'lishi mumkin.
- Qoplangan material bakterial o'sishga ega bo'lishi mumkin, so'ngra halitoz va tomoq og'rig'i bilan namoyon bo'ladi.
- Yomon ta'mli va yoqimsiz hidli pishloqsimon materialni bodomsimon bezdan ko'rish mumkin.
- Tonsillolit odatda kattalarda uchraydi. Bemor mahalliy noqulaylik yoki yot jism hissi bilan namoyon bo'ladi. Ular palpatsiya yoki zond yordamida aniqlanadi.

### Davolash

- *Konservativ:* Toshlar/pishloqsimon materiallarni chiqarish va kumush nitratni mahalliy qo'llash bilan kriptalarning kimyoviy kuydirish.
- *Tonzillektomiya:* Doimiy og'riq, halitoz yoki yot jism sezganda.

## INTRATONZILLAR XO'PPOZ

O'tkir follikulyar tonzillitda bloklangantonsillar kripta ichida yiring to'planishi mumkin.

- *Klinik xususiyatlari*
  - Sezilarli mahalliy og'riq va disfagiya.
  - Bodomsimon bez shishgan va qizargan.
- *Davolash*
  - Antibiotiklar
  - Xo'ppozni drenajlash
  - Tonsillektomiya

## TONZILLAR KISTA

Bloklangan bodomsimon bez kriptasi bez ustida sarg'ish shish paydo bo'lishi mumkin.

- Odatda ular asimptomatikdir.
- Agar simptomatik bo'lsa, uni drenajlash mumkin.

## KERATOZ FARINGIT

Bodomsimon bez, faringeal devor yoki lingual bodomsimon bezlar yuzasida oq yoki sarg'ish nuqta yoki shoxli o'sishlar bu yaxshi

holatni tavsiflaydi. Bu o'sishlar mahkam yopishadi va ularni artib olib tashlab bo'lmaydi. Ular gipertrofiya va epiteliyning muguzlanishi natijasidir.

- Bemorda tomoq og'rig'i, isitma, servikal tugunlari va ekssudatlar kabi o'tkir follikulyar tonzillitning xususiyatlari yo'q.

- Davolash

- O'z -o'zidan regressiya sodir bo'ladi, shuning uchun maxsus davolash talab qilinmaydi.

- Xavotirlangan bemorlar xotirjamlikka muhtoj.

### LINGUAL BODOMSIMON BEZLAR KASALLIKLARI

Lingual bodomsimon bezda gipertrofiya, infektsiya yoki xo'ppoz paydo bo'lishi mumkin. Limfoid to'qimalarning kompensator gipertrofiyasi, ayniqsa, tonzillektomiya bilan og'rikan bemorlarda takroriy infeksiyalarga javoban paydo bo'lishi mumkin.

#### Klinik xususiyatlari

- Yutish paytida noqulaylik
- Tomoqda shish paydo bo'lish
- Quruq yo'tal
- Bo'g'iq ovoz
- Lingual bodomsimon bez kattalashgan, dimlangan yoki follikulalar bilan o'ralgan
- Servikal limfa tugunlari kattalashgan

#### Davolash

- Antibiotiklar
- Diatermiya koagulyatsiyasi yoki til bodomsimon bezlarini olib tashlash (an'anaviy yoki lazerli jarrohlik yo'li bilan).

### LINGUAL BODOMSIMON BEZ XO'PPOZI

- *Klinik xususiyatlari:*

- Kuchli bir tomonlama disfagiya va ortiqcha so'lak oqishi.

- Tilda og'riq

- Kattalashgan va yumshoq jugulodigastrik tugunlar.

- *Asoratlari:* Laringeal shish.

- *Davolash:* Antibiotiklar, analgeziklar, to'g'ri gidratatsiya va xo'ppozni kesish va drenajlash.

#### Angina

Angina - bu tomoq og'rig'i va umumiy intoksikatsiya bilan namoyon bo'ladigan, tomoqning lenfoid to'qimasida, ko'pincha tanglayga oid bodomchaida o'tkir yallig'lanish o'zgarishi bilan xarakterlanadigan o'tkir

umumiy yuqumli-allergik kasallik. Nafaqat palatinga, balki til, faringeal va laringeal bodomsimon bezlarga ham zarar etkazish mumkin. Ammo ko'pincha angina yallig'lanish jarayoni tanglayga oid bodomcha bezlarida joylashadi, shuning uchun "angina" nomi ostida tanglayga oid bodomcha bezining o'tkir yallig'lanishini anglatishi odatiy holdir.

Tarqalishi bo'yicha angina birinchi o'rinlardan birini egallaydi, gripp va o'tkir respirator virusli infeksiyalardan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Bu jiddiy asoratlarni keltirib chiqaradi, ko'plab kasalliklarning paydo bo'lishiga, shu jumladan yurak-qon tomir tizimiga olib keladi va ularning yurishini yomonlashtiradi. Kasallik kattalarning 4-5 foizida va bolalarning 6 foizidan ko'pida uchraydi. Tomoq og'rig'i bahor va kuzda kasalliklarning mavsumiy ko'payishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

B aksariyat hollarda tomoq og'rig'i paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi

A  $\beta$  -gemolitik streptokokk guruhiga kiradi.

So'nggi yillarda o'tkazilgan bakteriologik tadqiqotlar estrodiol mikrofloraning tarqalishini ko'rsatmoqda:  $\beta$  -gemolitik streptokokk gemolitik stafilokokk, zamburug'lar va boshqa mikroorganizmlar bilan birgalikda. Bundan tashqari, angina qo'zg'atuvchilari Staphylococ aureus, pnevmokokklar, adenoviruslar, og'iz bo'shlig'ining spiroxetalari, fusiform tayoqchalar, zamburug'lar, shuningdek mikroorganizmlarning birlashmalaridir. Anginaning quyidagi asosiy shakllari mavjud (B.S. Preobrajenskiyning fikriga ko'ra):

- epizodik - atrof-muhit sharoitlari yomonlashganda, ko'pincha mahalliy va umumiy sovutish natijasida avtoinfeksiya sifatida paydo bo'ladi;
- epidemiya - kasal kishidan yuqtirish natijasida;
- surunkali tonzillitning kuchayishi - anginaning eng keng tarqalgan shakli. Tananing infeksiyasi ekzogen yoki endogen tarzda sodir bo'ladi. Ekzogen patogen bodomsimon bezning shilliq qavatiga havo tomchilari yoki oziqlantiruvchi vositalar orqali kirib boradi. Stenokardiya paydo bo'lishining endogen mexanizmi bilan organizmning tabiiy himoya mexanizmlarining zaiflashishi yoki odamning saprofitik yoki mikroflorasi patogenligining oshishi rol o'ynaydi. Ko'pincha autoinfeksiya surunkali tonzillit bilan sodir bo'ladi.

Stenokardiya patogenezida atrof-muhit sharoitida (harorat, namlik, gaz bilan ifloslanish) sovuq, keskin mavsumiy tebranishlarga

organizmning moslashuvchan qobiliyatining pasayishi ma'lum rol o'ynaydi. Oziqlantiruvchi omil - C vitaminlari va B guruhi etishmasligi bilan bir xildagi oqsilli oziq-ovqat mahsulotlari ham tomoq og'rig'ining paydo bo'lishiga yordam beradi. Tonsill travmasi, konstitutsiyaviy tendentsiya (masalan, limfa-giperplastik konstitutsiyasi bo'lgan bolalarda), og'iz bo'shlig'ida, burun va paranasal sinuslarda surunkali yallig'lanish jarayonlari, nazal nafas olishning buzilishi va boshqa omillar angina kasalligiga moyil.

Shunday qilib, angina paydo bo'lishi uchun patogen mikroorganizmlarni tashish etarli emas, lekin organizmning qarshiligining pasayishi bilan birgalikda ekzogen va endogen omillarga bir vaqtning o'zida ta'sir qilish kerak.

Angina allergik-giperergik reaksiya sifatida rivojlanadi. Ehtimol, bodomsimon bezlarning kriptlaridagi boy mikrofloralar va ulardagi oqsil parchalanishi mahsulotlari organizmning sezuvchanligiga hissa qo'shadigan moddalar vazifasini bajaradi. Sensibilizatsiyalangan organizmda turli xil ekzogen yoki endogen omillar tonzillit rivojlanishida qo'zg'atuvchi mexanizm rolini o'ynaydi. Bundan tashqari, allergik omil revmatizm, o'tkir nefrit, o'ziga xos bo'lmagan yuqumli poliartrit va boshqa yuqumli-allergik xarakterdagi asoratlar uchun zarur shart bo'lib xizmat qilishi mumkin.

#### Tomoq og'rig'ining tasnifi

Tonzillitning turli xil tasniflari mavjud (4-1-jadval), ular turli xil mezonlarga asoslangan: morfologik, patofiziologik yoki etiologik (masalan, A.X. Minkovskiy, L.A. Lukovskiy, V.I. Voyachek tasnifi). Amalda, eng keng tarqalgan tasnif B.S. Preobrajenskiy (1972).

Boshqalarga qaraganda tez-tez uchraydigan oddiy tomoq og'rig'i uchun umumiy o'ziga xos xususiyatlar xarakterlidir:

- tananing umumiy intoksikatsiyasi;
- ikkala tanglayga oid bodomchalarining mag'lubiyati;
- yallig'lanish jarayonining davomiyligi 7 kun ichida;
- asosiy etiologik omil sifatida bakterial yoki virusli infeksiya.

#### Rasm. Tomoq og'rig'ining tasnifi

Angina bilan sodir bo'lgan patomorfologik o'zgarishlar orasida bodomcha parenximasida mayda qon va limfa tomirlarining aniq kengayishi, mayda tomirlarning trombozi va limfa kapillyarlaridagi turg'unlik kiradi.

Anginaning kataral shaklida bodomsimon bezlar giperemik, shilliq qavat shishgan, seroz sekretiya bilan to'yingan. Faringeal yuzada va kriptolarda bodomsimonlarning epiteliya qopqog'i limfotsitlar va leykotsitlar bilan zich infiltratsiyalangan. Ba'zi joylarda epiteliya bo'shashgan va deskvamatsiyalangan. Yiringli oqindilar yo'q.

Folikulyar shakldagi morfologik rasm bodomcha parenximasida chuqurroq o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Folikulalarda leykotsit infiltratlari mavjud, ularning ayrimlarida nekroz paydo bo'ladi. Folikulalar bodomsimon bezlar epiteliysi orqali faringoskopiya bilan yaxshi aniqlangan sariq tariq nuqta shaklida ko'rinadi.

Lakunar shakl uchun oqindi lakunalarida to'planish odatiy holdir: avval seroz-shilimshiq, keyin esa yiringli. Yiringli ajralish leykotsitlar, limfotsitlar, deskvamatsiyalangan epiteliy va fibrindan iborat. Lakuna og'zidan oqindilar tarqalib, qo'shni oqindi bilan birlashishga moyil bo'lib, kengroq yopishqoq oqindilarni hosil qilgan holda amalga oshiriladi.

Tomoqdagi gerpetik og'riq bilan seroz ekssudat kichik subepiteliyal pufakchalarni hosil qiladi, ular yorilib, epiteliya qoplamasida nuqsonlar qoldiradi; bir vaqtning o'zida palatin-til va palatofarengal yoylarning shilliq qavatida, shuningdek yumshoq tanglayda bir xil pufakchalar paydo bo'lishi mumkin.

Flegmonoz tomoq og'rig'i (intratonsillar abstsisi) bilan lakunalarning drenajlanishi buziladi; bodomsimon parenximasi avval shishiradi, so'ngra leykotsitlar tomonidan infiltratsiya qilinadi; folikulalardagi nekrotik jarayonlar birlashib, bodomcha ichida abstsos hosil qilib, tegishli klinik ko'rinishni shakllantiradi. Bunday abstsos bodomsimon yuzasiga yaqin joylashgan bo'lib, og'iz bo'shlig'iga bo'shatilishi mumkin.

Ba'zi bir tonzillitdagi yarali nekrotik o'zgarishlar, nekrozning bodomcha epiteliysi va parenximasiga tarqalishi bilan tavsiflanadi. To'q kulrang qoplamali yarali nuqsonlar bodomchalarda, ko'pincha tomoq halqumlarida va tomoq devorlarida paydo bo'ladi.

Oddiy tomoq og'rig'ining klinik shakllari

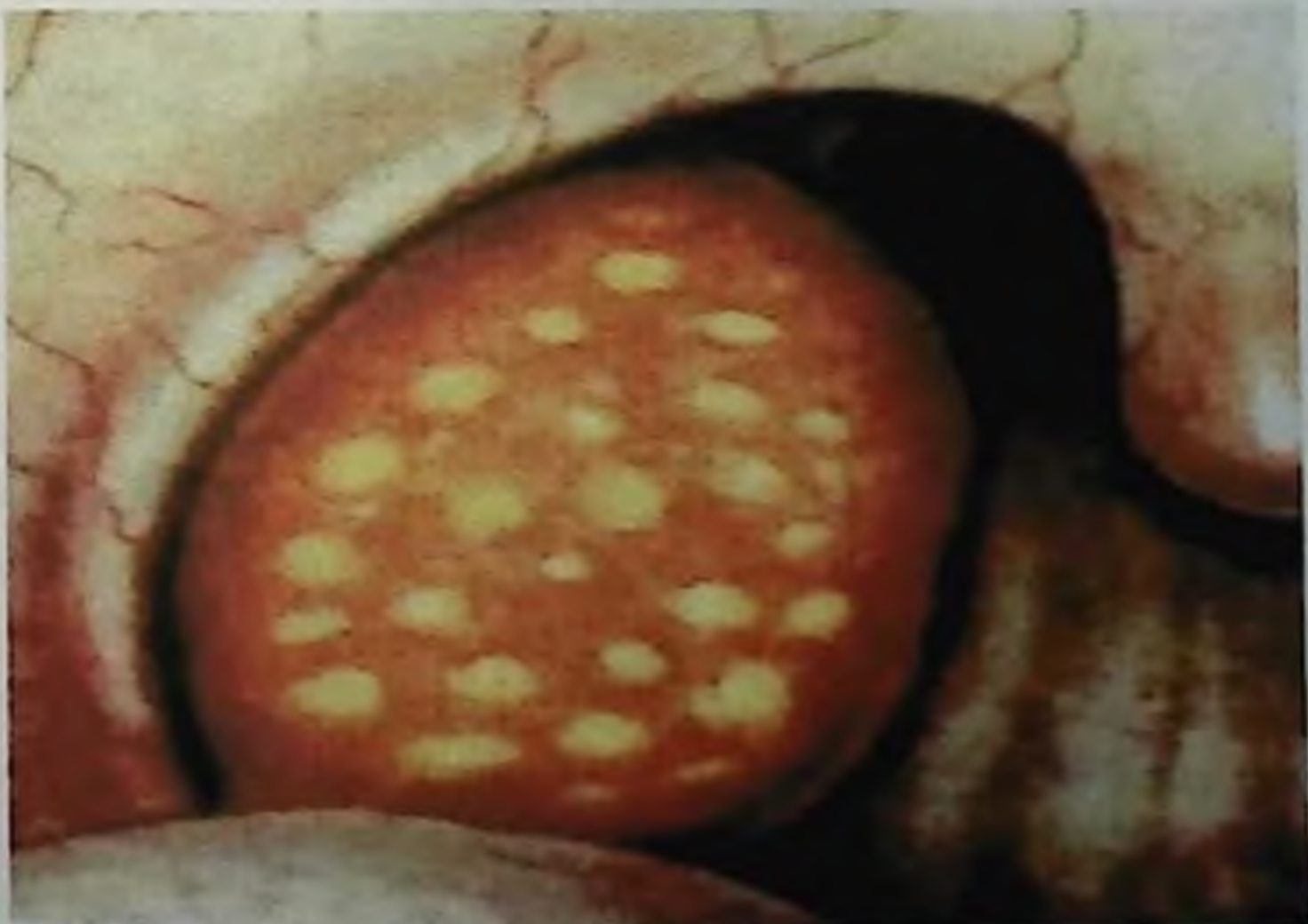
*Kataral tomoq og'rig'i* (15-rasm) - kasallikning eng engil shakli. Yallig'lanish jarayoni faqat shilliq qavatning shikastlanishi bilan cheklanadi tanglayga oid bodomcha bezlarining membranalari. Kasallik keskin boshlanadi, tomoqda kuyish hissi, quruqlik, terlash, so'ngra yutayotganda ko'payadigan mayda og'riqlar mavjud. Bemor bezovtalik, zaiflik va bosh og'rig'idan xavotirda. Tana harorati odatda subfebril,

bolalarda u  $38^{\circ}\text{C}$  gacha ko'tarilishi mumkin. Qon reaksiyasi ahamiyatsiz: neytrofil leykotsitoz -  $7-9 \times 10^9 / \text{l}$  gacha, ahamiyatsiz tayoq-yadro chapga siljish, ESR - 18-20 mm / soatgacha.



**Rasm 15. Kataral angina**

Faringoskopik usulda bodomsimon bezning shilliq qavatining diffuz giperemiyasi, tanglay yoylari qirralariga tarqalishi aniqlanadi, bodomsimon bezlari biroz kattalashgan, shishgan, tomirlar AOK qilingan. Orqa tomoq devorining yumshoq tanglayi va shilliq qavati o'zgarmaydi, bu angina shaklini faringitdan farqlash imkonini beradi. Til quruq, shilimshiq bilan qoplangan. Mintaqaviy limfa tugunlari ko'pincha biroz kattalashadi. Kasallikning davomiyligi 3-5 kun.

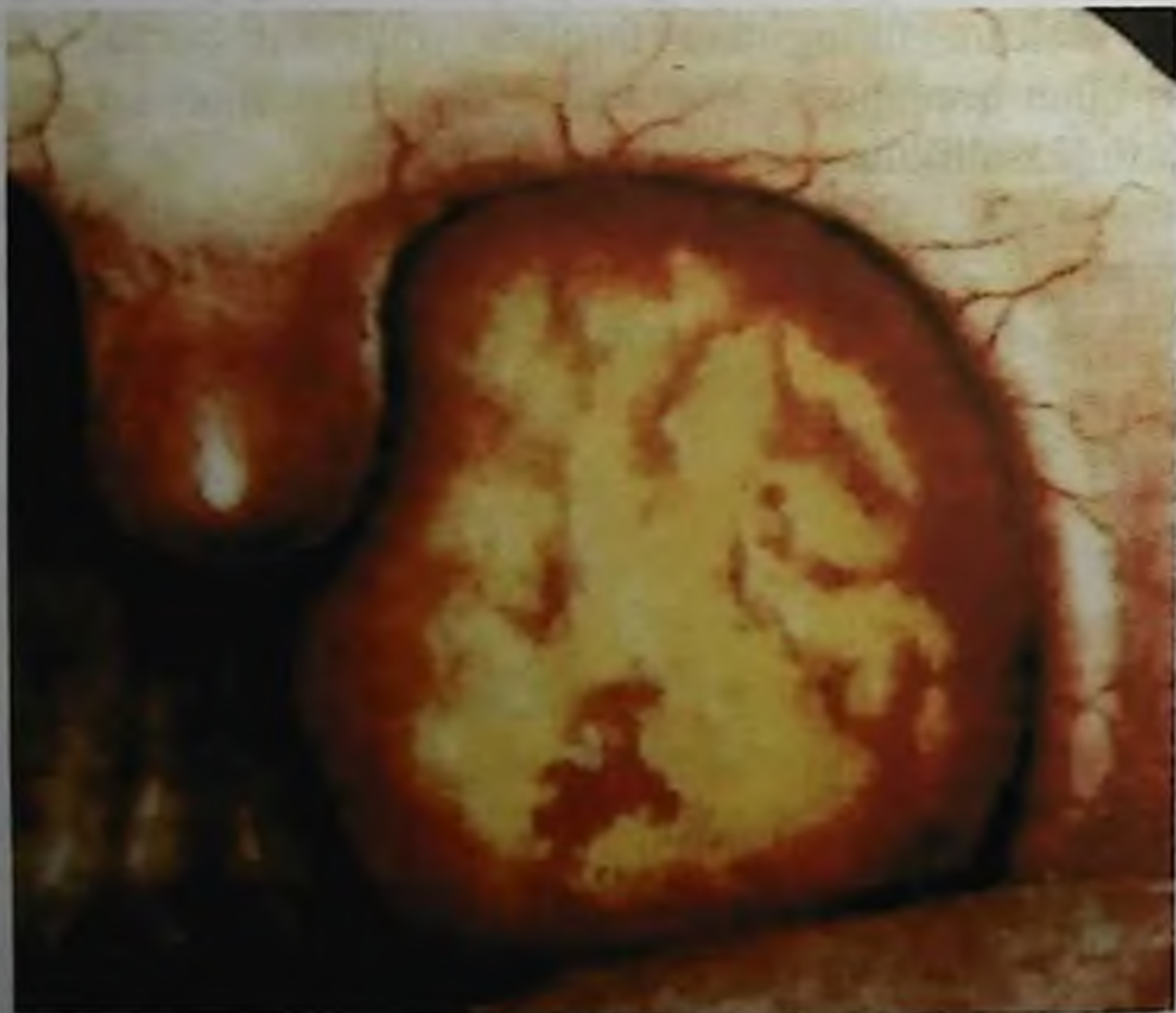


**Rasm 16. Follikulyar angina**

*Folikulyar angina* (16-rasm) - bu jarayonda nafaqat shilliq qavatni, balki folikulalarni o'zlarini jalb qilish bilan yuzaga keladigan og'irroq yallig'lanish shakli. Odatda kasallik tana haroratining 38-39 °C gacha ko'tarilishi bilan boshlanadi. Yutish bilan kuchayadigan va ko'pincha quloqqa tarqaladigan aniq tomoq og'rig'i mavjud. Tananing umumiy reaksiyasi ham ifodalanadi: intoksikatsiya, bosh og'rig'i, umumiy zaiflik, isitma, titroq, ba'zida bel va bo'g'imlarda og'riq.

Bolalarda tez-tez og'ir alomatlar paydo bo'ladi: tana harorati bilan birga qusish ham tez-tez uchraydi, meningizm va ongni xiralashish holatlari bo'lishi mumkin. Qonda neytrofil leykotsitoz mavjud ( $12-15 \times 10^9 / l$ ), chapga mo'tadil siljish, ESR 30 mm / s ga etishi mumkin. Qoida tariqasida, mintaqaviy limfa tugunlari, ayniqsa retromandibular kengaygan va palpatsiya paytida og'riqli.

Faringoskopik usulda diffuz giperemiya, infiltratsiya, bodomsimon bezlarning shishishi yumshoq tanglay va yoylarga tarqaladi. Bademcikler yuzasida, diametri 1-3 mm gacha bo'lgan ko'plab yumaloq sarg'ish-oq nuqtalar sirt ustida biroz ko'rinadi. Ushbu shakllanishlar shilliq qavat orqali shaffof bo'lgan bodomsimon folikulalarni shilliq qavatining tez tiklanadigan nuqsoni - eroziya bilan kasallikning 2-4 kunida ochiladi. Kasallikning davomiyligi 6-8 kun.



Rasm 17. *Lakunar angina*

**Lakunar angina** (17-rasm) lakunalar og'zida yiringli-yallig'lanish jarayonining rivojlanishi, keyinchalik bodomsimon yuzasiga tarqalishi bilan tavsiflanadi. Yallig'lanishning boshlanishi va klinik kechishi angina follikulyar shaklida deyarli bir xil, ammo lakunar angina og'irroq bo'lishi mumkin. Angina bilan yallig'lanish, qoida tariqasida, ikkala bodomsimon bezlarda ham rivojlanadi, ammo uning intensivligi va xususiyatlari turlicha; bir bemorda bir vaqtning o'zida follikulyar va lakunar tonzillit belgilari kuzatilishi mumkin.

Faringoskopik ko'rinishi nekroz lakunalari og'izlari sohasidagi bodomsimonlarning shilliq qavatining giperemik yuzasida paydo bo'lishi va epiteliysining sarg'ish-oq blyashka ko'rinishida deskvamatsiyasi bilan ajralib turadi. Fibrinoz blyashka alohida joylari birlashib, butun bodomchani yoki uning katta qismini qamrab oladi, undan tashqariga chiqmasdan. Blyashka oson pastki qatlarga zarar bermasdan spatula bilan olib tashlanadi. Kasallikning davomiyligi 6-8 kungacha etadi, asoratlari bilan kasallik ko'pincha uzoqroq muddatga kechiktiriladi.

### **Davolash**

Davolash, qoida tariqasida, ambulatoriya sharoitida uyda, bemorni ajratish bilan analga oshiriladi, faqat og'ir holatlarda yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqizish ko'rsatiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida yotoqda qattiq dam olishni, so'ngra jismoniy mashqlar cheklangan uy rejimini kuzatish kerak, bu asosiy kasallikni davolashda ham, asoratlarning oldini olishda ham zarurdir. Bemorga alohida idishlar va parvarishlash buyumlari beriladi; angina kasalligiga chalingan bolalarga bemorga ruxsat berilmaydi. Achchiqlantirmaydigan, yumshoq ovqatni, asosan sabzavot va sutni, vitaminlarni va mo'l-ko'l iliq ichimliklar tayinlanadi.

Banal anginani davolashda etiotropik terapiyaning asosini ko'p yillar davomida penitsillin guruhining dori-darmonlari tashkil qilgan. qaysi streptokokklar eng sezgir. Tanlaydigan dorilar fenoksimetilpenitsillin (ovqatdan 1 soat oldin kuniga 3 marta 1,0-1,5 million IU) va amoksitsillin (kuniga 3 marta 0,5 g). Kamida 10 kun davomida antibiotiklarni qabul qilish kerak.

Penitsillinga chidamli shtammlarning tez-tez aniqlanishi boshqa antibakterial dorilarni, xususan b-laktamazalarga chidamli penitsillinlarni [amoksitsillin + klavulan kislota (augmentin in, amoksiklav)] qo'llash zarurligini taqozo etadi. Penitsillinlarga toqat qilmaslik holatida I va II avlod makrolidlari va sefalosporinlari ham qo'llaniladi. Makrolidlar



guruhidan azitromitsin (sumamed \*) tez-tez ishlatiladi, kuniga 500 mg dan 3-5 kun davomida. Retseptning chastotasi bo'yicha uchinchi o'rinda sefalosporin seriyasining antibiotiklari (sefotaksim, sefuroksim) turadi.

Bundan tashqari, antigistaminlarni qabul qilish maqsadga muvofiq: masalan, xloropiramin (suprastin b), klemastin (tavegil), chi-fenadin (fenkarol), loratidin (klaritin), feksofenadin (telfasta). Ko'plab iliq ichimlik tavsiya etiladi.

Mahalliy ravishda ingalatsion antibakterial va yallig'lanishga qarshi faolligi bo'lgan ingaliyatsion antibiotik fusafungin bilan buyuriladi. Nafas olish kuniga 4 marta 4 dozada 8-10 kun davomida amalga oshiriladi. Mahalliy foydalanish uchun antiseptikni tavsiya qilishingiz mumkin - bu tarkibida geksetidin va efir moylari aralashmasi bo'lgan stopangin. Kasallikning dastlabki kunlarida og'izda to'liq so'rilganicha saqlanadigan perlingual tabletkalar [ambazon (faringosept), kuniga 3-4 tabletkal] samarali bo'ladi. Tabletkalarning rezorbsiyasidan so'ng 1,5-2 soat davomida eb-ichishdan bosh tortish kerak. Farenksni o'simliklarning iliq damlamalari bilan yuvish (dorivor adaçayı barglari, romashka gullari, kalendula gullari kabi), soda, nitrofuril eritmaları (furatsilin), submandibulyar mintaqada isituvchi kompresslar.

Semptomatik terapiya analgetiklar, mukolitiklar, immunostimulyatsiya qiluvchi dorilar va multivitaminlarni o'z ichiga oladi. 7-8 kun davomida yotoqda dam olish tavsiya etiladi. Bemorning mehnatga layoqatsizligi davri o'rtacha 10-12 kun.

Tonsillitning aralash shakllari kam uchraydi va yuqorida tavsiflangan turli xil tonsillit shakllariga xos belgilar kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi.

#### Yuqumli kasalliklar uchun angina

Ba'zi o'tkir yuqumli kasalliklarda limfadenoid faringeal halqa tarkibiy qismlarining yallig'lanishi, ko'pincha tanglayga oid bodomcha bezlari rivojlanadi, bu kasallikning dastlabki belgilaridan biri bo'lishi mumkin. Farangitdagi o'zgarishlar kataraldan nekrotikgacha bo'lgan eng xilma-xil xarakterga ega, shuning uchun agar angina har qanday shaklga kelsa, bu yuqumli kasallikning dastlabki alomati bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak, ayniqsa bolalik davrida.

#### Difteriya holatidagi angina

Difteriya - bu umumiy intoksikatsiya va bodomsimon bezlarda yallig'lanish rivojlanishi bilan yuzaga keladigan, ularning yuzasida va

orofarenksning shilliq qavatida fibrinoz (krupoz) plyonka hosil bo'lishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik.

Etiologiya. Kasallik lef-fler difteriya tayoqchasi orqali tashqi atrof-muhitdan kelib chiqadi. Infektsiya asosan havo tomchilari yoki aloqa orqali sodir bo'lmoqda. Kasallik muddati 2-7 kun davom etadi. Kasallik bolalikda ko'proq uchraydi. Bolalar va o'smirlarni faol emlash natijasida deyarli barcha mamlakatlarda difteriya bilan kasallanish kamaydi.

Klinik ko'rinishi. Kasallik tana haroratining ko'tarilishi bilan keskin boshlanadi. Kasallikning klinik kechishi zo'ravonlik darajasida ham, alomatlarining xilma-xilligida ham bir-biridan farq qiladi. Kasallikning quyidagi shakllari mavjud:

- mahalliy;
- plyonkali;
- uchli;
- kataral;
- tomoq, burun yoki halqum shikastlanishi bilan keng tarqalgan;
- toksik:
- gemorragik;
- gangrenoz.

Mahalliyashtirilgan shakl difteriya infeksiyasining eng keng tarqalgan shakli bo'lib, difteriya bilan kasallanish holatlarining 70-80 foizini tashkil qiladi. Jarayon cheklangan, umumiy intoksikatsiya bosh og'rig'i, bezovtalik, ishtahani yo'qotish, adinamiya, bo'g'imlarda va mushaklarda og'riq bilan namoyon bo'ladi. Birinchi soatlardan boshlab tomoq og'rig'i tashvishlanmoqda, bu 2-kunida sezilarli darajada oshadi. Bemorning nutqi noaniq, og'izdan o'ziga xos jirkanch yoqimsiz hid chiqadi. Tana haroratining ko'tarilishiga qaramay, yuzning terisi oqaradi, banan lakunar yoki follikulyar tomoq og'rig'i bilan og'riq bemorlarda yonoqlarda qizg'ish qizarish, yorqin quruq lablar seziladi. Mintaqaviy limfa tugunlari o'rtacha darajada kattalashgan va ozgina og'riqli.

Faringoskopiyada bodomsimon bezlar va tanglay yoylarining shishishi, siyanotik soyali engil giperemiya aniqlanadi. Lakunalar hududida (izolyatsion shaklda) va bodomsimon bezning faringeal yuzasida (membranali shakl bilan) aniq blyashka mavjud. Anginaning kataral shaklida blyashka yo'q.

Faringeal difteriyaning keng tarqalgan shakli kam uchraydi (3-5%). Bu nazofarenks, burun, halqum va traxeyaning atrofidagi shilliq qavatiga

tarqalish tendentsiyasiga keng tarqalgan shilimshiq bilan tavsiflanadi. Pastga tushadigan krupning klinik ko'rinishi rivojlanishi mumkin. Intoksikatsiya holatida yanada aniqroq, tana harorati  $39^{\circ}\text{C}$  ga ko'tariladi, tomoqdagi og'riq bezovta qiladi, yutish bilan kuchayadi. Taxikardiya, aritmiya, letargiya va qon bosimining pasayishi kuzatiladi.

Difteriyaning toksik shakli kasallik boshlangandan kelib chiqishi yoki boshqa shaklning davomi bo'lishi mumkin. Kasallikning o'tkir boshlanishi, tana haroratining  $40^{\circ}\text{C}$  gacha ko'tarilishi, tomoq va bo'ynining teri osti yog 'to'qimalarida shish paydo bo'lishi bilan ajralib turadi. Yutish paytida yomonlashadigan tomoq og'rig'i bezovta qiladi, tupurik, burun ovozi, nafas olish qiyinlashadi. Mintaqaviy limfa tugunlarining kattalashishi parafarengeal, submandibular va servikal to'qimalarning shishishi bilan birga keladi, ular pastga, klavikula va qovurg'alarga tarqalishi mumkin.

Ba'zi hollarda klinik ko'rinishda gemorragik diatez belgilari (gemorragik difteriya) ustunlik qiladi, ularga burun va yuqori nafas yo'llaridan qon quyilishi, shuningdek teri osti qon ketishi kiradi.

Diagnostika. Tonzillitning barcha turlari difteriyaga shubhali deb hisoblanishi kerak, ayniqsa blyashka mavjud bo'lganda. Odatda kulrang - oq yoki sarg'ish-kulrang plyonka shaklida difteritik blyashka kasallikning ikkinchi kunining oxiriga kelib paydo bo'ladi. Plyonka qalin, uni olib tashlash qiyin, slaydni silamaydi, idishning pastki qismiga suyuqlik bilan cho'kadi. Olib tashlangandan so'ng, olib tashlangan joyning o'rniga qayta shakllanadi.

Difteriya bilan tana harorati odatdagi angina bilan taqqoslaganda ko'pincha past bo'ladi, umumiy holat esa og'irlashib boraveradi.

Tashxisni zararlangan hududlardan olingan shilimshiq larni bakteriologik tekshirish orqali tasdiqlash mumkin. Blyashka ifloslanishi yuqori bo'lgan periferik qismlardan shilimshiq yoki (bu yaxshiroq bo'lgan) blyashka parchasini olish kerak. Namunadan 1-2 soat o'tgach bakterioskopiya paytida taxminiy ma'lumotlar olinadi, olingan materialni bakteriologik tekshiruvining yakuniy natijasi 48 soatdan so'ng olinadi, difteriya tayoqchalarining urug'lanish darajasi o'rtacha 75-80% ni tashkil qiladi, bitta bakteriologik yo'qligi tasdiqlash difteriya klinik diagnostikasini bekor qilish uchun asos bo'lib xizmat qilmaydi.

Difteriyadagi asoratlarning og'irligi kasallikning og'irligiga mutanosib ravishda ortadi. Eng tez-tez uchraydigan va xavfli

komplikatsiya miyokarditdir. Vagus va glossofaringeal nervlarning faringeal shoxlarini mag'lub etish tufayli yumshoq tanglayning bir yoki ikki tomonlama periferik falaji mumkin. Odatda, pastki ekstremitalarning mushaklarining falaji, shuningdek, diafragmaning falaji kuzatiladi. Boshqa asoratlarda eng xavfli nafas yo'llarini stentlash, ayniqsa bolalik davrida (difteriya krupi), intubatsiya yoki traxeotomiya zarur bo'lgandagi holat xavfli hisoblanadi.

**Davolash.** Difteriya bilan og'rigan bemorlar va difteriyaga shubha qilingan bemorlar zudlik bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi va favqulodda xabar sanitariya-epidemiologiya stantsiyasiga yuboriladi. Ambulator sharoitda suyuqlikni yuborish og'ir toksik, allergik va yurak-qon tomir asoratlari tufayli xavfli hisoblanadi.

Difteriya antitoksinini o'ziga xos davolash toksinni uning shakllanishida va qonda erkin aylanib yurishida zararsizlantirish uchun mo'ljallangan. Hujayralar bilan bog'langan toksinni difteriya antitoksini bilan endi zararsizlantirish mumkin emas, shuning uchun suyuqlikni erta qo'llash ayniqsa muhimdir.

Suyuqlik Bezredki usuli bo'yicha yuboriladi. Anafilaktik reaksiyani oldini olish uchun to'liq terapevtik dozani kiritishdan bir soat oldin teri ostiga 0,5 ml suyuqlik AOK qilinadi. Keyin difteriyaning lokalizatsiya qilingan shaklida 10000-30000 AE, so'ngra 1-2 kun ichida yana 5000 AE yuboriladi. Umumiy shaklda birinchi doz 30,000-40,000 AU, ikkinchisi - 10,000 AU. Difteriyaning toksik shaklida umumiy dozasi 100000-200 0 AE ni tashkil qiladi.

Vitaminli terapiya, detoksifikatsiya va simptomatik vositalarni tayinlang. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish uchun antibiotiklar va antigistaminlar qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda davolash uchun ular oqsillardan tozalangan va fermentlar bilan ishlangan suyuqlikdan foydalanadilar - "Diaferm", bu minimal yon reaksiyani keltirib chiqaradi.

Bemorlarning aksariyati, kasallikka chalinganidan so'ng, difteriya tayoqchalarini tashishdan xalos bo'lishadi. Shu bilan birga, bemorlarning 5-10% hech qanday klinik ko'rinishlarsiz, ammo boshqalar uchun xavfli bo'lgan tayoqchani tashuvchisi bo'lib qolmoqda. Burun va tomoqdagi balg'amni uch marta salbiy tahlilidan so'ng bemorlarni batsillusdan xoli deb hisoblash mumkin. Difteriyaga qarshi faol emlash uchun difteriya, ko'kyo'tal va qoqsholning oldini olish uchun adsorbsiyalangan emlash qo'llaniladi.

## Skarlatina holatidagi angina

*Skarlatina - bu umumiy intoksikatsiya belgilari, tomoq og'rig'i va terida o'ziga xos mayda toshmalar bilan kechadigan, streptokokk yuqumli kasallikning klinik shakllaridan biridir.*

Halqumdagi yallig'lanish o'zgarishlar odatda toshma boshlanishidan oldin sodir bo'ladi, ko'pincha bosh og'rig'i va tana haroratining 38-40 °C gacha ko'tarilishi bilan birga kuzatiladi. Kasallikning dastlabki soatlarida, tomoq shilliq qavatining qattiq giperemiyasi kuzatilib, qattiq tanglayga tarqaladi, bu erda ba'zida keskin chegara chizig'i kuzatiladi; 3-4-kunga kelib, til och qizil rangga ega bo'lib, chiqadigan papilla bilan (qirmizi rang). Keyinchalik, jarayon tanglayga oid bodomcha bezlarida kuzatiladi, bu erda yallig'lanish reaksiyasi keng doirada - kataraldan tomoqdagi yiringli-gemorragik og'riqgacha kuzatiladi. Tanglayga oid bodomchalari shishiradi, kulrang-iflos qoplama bilan qoplanadi, difteriyadan farqli o'laroq doimiy emas va osongina olib tashlanadi. Ko'pincha blyashka tanglay yoylariga, yumshoq tanglayga, tilcha va nazofarenksga tarqaladi. Odatda alomatlariga quyidagilar kiradi:

- mintaqaviy limfa tugunlarining kengayishi va og'rig'i;
- teri ustida mayda nuqta toshmasi va po'stlog'i;
- Filatovning alomati - yonoqlarning giperemiyasi fonida toshmalarsiz nazolabial uchburchak.

Skarlatina holatidagi angina ko'pincha bolalarda kuzatiladi va shiddat bilan davom etadi, og'ir intoksikatsiya, konvulsiyalar va ongni yo'qotish mumkin.

Davolash. Penitsillin guruhining katta miqdordagi antibiotiklarini 5-7 kun davomida yoshga xos dozada og'iz orqali yoki parenteral yuboriladi. Shu bilan birga, simptomatik vositalar buyuriladi: analgetiklar, antigistaminlar, antiseptiklar bilan og'iz va tomoqni yuvish.

Qizamiq bilan angina - bu qizg'in yuqumli kasallik bo'lib, u odatda bolalarda, intoksikatsiya, nafas yo'llarining shilliq qavatining yallig'lanishi va lenfadenoid faringeal halqa, kon'yunktivit va makulopapulyar teri toshmalarida uchraydi.

Qizamiqni havodagi tomchilar bilan yuqadigan virus keltirib chiqaradi. Qizilcha bilan tomoq mag'lubiyati prodromal davrda ham, toshma bosqichida ham kuzatiladi. Kasallikning boshida o'rtacha intoksikatsiya fonida kataral hodisalar yuqori nafas yo'llaridan, shuningdek kon'yunktivit hodisalaridan kelib chiqadi.

Terida toshmalar paydo bo'lishidan 3-4 kun oldin kuzatilgan qizamiqning patognomik belgisi bu yonoqlarning ichki yuzasida paydo bo'ladigan Filatov-Koplik dog'laridir. 1-2 mm kattalikdagi, 10-20 dona miqdorida, qizil chiziq bilan o'ralgan bu oqish dog'lar bir-biriga qo'shilmaydi va 2-3 kundan keyin yo'qoladi.

Faringoskopiya bilan og'iz bo'shlig'i, orofarenk va yumshoq tanglayning shilliq qavati giperemik, o'rtacha darajada shishiradi, birlashishga moyil bo'lgan har xil o'lchamdagi qizil dog'lar qayd etiladi (qizamiq enantemasi). Tanglayga oid bodomchalarining mag'lubiyati lakunar yoki follikulyar tonzillitning rasmiga o'xshaydi.

Toshmalar bosqichi, yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishining kuchayishi, faringeal halqaning limfadenoid to'qimalarining umumiy giperplaziyasi va mintaqaviy limfa tugunlarining ko'payishi kuzatiladi, bu tana haroratining ko'tarilishi bilan kechishi mumkin. Rekonvalansiya bosqichida organizmning umumiy qarshiligining pasayishi natijasida ikkilamchi infeksiyalar, tish go'shti, til va lablar shilliq qavatida yara paydo bo'lishi, shuningdek erta va kech krup bilan og'ir laringit rivojlanadi.

Davolash. Davolash asosan simptomatik bo'lib, beinomi parvarish qilish va ovqatlanishini, vitaminli terapiyani va antiseptiklar bilan og'izni yuvishni o'z ichiga oladi. Qizamiqni oldini olish vaktsinasi qizamiqni oldini olishga yordam beradi, bu teri ostiga bir marta 0,5 ml dozada yuboriladi. Asoratlarni rivojlanishi bilan antibiotik terapiyasi ko'rsatiladi.

### **Gerpetik angina**

Tomoqdagi herpetik og'riq - bu o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uning patognomik alomati - bu tomoqning orqa qismida yoki yumshoq tanglay va bodomsimon bezlarda yaraga moyil bo'lgan vesikulyar-papulyar toshma.

Kasallikka, xususan, adenoviruslar, gripp virusi, Koksaki virusi sabab bo'ladi. Ko'pincha, kasallik vaqti-vaqti bilan uchraydi va asosan yosh bolalarda kuzatiladi. Bemorlar juda yuqumli, infeksiya havodagi tomchilar va fekal-og'iz yo'llari bilan yuqadi.

Klinik ko'rinish. Herpetik angina keskin boshlanadi, isitma paydo bo'ladi (tana harorati 38-40 ° C gacha ko'tariladi), tomoq og'rig'i paydo bo'ladi, yutish, bosh og'rig'i va zaiflik kuchayadi. Ushbu angina shaklining muhim alomati bir tomonlama kon'yunktivitdir. Kamdan kam hollarda, ayniqsa yosh bolalarda seroz meningit belgilari qayd etiladi.

Faringoskopiya bilan kasallikning dastlabki soatlarida shilliq qavatning diffuz giperemiyasi aniqlanadi. Yumshoq tanglay, tilcha, tanglay yoyi, bodomsimon bez va orqa tomoq qismida mayda qizg'ish pufakchalar ko'rinadi. 3-4 kundan keyin pufakchalar yorilib yoki eriydi, shilliq qavat normal ko'rinishga ega bo'ladi. Kasallik boshlanganda ifodalangan mintaqaviy limfa tugunlarining ko'payishi va og'rig'i pasayadi, tana harorati normal holatga keladi.

Davolash. Davolash simptomatikdir. Davolashni tayinlashda antibiotik terapiyasining samarasizligi hisobga olinadi. Agar antibiotiklardan foydalanish boshlangandan keyin 24 soat ichida sezilarli yaxshilanish bo'lmasa, bu ehtimol bakterial emas, balki grippning tomoq og'rig'i.

Tizimli qon kasalliklarida tomoq patologiyasi

Tizimli qon kasalliklari ko'pincha bodomcha va og'iz va tomoq shilliq pardalarida yallig'lanishli nekrotik o'zgarishlar bilan kechadi. Bunday o'zgarishlar ko'pincha kasallikning birinchi davrida paydo bo'ladigan muhim va xarakterli alomatlardan biridir. Qonda leykotsitlar sonining kamayishi va shuning uchun ularning himoya rolining pasayishi bilan tomoqdagi bakterial mikrofloraning boyligi, bu erda ikkilamchi infeksiya tufayli yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi uchun zarur shartlar yaratiladi.

### Monotsitik angina

Monotsitik angina (yuqumli mononukleoz, Filatov kasalligi, zararsiz limfoblastoz) - bu qo'zg'atuvchining asosan havo orqali yuqadigan, makrofagiya tizimining shikastlanishi va isitma, tonzillit, poliadenit, gepatosplenomegaliya, mononukleer ustunlik bilan leykotsitoz bilan kechadigan yuqumli kasallik. Mononukleozning eng katta qo'zg'atuvchisi - bu maxsus limfotrop virus bo'lib, u listerella bakteriyalari bilan birga keladi.

Klinik ko'rinish. Kasallik simptomlarning klinik uchligi bilan tavsiflanadi:

- isitma va tomoq og'rig'i tomoqdagi o'zgarishlar;
- adenogepatosplenomegaliya;
- gematologik o'zgarishlar - ko'p sonli atipik mononukleer hujayralar (monotsitlar va limfotsitlar) bilan leykotsitoz.

Odatda mintaqaviy (servikal, submandibular, oksipital), so'ngra uzoq limfa tugunlari, shu jumladan qo'ltiq osti, inguinal va qorin kengayishi. Kasallikdan oldin inkubatsiya davri boshlanadi, odatda 4-5, ba'zan 10 kungacha davom etadi. Prodromal bosqichda umumiy buzqlik, uyquning buzilishi va ishtahaning yo'qolishi qayd etiladi. Yuqumli mononukleoz tana haroratining kuchli ko'tarilishidan boshlanadi (39-40 ° S gacha), harorat egri doimiy yoki davriy bo'lishi mumkin.

Kasallikning muhim va doimiy alomati - bu tomoqdagi bodomsimon bez, asosan tomoqdagi o'tkir yallig'lanishli o'zgarishlardir. Dastlab, ko'rinishi bodomsimon bezning oddiy shakllaridagi o'zgarishlarga o'xshash bo'lishi mumkin, ammo tanglayga oid bodomchalarida iflos kulrang shilliqlar bir necha hafta va hatto oylar davomida saqlanib qoladi. Keyinchalik shilliqlar difteriya ko'rinishiga o'xshash tanglay yoylari, tilcha va farenks shilliq qavatiga o'tadi.

Mononuklyozning eng xarakterli belgilaridan biri qonda o'zgargan mononukleer hujayralarning ko'pligi (60-80%) paydo bo'lishi bo'lib, ularning soni 6-10 kunga qadar maksimal darajaga etadi va keyin sekin kamayadi. Qizil qon patologiyasi odatda aniqlanmaydi. ESR, qoida tariqasida, 20-30 mm / soatgacha oshiriladi. Yuqumli mononuklyoz kursining yana bir xususiyati, ayniqsa yoshligida, tanglayga oid bodomcha bezlarining sezilarli darajada ko'payishi. Kamdan kam hollarda kasallik gemorragik diatez, shafqatsiz axlat, shilliq qavatdan takroriy qon ketish, markaziy va periferik asab tizimining shikastlanishi bilan kechadi.

Ba'zida kasallikning o'chirilgan shakli topiladi, umumiy va mahalliy alomatlar o'rtacha yoki hatto engil bo'lsa. Kasallikning ishonchli belgisi mononukleer hujayralar (monotsitlar, limfotsitlar, plazma hujayralari) sonining periferik qonida sezilarli (60-75% gacha) ko'payish bo'lib, ular orasida atipik, pishmagan shakllar ko'p.

Diagnostika. Limfa tugunlari, jigar va taloqning ko'payishi, farenksdagi angina o'xshash hodisalar va periferik qonning xarakterli o'zgarishi bilan kasallikning odatiy davrida tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Monotsitik angina difteriya, agranulotsitik angina, o'tkir leykemiya va Simanovskiy-Plaut-Vinsentning tomoq og'rig'idan farqlanishi kerak. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikni OIV infeksiyasining dastlabki ko'rinishlaridan ajratish zarurati juda dolzarbdir.



Davolash. Muayyan vositalar mavjud emas. Yotib dam olish, yuqori kaloriya, vitaminlarga boy ovqatlar va simptomatik davolash tavsiya etiladi. Kasallikning murakkab bo'lmagan holatida mahalliy davolash usuli qo'llaniladi: orofarenksni antiseptiklar bilan yuvish, shilliq qavatning zararlangan joylarini kumush nitratning 10% eritmasi bilan o'chirish (lapis), issiqlik protseduralari va UHF terapiyasi limfa tugunlari maydoni. Yallig'lanishga qarshi ta'sirni hisobga olgan holda, limfotsitik reaksiyani bostirish uchun glyukokortikoidlar (prednizolon, gidrokortizon) buyuriladi. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish uchun antibiotiklar bilan davolash tavsiya etiladi (penitsillinlar, sefalosporinlar bilan).

Jarrohlik aralashuvi - tonzillektomiya yoki adenotomiya bemorning ahvolini yaxshilashi mumkin, ammo kasallikning yomonlashishi xavfi katta (qon ketish, sust davolanish), shuning uchun operatsiya qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq qo'llaniladi.

#### Agranulotsitik angina

Agranulotsitik angina - monotsitlar va limfotsitlarning saqlanib qolishi bilan periferik qonda granulotsitlar (bazofillar, eozinofillar va neytrifillar) yo'q bo'lib ketishi va leykotsitlar sonining keskin pasayishi bilan kechadigan tanglayga oid bodomcha bezlari va tomoqning yarali nekrotik shikastlanishi.  $0,2-0,5 \times 10^9 / l$  gacha).

Leykotsitlar himoyasining yo'qligi predispozitsiya qiluvchi omil bo'lib xizmat qiladi, uning fonida yuqori nafas yo'llarining opportunistik mikroflorasi faollashadi va yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi. Agranulotsitoz alohida nozologik shakl deb qaralmaydi, ammo gemotopezning turli xil timash xususiyati beruvchi: yuqumli va toksik, shuningdek radiatsiya terapiyasiga agranulotsitik reaksiyasi sifatida qaraladi. Agranulotsitozning eng keng tarqalgan sababi suyak iligiga toksik ta'sir ko'rsatadigan dori-darmonlarni mantiqsiz yoki uzoq vaqt davomida qo'llashdir (masalan, metamizol natriy, asetilsalitsil kislotasi, sulfanilamidlar, antibiotiklar, antineoplastik dorilar).

Agranulotsitozning to'rt turi mavjud:

- yuqumli;
- toksik (dorilar);
- nurli;
- qonning tizimli shikastlanishi bilan.

**Klinik ko'rinishi.** Agranulotsitozning fulminant, o'tkir va subakut shakllarini ajratib ko'rsatish. Agranulotsitozning o'tkir shaklida kasallik 24 soat ichida rivojlanishi mumkin. Umumiy alomatlar oldinga chiqadi: umumiy og'ir holat, tezlik bilan yuqori tana harorati. Shu bilan birga, tanglayga oid bodomcha bezlarida nekrotik va yarali o'zgarishlar rivojlanadi, ammo jarayonga og'iz bo'shlig'i, tomoq va halqum shilliq qavati ham kirishi mumkin. Ko'pincha nekrotik jarayon chuqur to'qimalarga va suyakka cho'ziladi. Nekrotik to'qima parchalanadi va rad etiladi, chuqur to'qimalarda nuqsonlar qoladi. Bunga tomoqning qattiq og'rig'i, yutishning buzilishi, ko'p miqdordagi axlat, og'izdan chirigan hid hamroh bo'ladi.

Og'ir leykopeniya va neytropeniya bilan belgilanadigan qon. Bir necha kun ichida neytrofil granulotsitlar soni ko'pincha nolga tushadi, bu holda periferik qon leykotsitlari faqat limfotsitlar va monotsitlar bilan ifodalanadi. Qizil qon va trombotsitlar soni ozgina o'zgaradi.

**Diagnostika.** Tashxis simptomlarning kombinatsiyasi bilan belgilanadi: yuqori tana harorati, og'ir umumiy holat, qonda xarakterli o'zgarishlar bilan kechadigan halqum shilliq qavatida yara - neytrofil leykotsitlar yo'qligi va qizil qon tanachalarining normal soni bilan leykopeniya va trombotsitlar. Anjining boshqa atipik shakllari bilan differentsial diagnostika talab qilinadi. Ko'pincha, otorinolaringolog mutaxassisi tomoq og'rig'i va bodomsimon va tomoqdagi keng nekroz tufayli agranulotsitoz tashxisini taklif qiladi.

**Davolash.** Davolash gemotopozni rag'batlantiradigan va ikkilamchi infektsiyaga qarshi kurashadigan dori vositalarini qo'llashni o'z ichiga oladi. Agranulotsitoz rivojlanishiga hissa qo'shadigan barcha dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtating. 200-300 ml dan fraksiyonel qon quyish, leykotsitlar massasini quyish. Ley-kopoezni rag'batlantiradigan dori-darmonlarni tayinlang: natriy nukleinat, gidroksifenilpropionik kislota + gidrosinnamik kislota (tezan \*), pentoksil \*, fenilkarbetoksimetil-tiazolidinekarboksilik kislota (leykogen \*). Glyukokortikoidlar, vitaminlar va kaltsiy preparatlaridan foydalanish samarali hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'i va tomoqni kundalik tualetga, nekrotik massalarni ehtiyotkorlik bilan olib tashlashga, bu joylarni dezinfektsiyalovchi eritmalarni bilan davolashga, og'iz bo'shlig'ini antiseptik vositalar bilan yuvishga ehtiyoj bor.

### Leykemiya holatidagi angina

Leykemiya - bu progressiv tizimli qon kasalligi bo'lib, unda turli organlarda va periferik qonda patologik gematopoez o'choqlari hosil bo'lib, leykotsitlarning pishmagan shakllari paydo bo'ladi. Kasallik o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin.

**Klinik ko'rinish.** Leykemiya leykotsitlarning fagotsitik funksiyalari buzilganligi, aniq gemorragik diatez va og'ir progressiv anemiya tufayli nekrotik va septik asoratlar bilan namoyon bo'ladi. Tonsillalarning o'zgarishi kasallikning boshlanishida ham, keyingi bosqichlarida ham yuz beradi. Septik yo'l fonida tanglayga oid bodomcha bezlarida va tomoq va halqum shilliq qavatida kataral o'zgarishlar, keyinchalik fibrinoz va yarali-nekrotik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan. Ushbu o'zgarishlar og'ir disfagiya va xomilalik nafas bilan birga keladi. Jarayonning atrofdagi to'qimalarga o'tishi suyak nekrozi va tishlarning bo'shashishi bilan birga keladi. Burun va tish go'shtidan qon ketish odatiy holdir. Keyinchalik, gemorragik diatez va teridagi petexial toshma hodisalari qayd etiladi,

qon leykotsitlarning yuqori miqdori ( $30.0-200.0 \times 10^9 / l$ ) bilan aniqlanadi. Leykopenik leykemiya holatida, aksincha, leykotsitlar soni  $1,0-3,0 \times 10^9 / l$  gacha kamayadi. Periferik qonda farqlanmagan hujayralarning tarqalishi xarakterlidir - har xil "portlashlar" (gematoblastlar, miyeloblastlar, limfoblastlar), bu barcha hujayralarning 95% gacha kuzatiladi.

**Davolash.** Leykemiya kasalligini davolashning mavjud usullari samarasiz va palyativ xarakterga ega. Ularning yordami bilan remissiyaga erishish va bemorning hayotini uzaytirish mumkin. Davolashning asosiy usullari eritrotsitlar qon massasini (har biri 150-200 ml) antibiotik terapiyasi bilan birgalikda takroriy quyish deb hisoblanadi, bu esa intoksikatsiyani kamaytiradi va nekrotik o'zgarishlarni bartaraf etishga yordam beradi. Mahalliy nekrotik joylar turli xil antiseptiklar bilan yog'langan. Bundan tashqari, kimyoviy terapevtik vositalar qo'llaniladi: tiotepa (tiofosfamid ♠), busulfan (miyelosan ♠). Tomoq og'rig'ining atipik shakllari:

Yuqumli kasallik yoki qon kasalliklarining namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lmagan nisbatan kam uchraydigan kasalliklar anginaning atipik shakllari deb tasniflanadi.

### Zamburug'li angina

Zamburug'li angina - bu xamirturushga o'xshash zamburug'lar, odatda *Candida albicans* qo'zg'atadigan bodomsimon bez shilliq qavatining yallig'lanishidir (18-rasm).

Sog'lom odanning og'iz bo'shlig'ida bu zamburug'lar saprofitik mikroflora sifatida topiladi, ammo yuqumli kasalliklar, organizmning umumiy qarshiligining pasayishi, to'yib ovqatlanmaslik yoki mantiqsiz antibiotik terapiyasi ularning hayotiyligini zararlantirisholib kelishi mumkin: *Koli* va *stafilokokklar* - xamirturushga o'xshash zamburug'larning antagonistlari, bu ikkinchisining tez rivojlanishiga olib keladi.



Rasm 18. *Faringomikoz*

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi. Zamburug'li angina tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanish bilan tavsiflanadi, belgilar: umumiy karaxtlik, organizm zaiflikni ifoda etiladi.

Bemor tomoq og'rig'i, terlash va quruqlikdan bezovtalanadi.

Faringoskopiya bilan tanglayga oid bodomcha bezining shilliq qavatining diffuz giperemiyasi fonida pishloqli massalarning oq orollari paydo bo'ladi. Ikkinchisi tilning kamariga, uvulasiga va ildiziga

cho'ziladi. Farinksning shilliq qavatidagi smearlarda xamirturush hujayralarining to'planishi aniqlanadi.

Davolash. Antibiotiklarni yo'q qilish, antinikotik vositalarni buyurish kerak: flukonazol (diflukan), itrakonazol (orungal), ketokonazol (nizoral), B vitaminlari, askorbin kislotasi, menadion natriy bisulfit (K vitamin). Ta'sir qilingan joylar natamitsin, terbinafin (lamisil), siklopirox (batrafen) eritmalari bilan yog'langan.

### **Yarali nekrotizan angina**

Yarali-nekrotik angina (Simanovskiy-Plauta-Vinsent) uchun iflos yashil shilimshiq bilan qoplangan va chirigan hidga ega bo'lgan bitta tanglayga oid bodomcha bezining yuzaki yaralari xosdir. Kasallik birinchi marta rus klinisyeni N.P. Simanovskiy (1890) va 1897 yilda chet ellik olimlar Plaut va Vinsent tarafidan tasvirlangan. Bu nisbatan kam uchraydi.

Etiologiya. Kasallikning qo'zg'atuvchisi - mil shaklidagi tayoqchanning (*B. fusiformis*) va og'iz spiroxetasining (*Spirochaeta buccalis*) simbiozi - sog'lom odamlarning og'iz mukozasida keng tarqalgan saprofitlar..

Simanovskiy-Plaut-Vinsent anginasiini rivojlanishi organizmning umumiy va mahalliy qarshiligini kamaytiradigan turli xil omillar bilan bog'liq: o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, qon kasalliklari va vitamin etishmasligi, shuningdek, mahalliy sabablar, masalan, karioz tishlari, milk kasalligi va og'iz orqali nafas olish.

Klinik ko'rinish. Ko'pincha yagona shikoyat - bu noqulaylik hissi va yutayotganda begona jism. Og'izdan chirigan hid, tuprikning ko'payishi mumkin. Umumiy holat ozgina azob chekadi, tana harorati odatda normal, faqat kamdan-kam hollarda kasallik tana harorati va sovuqdan boshlanadi. Shikastlanish tomonida ko'pincha mintaqaviy limfa tugunlari kattalashadi, palpatsiya paytida o'rtacha darajada og'riqli bo'ladi. Kasallikning davomiyligi 1-3 hafta, ba'zan bir necha oy. Odatda bodomsimon sohada yaralar katta chandiq deformatsiyasiz davolanadi.

Faringoskopiya paytida bodomsimon bezlarning birining yuzasida, ko'pincha uning yuqori qutbida kulrang-sariq yoki kulrang-yashil massalar topiladi, ularni olib tashlagandan so'ng, qirralari notekis bo'lgan yarasi ko'rinadi, uning pastki qismi iflos kulrang-sariq shilimshiq bilan qoplanadi (19-rasm). Ilg'or holatlarda oshqozon yarasi atrofdagi to'qimalarning: tish go'shti, til ildizi va tanglay yoylari ishtirokida bodomchadan tashqariga chiqadi. Bakteriologik tekshiruv yangi

shilimshiqda ko'plab mil shaklidagi tayoqchalar va spiroxetalarni aniqlashga imkon beradi. Ammo shuni yodda tutish kerakki, tegishli klinik bo'lmagan taqdirda fusospiroxetozni faqat laboratoriya tekshiruvi



**Rasm 19.** *Nekrotik yarali angina (Simanovskiy-Plaut-Vinsent)*

Simanovskiy-Plaut-Vinsent tomoq og'rig'i tashxisini isbotlamaydi.

Yaraning chetidan biopsiya namunasini gistologik tekshirish maqsadga muvofiqdir.

Diagnostika. Differentsial diagnostika faringeal difteriya, sifiliz, sil kasali yarasi, qonning tizimli kasalliklari va bodomsimon o'smalari bilan o'tkazilishi kerak. Bakteriologik ma'lumotlar, maxsus testlar va xarakterli anamnez tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi. Davolash. Umumiy va mahalliy terapiya amalga oshiriladi: og'iz orqali parvarish qilish, karusli tishlar va peri-gingival cho'ntaklar sanitariyasi, ko'pincha fusospirilloz o'chog'i vazifasini bajaradi. Ular bodomsimon yaralarni nekrozdan tozalaydi va bodomsimonni antiseptiklar bilan davolashadi. Penitsillin terapiyasi 6-8 kun davomida samarali bo'ladi. Vitamin etishmasligiga qarshi kurashni kuchaytirish kerak. Qayta tiklanish tendentsiyasi bilan ba'zan tonzillektomiya ko'rsatiladi.

Flegmonoz angina (intratonsillar abstsesi)

Bodomchalar ichidagi abstsleslar nisbatan kam uchraydi. Ularning paydo bo'lishi, odatda, bir tomonlama xarakterga ega bo'lgan

bodomchanning yiringli birikmasi bilan bog'liq. Anginaning oddiy shakllari bilan bir qatorda, bodomsimon bezning abstsyesiga olib keladi, kasallikning sabablari qattiq oziq-ovqat tanalaridan shikastlanish bo'lishi mumkin.

Flegmonoz tomoq og'rig'i bilan bodomcha giperemik, kattalashgan, yuzasi tarang, palpatsiya og'riqli. Bodomcha ichidagi kichik abstsyeslar, odatda, zo'ravon klinik ko'rinishlarga o'tadigan paratonsillar abstsyesidan farqli o'laroq asemptomatik yoki kichik mahalliy va umumiy simptomlar bilan kechadi. Pishgan abstsyes lakuna orqali og'iz bo'shlig'iga yoki paratonsillar to'qimalariga o'tishi mumkin.

**Davolash.** Jarrohlik davolash - abstsyesning keng ochilishi. Qayta tiklanish holatida bir tomonlama tonzillektomiya, o'tkir davrda - abssezonsilektomiya ko'rsatiladi. Shu bilan birga, yallig'lanishga qarshi antibiotik terapiyasi, antigistaminlar va og'riq qoldiruvchi vositalar buyuriladi.

#### **Faringeal bodomcha anginasi (adenoidit)**

Adenoidit (retronazal angina) - bu faringeal bodomsimon bezning o'tkir yallig'lanishi. Kasallik asosan bolalarda uchraydi, bu esa bu yoshda adenoid to'qimalarining ko'payishi bilan bog'liq. Nisbatan kamdan-kam hollarda faringeal bodomsimon bezning tonzilliti kattalarda ham uchraydi, bu bodomsimon yoshga bog'liq involyutsiyaga uchramagan. Yallig'lanish jarayoni odatda bodomchadan farenksning yuqori va o'rta qismlarining shilliq qavatiga tarqaladi.

#### **Etiologiya**

O'tkir adenoiditning sababi - gipotermiya, virusli infeksiya va boshqa keng tarqalgan yuqumli kasalliklar ta'sirida nazofarenkning saprofit mikroflorasini faollashishidir.

#### **Klinik ko'rinishi**

Yosh bolalarda kasallik tana haroratining  $40^{\circ}\text{C}$  ga ko'tarilishi va ko'pincha intoksikatsiyaning umumiy alomatlari paydo bo'lishi bilan boshlanadi: qusish, bo'shashgan axlat. Burundan nafas olish qiyinlashadi, mukopurulent burun ajralishi paydo bo'ladi, mintaqaviy limfa tugunlari ko'payadi, ovoz burun rangini oladi. Yutalish trakeobronxitga olib kelishi mumkin bo'lgan

nazofarenksdan mukopurulent oqindi bilan halqum va traxeyani tirnash xususiyati ko'rsatadi. Ko'pincha tubal bodomsimon angina, lateral tizmalar va farenksning limfoid granulalari (follikulalari) o'tkir

adenoiditga qo'shiladi. Eustaxit, kataral otit vositasi yoki retrofaringeal abstsess rivojlanishi mumkin.

Orofarenksning keskin giperemik orqa devoridagi ob'ektiv tekshiruv nazofarenksdan oqib chiqadigan ushbu kasallikka xos mukopurulent sekretiya chizig'ini ko'rsatadi. Orqa tanglay yoylarining giperemiyasi ko'pincha bir vaqtning o'zida kuzatiladi. Oldingi rinoskopiya bilan, burun shilliq qavatining anemiyasidan so'ng, mukopurulent plyonka bilan qoplangan giperemik va shishgan adenoid to'qimasini ko'rish mumkin. Orqa rinoskopiya bilan faringeal bodomsimon bez shishiradi, uning yuzasida giperemik, nuqta yoki qo'shib ketgan yiringli qatlamlar ko'rinadi. Umumiy ko'rinish kataral, follikulyar yoki lakunar tonzillitning rasmiga to'g'ri keladi.

### Davolash

Umumiy va mahalliy yallig'lanishga qarshi terapiya talab qilinadi. Antibiotiklar buyuriladi [masalan, ampitsillin, amoksitsillin + klavulan kislotasi (augmentin ♠), eritromitsin], antigistaminlar (masalan, desloratadin, loratadin, ebastin, setirizin), analgetiklar, paratsetamol o'z ichiga olgan dorilar [xususan, paratsetamol, kodein kofein ♠)]. Mahalliy terapiya bilan nazal nafasni tiklash kerak, buning uchun vazokonstriktor va antiseptik vositalar 6-7 kun davomida burun tomchilari shaklida buyuriladi [masalan, ksilometazolin, nafazolin, kumush proteinatning 2% eritmasi (protargola b), evkalipt barglari ekstrakti (xlorofill lipt ♠)], aerezollar ko'rinishidagi sekretolitiklar [masalan, asetilsistein + tuaminoheptan (rinofluimusil ♠)].

### Anginaning asoratlari

Anginaning umumiy va mahalliy asoratlarini farqlang. Eng ko'p uchraydigan asoratlar - revmatizm va yurak kasalliklari (tonzilokardiyal sindromi). Buyraklar (tonzillorenal sindrom) va bo'g'imlardan tomoq og'rig'ining tez -tez asoratlari, ehtimol, gemopoetik organlar va oshqozon -ichak traktining shikastlanishi, sepsis rivojlanishi kuzatiladi. Angina va surunkali tonzillitning umumiy asoratlari paydo bo'lishi va xususiyatlari yuqumli agent -  $\beta$  -gemolitik streptokok va unga hamroh bo'lgan mikrofloraning organizmi ta'siriga asoslangan.

Anginaning eng ko'p uchraydigan mahalliy asoratlari paratonsillitdir. Boshqa mahalliy asoratlarni rivojlanishi mumkin:

- retrofaringeal (retrofaringeal) abstsess;



- periofaringeal (parafaringeal) absstess;
- o'tkir servikal limfadenit;
- o'tkir o'rta otitis (ayniqsa, faringeal va naychali bodomsimon bezlarini anginasida);

- tomoqning shish va stenozisi (ko'pincha paratonsillit, parafaringit bilan). Paratonsillit

*Paratonsillit (paratonsillitis) - bodomsimon kapsula va faringeal konstriktorlarni qoplagan faringeal fastsiya o'rtasida paratonsillar to'qimasida yallig'lanishning rivojlanishi kasalligi bo'lib, (shish, infiltrativ yoki absstess shakllanishi bilan) - Bodomsimon bezlardan paratonsillar to'qimalariga virusli infektsiyaning kirib kelishi tegishli klinik ko'rinishni hosil qiladi. Ko'p hollarda paratonsillit surunkali tonzillitli bemorlarda angina asoratlari sifatida rivojlanadi (bu kasallik paratonsillit bilan og'rigan bemorlarning 80% dan ko'prog'ida tashxis qilinadi). Paratonsillit yosh va etuk yoshda (15-30 yosh) erkaklar va ayollarda ham bir xil ancha keng tarqalgan.*

Bodomsimon bezdan paratonsillar to'qimasiga infektsiyaning kirib borishiga bodomsimon bezga chuqur kirib boradigan kriptlar yordam beradi, ayniqsa surunkali tonzillitda infektsion markaz yuqori qutb sohasida har doim ko'proq uchragan. Patogen mikroflora asosiy diqqatni davom ettirishga qaratadi (*per continuitatem*). Ko'pincha bodomcha ustki makonida, yumshoq tanglay qalinligida, tanglay bodomcha bezining qo'shimcha bo'lakchasi bo'ladi, uning saqlanishi tonzillektomiya paytida absstessning rivojlanishi uchun ham sharoit yaratadi (20-rasm).

Ba'zida paratonsillitning sababi - kariotik tishlarning yallig'lanishi bilan infektsiyaning bodomcha atrofi tolasi - odontogen paratonsillar absstessiga tarqalishidir. Paratonsillar absstessining travmatik xarakteri, shuningdek o'tkir yuqumli kasalliklarda paratonsillar to'qimalariga zarar etkazishning gematogen yo'li mumkin.

Paratonsillitning uchta shakli mavjud:

- shishgan;
- infiltrativ;
- absstessli.

Asosan, bu shakllar paratonsillar to'qimalarining yallig'lanishining ketma - ket bosqichlari bilan ifodalanadi.



Rasm 20. Paratonsillar absstsessi

### Klinik ko'rinishi

Paratonsillar to'qimasining yallig'lanishi ko'pincha bir tomonlama bo'lib, angina yoki surunkali tonsillitning boshqa kuchayishidan keyin, tiklanish davrida rivojlanadi. Bir tomonlama kuchli og'riq asoratni ko'rsatadi. Paratonsillitning lokalizatsiyasi boshqacha:

- anteroposterior (supratonsillar) - bodomchaning yuqori qutbiga yaqin, bodomcha kapsulasi bilan tanglay va tilga oid yoyning yuqori qismi o'rtasida;
- orqa paratonsillar - bodomcha va palatofaringeal yoylar orasida;
- pastki paratonsillar - bodomchaning pastki qutbi va tomoqning lateral devori o'rtasida;
- lateral (lateral) - bodomchaning o'rta qismi va tomoqning lateral devori o'rtasida.

Eng tez -tez uchraydigan supratonsillar absstsessi (70%dan ortiq), undan keyin orqa (16%), keyin pastki (7%) va lateral (4%).

Kasallik umumiy va mahalliy belgilar bilan namoyon bo'ladi. Umumiy belgilar uchun intoksikatsiya va tana haroratining 39-40 °C gacha ko'tarilishi, zaiflik tufayli nisbatan og'ir holat xarakterlidir. Umumiy ahvol tomoq og'rig'ining og'irlashishi bilan kuzatiladi, bu yutish paytida keskin oshadi, uyqu buziladi, ovqat eyolmaydi va tupurikni yuta olmaydi. Halqum va qisman bo'yin muskullarining yallig'lanishi,

shuningdek bachadon bo'yni limfadeniti natijasida boshni burish paytida og'riqli reaksiya paydo bo'ladi, bemor boshini bir tomonga egib ushlab turadi va kerak bo'lganda, u tanasi bilan birga buriladi.

Mahalliy belgilar o'ziga xosdir: quloq va tishlarga tarqalgan bir tomonlama tomoq og'rig'i. Yutish paytida og'riq shunchalik kuchayadiki, bemor ovqat va ichishdan bosh tortadi, tupurik og'iz burchagidan oqib chiqadi. Trismus har xil darajada ifodalanadi - chaynash mushaklarining tonik spazmi - bu jarayonning abstsess shakllanish bosqichiga o'tishining bilvosita belgisi. Trismus tufayli og'iz to'liq ochilmaydi, lekin atigi 1-2 sm, faringoskopiya qiyin kechadi. Paratonsillar abstsessi odatda kasallikning 3-4-kunida paydo bo'ladi, ammo ba'zi bemorlarda abstsess shakllanishi birinchi kunidayoq qayd etiladi. Tanglay pardasi mushaklarining parezi natijasida kelib chiqqan ochiq nasalizm natijasida nutq sustlashadi, burunda o'zgarish sezilib turadi. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan, zararlangan tomonda og'riqli bo'ladi. Qonda leykotsitoz ( $10-15 \times 10^9 / l$ ), chappa siljish bilan qon formulasi ko'rsatiladi.

Odatda abstsess kasallikning 4-6-kunida o'z-o'zidan ochiladi, shundan keyin bemorning ahvoli yaxshilanadi va tana harorati pasayadi. Biroq, ba'zida o'z -o'zidan ochilish sodir bo'lmaydi va jarayon parafaringeal bo'shliqqa tarqaladi. Yon lokalizatsiya bilan mumkin bo'lgan bunday natija jiddiy asoratga - parafaringitning rivojlanishiga olib keladi.

Faringoskopik ko'rinish infiltratning lokalizatsiyasiga bog'liq. Anteroposterior lokalizatsiya bilan, bodomchaning yuqori qutbi sohasida o'tkir sferik bo'rtma paydo bo'ladi, u tanglay yoylari va yumshoq tanglay bilan birga o'rta chiziqqa siljiydi, tilcha esa teskari yo'nalishda siljiydi. Orqa lokalizatsiya bilan palato-faringeal yoy va lateral faringeal devor mintaqasining shishishi ifodalanadi. Tanglay bodomsimon bez va tilcha shishgan, infiltratsiyalangan va oldinga siljigan. Paratonsillitning lokalizatsiyasi past bo'lganda, shish ko'pincha tomoqning yuqori qismiga tarqalib, uning stenozini keltirib chiqaradi. Paratonsillitning bu shaklining faringoskopik belgilari kamroq seziladi: yoylarning pastki qismlari, bodomchaning pastki qutbi va til ildizining qo'shni qismining shishishi va infiltratsiyasi seziladi.

## Diagnostika

Aniq va patognomik namoyishlar tufayli tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

## Davolash

Davolash paratonsillitning bosqichiga bog'liq. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida shish va infiltrativ bosqichda, asosan, penitsillin [fenoksimetilpenitsillin, amoksitsillin, amoksitsillin + klavulan kislotasi (amoksiklav ♠)], sefalosporin (sefazolin, sefotrolikimi) antibiotiklari bilan intensiv antibakterial terapiya ko'rsatiladi.) (klarit) seriyasi, makromitsin. Bundan tashqari, detoksifikatsiya, antigistamin terapiyasi o'tkaziladi, isitmani tushiruvchi dorilar va analgetiklar buyuriladi. Ba'zi hollarda infiltratsiya bosqichida paratonsillitni ochish maqsadga muvofiqdir, chunki bu to'qima tarangligini ketkazadi, drenajlovchi ta'sir ko'rsatadi, yallig'lanish jarayonining o'sishini to'xtatadi va uning yiringli shaklga o'tishiga to'sqinlik qiladi.

Abstsess shakllanish bosqichidagi paratonsillit shoshilinch jarrohlik operatsiyasini ko'rsatadi - bir vaqtning o'zida yallig'lanishga qarshi davo bilan paratonsillar abstsessining ochilishi yoki abstsess stonsillektomiyasi amalga oshiriladi.

Abstsess lokal behushlikdan keyin ochiladi yoki infiltratsion behushlik qo'llaniladi. Kesish eng katta bo'rtma sohasida va bunday belgi bo'lmasa, o'z -o'zidan ochilish ehtimoli yuqori bo'lgan joyda, ikkita chiziqning kesishmasida amalga oshiriladi: gorizonta, pastki chetidan o'tib tilcha poydevori orqali sog'lom tomonning yumshoq tanglayi va kasallik tomonining old yoyining pastki uchidan yuqoriga cho'zilgan vertical joyda. Bu sohadagi kesma katta qon tomirlarining shikastlanishi nuqtai nazaridan unchalik xavfli emas. Sagital yo'nalishda skalpel yordamida chuqurligi 1-1,5 sm dan oshmaydigan kesma qilinadi, so'ngra kesmaning ichiga gemostatik qisqich yoki Xartmann asbobi qo'yiladi va kesma 4 sm gacha kengaytiriladi, shu bilan birga uni yo'q qilish mumkin. abstsess bo'shlig'idagi ko'priklar. Abstsesslar xuddi shu tarzda boshqa lokalizatsiyada ochiladi. Bir kundan keyin abstsessni yaxshiroq bo'shatish uchun yaraning qirralari yana o'stiriladi.

Agar bemorda tomoq og'rig'i tez -tez uchrab tursa yoki jarayon uzoq davom etsa, abstsessning oldingi ochilishining ta'siri yo'qligi, abstsessning posterior past lokalizatsiyasi, shuningdek asoratlar belgilari

paydo bo'lganda (masalan, parafaringit, bo'yin flegmonasi, mediastinit, sepsis). absstessli tonsillektomiya ko'rsatiladi.

Anamnezda surunkali tonsillit va tez -tez uchraydigan tonsillit bilan ikkala bodomsimon bez ham olib tashlanadi, birinchi bo'lib zararlangani chiqariladi. Shu bilan birga, yiringli holati butunlay yo'q qilinadi, bu nafaqat paratonsillitdan, balki surunkali tonsillitdan ham tez tiklanishni ta'minlaydi. Qoidaga ko'ra, shu tarzda kasallikning qaytalanishi istisno qilinadi va jiddiy asoratlarning oldini oladi. Texnik qiyinchiliklar va operatsiyaning jiddiyligi juda katta. Yumshoq to'qimalarni bodomcha atrofidagi 1% li prokain yoki trimekain eritmasi bilan infiltratsiyali behushlikdan so'ng trismus kamayadi, bu esa ko'rinishni yaxshilaydi. Tonsillektomiya ma'lum qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi. Palatin-lingual va palatofaringeal tanglay yoylari to'liq ajratilgandan so'ng, bodomchaning yuqori qutbi ajratiladi va odatda absstess ochiladi, bu asosan bodomchani to'shagidan ajratib qo'yadi. Bodomchaning qolgan qismlari ajratiladi va pastki qutbga Bohon pastadir qo'llaniladi. Asboblarni almashtirgandan so'ng (birinchi yiringli operatsiya tufayli), boshqa tomondan tonsillektomiya qilinadi. Bemorlar operatsiyani qoniqarli darajada toqat qiladilar va ularning ahvoli paratonsillitning oddiy ochilishidan ko'ra tezroq normallasadi.

### **Parafaringeal (periofaringeal) absstess**

Parafaringeal absstess - parafaringeal bo'shliq to'qimalarining yiringlashi, jiddiy va xavfli kasallikdir. Infektsion eng ko'p uchraydigan sabablari:

- paratonsillitning progressiv kechishi;
- tomoq og'rig'idan keyin ikkinchi darajali asoratlari;
- surunkali tonsillitning kuchayishi;
- odontogen jarayonlar;
- burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklari;
- tomoq shilliq qavatining shikastlanishi.

### **Klinik ko'rinish**

Yutish paytida og'irlashgan bir tomonlama tomoq og'rig'i, shuningdek chaynash mushaklarining trismusi xarakterlidir - bemor og'zini deyarli ocholmaydi. Bosh og'rig'iga tomonga egilgan. Bo'yinning lateral yuzasini palpatsiya qilishda infiltratsiya va o'tkir og'riq,

shikastlanish tomonida limfa tugunlari kattalashgan va og'riqli. Umumiy ahvoli og'ir, yuqori tana harorati ( $40^{\circ}\text{C}$  gacha). Nerv -qon tomir to'plami bo'ylab yiringli jarayonning mediastinga tarqalish xavfi katta, tomirlar buzilishi mumkin: flebit, bo'yin venasining tromboflebitlari, eroziyalangan katta tomirlardan qon ketish.

Faringoskopiya bilan tomoq va lateral tomoqning lateral devorining shish va giperemiyasi seziladi, yumshoq tanglay va tilchaga tarqalganda, zararlangan yon tomonidagi tanglay bodomcha ichkariga siljiydi.

### **Davolash**

Parafaringeal abstsess bilan shoshilinch jarrohlik zarur, bunda ikkita yondashuv qo'llaniladi.

*Tashqi yondashuv* umumiy jarayonda ishlatiladi. Sternokleidomastoid mushakning old qirrasi bo'ylab kesma qilinadi, so'ngra pastki jag'ning burchagidagi parafaringeal bo'shliqqa qatlamlar bilan chuqurlashtiriladi. Abstsessni keng ochish kerak va to'liq drenajni ta'minlash uchun katta abstsessning ochilishi har tomondan amalga oshiriladi. Abstsessni ochib bo'shatgandan so'ng uning bo'shlig'i antibiotiklar eritmasi bilan yuviladi va qo'lqopli rezina bilan drenajlanadi. Bandaj qo'llaniladi. Kiyinish kuniga ikki marta amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda antibiotiklar, detoksifikatsiya terapiyasi va simptomatik vositalar buyuriladi.

*Intraoral usul.* Abstsess bodomsimon bo'shliq orqali Xartmanning forsepslari yoki yumshoq qon tomir qisqichi bilan eng katta bo'rtma joyida ochiladi. Katta tomirlarga shikast etkazish ehtimoli borligini yodda tutish kerak, shuning uchun aralashuv paytida juda ehtiyot bo'lish kerak. Bundan tashqari, bodomsimon bo'shliqni ochishda drenajning cheklangan imkoniyatlarini hisobga olish kerak, bu katta abstsess bilan qabul qilinishi mumkin emas. Ba'zi hollarda, tashqi yondashuv bodomsimon tokchaga teskari ochilishni o'rnatish bilan birlashtiriladi. Shu bilan birga, antibakterial yallig'lanishga qarshi terapiya va simptomatik davolash belgilanadi.

### **Retrofaringeal (retrofaringeal) abstsess**

Retrofaringeal abstsess - bu faringeal mushaklar fastsiyasi va servikal fasyaning prevertebral plastinkasi orasidagi bo'shashgan to'qimalarning yiringli yallig'lanishi. Kasallik deyarli faqat bolalik davrida ro'y beradi, chunki bu sohadagi limfa tugunlari va bo'shashgan

to'qimalar to'rt yoshga qadar yaxshi rivojlangan, so'ngra evolyutsiya o'tkaziladi. Ko'pincha, retrofaringeal abscess orqa tomoq devorining limfoid granulalari jarayonga yoki limfa tugunlarida mayda shikastlanish, o'tkir rinofaringit, o'tkir yuqumli kasalliklar yoki tomoq og'rig'i bilan infeksiya natijasida yuzaga kelganida paydo bo'ladi. Nazofarenks sohasida uzunlamasına fasya retrofaringeal bo'shliqni o'ng va chap yarmiga ajratadi, shuning uchun retrofaringeal abscess bu erda o'ng yoki chapda bo'ladi. Orofarenks va laringofarenks darajasida abscess o'rta pozitsiyani egallaydi.

### **Klinik ko'rinish**

Kasallikning birinchi belgisi odatda tomoq og'rig'i bo'lib, u yutish bilan yomonlashadi. Bola ovqatdan bosh tortadi, xirillaydi, bezovtalanadi, uyqu buziladi. Tana harorati 39-40 ° C gacha ko'tariladi. Nazofarenksdagi abscessning lokalizatsiyasi bilan burun nafasi qiyinlashadi, burun tovushlari paydo bo'ladi. Tomoqning o'rta va pastki qismidagi abscess nafas olishda qiyinchilik tug'dirishi mumkin, ovozi bo'g'iq bo'lib qoladi va bo'g'ilish xurujlari paydo bo'ladi.

Faringoskopiya bilan paypaslashda og'riqli, orqa tomoq devorining o'simtaga o'xshash shish va to'qimalarining infiltratsiyasi aniqlanadi, ba'zida - infiltrat sohasidagi tebranish. Faringitning o'rta va pastki qismida lokalizatsiya qilinganida abscess markaziy qismini, nazofarenksda - lateral qismini egallaydi.

Mintaqaviy limfa tugunlarining reaksiyasi juda muhim, ularning shishishi va og'rig'i bolani boshini majburiy holatda ushlab turishga majbur qiladi - og'riqli tomonga burilib. Qon tahlilida yallig'lanish reaksiyasi aniqlanadi: leykotsitoz 10-20x10<sup>9</sup> / l gacha, ESRgacha

- mm / soat Kasallik 7-8 kun davom etadi, ba'zan esa uzoqroq davom etadi.

### **Davolash**

Agar faringeal bo'shliq abscessi aniqlansa, uning darhol ochilishi ko'rsatiladi (21-rasm). Bunday holda, yiringni punksiya paytida uning oldingi aspiratsiyasi yordamida asosiy yo'llarga kirishini oldini olish kerak. Kesish eng katta bo'rtma joyida, lekin o'rta chiziqdan 2 sm masofada amalga oshiriladi. Yopishqoqlikni oldini olish uchun kesmaning qirralari Xartmann forseps yoki forseps bilan suyultiriladi.

Ochgandan keyin tomoqni antiseptiklar bilan yuvishni davom ettirish kerak, umumiy antibiotik terapiyasi buyuriladi.



Rasm. 21. Faringeal absstessning langlanishi

#### 4.6. Tomoqning surunkali yallig'lanish kasalliklari

Tomoqning surunkali nonspesifik yallig'lanishi keng tarqalgan. Yo'tal va yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishini keltirib chiqaradigan turli xil kasbiy va maishiy omillar, takroriy ta'sir qilish surunkali yallig'lanishning rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari, kasallikning sababi metabolik kasalliklar, oshqozon -ichak trakti va jigar kasalliklari, shuningdek, gematopoetik organlar bo'lishi mumkin.

##### Surunkali faringit

Surunkali faringit (faringit xronika) - faringeal shilliq qavatning surunkali yallig'lanishi bo'lib, u etarli darajada davolanmagan va etiologik omillar hal etilmagan o'tkir yallig'lanish natijasida rivojlanadi. Surunkali kataral, gipertrofik (lateral granuloza) va atrofik faringitni ajrating.

##### Etiologiya

datda surunkali faringitning paydo bo'lishi faringeal shilliq qavatning mahalliy uzoq muddatli tirnash xususiyati tufayli yuzaga keladi. Surunkali faringitning rivojlanishiga farenksning takroriy o'tkir yallig'lanishi, bodomsimon bezlar, burun va paranasal sinuslarning yallig'lanishi, burun nafasining uzoq vaqt buzilishi, noqulay iqlimiy muhit



omillari va chekish yordam beradi. Kasallikning mumkin bo'lgan sabablari oshqozon -ichak trakti kasalliklari, endokrin va gormonal kasalliklar, tish kariesi, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, o'tkir tinash xususiyati beruvchi va haddan tashqari issiq yoki sovuq ovqat ichishdir. Nihoyat, surunkali faringit sil kasalligi kabi ba'zi surunkali yuqumli kasalliklar bilan sodir bo'ladi.

### **Klinik ko'rinish**

Yallig'lanishning kataral va gipertrofik shakllari tomoqdagi xomashlik, qichishish va noqulaylik hissi bilan, shuningdek, ovqatni qabul qilishga to'sqinlik qilmaydigan, lekin tez -tez yutish harakatlarini bajaradigan begona jismning sezilishi bilan namoyon bo'ladi. Gipertrofik faringit bilan bu hodisalarning hammasi kasallikning kataral shakliga qaraganda aniqroq. Ba'zida bemorlar bir nechta yutish harakatlaridan keyin yo'qoladigan quloqning chayqalishidan shikoyat qiladilar.

Atrofik faringitdagi asosiy shikoyatlar: tomoqdagi quruqlik hissi, ko'pincha yutish qiyinligi, ayniqsa bo'sh tomoq deb ataladi, ko'pincha yomon nafas. Ko'pincha, bemorlarda, ayniqsa, uzoq suhbat paytida, bir qultum suv ichish istagi paydo bo'ladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bemorning shikoyatlari har doim ham jarayonning og'irligiga mos kelmaydi. Ba'zida, kichik patologik o'zgarishlar va hatto ularning yo'qligida ham, noxush tuyg'ular paydo bo'lib, bemorni uzoq vaqt davolanishga majbur qiladi va doimiy ravishda, boshqa hollarda, aksincha, jiddiy o'zgarishlar deyarli sezilmaydi.

Faringoskopik kataral jarayon giperemiya bilan xarakterlanadi, tomoq shilliq qavatining biroz shishishi va qalinlashishi, ba'zi joylarda orqa devor yuzasi shaffof yoki qoramtir shilimshiq bilan qoplangan.

Donador faringit uchun farenksning orqa devorida limfoid granulalarning mavjudligi odatiy holdir - giperemik shilliq qavat va yuzaki dallanadigan tomirlar ko'rinishida joylashgan, to'q qizil rangdagi dara donasi kattaligidagi yarim doira balandliklardir. Yon faringit giperemik, qalinlashgan lateral limfoid tizmalari ko'rinishida, orqa tanglay yoylari orqasida joylashgan. Atrofik jarayon qobiq va yopishqoq shilimshiq bilan qoplangan joylarda yaltiroq tusli och pushti rangga ega bo'lgan shilliq pardaning ingichkalanishi va qurishi bilan namoyon bo'ladi.

### **Davolash**

Ambulatoriya davolash, birinchi navbatda, kasallikning mahalliy va umumiy sabablarini, masalan, burun bo'shlig'ida va paranasal sinuslarda,

shuningdek bodomsimon bezlarda surunkali yiringli jarayonni bartaraf etishga qaratilgan. Timash xususiyati beruvchi ta'sirlarni (masalan, chekish, havoning chang va gaz bilan ifloslanishi, ovqatni bezovta qilish) istisno qilish, faringit rivojlanishiga hissa qo'shadigan keng tarqalgan surunkali kasalliklarni tegishli davolashni amalga oshirish kerak. Og'iz bo'shlig'ini qayta tashkil etish ham muhim ahamiyatga ega.

Balg'am va qobiqdan tozalash uchun tomoq shilliq qavatiga eng samarali mahalliy terapevtik ta'sir. Gipertrofik shakllarda iliq izotonik yoki 1% natriy xlorid eritmasi bilan chayish ishlatiladi. Xuddi shu eritma nafas olish va tomoqqa purkash uchun ishlatiladi. Orqa faringeal devorni 3-5% kumush nitrat eritmasi, 3-5% kumush proteinat yoki kollargol eritmasi miristoylamino-propilammoniy (miramistin \*) va oktenisept bilan yog'lash orqali shilliq pardaning shishishi kamayadi. Bakteriostatik ta'sirga ega bo'lgan og'izda so'rilish uchun karamel shaklidagi antiseptiklar ijobiy ta'sir ko'rsatadi: ambazon (faringosept ♣), geksaliz ♣. Katta granulalar krioterapiya yordamida, jarrohlik lazer yordamida, kumush nitratning 30-40% li eritmasi, polikresulen (vahotil ♣) va boshqa usullar yordamida koterizatsiya yordamida muvaffaqiyatli olib tashlanadi.

Atrofik faringitni davolash har kuni faringit yuzasidan mukopurulent sekretsia va qobiqlarni yuvishni o'z ichiga oladi. Buni izotonik yoki 1% natriy xlorid eritmasi bilan, 200 ml suyuqlikka 4-5 tomchi yodning 5% li spirtli eritmasidan qo'shib qilish yaxshidir. Bu eritmalar bilan farenksni tizimli va uzoq muddat sug'orish shilliq qavatining timashini ketkazadi, faringit alomatlarini yengillashtiradi.

Preobrajenskiy chayishi samaralidir: yalpiz suvi, glitserin va 70 ° alkogol teng - 1/2 suvga 1 choy qoshiq; kuniga 3 marta yuviladi.

Vaqt -vaqti bilan orqa tomoq devorining shilliq pardasini moylash kurslari 0,5% li Lyugol eritmasi bilan amalga oshiriladi. Faringitning shilliq qavatiga qo'llash uchun boshqa dorilar formulalari mumkin, ammo atrofik faringitda bezlar sekretsiasini zararsizlantiruvchi, qurituvchi vositalardan qochish kerak. Xususan, natriy bikarbonat eritmalaridan foydalanish maqsadga muvofiq emas, chunki bu bezlar sekretsiasini faolligini pasaytiradi, shuningdek evkalipt va dengiz itshumurt yog'lari, chunki ular qurituvchi ta'sir ko'rsatadi.

Orqa tomoq devorining lateral qismlarida novokain blokadalari ijobiy ta'sir ko'rsatadi, ko'pincha biostimulyatorlar: aloe daraxti barglari, traumel C bilan. Tarkibida bitta shpritsda 1% prokain eritmasi va suyuq

aloe ekstrakti containing bo'lgan aralashma, 1 ml orofarenksning orqa devorining shilliq osti lateral qismiga AOK qilinadi, xuddi shunday, in'ektsiya boshqa tomondan amalga oshiriladi. Davolash kursi 5-7 kunlik interval bilan 8-10 protseduradan iborat.

- faringitning gipertrofik shakllariga giperkeratoz (leptotrikoz) kiradi, bunda farenksning limfadenoid to'qimasi yuzasida 2-3 mm kattalikdagi keratinlangan epiteliyning uchlari paydo bo'ladi. Ko'pincha, sarg'ish-oq rangli, zich shakllanishlar bodomsimon bezlar va til so'rg'ichlari yuzasida chiqadi (22-rasm). Ular lakunar tiqinlardan epiteliyning qattiqligi va kuchli yopishishi bilan ajralib turadi (ularni pintset bilan yirtib tashlash mumkin), morfologik jihatdan keratinlanish bilan epiteliyning ko'payishi bilan ajralib turadi.

Bu hosilalarni mikroskopik tekshirishda *B. leptotrix* filamentli bakteriyalar aniqlanadi, ular asosida kasallikning etiologik omilini hisobga oladilar. Jarayon surunkali tarzda davom etadi va to'qima yallig'lanishi va klinik ko'rinishning yo'qligi tufayli uzoq vaqt aniqlanmaydi.

Tashxis epiteliya o'simtalarini tekshirish va gistologik tekshirish orqali aniqlanadi. Maxsus davolanish yo'q. Birgalikda surunkali tonzillit bilan tonzillektomiya ko'rsatiladi.



**Rasm. 22.** *Tomoqning giperkeratozi*

### **Surunkali tonzillit**

Surunkali tonzillit-keng tarqalgan surunkali yuqumli-allergik kasallik bo'lib, tanglay bodomcha bezlarida lokal yallig'lanish reaksiyasi

bo'lib, o'choqli infektsiya sifatida tavsiflanadi. Surunkali tonsillit keng tarqalgan kasallik sifatida tasniflanadi: turli mualliflarning fikriga ko'ra, uning kattalar populyatsiyasida chastotasi 4-10%, bolalikda esa 12-15%ni tashkil qiladi.

Limfadenoid faringeal aylanmaning bodomcha bezlari orasida surunkali yallig'lanish jarayoni, qoida tariqasida, tanglay bodomcha bezlarida sodir bo'ladi, shuning uchun "surunkali tonsillit" atamasi tanglay bodomcha bezining surunkali yallig'lanishini bildiradi. Qolgan bodomcha bezlar orasida bolalarda faringeal bodomcha bezda surunkali yallig'lanish paydo bo'ladi, u adenoidit deb ataladi. Til bodomcha bezining yallig'lanishi juda kam uchraydi va naycha yallig'lanishi (kichik o'lchamli) lateral faringit bilan bog'liq.

### Etiologiya

Lakuna mikroflorasini va tanglay bodomcha bezining sirtini o'rganayotganda, har xil mikroorganizmlarning o'ttizdan ortiq kombinatsiyasi aniqlandi. Bodomcha kriptlari chuqurligida, monofloralar, faringeal yuzasida - polyflora ko'proq tarqalgan. Ko'pincha, bakteriologik tekshiruv vaqtida gemolitik streptokok, ko'kalamzorlashtirish streptokokklari, enterokokklar va stafilokokklar aniqlanadi, bundan tashqari kasallikning qo'zg'atuvchilari orasida adenoviruslar ham bor. Bu patogenlarning hujayra ichidagi turg'unligi, shuningdek, bakterial bioplyonkalar hosil qilish qobiliyati katta ahamiyatga ega. Shu nuqtai nazardan qaraganda, surunkali tonsillit va yuqori nafas yo'llarining patogen bo'lmagan saprofitik mikroflorasining faollashuvi va tananing himoya va moslashuv mexanizmlarini buzilishi o'rtasida bog'liqlik mavjudligini ta'kidlash lozim.

#### Patogenez

- Surunkali tonsillit patogenezida ko'plab omillar rol o'ynaydi. Odatda kasallik takroriy tonsillitdan keyin paydo bo'ladi. Umumiy yoki mahalliy sabablarga ko'ra o'tkir yallig'lanishning (tonsillit) teskari rivojlanishi har doim ham to'liq sog'ayishga olib kelmaydi va kasallik surunkali holatga o'tadi.

Surunkali tonsillitning paydo bo'lishi va rivojlanishining old shartlari tanglay bodomcha bezining anatomik, topografik va gistologik xususiyatlari, mikrofloraning kriptlarda o'sishi uchun sharoitdir. Xususan, limfadenoid faringeal halqaning boshqa bodomcha bezlaridan farqli

o'laroq, tanglay bodomcha bezining qalinligi chuqur tarmoqlangan yoriqlar - kriptlar orqali o'tadi, ularning holatlarida har doim rad etilgan epiteliya hujayralari, limfotsitlar va turli mikrofloralar mavjud bo'lib, bu ularning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin.

Lakunalarning ba'zi teshiklari Uning uchburchak burmasi bilan qoplangan, ba'zilari esa tomoqdagi o'tkir yallig'lanish jarayonlaridan keyin chandiq paydo bo'lishi natijasida torayib ketgan, shuning uchun drenajning yomonlashuvi kelib chiqadi, bu esa surunkali yallig'lanishga olib keladi. Og'iz, burun va paranasal sinuslarning surunkali kasalliklari (masalan, tish kariesi yoki sinusit) bodomcha bezlarning infeksiyasiga olib keladi. Bularning barchasi surunkali tonzillitning paydo bo'lishi va rivojlanishiga yordam beradi.

### Patomorfologiya

Bodomchalar, bakterial agent bilan aloqa qilganda, antikorlar ishlab chiqarish orqali umumiy va mahalliy immunitet reaksiyalarida ishtirok etadi. Bodomchalarning parenximasining asosiy qismini tashkil etadigan limfotsitlar yallig'lanish hujayralaridir, shuning uchun morfologik sog'lom to'qimalarni yallig'langan to'qimalardan ajratish qiyin. Shu sababli, surunkali tonzillitni aniqlash uchun biopsiya va undan keyingi gistologik tekshiruvdan foydalanilmaydi. Epiteliya qoplamida, bodomcha bezlar kriptlari devorlarida, bodomcha bez parenximasida, shuningdek paratonsillar to'qimasida o'zgarishlar bo'ladi.

Kript devorlari epiteliyining shikastlanishi uning ma'lum joylardagi orolchalar tomonidan rad etilishi, shuningdek limfotsitlar va plazma hujayralari tomonidan katta infiltratsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Bunda lakunalar holatida deskvamatsiyalangan epiteliya, polimorfno -yadroli leykotsitlar, plazma xujayralari, zamburug'li druzalar va oziq -ovqat zarralaridan tashkil topgan suyuq yiringli tarkib topiladi.

Bodomcha parenximasidagi o'zgarishlar ham giperplaziya, ham follikulalarning involyutsiyasi, ularda infiltratlarning shakllanishi, keyin mikroabsesslarning rivojlanishi bilan ifodalanadi. Faol yallig'lanish jarayonining oxirgi bosqichida biriktiruvchi to'qima o'sib, limfadenoid to'qimasini almashtiradi. Paratonsillar to'qimasida va bodomcha kapsulada biriktiruvchi to'qimalarning haddan tashqari o'sishi ham kuzatiladi, bu mayda tomirlar atrofida, asosan, bodomchaning yuqori qutbida aniqlangan ichki infiltratlarning shakllanishi bilan birga kechadi.

### **Tasniflash**

Surunkali tonzillitning ko'plab tasnifi klinik, patomorfologik va simptomatik belgilarga asoslangan (Lukovskiy L.A., 1941; Undrits V.F., 1954; Soldatov I.B., 1976). Biroq, B.S. ning tasnifi. Preobrazhenskiy (1970), biroz o'zgartirilgan va V.T. Palchun (1974; 4-2-jadval). Bu tasnifga ko'ra, surunkali tonzillitning ikkita klinik shakli mavjud: ikki darajali - oddiy va toksik-allergik.

### **Diagnostika**

Shuni ta'kidlash kerakki, har doim ham surunkali tonzillitning ob'ektiv va sub'ektiv belgilarining namoyon bo'lishi har doim ham mavjud emas, biroq ularning har birining klinik ahamiyati va barcha simptomlarni umumiy baholash muhim ahamiyatga ega. Surunkali tonzillitning kuchayishi (angina) vaqtida tashxis qo'yish mumkin emas, chunki barcha shikoyatlar va faringoskopik belgilar uning surunkali kechishini emas, balki jarayoning og'irligini aks ettiradi. Surunkali tonzillitning eng ishonchli belgilari: kriptlar va anamnezdagi yiringli tarkib, tez -tez o'tkaziladigan tonzillitni ko'rsatadi. Odatda surunkali tonzillit yiliga 2-3 marta yomonlashadi, tomoq og'rig'i 5-6 marta uchraydi, lekin hatto bir martalik tomoq og'rig'i ham tez-tez ko'rib chiqilishi kerak. Ko'pincha, bemor tomoqdagi og'riqni tomoqdagi har qanday noqulaylikni boshqa alomatlarsiz izohlashga moyil bo'ladi, shuning uchun har bir alohida holatda o'tkazilgan yallig'lanishning tabiatini, davolanish xususiyatlarini va boshqa belgilarini aniqlash kerak.

Surunkali tonzillitning faringoskopik belgilari holatida bemorda tonzillit ro'y bermasa, angina bo'lmagan shakllar ham mavjud. Odatda ishonganimizdek, bemorlarning 4 foizida surunkali tonzillitning angina bo'lmagan shakli kuzatiladi.

Faringoskopik rasmda bodomcha bezda uzoq davom etadigan yallig'lanishning mahalliy belgilari ko'rsatilgan, ular quyida keltirilgan. Yoylarning o'zgarishi ularning lakuna va mahalliy yallig'lanishdan yiringli tarkib bilan uzoq vaqt tinashidan kelib chiqadi.

- Old va orqa yoylarning bodomcha bilan birlashishi va yopishishi. Yoy va bodomcha to'qimasi orasiga o'rnatilgan zond yoki o'tkazgich, yoy qirralari bilan bodomchanning yuqori qutbining (bodomcha usti chuqurchasi) yopishib qolishiga duch keladi.

- Zak belgisi-old va orqa yoylardan hosil bo'lgan yuqori burchakda shishish (4-19- a rasm,).

- B.S. Preobrazhenskiy belgisi. - giperplaziya va old va orqa yoylarning yuqori qismlari chetlarining infiltratsiyasi (4-19 - b rasm,).
- Giese belgisi-oldingi yoylarning giperemiyasi (4-19- b rasmga qarang,).

Rasm. 4-19. Surunkali tonzillitning mahalliy belgilari: a - Zak belgisi;

- - Preobrazhenskiy (1) va Gize (2) belgilari; v - bo'shliqlardagi kazeoz tiqinlari bodomcha bezlarning kattaligi surunkali tonzillit tashxisida katta rol o'ynamaydi va individual va konstitutsiyaviy xususiyatlarga qarab o'zgarib turadi. Bolalarda va kamdan -kam hollarda kattalarda tanglay bodomcha bezining gipertrofiyasi rivojlanish varianti, limfa tuzilishi yoki allergik holatning ifodasi bo'lishi mumkin. Ammo bodomchaning giperplaziyasi surunkali tonzillitning rivojlanishiga yordam beradi.

Surunkali tonzillitning muhim belgisi-bodomcha bezlarning kriptlarida, ba'zida yoqimsiz hidli, tiqin shaklida, qalin kazeoz yoki yiringli tarkib mavjudligi (4-19- c rasm,). Bodomchalarning kriptlarida old yoyga spatula bilan bosish natijasida olingan yiring yoki kazeoz-yiringli tarkibning mavjudligi surunkali tonzillitning eng muhim alomati hisoblanadi.

Bundan tashqari, surunkali tonzillitning muhim alomati - sternokleidomastoid mushakning oldingi chetida va pastki jag'ning burchagida mintaqaviy limfa tugunlarining ko'payishi (ayniqsa, og'riq bilan). Bu alomat (mintaqaviy limfadenit) faqat bosh sohasida boshqa yallig'lanish jarayonlari bo'lmaganda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Laboratoriya usullari, xususan, qon tekshiruvi, bakteriologik va sitologik tadqiqotlar kasallik tashxisida muhim rol o'ynamaydi.

Shunday qilib, surunkali tonzillitni tashxislashda, aniq bo'lsa -da, hech kimga emas, balki mahalliy va umumiy simptomlarning yig'indisiga tayanish kerak: anamnez ma'lumotlari va aniq tashxis qo'yish imkonini beradigan ob'ektiv namoyishlar. Biroq, ikkita belgi bor, ularning har biri yuqori ishonchlilik bilan surunkali tonzillitni ko'rsatadi: kriptlarda yiringli tarkib va tonzillitning qaytalanishi.

#### **Klinik ko'rinish**

Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorning klinik ko'rinishi va shikoyatlari kasallikning shakliga bog'liq. Oddiy shakl bilan tez-tez tomoq og'rig'i bo'lishi mumkin: yiliga 1-2 marta, oraliq davrlarda

bemorning umumiy ahvoli ancha qoniqarli bo'lib qoladi. Tomoq og'rig'i tez -tez bo'lishi mumkin, bu ularning tashxisiy ahamiyatini kamaytirmaydi, chunki tomoqdagi kuchli og'riqlarning boshqa (surunkali tonzillitga qo'shimcha ravishda) sabablari takrorlanishida farq qilmaydi. Surunkali tonzillitning mahalliy faringoskopik belgilari yuqorida muhokama qilingan. Kasallikning oddiy shakli bilan, surunkali tonzillit bilan bog'liq boshqa organlarning aniq buzilishi, shuningdek, tananing intoksikatsiyasi kuzatilmaydi.

Surunkali tonzillitning oddiy shakli bilan birga keladigan kasalliklar mumkin. Birgalikda kasalliklarga surunkali tonzillit bilan yagona etiologik asosga ega bo'lmagan va alohida mustaqil kasalliklar sifatida yuzaga keladigan kasalliklar kiradi. Biroq, surunkali tonzillit birgalikda kasalliklarni kuchaytiradi va aksincha, ular surunkali tonzillitning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Qo'shimcha kasalliklarga, masalan, gipertoniya, gipertiroidizm, qandli diabet, sil, epilepsiya va oshqozon - ichak trakti kasalliklari kiradi.

Surunkali tonzillitning toksik-allergik shakli bilan gematologik, biokimyoviy, immunologik va boshqa umumiy patologik reaksiyalar rivojlanadi. Bu o'zgarishlarning zo'ravonligi boshqacha, shuning uchun I va II darajali toksik-allergik kasalliklar farqlanadi.

Toksik-allergik shakl I (TAF I) bemor tanasining himoya va moslashuv mexanizmlarining klinik jihatdan qayd etilgan buzilishlarini aks ettiradi. Oddiy shaklda ifodalangan alomatlardan tashqari, TAF I mezonlari organizmda toksinlar va avtoalerjenlarning hosil bo'lishi natijasida kelib chiqqan intoksikatsiya va allergiya alomatlaridir. TAF I bilan og'rikan bemorlarda subfebril tana harorati, charchoqning kuchayishi, shu jumladan ruhiy, umumiy zaiflik, yurak mintaqasida og'riq, taxikardiya, aritmiya va bo'g'imlarda og'riq bo'lishi mumkin. Ba'zida bemor bel sohasidagi og'riq va og'riqdan xavotirga tushadi.

Vaqt -vaqti bilan, surunkali tonzillit TAF I bilan og'rikan bemorlarda gematologik o'zgarishlar ham bo'lishi mumkin: ESRning oshishi, engil leykotsitoz, qonning biokimyoviy parametrlarining o'zgarishi (masalan, disproteinemiya). Ob'ektiv tekshiruvda ko'pincha taxikardiya, yurak ritmining buzilishi, ko'pincha ekstrasistolalar aniqlanadi. EKGdagi o'zgarishlar tez -tez kuchayish davrida namoyon bo'ladi, qoida tariqasida, funktsional xarakterga ega va kasallikning remissiyasi davrida yo'qoladi.



Toksik-allergik shakl II (TAF II). Surunkali tonzillitning bu shakli bilan tananing umumiy reaktsiyasi, yurak, bo'g'inlar, buyraklar va boshqa a'zolar sohasidagi og'riqli namoyishlar, shuningdek yurak -qon tomir, chiqarish tizimlari va mushak -skelet tizimining disfunktsiyalari paydo bo'ladi, ta'sirlangan bodomcha bezlardan muntazam ravishda kelib chiqadigan toksik-allergik ta'sirlar belgisi bo'lib xizmat qiladi.

Tonzillitning kuchayishi paytida kuzatiladigan laboratoriya parametrlarining o'zgarishi ozmi -ko'pmi doimiydir va u yoki bu darajada kuchayishidan tashqarida namoyon bo'ladi. Surunkali tonzillitning kuchayishi bo'lmaganida yurak -qon tomir, buyrak tizimlari va boshqa organlarning buzilishi mumkin.

TAF II ning surunkali tonzillitning asosiy alomati-sabab-oqibat va etiologik munosabatlar orqali surunkali tonzillit bilan o'zaro bog'liq kasalliklar. Bularga ko'plab kasalliklar kiradi, xususan revmatizm, nefrit, o'ziga xos bo'lmagan poliartrit va endokardit. Bu kasalliklarning barchasi umumiy patogen -  $\beta$  -gemolitik streptokok bilan tavsiflanadi. Bu kasalliklar yotadigan yuqumli-allergik jarayon fokal, torpid streptokokk infeksiyasi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, u ko'pincha tanglay bodomcha bezlarida lokalizatsiya qilinadi. Bundan tashqari, surunkali tonzillit (tonzillit) ning tez-tez kuchayishi yuqumli-allergik holatni keltirib chiqaradi, bu esa bog'liq kasalliklarning rivojlanishida tetiklovchi omil bo'lib xizmat qiladi.

### **Davolash**

Surunkali tonzillitni davolashda konservativ va jarrohlik usullar qo'llaniladi. Surunkali tonzillitni davolash samaradorligi quyidagi belgilar bilan baholanadi:

- kuchayishlarni yo'q qilish yoki kamaytirish (tonzillit);
- faringoskopik belgilarning yo'qolishi yoki kamayishi;
- surunkali tonzillitning toksik-allergik alomatlarining yo'qolishi yoki kamayishi.

Davolash taktikasi surunkali tonzillit shakliga bog'liq.

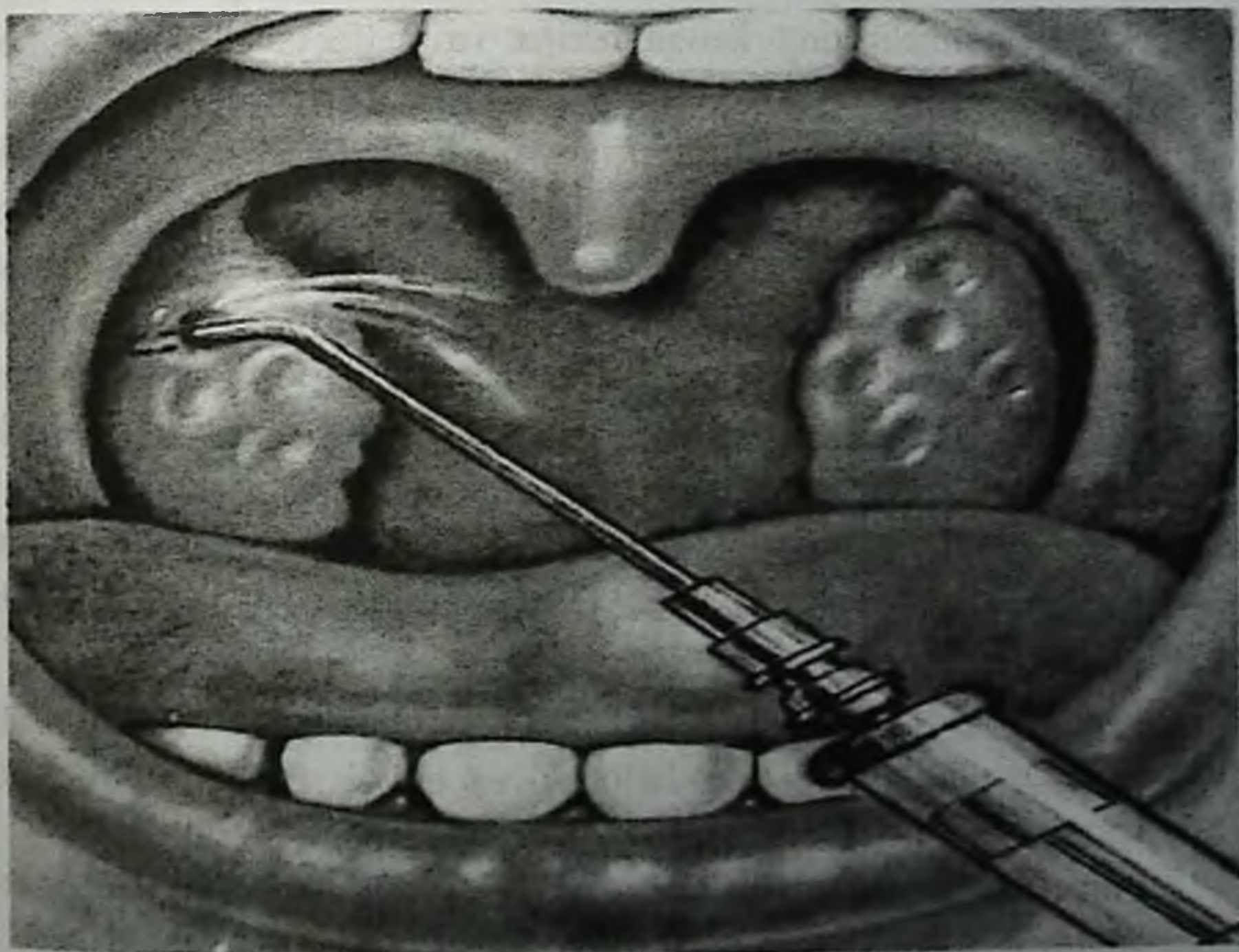
Oddiy shakl bilan konservativ davo zarur (dori-dannon va fizioterapiya), u 10 kunlik kurslarda yiliga 2-3 marta o'tkaziladi. Agar 2-3 kursdan keyin hech qanday ta'sir bo'lmasa, jarrohlik davolash - tonzilektomiya ko'rsatiladi.

TAF I bilan konservativ davo kursidan boshlash maqsadga muvofiqdir. Etarli darajada aniq ijobiy ta'sir bo'lmasa, 1-2 kursdan so'ng

tonzillektomiya buyuriladi. Nihoyat, TAF II surunkali tonsillitida radikal jarrohlik davolashni darhol qo'llash - bodomcha bezlarni olib tashlash kerak.

Konservativ terapiya bodomcha bezlarga mahalliy ta'sir qilish va restorativ terapiya usullarini o'z ichiga oladi. Surunkali tonsillitni davolashning eng keng tarqalgan va samarali usuli bu bodomcha bezlarni yuvishdir (N.V. Belogolov va V.G. Ermolaev tomonidan ishlab chiqilgan). Vizual nazorat ostida, shpritsga ulangan ingichka maxsus kanali navbat bilan har bir lakuna orqali kiritiladi va lakunalar tarkibi antiseptik eritma bilan bosim ostida yuviladi (23-rasm).

Qoida tariqasida, bodomchanning yuqori qutbining 2-3 kriпти yuviladi. Odatda bu kriptlar boshqalarga bo'linadi, shuning uchun ko'plab kriptlar yuviladi va drenajlanadi. Davolash kursi har kuni o'tkaziladigan 10-15 yuvishdan iborat. Antibiotik eritmaları bilan yuvishning hech qanday afzalligi yo'q va ularning salbiy ta'siri muqarrar, shuning uchun antibiotiklarni kriptlarga kiritish noo'rin. Yuviб bo'lgandan keyin bodomcha yuzasi tarkibida yod + kaliy yodid + polivinil spirti (yodinol ♠), 5% kollargol bo'lgan Lyugol eritmasi bilan yog'lanadi,



**Rasm. 23.** Bodomchalar bo'shliqlarini yuvish

Shuni ta'kidlash kerakki, dorivor moddaning, shu jumladan antibiotikning farmakologik xususiyatlari dorivor protseduralarning ta'sir mexanizminida hal qiluvchi ahamiyatga ega emas. Asosiy ta'sir bo'sh joylarni mexanik yuvish va drenajlash funksiyasini tiklash bilan ta'minlanadi.

Kam samaradorlik va shikastlanish tufayli faringitning shilliq qavatini antiseptiklar bilan yuvish, lakuna tarkibini maxsus ilgak bilan tortib olish yoki siqish usullari tibbiy amaliyotda unchalik qo'llanilmaydi.

• bodomcha bezlarni konservativ davolashning bir qancha usullari fizioterapiyani o'z ichiga oladi. • Ultrafiolet nurlanish (NUJ) tashqi tomondan (mintaqaviy limfa tugunlari hududiga) va intraoral usulda to'g'ridan -to'g'ri bodomcha bezlarga maxsus naycha orqali qo'llaniladi. Davolash kursi 10-15 seansdan iborat. NUJ bodomcha bezlarning qarshiligini oshiradi, to'siq vazifasini yaxshilaydi, mahalliy va umumiy immunitet jarayonlarini rag'batlantiradi va antibakterial ta'sir ko'rsatadi.

UHF (mikroto'lqinli pech), submandibular mintaqada lazer har kuni o'tkaziladi, kurs 10-12 seans. Bodomchalar va limfa tugunlariga ta'sir qilish, kichik tomirlarning kengayishiga va yallig'lanish joyiga qon oqishiga olib keladi.

Aerozollarni yaratish uchun ultratovushli asboblardan foydalanish, ularning yordamida bodomcha bezlarning shilliq qavatiga dorilar yuboriladi. Dorivor moddalar sifatida, xususan, gidroksimetilkinoksalindioksidning (dioksidin) 1% li eritmasi, gidrokortizon suspenziyasi, gumisol ♠, lizozim ♠, Kalanchoe asirlari sharbati ishlatiladi. Har kuni 10-15 daqiqadan 8-12 protsedura o'tkaziladi.

Loy va ozokeritni bo'yniga qo'llash shaklida (harorat-42-45 ° C) 15 daqiqa davom etadi, 10-12 ta kursga ta'sir ko'rsatadi. Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, bu tabiiy omillar giposensitizatsiyalovchi va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega.

Fizioterapevtik muolajalarga qarshi ko'rsatmalar qon aylanishining buzilishi, angina pektorisi, homiladorlik va onkologik kasalliklarning dekompensatsiyasi hisoblanadi.

Surunkali tonzillitni konservativ davolashning muhim tarkibiy qismlariga tananing qarshiligini oshiruvchi dorilar kiradi:

- C vitamini;
- B guruhi vitaminlari;
- E vitamini;
- menadion natriy bisulfit (K vitamini);
- biostimulyatorlar [qirollik geli (apilak ♠), aloe daraxti barglari kabi);
- immunokorrektorlar [masalan, bromid azoksimer (polioksidoniy \*), natriy deoksiribonukleat];
- immunobiologik preparatlar [xususan, bakterial lizatlar (IRS) 19) mikroorganizmlarning lizatlari (imudon, ribomunil)].

Krijarrohlik usuli cheklangan darajada qo'llaniladi.

Kriyotonsillotomiya -yopiq tizimda  $-195^{\circ}\text{C}$  haroratda aylanib yuradigan, krioplikator yordamida bodomchalarni muzlatish usuli. Qon ketishining yo'qligi va og'riqning pastligi hisobga olinsa, bu usul tizimli qon kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda, qon ketishi oshgan, shuningdek, umumiy somatik holat bo'yicha tonzillektomiya kontrendikatsiyasiga ega bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. Shuni yodda tutish kerakki, krijarrohlik usuli 1,5 oy ichida bir necha bosqichlarni o'z ichiga oladi va bodomcha bezlarni butunlay olib tashlash har doim ham mumkin emas.

Jarrohlik usullari. Surunkali tonzillitni davolashning eng keng tarqalgan usuli bu tonzillektomiya - bodomcha bezlarni qo'shni kapsula bilan birga to'liq olib tashlash. Tonzillektomiyaga ko'rsatmalar surunkali tonzillitning quyidagi shakllari hisoblanadi:

- konservativ davo samarasi bo'lmaganda surunkali tonzillit oddiy yoki TAF I;
- surunkali tonzillit toksik-allergik II darajali;
- paratonsillit bilan murakkablashgan surunkali tonzillit yoki anamnezda paratonsillar xo'ppozlari;
- tonzillogen sepsis. Tonzillektomiyaga qarshi ko'rsatmalar:
- II-III darajali og'ir yurak etishmovchiligi belgilari bo'lgan yurak kasalligi;
- og'ir diabet, ketonuriya bilan;

- og'ir buyrak etishmovchiligi bo'lgan surunkali buyrak kasalligi;
- gemofiliya va gematopoetik tizimning boshqa kasalliklari, gemorragik diatez bilan birga;
- o'pka tuberkulyozining faol shakli.

Operatsiya kariesli tishlar va o'tkir yallig'lanish kasalliklari (shu jumladan angina), hayz paytida va homiladorlikning oxirgi haftalarida vaqtincha kontrendikedir.

Jarrohlikka tayyorgarlik boshqa rejalashtirilgan jarrohlik aralashuvlar bilan bir xil. Somatik kasalliklari bo'lgan bemorlarga operatsiyadan oldin tegishli tayyorgarlik beriladi. Shunday qilib, gipertenziya bilan antigipertenziv dorilarni buyurish kerak; qandli diabet bilan og'rikan bemorlarga operatsion stress natijasida oksidlanish jarayonlarini kuchaytirish va giperqlikemiyaning oldini olish uchun uglevodlar miqdorini ko'paytirish va shunga mos ravishda yuboriladigan insulin miqdorini oshirish tavsiya etiladi; revmatizm va nefrit bilan og'rikan bemorlar uchun antibiotiklar (penitsillinlar seriyasi) bilan takrorlanishiga qarshi davolanish holatida operatsiyani o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Qon ketishining oldini olish uchun operatsiyadan 3-5 kun oldin kaltsiy preparatlari, askorbin kislotasi, natriy menadion bisulfit (vikasol \*) ni buyurish tavsiya etiladi. Operatsiya arafasida sedativlar buyuriladi, operatsiyadan 30-40 daqiqa oldin, narkotik analjezik, atropin va antigistamin bilan premedikatsiya o'tkaziladi.

- Ko'p hollarda, bemor o'tirganda, tonzillektomiya lokal behushlik ostida o'tkaziladi. Agar kerak bo'lsa, intubatsion behushlik qo'llaniladi. Anesteziyaning in'ektsiya joylari va tonzillektomiya operatsiyasining asosiy bosqichlari 24-rasmda ko'rsatilgan.

Kasalxonada qolish muddati 4-5 kun, ishdan ketish 10 kun. Keyinchalik, 3 hafta davomida jismoniy faollik tavsiya etilmaydi.

Tonzillektomiyaning eng keng tarqalgan va xavfli asoratlaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Katta qon ketish ko'pincha operatsiya paytida yoki undan keyingi birinchi kuni sodir bo'ladi. Qon ketish mahalliy yoki parenximali, arterial yoki venoz, aniq yoki yashirin bo'lishi mumkin.



**Rasm 24.** Tonsillektomiya: a - og'riqsizlantiruvchi in'ektsiya joylari; b, c, d, e - jarrohlik bosqichlari

Operatsiya kasallikning barqaror remissiyasi bosqichida o'tkazilishi kerak.

## TANGLAY BODOMCHASI GIPERTROFIYASI

Tanglay bodomsimon bezining gipertrofiyasi (tanglay bodomsimon bezining kengayishi), xuddi faringeal halqaning limfadenoid to'qimalarining qolgan qismidagi o'sish kabi, bolalikda ko'proq uchraydi. Gipertrofiya tez -tez takrorlanadigan o'tkir yallig'lanish tufayli yuzaga keladi yoki limfadenoid to'qimalarning tug'ma umumiy giperplaziyasini aks ettiradi.

### Klinik ko'rinishi

Tanglay bodomsimon bezining kattalashishi nafas va diksiyani buzishi mumkin, ba'zida esa ovqatni qabul qilishga xalaqit beradi. Agar tanglay bodomsimon bezlari bilan bir qatorda adenoidlar kattalashsa, nafas olish funksiyasi keskin buzilsa, bola yaxshi uxlamasa, yo'tal,

horlama, kechasi tez -tez uyg'onish ro'y bersa, miya gipoksiyasi tufayli nevropsikiyatrik kasalliklar paydo bo'lishi mumkin.

### Diagnostika

Tashxis qo'yish qiyin emas va xarakterli faringoskopik ko'rinishga asoslangan. Bodomcha gipertrofiyasi darajasini aniqlash uchun shartli joylar (Preobrajenskiy BS, 1970 bo'yicha)-tilchanning chetlari bo'ylab tanglay-tilli yoyidan aqliy ravishda chizilgan gorizontal chiziq va tilchanning o'rtasidan vertikal chiziq; ular orasidagi masofa uch qismga bo'linadi (25-ko'rinish). Bodomcha gipertrofiyasining uch darajasi mavjud:

- I - bodomcha bu masofaning 1/3 qismiga kattalashadi;
- II - bodomcha intervalning 2/3 qismini egallaydi;
- III - bodomsimon bezlar tilchaga etib boradi va bir -biriga tegadi.



**Rasm 25.** Tanglay bodomsimon bezlarining gipertrofiyasi darajasini baholash

Tanglay bodomsimon bezining gipertrofiyasi yallig'lanish jarayonini ko'rsatmaydi, lekin uni surunkali gipertrofik tonsillitdan ajratish kerak, bu anamnezda tez -tez tonsillit va faringoskopik surunkali yallig'lanish belgilari bilan tavsiflanadi. Bundan tashqari, tanglay bodomsimon bezining oddiy gipertrofiyasi o'simta jarayonlaridan farqlanishi kerak: limfosarkoma (odatda bitta bodomsimon bezga ta'sir qiladi) va limfogranulomatoz, bunda periferik limfa tugunlarining giperplaziyasi kuzatiladi. O'simta jarayonlari assimetriya, to'qima

zichligining oshishi, oshqozon yarasi va mintaqaviy metastazlar bilan tavsiflanadi. Tashxisni aniqlashtirish uchun qon tekshiruv va gistologik tekshiruv bilan biopsiya muhimdir. Kamdan kam hollarda, gipertrofiya niqobi ostida, bodomcha ichki tarafida "sovuq" abstsessi yoki kistasi yashiringan bo'ladi, bu esa bunday belgilarni aniqlashga yordam beradi.

### **Davolash**

Davolash klinik ko'rinishga bog'liq. Agar tanglay bodomsimon bezining kattalashishi nafas va nutq buzilishining buzilishiga olib kelsa, bu gipertrofiyaning II-III darajasida kuzatilsa, ular tonzilotomiya yordamida qisman olib tashlanadi. Bunday holda, bodomsimon bezlarning tanglay yoyidan tashqariga chiqib ketadigan qismlari kesiladi. Ko'p hollarda tonzillotomiya 5-7 yoshli bolalarda, ko'pincha ambulatoriya sharoitida, bemorning jarohati bitguncha doimiy kuzatuv ostida o'tkaziladi. Operatsiya o'tirgan holatda, anesteziya (10% lidokain eritmasi) yordamida amalga oshiriladi. Odatda, kesilgan bodomsimon to'qimasini ushlab turish uchun vilkasi bo'lgan gilyotin tipidagi Mathieu tonzilloti ishlatiladi. Ba'zida Bohon pastadir ham ishlatiladi, bu holda bodomchanning olib tashlangan qismi Kocher qisqichi bilan o'rnatiladi. Ko'pincha, tanglay bodomsimon bezining gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda adenotomiyaga ko'rsatma mavjud, bunday hollarda adenotonsillotomiya-tonzillotomiya adenoidlarni olib tashlash bilan bir vaqtda amalga oshiriladi.

### **HALQUM BODOMCHASI GIPERTROFIYASI (Adenoidlar)**

Adenoid vegetatsiyasi - faringeal bodomsimon bezning patologik gipertrofiyasi, odatda 3 yoshdan 14 yoshgacha bo'ladi. Balog'atga etish davrida, 14 yildan so'ng, faringeal bodomsimon bezlar kamayadi, kattalarda uning gipertrofiyasi kam uchraydi. Adabiyotlarga ko'ra, adenoidlar qiz va o'g'il bolalarda bir xil darajada kuzatiladi. Adenoid o'simliklar nazofarenkning orqa gumbazida joylashgan bo'lib, gumbazni to'ldirishi mumkin, yon devorlari bo'ylab pastga, eshitish naychalarining faringeal teshiklariga tarqaladi. Burun -halqum teshigiga keng poydevor bilan biriktirilgan, ular notekis shaklga ega bo'lib, xo'rozni eslatadi, yumshoq mustahkamlik va och pushti rangga ega.



Faringeal bodomsimon bezning gipertrofiyasining uch darajasi mavjud (adenoidlar):

- I - adenoidlar dimoqning 1/3 qismini qoplaydi;
- II - adenoidlar dimoqning 2/3 qismini qoplaydi;
- III - choanalar butunlay yopiq.

#### **Klinik ko'rinish**

Klinik ko'rinish odatda yaxshi ifodalanadi va adenoidlarning tarqalish darajasiga bog'liq. Adenoidlarning asosiy belgilari:

- burun nafasining buzilishi;
- burunning seroz oqishi;
- eshitish naychalarining disfunktsiyasi, bu tez -tez otit vositalariga olib keladi.

Adenoidli bola odatda yaxshi uxlamaydi, tez-tez horlaydi, og'zi yarim ochiq, fonatsiyasi buziladi va burunning tinishi kuzatiladi. Kasallikning uzoq davom etishi bilan bolaning yuzi o'ziga xos adenoid ko'rinishga ega bo'ladi: yuz ifodasi befarq, nazolabial burmalar tekislanadi, og'iz yarim ochiladi. Doimiy osilib turgan pastki jag 'tor va cho'zilib ketadi, qattiq tanglay noto'g'ri rivojlanadi - u baland va tor shakllanadi, tishlashda bezovta bo'ladi.

Adenoidlar nafas olish funktsiyasi va miya qon aylanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Refleksli xususiyatlar tufayli og'iz orqali nafas olish burunga qaraganda ancha chuqurroqdir. Qonning kislorod bilan to'yinganligi ish qobiliyatining pasayishi sifatida namoyon bo'lishi mumkin, bola maktabdan orqada qoladi, ko'pincha bosh og'rig'i haqida qayg'uradi. Adenoidlar bilan ko'krak qafasining shakllanishi ("tovuq ko'kragi") tez -tez buziladi, kamqonlik rivojlanadi.

Og'izdan doimiy nafas olish pastki nafas yo'llarining holatiga salbiy ta'sir qiladi. Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning shamollatilishini buzilishi bu organlar va eshitish naychasining yallig'lanish kasalliklariga, so'ngra o'rta quloqning infeksiyasiga va eshitish qobiliyatining yo'qolishiga olib keladi.

Bolalar tez -tez o'tkir adenoidit bilan og'riydilar, ularning belgilari o'tkir nazofaringitga o'xshaydi. Faringeal bodomsimon bezning surunkali yallig'lanishi (surunkali adenoidit) ko'pincha bolalarda surunkali tonzillitdan oldinroq rivojlanadi va zaiflik, tez charchash va

qaytalanuvchi past darajali isitma bilan tavsiflanadi. Bolada doimiy burun oqishi, yo'tal, faringoskopiya bilan, shilliq tomoq orqasidan oqib tushayotganini ko'rish mumkin.

### **Diagnostika**

Diagnostika odatda juda qiyin emas. Burunning nafas olish qiyinlashuvi, burun tiqilishi, og'izning yarim ochilishi, ayniqsa uyqu paytida, bir yoki ikkala quloqning eshitishining buzilishi, o'rta otitga moyillik va yuqori nafas yo'llari kasalliklari shikoyatlari xarakterlidir. Bu alomatlarining barchasi bolada adenoidlar borligini ko'rsatadi.

Orqa rinoskopiya yordamida adenoidlarning kattaligi va joylashishini aniqlash mumkin. Nazofarenksning raqamli tekshiruvi juda ma'lumotli bo'lib, uning tutarliligi, o'lchami, burun teshigi va orqa devorining tuzilish xususiyatlari aniqlanadi, bu differentsial tashxis uchun ham muhimdir.

Yon proektsiyada oddiy lateral rentgenografiya nazofarengal bodomsimon bezning gipertrofiyasi darajasini aniqlashga ham imkon beradi. To'g'ridan-to'g'ri va lateral ko'rish endoskoplari yordamida siz nazofarenks forniksini, eshitish naychalari maydonini, o'sish xarakterini va adenoid to'qimalarining joylashishini diqqat bilan tekshirishingiz mumkin (26- a rasm).

### **Differentsial diagnostika**

Adenoid vegetatsiyalar nazofarengal angiofil, miya churrasi va antroxoanal polipdan farqlanishi kerak. Angiofibroma asosan o'g'il bolalarda uchraydi, u takroriy qon ketish tarixi, zich mustahkamlik va posterior rinoskopiya da aniq qon tomir naqsh bilan ajralib turadi. Antroxoanal polip maxillar yoki sfenoid sinusdan kelib chiqqan, pedunkulasi, tekis yuzasi va och pushti rangga ega, majburiy nafas olish yoki palpatsiya bilan ovoz berishi mumkin. Miya churrasi nazofarenksning gumbazidan kelib chiqqan, yuzasi oval, kulrang-ko'k rangga ega.

### **Davolash**

Davolash nafaqat bodomsimon bez gipertrofiyasi darajasiga, balki klinik ko'rinishga ham bog'liq. II -III darajali adenoidlarning gipertrofiyasi jarrohlik uchun ko'rsatma - adenotomiya, I darajali o'sish bilan konservativ davo ko'rsatiladi.



**Rasm. 26. Adenoidlar:** a - endoskopik tekshiruv paytida III darajali adenoid o'simliklar; b - adenotomiya, adenotomiya paytida bola va hamshiraning holati; v - adenotomning holati (yon tomondan); G - operatsiyadan 2 oy o'tgach nazofarenks

Ba'zi hollarda, hatto adenoidlarning ozgina ko'payishi, burun nafas olishining aniq buzilishi bo'lmaganida, lekin eshitish naychasining funktsiyasi buzilganida, otit va eshitish qobiliyati tez -tez yo'qolganda, bolaga jarrohlik aralashuvi - adenotomiya ko'rsatiladi.

Konservativ usullar orasida antigistamin terapiyasi, gomeopatik vositalar, kumush o'z ichiga olgan mahalliy preparatlar (burundagi kumush protein), eforforium kompozitum nasentropfen C puskürtülmesi, sxema bo'yicha lenfomiyozot, immunokorektorlar [bakterial lizatlar (IRS 19, imudon)], multivitaminlar, fizioterapiya muolajalari.

Jarrohlik davolash - adenotomiya ham kasalxonada, ham ambulatoriya sharoitida, odatda, o'tkir kasallikdan 1-2 oy oldin amalga

oshiriladi. Adenoidit belgilari bilan, burun bo'shlig'ini patologik tarkibdan ozod qilib, sirni nok yoki ho'qna bilan so'rib olgandan so'ng, antibiotiklar (fusafungin) inhalatsiyasi mahalliy ravishda buyuriladi. Dengiz suviga asoslangan zamonaviy preparatlar bilan burun bo'shlig'i va nazofarenksni samarali yuvish (masalan, fiziomer aqu, akuamaris). Astringent tomchilar keng qo'llaniladi [3-5% collargol eritmasi, kumush proteatin (protargol) eritmasi]. Adenoidit uchun terapevtik chora -tadbirlar kompleksiga vitaminlar, hiposensibilizatsiya qiluvchi terapiya buyuriladi. Adenoiditning kuchayishi bilan penitsillinlar guruhi va makrolidlar yordamida tizimli antibiotik terapiyasi o'tkaziladi.

Operatsiya halqasimon pichoq yordamida amalga oshiriladi - Bekman adenotomasi amaliy behushlik ostida, ba'zi hollarda esa qisqa muddatli behushlik ostida amalga oshiriladi. Adenotomlarning beshta kattaligi bor, nazofarenksning kattaligiga ko'ra mos keladigan kattalik tanlanadi. Bola choyshab bilan mahkamlanadi va yordamchining tizzasiga qo'yiladi. Bolaning oyoqlari tizzalari orasiga qisilgan, bolaning boshi qo'llar bilan mahkamlanadi (4-23- b Rasm,). Til spatula bilan og'iz tubiga bosiladi, adenotom o'rta chiziq bo'ylab nazofarenklarga kiritiladi va ochuvchi orqa chetida nazofarenks gumbazigacha ko'tariladi. Adenotom nazofarenks va gijjalar gumbaziga bosilganda, adenoid to'qima asbob halqasiga kiradi. Shundan so'ng, qisqa va tez harakat bilan adenotom pichog'i nazofarenkning orqa devori bo'ylab pastga siljiydi (4-23- c Rasm). Bunday holda, adenoidlar poydevorda kesiladi va og'iz bo'shlig'iga tashlanadi yoki ingichka to'qima tasmasiga osilib qoladi. qaerdan ular forseps bilan chiqariladi. Keyin bola burunning ikkala yarmini navbat bilan puflaydi.

- Ba'zi hollarda kesilgan adenoidlar pastki tomoqqa kirib, yutib yuboriladi. Nafas olish yo'llariga adenoid to'qimalarning kirib kelishi asfiksiya tufayli xavflidir. Bunday asoratlarni ehtimoli bilan bog'liq holda, kesilgan adenoidlarni ushlab turuvchi savat yoki dentikulalar bilan jihozlangan adenotomlar taklif qilingan.

Operatsiyadan so'ng mayda qon ketishi tezda to'xtaydi va bolaga tomoq nazorat tekshiruvidan 2-3 soat o'tgach uyiga ruxsat beriladi (4-23- ko'rinish, d). Ular birinchi kuni yotoqda dam olishni, yarim suyuq issiq bo'lmagan ovqatni, operatsiyadan 7-10 kun o'tgach, jismoniy zo'riqish va to'satdan harakatlardan saqlanishni tavsiya qiladi.

Jarrohlik aralashuviga qarshi ko'rsatmalar qon kasalliklari (gemorragik diatez, gemofiliya, leykemiya), yurak -qon tomir tizimining og'ir kasalliklari, tinus bezining ko'payishi hisoblanadi.

- So'nggi yillarda operatsiya maydonini turli burchaklardagi endoskoplarda yordamida vizual nazorat qilish bilan behushlik ostida endoskopik adenotomiya amaliyotga joriy etildi.

#### **Adenotomiyaning asoratlari**

- Operatsiyadan keyingi darhol bodomchanning katta qoldig'i bilan bog'liq qon ketishi kuzatiladi. Bunday holda, adenoid to'qimalarining qoldiqlarini olib tashlash uchun takroriy adenotomiya o'tkaziladi va gemostatik terapiya belgilanadi. Operatsiyadan keyingi jarohatni lateral yoki retrofaringeal abscess rivojlanishi, eshitish naychasining og'ziga zarar etkazilishi, adenoid to'qimalarning nafas yo'llariga kirishi mumkin. Operatsiyaga to'g'ri tayyorgarlik bilan, uning ehtiyotkorlik bilan bajarilishi va bajarilishi.

Adenotomiyaning operatsiyadan keyingi asoratlari kam uchraydi va davolanadi.

#### **Tomoqdagi begona jismlar**

Yuqori nafas yo'llarining begona jismlari, xususan, farenksda keng tarqalgan. Ovqatlanayotganda gapirish yoki kulish, ovqat yeyish paytida yo'talish va aksirish paytida ehtiyotsizlik va shoshqaloqlik tufayli tomoqqa kiradi. Qarovsiz qolgan bolalar turli narsalarni og'ziga olib, yutib yuborishga harakat qilishadi. Qariyalarda bu begona jismlar bilan protezlar bo'lishi mumkin. Nihoyat, issiq iqlim sharoitida, ichkilikboz suyuqlik bilan birga kirgan zulumlar yoki boshqa mayda hasharotlar begona jismlarga aylanadi.

Chet jismlarning tabiati va shakli boshqacha - bu baliq va tovuq suyaklari, mayda metall buyumlar, meva yoki shisha bo'laklari bo'lishi mumkin.

- Shakli va kattaligiga qarab, begona jismlar tanglay bodomsimon bezlari, farenksning lateral tizmalari, til osti bezlari, valikulalar, piriform sinus va boshqa joylarning to'qimalariga tiqilib qolishi mumkin.

#### **Klinik ko'rinish**

Klinik ko'rinish bemorning tomoqdagi bo'g'im, tomoq og'rig'i, yutish bilan kuchayganligi haqidagi shikoyatlaridan iborat. Orofarinksda katta begona jismlar tiqilib qolganda, nafas yo'llarining obstruktsiyasi, keyinchalik asfiksiya va o'lim bo'lishi mumkin.

Agar begona jism farenksning pastki qismiga, masalan, nok shaklidagi cho'ntakka yoki farenksning qizilo'ngachga o'tishiga gumon qilinsa, alohida qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Armut shaklidagi bo'shliqda yashiringan begona jismning belgilaridan biri uning (tuprik ko'li) ichida tuprikning saqlanib qolishi hisoblanadi. Bunday hollarda, an'anaviy laringoskopiya tashqari, qattiq ezofagoskoplar yordamida to'g'ridan - to'g'ri usullar qo'llaniladi.

- Ba'zi hollarda, tomoqning begona jismi flegmonani yoki lateral faringeal devorning abstsisini, shuningdek teri osti amfizemini va mediastinitni keltirib chiqaradi, bu esa tegishli jarrohlik aralashuvini talab qiladi.

### **Diagnostika**

Tashxis bemorning shikoyatlariga, anamnez ma'lumotlariga va instrumental tekshiruvga (mezofaringoskopiya, epifaringoskopiya, bilvosita laringoskopiya) asoslangan. Begona jismning lokalizatsiyasini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi, shubhali joylarni barmoq bilan his qilish juda foydali. Ko'pincha bemorning sub'ektiv shikoyatlari begona jismdan emas, balki begona jismdan kelib chiqqan shilliq qavatining shikastlanishidan kelib chiqadi. Bunday hollarda bemorni dinamik kuzatish va faringoskopik ko'rinishni bir necha kun davomida baholash zarur.

### **Davolash**

Faringitning begona jismini, qoida tariqasida, 10% lidokain eritmasi bilan shilliq pardani behushlik qilganidan keyin olib tashlash kerak. Chet jismni laringeal yoki nazofarengal forseps bilan, ba'zida forseps bilan ushlash mumkin. Chet jismni olib tashlaganidan keyin bir kun ichida ozgina parhez buyuriladi, agar kerak bo'lsa, yara yuzasi anesteziya bilan yog'lanadi, antiseptik eritmalar bilan yuviladi va yallig'lanishga qarshi mahalliy terapiya buyuriladi.

### **Tomoqning jarohatlanishi va shikastlanishi**

Faringeal shikastlanishlarning bir necha turlari mavjud:

- tashqi va ichki;
- kiruvchi va kirmaydigan;
- ajratilgan va birlashtirilgan (birlashtirilgan).

Agar faqat kirish teshigi bo'lsa, agar chiqish teshigi bo'lsa ham yaralar ko'r deb ataladi.

Ichki shikastlanishlar tinchlik davrida, tashqi jarohatlar esa urush davrida ko'proq uchraydi. Tashqi faringeal yaralarning quyidagi turlari mavjud:

- kesish;
- yirtilgan;
- ko'kargan;
- o'qotar qurollar.

Bunday jarohatlar birlashtiriladi, chunki yara tomog'i tomoqqa yetmasdan yuz va bo'yin to'qimalariga shikast etkazadi. Yumshoq to'qimalar chuqur muskullararo va fasyal bo'shliqlarda zararlanganda, tez-tez yallig'lanish va yiringli jarayonlar sodir bo'lib, ular mediastinga tarqalib mediastinitni keltirib chiqaradi.

Tomoqning ichki shikastlanishi, qoida tariqasida, ajratiladi, osonroq davom etadi va organ tabiiy yo'llar, masalan, suyak bo'lagi yoki begona jism shikastlanganda paydo bo'ladi. Ichki shikastlanishlar odatda katta xavf tug'dirmaydi, chunki shikastlanishlar shilliq qavat ichida.

#### **Klinik ko'rinish**

Klinik ko'rinish shikastlanish turiga va shikastlanish joyiga bog'liq. Jarohatdan keyingi birinchi lahzada birlashgan tashqi yaralar bilan, eng og'ir alomatlar orasida qon ketish, kontuziya, nafas olish va nutq funksiyalarining buzilishi, shuningdek og'riq namoyon bo'lishi kuzatiladi. Nafas olish tizimiga kirgan qon asfiksiya va aspiratsion pnevmoniyaga olib kelishi mumkin. To'qimachilik ichidagi qon ketish ko'pincha nafas yo'llarining siqilishiga va infektsiyaga, so'ng abstsess shakllanishiga olib keladi.

Quloqdagi og'riqning nurlanishi nazofarenksning lateral devorlari va eshitish naychalarining og'ziga zarar etkazilganligini ko'rsatadi, qon esa timpanik bo'shliqqa (gematotimpanum) tushishi mumkin.

Interstitsial bo'shliqqa havo kirishi tufayli yumshoq to'qimalarning amfizemasining paydo bo'lishi nafas yo'llarining kiruvchi yarasining tez-tez uchraydigan va xarakterli belgilaridan biridir. Emfizemaning boshlanishi yumshoq to'qimalarning shishishi va krepitus bilan belgilanadi, bu ham infektsiya tarqalishiga yordam berishi mumkin, chunki to'qimalar qirib tashlanadi. Interstitsial amfizem tezda to'planishi mumkin, ayniqsa yo'talda sodir bo'ladi.

Tomoq shikastlanganda, faringeal pleksus va yuqori vagus nervi shikastlanishi mumkin, bu shikastlanish tomonida yumshoq tanglayning

parezi yoki falaji, halqum parezi yoki falaji bilan kechadi. Gipoglossal asabning mag'lubiyati yaraga qarab chiqayotganda tilning burilishi bilan namoyon bo'ladi. Kamdan kam hollarda, bachadon bo'yni simpatik magistraliga shikast etkazish mumkin, bu alomatlar uchligi bilan tavsiflanadi: enoftalmos, palpebral yoriqning torayishi va zararlangan tarafdagi holat (Bernard-Horner sindromi).

Nazofarenksning shikastlanishi bilan, eng muhim alomatlar qon ketishi (ichki jag 'va ichki uyqu arteriyalaridan) va burunning nafas olishida qiyinchilik bo'ladi. Bachadon bo'yni yuqori bo'g'imlari yoki sfenoid suyagi tanasining mumkin bo'lgan shikastli osteomiyeliti bo'lishi mumkin.

### **Diagnostika**

Tashxis anamnez, tashqi tekshiruv, palpatsiya, faringoskopik va rentgenologik ma'lumotlarga asoslangan. Instrumental tekshiruv yordamida siz shilliq pardaning yaxlitligi buzilgan joyni, qon ketish izlarini, tomoqning turli qismlarining torayishini ko'rishingiz mumkin. Rentgen tekshiruvi shikastlangan joyning chegaralarini aniqlash, suyak bo'laklari o'rmini aniqlash, begona jismlarning joylashishini aniqlash va aniqlash imkonini beradi. Laringofarenkdagi chuqur yaralar uchun rentgen kontrastli o'rganish, bo'yin organlarining KT yoki MRG ko'rsatiladi.

### **Davolash**

Terapevtik choralar jarohatni birlamchi jarrohlik davolash bilan boshlanishi kerak, bu qon ketishni to'xtatish, yarani hojatxona va ko'zdan kechirish, begona jismlar va to'qimalarning qoldiqlarini olib tashlash, shu bilan birga zarbaga qarshi choralar ko'rish va qoqsholga qarshi in'ektsiyalarni o'z ichiga oladi. Tomoqning turli qismlaridan begona jismlar maxsus asboblarda yordamida chiqariladi. Nazofarenks shikastlanganda, orqa burun tamponadasi bajariladi. Ba'zi hollarda, burunning orqa tamponadasi etarli bo'lmaganida, shuningdek, tomoqning boshqa qismlaridan kuchli qon ketganda, tashqi uyqu arteriyasini bog'lashga murojaat qilish kerak. Nafas etishmovchiligi bo'lsa, qon va oziq -ovqatning nafas yo'llariga kirishini oldini olish va aspiratsiyali pnevmoniyani oldini olish uchun traxeostomiya qilinadi.

Yutish funktsiyasi buzilgan taqdirda, shuningdek, aspiratsion pnevmoniya, oziq-ovqat va tupurik turg'unligini oldini olish uchun shikastlanganidan keyingi birinchi kunlardan boshlab 1-2 hafta davomida burun orqali kiritiladigan me'da naychasi orqali ovqatlanishni yo'lga



qo'yish kerak. Yara jarayonining og'irligiga va tananing reaksiyasiga bog'liq zarurdir birlashtirilgan antibakterial, yallig'lanishga qarshi, detoksifikatsiya, transfuzyon, dekonjestant terapiya va analgetiklarni tayinlash.

### Tomoq va qizilo'ngachning kuyishi

Faringeal kuyishlar issiqlik va kimyoviy shikastlanishlar bilan sodir bo'ladi, ko'pincha yuqori nafas yo'llari, qizilo'ngach va oshqozon kuyishi bilan birga bo'ladi.

Termal kuyish odatda issiq ovqat, qaynab turgan suv tasodifan yutilganda, kamroq hollarda issiq havo, tutun (olovda) yoki bug 'nafas yo'llariga kirganda sodir bo'ladi. Termal kuyish bilan, masalan, ish joyida, odatda, yuz, ko'zlar, oyoq -qo'llar va tananing boshqa qismlari ta'sirlanadi, buning natijasida bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi.

Kuchli kuyish kimyoviy moddalar tufayli sodir bo'ladi: tasodifan yoki o'z joniga qasd qilish uchun olingan kislotalar yoki ishqorlarning konsentrlangan eritmaları. Eng og'ir kimyoviy kuyishlar konsentrlangan sulfat, xlorid, sirka va azot kislotalari, shuningdek natriy va kaliyning gidroksidi ta'siridan kelib chiqadi.

Ammiak singari organik kislotali kuyishlar ishqorlarga qaraganda chuqurroq emas, chunki ishqorlar, yog'larni sovunlab, qattiq qoraqo'tir hosil qilmaydi va to'qimalarga chuqur kirib, uni shikastlaydi. Agar nekrotik shikastlanishlar shilliq qavat bilan chegaralangan bo'lsa, u holda butun devorning egiluvchanligini buzmaydigan yuzaki yopishish-tsikatriya jarayoni sodir bo'ladi. Kimyoviy moddalarning chuqur kirib borishi bilan, farenks va qizilo'ngachning mushak qatlamining nekrozi bilan, organ devorining barcha qatlamlarida chuqur tsikatrik o'zgarishlar paydo bo'ladi, buning natijasida qizilo'ngach va tomoq devorlarining egiluvchanligi zararlanish sohasida cheklangan va cho'ziluvchanligi keskin o'zgaradi. Bunday holda, tsikatrik o'zgarishlar mediastinal to'qimalarga ham tarqalishi mumkin.

Tsikatrikial qat'iylikning shakllanishi odatda kuyishdan 1-2 oy o'tgach, lekin ba'zi hollarda - keyinroq tugaydi. Ko'pincha, tsikatrik jarayonlar fiziologik torayish sohasida eng aniq namoyon bo'ladi, bu erda refleksli spazm u yoki bu tarzda zaharli suyuqlikni ushlab turadi: krikoid xaftaga orqasida, aorta yoyi darajasida va qizilo'ngachning suprafrenik qismida.

Kuyishdan keyingi tsikatriyal torayish qizilo'ngachning bir qismiga ta'sir qilishi mumkin, lekin ko'pincha qizilo'ngachning buzilmagan qismlari joylashgan bir qancha qattiqliklar topiladi. Ikkinchi holda, uning lümeni to'g'ri chiziq emas, balki singan chiziq bo'lib, uni ezofagoskopiya paytida yodda tutish kerak. Qizilo'ngachning toraygan qismidan yuqorida, qoida tariqasida, kengayish hosil bo'ladi, mushak devorlari avval gipertrofiyalanadi, so'ngra cho'ziladi, shundan so'ng bu joydagi qizilo'ngach sarkulyar bo'ladi. Qizilo'ngachning sumkaga o'xshash kengayishida oziq-ovqat to'planib, turg'unlashadi, uning fermentatsiyasi shilliq qavatning yallig'lanishi va yarasini keltirib chiqaradi, bu esa qizilo'ngach teshilishiga olib kelishi mumkin.

Termal va kimyoviy kuyishlar bilan to'qimalarda uch darajali patologik o'zgarishlar ajralib turadi, ular asosan farenksning chiqib ketadigan joylarini qamrab oladi: yoy, tilcha, til osti bezlari, aripiglottik burmalar va epiglottis:

- I daraja - eritema - shilliq qavatning og'ir giperemiyasi;
- II daraja - qabariq - pufakchalar paydo bo'lishi bilan shilliq pardaning notekis oqlanishi;
- III darajali - nekroz - giperemik shilliq pardadan yuqoriga ko'tarilgan nekrotik to'qimalarning kulrang -oq joylari.

### Klinik ko'rinish

Klinik ko'rinish kuyish darajasiga, jarayonning hajmiga va kuyishga sabab bo'lgan moddaning tabiatiga bog'liq. Faqat og'iz va tomoq bilan chegaralangan kuyish, halqum, traxeya va qizilo'ngach kuyishidan ko'ra jiddiyroqdir. Yosh bolalarda tomoqning kuyishi, ayniqsa, halqum shikastlanmagan taqdirda ham sodir bo'ladigan skapulyar burmalar va epiglottisning shishi va nafas yo'llarining stenozi tufayli nafas olish qiyinlishuvi tufayli og'ir kechadi.

Kuyishdan so'ng, tomoqda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yutish bilan kuchayadi, bu bemorni og'izda to'plangan tupurikni yutishdan ham tiyilishga majbur qiladi. Tuprikning ko'payishi ko'pincha ko'ngil aynish va qusish bilan birga keladi. Tomoq va ko'krak qafasidagi og'riqlar kombinatsiyasi kuyishning qizilo'ngach va oshqozonga tarqalishini ko'rsatadi. Dudoqlar, og'iz va tomoq shilliq qavatida keng qoraqo'tirlar paydo bo'ladi:

- oq - termal kuyish va sirka kislotasi va ishqor bilan kuyish bilan;
- sariq - azot kislotasi bilan kuyish uchun;
- qora, quyuq jigarrang - oltingugurt va xlorid kislotalari bilan kuyish uchun.

I-darajali kuyish bilan, faqat yuzaki epiteliya qatlami shikastlanadi, u 3-4-kuni rad qilinadi va giperemik shilliq pardani ochib beradi. Shu bilan birga, bemorning umumiy holati ozgina azob chekadi.

II darajali kuyish bilan, shilliq pardaning sirt qatlamlarining nekrozi va keyingi eroziyalar bilan kuyish pufakchalari hosil bo'ladi, ular organ vazifalarini buzmaydigan mayda yuzaki chandiqlar bilan davolanadi.

III darajali kuyish bilan shilliq qavat va uning ostidagi to'qima shikastlanadi (har xil chuqurliklarda), tananing kuchli intoksikatsiyasi. To'qimalarning keyingi nekrozi va yarasi granulyatsiyaga olib keladi, laringofarenks va qizilo'ngachning aniq chandig'i, ularning funktsiyalari buziladi.

Qizilo'ngach kuyishida ko'pincha uning devorining teshilishi, mediastinit, qizilo'ngach-traxeya oqmasi, pnevmoniya, sepsis, charchash, laringofarenks stenozini tufayli nafas etishmovchiligi, ayniqsa bolalik kabi asoratlarni kuzatiladi. Ko'pincha bemor umumiy intoksikatsiyadan o'ladi. Birinchidan, buyraklar ta'sirlanadi, shuning uchun siydikni darhol qayta tekshirish va qonni dializgacha bo'lgan reabilitatsiya choralari ko'rsatiladi.

### **Diagnostika**

Tashxis kasallik tarixining faringoskopik ko'rinishdagi batafsil ma'lumotiga asoslanadi. Dastlabki bosqichlarda ezofagoskopiya xavfli hisoblanadi. Kekirdak va qizilo'ngachning siyatik deformatsiyalari paydo bo'lgandan so'ng, 14-15-kunlarda kontrast modda va ezofagoskopiya yordamida rentgen tekshiruvi o'tkazilishi mumkin, bu sizga deformatsiya darajasini va uning tarqalishini aniqlash imkonini beradi.

Sud -tibbiyot ko'rikidan o'tishi uchun kuyish sabab bo'lgan moddani bemorning tupurigida va qusishida faqat hodisadan keyingi dastlabki 2 kun ichida aniqlash mumkin.

### **Davolash**

Davolashning ikkita maqsadi bor: bemorni darhol hayotini saqlab qolish va keyingi qizilo'ngach stenozining oldini olish. Tomoq kuygan bemorlar uchun shoshilinch kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi. Terapiya zaharli moddani zararsizlantirish, zarbaga qarshi va zararsizlantirish

choralarini, nafas etishmovchiligiga qarshi kurashni, gemostatik dorilarni, antibiotik terapiyasini o'z ichiga oladi.

Bemorga imkon qadar tezroq, voqea joyida yordam berish kerak. Agar shilliq qavatiga termal yoki kimyoviy modda tushsa, og'iz bo'shlig'ini iliq suv bilan yaxshilab chayish, oshqozon naychasini kiritish, qizilo'ngach va oshqozonni ko'p miqdorda (taxminan 3-5 litr) yuvish kerak. Agar oshqozon naychasiga kirishning iloji bo'lmasa, jabrlanuvchiga 10-12 stakan suv ichiladi, shundan keyin qusish tilning ildiziga spatula yoki barmoqlar bilan bosilishidan kelib chiqadi. Birinchi 6 soat ichida zaharli moddani zararsizlantirish samaraliroq bo'ladi, agar kuyish gidroksidi gidroksidi tufayli kelib chiqqan bo'lsa, u holda bolaga yoki kattalarga sirka yoki limon kislotasi eritmasining kuchsiz eritmasini ichish kerak; kislotadan zaharlanganda og'izni 2% natriy bikarbonat yoki magniy oksidi eritmasi bilan yuviladi yoki bu dorilarni ichiladi. Ammiak bilan kuyganda oshqozonni 0,1% xlorid kislotasi eritmasi bilan yuvish kerak. Bir stakan sut yoki suvda suyultirilgan xom tuxum oqsillarini ichish foydalidir.

Og'riqni yo'qotish va zarba bilan kurashish uchun bemorga narkotik va giyohvand bo'lmagan analgetiklar (morfin, trimeperidin kabi), tinchlantiruvchi vositalar yuboriladi. Detoksifikatsiya qilish uchun transfuzion terapiya o'tkaziladi [masalan, glyukosonokain aralashmasi, gemodez, dek-country (reopoliglyucin)], kamida 4-5 litr dozada dori yuboriladi. Yallig'lanish jarayonining tarqalishini cheklash uchun nafas yo'llarining shishishi va ikkilamchi infektsiyani oldini olish, glyukokortikoidlar va antigistaminlar (prednizolon, gidrokortizon, klemastin), diuretiklar (mannitol, furosemid) va antibiotiklar buyuriladi.

Agar nafas olish etishmovchiligi xavfi bo'lsa va keyinchalik nafas yo'llarining drenajlanishi uchun traxeostomiya zarur.

Yutish va og'riq namoyon bo'lishining buzilishini hisobga olgan holda, birinchi 3-6 kun davomida ovqatlanish odatda parenteral bo'ladi. Keyin ular suyuq, shilimshiq ovqat beradi. Erta ovqat iste'mol qilish qizilo'ngachning siyatik torayishini rivojlanishini kamaytirishga yordam beradi.

Reabilitatsiya davrida, halqum va qizilo'ngachning holatini tiklashning eng keng tarqalgan usuli - bugining qalinligi oshib borishi. Kengaytirish choralarining davomiyligi kuyishning og'irligiga va chandiqlanish tendentsiyasiga bog'liq va 1-2 oy. Ba'zida murakkab va

ko'p bosqichli plastik jarrohlikka murojaat qilmasdan, qizilo'ngachning ochiqligini tiklash mumkin.

## HALQUMNING ZAMBRUG'LI KASALLIKLARI

**Tarqalishi.** Halqumninsh zamburuqli kasalliklari surunkali halqum kasalliklari orasida muhim o'rinni egallaydi, oxirgi yillarda ularni qo'payishi kuzatilmoqda.

Kandidoz bu bolalarda halqumning teztez uchrab turadigan zamburuqli kasalligi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Kasallikni rivojlanishiga qo'pincha turli somatik kasalliklarni davolashda ta'sir doirasi keng antibiotiklar, kortikosteroid va tsitostatik dori vositalardan foydalanish, nur terapiya, noqulay ekologik omillar (kichiq miqdorda radiatsiya nurlarining surunkali ta'siri), gipovitaminozlar, yuqumli kasalliklar, qandli diabet va boshqa og'ir endokrin kasalliklar, immun tanhisligi holatlari, tizimli kasalliklar, oshqozon ichak yo'lining surunkali kasalliklari, boshdan kechirgan og'ir kasalliklar tufayli organizmning dorilarga sezuvchanligini oshishi va qolsizlanishi sabab bo'ladi. Kandidozli stomatitni (til oqarishini) rivojlanishiga og'izbo'shlig'ini yetarlicha parvarish hidmaslik sabab bo'ladi, chunki og'izbo'shlig'ida qolgan ovqat qoldiqlarini achish jarayoni sodir bo'ladi.

Til oqarishiga (molochnitsa) sabab bo'lgan *Candida albicans* zamburuqlari shilliq pardani qoplagan yassi epiteliyda yaxshi rivojlanadi. Zamburuqlar og'izbo'shlig'ini parvarishlash uchun muljallangan jismlar orqali tarqaladi.

Penitsillioz kasalligini *Penicillium (puberulum vanotatum)* avlodiga mansub zamburuqlar, aspergillez kasalligini *Aspergillus* avlodiga mansub moqor zamburuqi, kandidoz kasalligining achithisimon zamburuqlari (asosan *Candida albicans* va *Candida parapsillosis*) qo'zg'atadi. Ushbu zamburuqlarning barchasi saprofitlar, shartli patogen mikroflor hisoblanadi; bola organizmining immun xolati buzilganda ular faollashib, patogen floraga aylanadi. halqum aktinomikozini nurli zamburuqlar aktinomitsetlar qo'zg'atadi. Ushbu kasallik ko'pincha aktinomitsetlar mavjud bshlgan buqdoy, arpa boshhoqlarini oqziga olish yoki chaynash odati bo'lgan insonlarda kuzatiladi. Chirigan tishlar atrofining shilliq pardasi yoki tanglay murtaklaridagi o'zgarishlar tufayli zamburuqlar shilliq osti qatlamiga tarqalishi mumkin. halqumning mikotik zararlanishi

keskin disbakterioz, ya'ni bifidobakteriylar etishmovchiligi va shartli patogen mikroblar birlashmalarini mavjudligi tufayli yuzaga kelgan ichak mikroflorasini buzilishi ostida rivojlanadi. Bifidobakteriylar va boshqa sut kislota bakteriyalari etishmovchiligida shartli patogen mikroflorani, birinchi navbatda zamburuqlarni nafaqat ichakda, balki tashqi muqit bilan aloqasi bo'lgan boshqa a'zolarida (og'iz, burun bo'shliqlari, quloq) bemalol o'sib rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Ichak disbakteriozi halqumda mikotik yallig'lanishni saqlanib turishiga va mikrobiotsenozni buzilishiga yordam beradi. Ichak fiziologik faoliyatini tiklamasdan bolada ushbu kasallikni davolab bo'lmaydi.

**Tasnifi.** Bolalarda halqumning surunkali zamburuqli kasalliklari orasida ko'pincha til oqarishi, kandidoz, penitsillioz, aspergillez, leptotrixoz, aktinomikoz uchraydi.

**Klinik belgilari.** Til oqarishi emizikli va immun holati past bo'lgan, dispepsiya bilan kasallangan yosh bolalarda kuzatiladi. Dastlab kasallik tana harorati oshmasdan belgisiz kechadi. Bolaning tilida qizarish o'choqlari, epiteliyni ko'chishi, shiliq pardani quruqligi paydo bo'ladi; bola onasining ko'kragini emishi qiyinlashadi. 2-3 kundan keyin lablar, lunj va milklarning biroz yallig'langan shilliq pardasida ko'pgina yumshoq kichik oq toshmalar paydo bo'ladi. Keyinchalik ular kattalashib, bir-biri bilan qo'shilib, yirikroq o'choqlar hosilqilib, og'izbo'shlig'i shilliq pardasining ko'p maydonini qoplaydi. Karashlar ostidagi to'qimaga zich birikib ketganligi tufayli qiyinchilik bilan olinadi, qonaydi va yana qaytalanadi. Bir necha vaqt o'tgandan keyin karash o'z-o'zidan shilliq pardadan ajralib, pintset yoki paxta bilan oson olinadi. Uning ostida qizargan, ammo yaralanmagan shilliq parda ko'rinadi. Bu jarayon qizilo'ngachga, oshqozon va ichakga tarqalishi mumkin.

Keyinchalik bola ona ko'kragini emishga qiynaladi, u ko'krakni og'ziga olib, bir qultum sut emgandan keyin yig'lab, ko'krakni tashlaydi. Ko'pincha bolada ich ketishi va tana vaznini kamayishi kuzatiladi. Til oqarishi asosiy kasallikning yakunini ancha yomonlashtiradi.

Murtaklar kandidoz, penitsillioz va aspergillyozining klinik manzarasi bir-biriga deyarli o'xshaydi. Surunkali qaytalanuvchi orofaringeal mikozi (aksariyat hollarda kandidoz) tonzillomikoz va faringomikoz shaklida namoyon bo'ladi. Bemor ma'lum vaqtda (har 2-3 haftada) takrorlanuvchi halqumning o'tkir yallig'lanish kasalligiga shikoyat qiladi, bunda halqumni qizarishi, tomoqni og'rishi, murtaklarda

va halqumning orqa devorida konservativ davolash tadbirlariga chidamli o'ziga xos karashlar paydo bo'ladi.

Tonzillomikoz murtaklarning zamburug'li zararlanishi. Bunda tanglay murtaklarining qizargan shilliq pardasida chegaralangan qizil dog'lar paydo bo'lib, ularda sutli oq parda hosil bo'ladi (4.17 rasm, rangli rasm). Kichik o'choqlar birlashib keng maydonlarga tarqalgan, qiyinchilik bilan olinadigan pardalar hosil bo'lib, ular yumshoq tanglayga, tanglay ravoqlariga va tilga tarqaladi. Bemor tomog'ida quruqlik va doimiy "simsim" og'riqni his qiladi. Tanglay murtaklarining kandidozi shuningdek granulematozli yallig'lanish yoki papillomatozli o'sish shaklida namoyon bo'lishi mumkin. Bolalarda tanglay murtaklarining zamburug'li zararlanishi quyidagi belgilar bilan kechadi: kasallik aniq vaqtda qaytalanishi; shilliq pardada qon tomirlar chizgilarini yuzaki keskinlashishi; lakunalar teshiklarining manzarasini takrorlovchi yoki tarqoq kichik aylana oqish dog'lar shaklidagi o'ziga xos oq karash; mikotik karashlarni tanglay ravoqlariga va lunjning ichki yuzasiga tarqalishi, yo'ldosh stomatit kasalligini rivojlanishi, mahalliy limfadenopatiya.

Faringomikoz halqum orqa devorining zamburug'li zararlanishi. Kasallik tomoqni qurishi, qichishi, timalishi, kuyishi, yutinganda og'rishi, yot jismni his qilish, davomli yo'tal bilan namoyon bo'ladi. Faringoskopiya halqum orqa devorining shilliq pardasi qizarganligi, unda paxta bilan oson olinadigan bo'tqasimon karash borligi, karashning ostida yorqin, ko'pincha yaralangan shilliq parda ko'rinadi. Faringomikozning granulyozli shaklida karashlar limfoid granulalar maydonida, yonbosh faringomikozda halqumning yon lo'lachalari sohasida joylashadi, keyinchalik ular orqa tanglay ravoqlariga tarqaladi (4.18 rasm, rangli rasm). Murtaklarning yoki halqum orqa devorining zamburug'li zararlanishi og'iz burchaklarining yorilishi va shilliq pardani yaralanishi (kandidozli "eyilishlar") bilan birga kechadi. Bolalarda zamburug'li faringitda orqa bo'yin, jag' osti, tonzillyar va old bo'yin limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi.

Halqum leptotrikozida tanglay, til, halqum murtaklarning o'zgarmagan shilliq pardasida, halqumning yon lo'lachalarida va orqa devorining granulalarida, hamdatanglay ravoqchalarida bigizsimon, o'tkir uchli, juda zich kulrang yoki sarg'ish kulrang (tikanga o'xshash poyasimon pardalar) o'simtalarni paydo bo'lishi kuzatiladi (4.19 rasm, rangli rasm). Leptotrikoz zamburug'lari mavjud bo'lgan ushbu

o'simtalar yassi epiteliy muguzlanishining oqibati bo'lib, asosida mahkam o'mashib olganligi tufayli qiyinchilik bilan uzib olinadi. Kasallik ko'pincha katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi, odatda davomli va belgisiz kechadi. Bola ko'pincha yutinganda noxushlik, qitiqlanish, yot jism borligini his qilishiga shikoyat qiladi.

Kasallik davomli kechadi. Shilliq pardada yallig'lanish o'zgarishlari va isitma kuzatilmaydi.

Halqum aktinomikozida og'izbo'shlig'ida va bo'yinda, ba'zan til, murtaklar, burun va hiqildoq sohasida joylashgan zich, taxtasimon, g'adir-budir to'qqizil infiltratlar (spetsifik yuqumli granulema) hosil bo'lishi kuzatiladi. Vaqt o'tgan sari infiltrat yiringlaydi va abseshosil bo'ladi. Yiringli jarayon jag' osti va lunj sohasiga tarqaladi, keyinchalik o'z-o'zidan ochilib, oqma hosil qilishi mumkin. Ajralmalarda zamburug'larning sarg'ish yashil to'plamlarini topish mumkin. Yallig'li shish natijasida chaynov muskullarining trizmi, ya'ni jag' suyaklarining og'izni ochish iloji bo'lmagan spastik qisqarishi paydo bo'ladi. Mahalliy limfadenopatiya kuzatilmaydi.

Tashxis bemor shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari, umumiy ahvoli va karashlarning mikroskopiya tekshiruvining natijalari asosida qo'yiladi. Buning uchun bo'yalmagan va Romanovski-Gimze bo'yicha bo'yalgan nativ preparatning mikroskopiya tekshiruvi, murtaklar va halqum orqa devoridan qirib olingan patologik ajralmani Saburo elektiv ozuqa muhitiga ekish, keyinchalik kasallikning qo'zqatuvchisini aniqlash uchun zamburug'larni Chaneka muhitiga qayta ekish tekshiruvlari bajariladi. Aktinomikozda mikroskopiya tekshiruvida aktinomitsetlar mavjud bo'lgan granulyatsiya to'qimasi ancha o'sganligi aniqlanadi. Til oqarishini mahalliy usulda davolashda zararlangan shilliq pardaga 2% li ishqorli eritma, shakar qiyomi bilan ishlov berish, shilliq pardani 4% li pioktanin eritmasi, glitserinli natriy borat eritmasi, pimofustsin, amfomoronol suspenziyasi bilan namlashdan iborat. Sanitariya gigiyena qoidalariga jiddiy rioya qilish talab etiladi: xonalarni shamollatish, sut solinadigan idishlarni va so'rg'ichlarni toza saqlash, ona ko'kraging uchiga spirt va antiseptik erimalar bilan ishlov berish, bolani parvarish qilishda qo'llarni tez-tez yuvish.

Tonzilofaringomikoz qiyin davolanadi, davolashning asosiy tamoyili zamburug'larga qarshi umumiy va mahalliy tadbirlarini bir vaqtda olib borishdan iborat. Antibiotiklarni qo'llash to'xtatiladi. Polienli antibiotiklar (nistatin va levorin) faqat mahalliy usulda bemorning



yoshiga qarab tegishli miqdorda tavsiya etiladi, u 2 hafta davomida kuniga 2 mahal 10 kunlik tanaffus bilan og'izbo'shlig'ida to'liq eriguncha qabul qilinadi. Ammo ushbu dorilar yetarli samara bermaydi. Ichish uchun tavsiya etilganda esa ichak devoridan so'rilmaydi, shu tufayli mikotik jarayonga hech qanday ta'sir ko'rsatmaydi. Oxirgi yillarda asosan zamuburug'larga qarshi keng ta'sir doirasiga, kuchli fungitsid va fungistatik faollikga ega imidazol guruhiga mansub dori vositalar qo'llanilmoqda (diflyukan, nizoral, intrakonazol, amfогlyutamin, amfoteritsin, amfomoronol, mikogeptin). Mahalliy usulda zamburug'larni o'sishini so'ndirish uchun murtaklarga 2% li rezortsin, xinozol 1:10000, metrogil, nistatinning natriy tuzi, 1% li novoimmanin, 10% li propolis, 0,5% li klotrimazol, 1 2% li glitserinli tanin, Lyugol, 5% li askorbin kislotasi, 10% li glitserinli borat natriy, 0,1% lisuvlimertiolat, 1% li suvli genitsanviolet, 2% li metilen ko'k, 1% li billur yashil, 1% li spirtli eozin, 0,1% li asorbin kislotasi surtiladi, halqumga 1% li salitsilamid, 1% li dioksidin, "Proposol" aerezollari purkaladi. Murtaklarga kvarts nurlari bilan ta'sir qilinadi (KUF tubus). Ichish uchun yod moddasiga ega dori vositalar buyuriladi: 10% li yodning spirtli eritmasi (5-10 tomchidan kuniga 3 mahal sut bilan ovqatdan keyin), hamda 5% li kaliy xlorid eritmasi 1 desert qoshiqdan kuniga 3 mahal. Immun dori vositalardan Candida avlodiga mansub zamburug'larning polivalent vaktsinasi qo'llaniladi. Bemorga vitaminlar (ayniqsa B guruhi) tavsiya etiladi. Shuningdek davolashda 3 haftadan 2 oygacha muddatga albatta biologik faol, ichak mikrobiotsenozini tiklovchi dori vositalardan foydalaniladi: danatsipol, baktisubtil, bifidumbakterin, bifikol, laktobakterin, sporobakterin, kolibakterin, protey fagi. Halqumning keskin kandidozida halqum limfatik halqum halqasida jarrohlik amallarini bajarish, murtak lakunlarini yuvish, UVCH va SVCH muolajalari o'tkazish, bug'li ingalyatsiyalar, bo'yin sohasiga issiq bog'lamlar qo'yish, penitsillin va tetratsiklin qatoriga mansub antibiotiklardan foydalanish tavsiya etilmaydi. Leptotrixozda zamburug'larga qarshi faol terapiya ostida zamburug'li tuzilmalarni kesib olish, kriota'sir, lazer nurlari bilan ta'sir qilish, ultratovushli dezintegratsiya va elektrkoagulyatsiya jarrohlik amallari bajariladi. Aktinomikozda bemorga yallig'lanishga va zamburug'larga qarshi terapiya, immunterapiya, yodga ega dori vositalar, yallig'langan infiltratlarni keng ochish, chiqargich o'matish va antiseptik eritmalar

bilan yuvish tadbirlari buyuriladi. Og'ir hollarda ko'rsatma bo'yicha roentgen terapiya qo'llaniladi.

## HALQUM O'SMALARI

**Tarqalishi.** Bolalarda ko'pincha tanglay murtaklaridan o'sgan sarkoma (limfo, limforetikulo va rabdomiosarkoma), hamhollardamahalliy limfa tugunlarga metastaz beradigan saraton uchraydi. Bolalarda halqum teratomasi barcha o'smalarning 3,4% ni tashkil qilib, homila to'qimalarining rivojlanish nuqsonining oqibati hisoblanadi. Dermoidli kistalar ham uchraydi. Takomillashmagan va pasttakomillashgan halqum o'smalari barcha xavfli o'smalarning 0,8-3% ni tashkil qiladi.

**Etiologiyasi**Hozirgi kungacha uzil kesil aniqlanmagan. Halqum o'smalari rivojlanishining uch yo'li qayd etiladi:

1. Halqumni o'zidan rivojlanadi,
2. Halqumga burun va burun yon bo'shliqlaridan tarqaladi,
3. Halqumga kalla bo'shlig'idan tarqaladi.

Saraton gistogenetik jihatdanqoplovchi epiteliy va bezlarning epiteliy qatlami bilan bog'liq bo'lishi mumkin, u me'yoriy sharoitda o'tuvchi epiteliy mavjud bo'lgan maydonlarda rozenmyuller chuqurchasida (halqum cho'ntagida), yumshoq tanglayning shilliq pardasida, murtaklarda, halqumning orqa va yon devorlarida, til ildizining yonida joylashadi. Mikroskopiya tekshiruvi saraton tashxisini aniqlashga yordam beradi. Ushbu o'sma shakli bir xil va bir-biriga yaqin joylashib, iplar hosilqilgan kichik hujayralardan tashkil topgan. Hujayralar nisbatan katta giperxrom o'zagiga va tor protoplazma tasma-siga ega. Odatda muguzlanishi, saraton marvaridlarini hosil bo'lishi kuzatilmaydi, ba'zan ular metastazlarda paydo bo'ladi. O'tuvchi hujayrali saraton chuqur bo'yin limfa tugunlarga metastazlar beradi.

O'sma ekzofit va endofit o'sishi mumkin. Bolalarda halqumning ayrim o'smalari: tukli poliplar, xordomalar, branxiogen o'smalar, kraniofaringeomalar, teratomalar rivojlanish nuqsonlari bilan bog'liq bo'ladi. Teratoidli o'smalarning shakllanishi noqulay omillar ta'sirida ajralgan plyuripotent va tipotent blastomerlarni rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Teratoma bir nechta turli to'qimalardan rivojlanishi tufayli aralash o'sma hisoblanadi. Organizm bilan aloqasi uzilgan siljigan hujayralar oxirigacha me'yoriy rivojlanmaydi, natijasida yirik o'lchamlargacha tez

o'suvchi qo'shimcha tuzilmalarni paydo bo'lib, og'irhiqildoqtorayishi, ba'zan xavfli o'smaning klinik manzarasi bilan kechadi. Organoidli, organizmliva gistoidli teratomalar va teratoblastomalar tafovut qilinadi, ularning tarkibiga kirgan har qanday to'qima xavfli to'qima bo'lishi mumkin. Gistologik tekshiruvda ekto va mezoderma derivatlari, yog' va ter bezlari, etilishi turlicha bo'lgan tukli follikullar, nafas yo'llari epiteliysi, gliya va asab tolalari bilan birga soch to'plamlari, yog' va muskul to'qimasi, tog'aylar va tishlar aniqlanadi. Inson ulg'aygan sari xavfli o'sma belgilari bilan kechuvchi teratoblastomalarni uchrashi ko'payib boradi. Tukli polip paydo bo'lishining 2 gipotezasi mavjud:

1) bu tetikroq va yashash imkoniyatiga ega egizak homilalardan birining asosiy ichagining og'iz buxtasiga kiritilgan rudimentar kurtak;

2) bu dizembriogenetik o'sma. Gistologik tuzilishi bo'yicha o'sma ko'pqavatli yassi epiteliy bilan qoplangan tugundan iborat bo'lib, biriktiruvchi to'qimalar stromaga kirgan ko'pgina tukli follikullardan, yog' bezlaridan tashkil topgan; tugunda shuningdek muskul, tog'ay to'qimali o'choqlar va bezli tuzilmalar uchrashi mumkin. Kraniofaringeoma (Ratke cho'ntagining o'smasi, gipofiz tsistadenomasi) birlamchi og'iz bo'shlig'ining ajraligan embrional epiteliyidan o'suvchi dizontogenetik o'sma bo'lib, y gipofiz embriogenezi jarayonida dientsefal gipofizar maydonga siljiydi.

Retentsion kistalar shilliq bezlarning chiqarish teshiklarini yopilib qolishi natijasida paydo bo'ladi. Ponasimon suyak tanasi old yuzasining va bo'yin umurtqalarining suyak usti pardasi, burun-halqum gumbazi, halqumbazilyar fastsiyasi, ba'zan qanotsimon o'simta yoki xoana aylanasi burun-halqum fibromasi shakllanishining boshlang'ich to'qimasi bo'lib xizmat qiladi. Bu maydondan o'sma bir nachta yo'nalishlarda: burun-halqum, burun yon bo'shliqlari, ko'z kosasi va kalla suyagi tomon o'sadi. O'smaning gistogenezi turlicha baholanadi. Aksariyat patogistologlar uni xordaning mezenximal qoldiqlari yoki embriogenezning turli bosqichlarida kalla suyagini hosil bo'lishi bilan bog'liq, deb hisoblaydilar.

**Tasnifi.** Gistologik tuzilishi bo'yicha halqum o'smalari 3 guruhga bo'linadi:

yuqori takomillashgan (burun-halqum fibromasi, o'smirlar angiofibromasi);

takomillashgan; past takomillashgan.

Ular orasida 3 guruh o'smalar tafovut qilinadi:

epitelial xavfli o'smalar (gistologik tuzilishi bo'yicha yassi hujayrali muguzlanuvchi va muguzlanmaydigan saraton, adenokartsinoma, solidli, so'rg'ichli pasttakomillashgan saraton tafovut qilinadi);

biriktiruvchito'qimali o'smalar;

neyroektodermal o'smalar.

Xavfli o'smaga aylanishi bo'yicha o'smalar 4 guruhga bo'linadi:

1. Halqumning xavfsiz o'smalari:

Fibroma. Neyrofibroma.

Angioma. Lipoma.

Papilloma. Xondroma.

Xoanal poliplar. Adenoma.

Retentsion kistalar. Teratoma.

Nevrinoma. Aralash o'sma.

2. Halqumning xavfli o'smalari:

Saraton.

Sarkoma.

Melanoma.

3. Tonzillyar guruhga mansub o'smalar:

Limfoepitelioma;

Retikulotsitoma;

O'tuvchi hujayrali saraton.

4. Xavfsiz va xavfli o'smalar orasini egallagan o'smalar:

Kalla suyagi asosining fibromasi

4. Saraton oldi holatlari:

Leykoplakiya,

Diskeratozlar,

Papillomalar (ayniqsa yumshoq papillomalar),

Adenomalar.

O'sma jarayonining (tumor) tarqalish darajalari quyidagicha belgilanadi:

T1 o'sma a'zoning bir qismini egallaydi;

T2 o'sma a'zoning ikki qismini egallaydi;

T3 o'sma a'zo chegarasidan tashqariga tarqaladi;

T4 burun-halqum uchun suyak o'smasi bilan zararlanganda.

Mahalliy limfa tugunlarga metastazlar (Nodilymphatici) berishi bo'yicha:

N0 payslanganda aniqlanmaydi;

N1 harakatchan tashqi tugunlar shaklida aniqlanadi;

- N2 harakatchan ikkitomonlama tugunlar shaklida aniqlanadi;  
N3 kontrilateral harakatsiz bir yoki ikkitomonlama tugunlar shaklida aniqlanadi;  
M uzoq metastazlar (metastases).

## XAVFSIZ O'SMALAR

**Klinik belgilari.** Xavfsiz o'smalarning klinik belgilarini keskinligi uning joylashuviga, o'lchamiga va o'sish yo'nalishiga bog'liq bo'ladi. Xavfsiz o'smalar asta-sekin tashqariga o'sadi, qaytalanmaydi va metastazlar bermaydi, nurlashga sezgir bo'lmaydi.

Burun-halqum o'smalari burun orqali nafas olish, hid bilish va nutq buzilishlari (yopiq manqalanish), quloqlar shang'illashi va og'rishi, eshituvni pasayishi, keyinchalik burundan qon aralash ajralmalar oqishi, yiringli otit, bosh miya asab tolalarining falajlari va nevrалgiyalari, mahalliy limfa tugunlarni kattalashishi bilan kechadi. O'sma burun bo'shlig'iga, ko'z kosasiga, kalla suyagi bo'shlig'iga tarqalishi mumkin.

Xoanal polip yuqori jag'bo'shlig'idan o'sadi, u ingichka oyoqchaga ega bo'lib, pastga va orqaga o'sib, burun-halqumni to'ldirishi mumkin. O'sma polip sirtmog'i yoki ilgak bilan burun orqali, ba'zan og'iz orqali kesib olinadi. O'z-o'zidan qon ketishi kuzatilmasligi, nisbatan yumshoq bo'lishi, burun bo'shlig'iga olib boruvchi oyoqchaga ega bo'lishi bilan fibromadan farqqiladi.

Burun-halqum fibromasi odatla 10 -25 yoshli erkaklarda rivojlanadi. 10 yoshgacha bolalarda bu o'sma xavfli kechadi va tez-tez qaytalanib turadi. Burun-halqum fibromasi keng aylana asosli, yuzasi silliq yoki yirik tugunchali, juda zich (ba'zan tog'ayday qattiq), rangi yorqin qizil yoki rangpar pushti tuzilma bo'lib, ba'zan unda qon tomirlar aniqlanadi (4.20 rasm rangli rasm). U yuqori takomillashgan o'smalar guruhiga kiradi va ko'p miqdorda elastik tolalarga, yupqa devorli qon tomirlarga ega biriktiruvchi to'qimali asosdan tashkil topgan. Gialinoz, miksoidli shish, nekrotik fokuslar, qontalashlar maydonlari bo'lishi mumkin. Turli maydonlari turlicha tuzilgan. Birikish joyida u qattiq bo'lib, u joyidan uzoqlashgan sari fibroma tobora yumshoqroq bo'ladi. Gistologik tuzilishi bo'yicha xavfsiz o'smalar guruhiga kiradi. Klinik kechimi bo'yicha burun-halqum fibromasi xavfli o'smaday kechadi, ko'pincha qaytalanadi. Bemor burun orqali nafas olishi qiyinlashib borishiga, avval birtomonda qiyinlashgan bo'lsa, keyinchalik umuman burun orqali nafas

olish iloji yo`qligiga, manqalanishiga, hid bilish qobiliyati yo`qotilganiga, o`sma o`sgan sari eshituvi pasayib borishiga, burundan o`zo`zidan kuchli qon ketishiga, kamqonlikga va organizmni holsizlanishiga shikoyat qiladi. O`sma yirik o`lchamlarga etganda bemorda disfagiya va stenotik nafas paydo bo`ladi. Paypaslanganda o`sma juda qattiq, oson qonaydi. Faringoskopiya va orqa rinoskopiya yumshoq tanglay orqasida uni oldinga surgan g`adir-budir tuzilma ko`rinadi. O`sma uzoq vaqt davomli o`sadi, uni burun, burun yon bo`shliqlariga, kalla bo`shlig`iga, ko`z kosasiga tarqalishi natijasida ko`z olmasini siljishi, meningit, ko`rish qobiliyatini yo`qotilishi, asab tuzilmalarni bosilishi, bosh miya qon aylanishini buzilishi, yuz shaklini o`zgarishi kabi asoratlarga olib keladi. Kalla bo`shlig`iga tarqalganda bemorda bosh og`rig`i, uyquchanlik, bosh aylanishi, qusish, ko`z tubida turg`unlik belgilari, ko`z kosasiga tarqalganda ko`z qorachig`ini kengayishi va ekzoftalm paydo bo`ladi. O`sma yaralanmaydi va metastaz bermaydi. O`sma og`iz va hiqildoqhalqumda joylashganda yutish va nafas harakatlarini buzilishi kasallikning asosiy klinik belgilar sifatida namoyon bo`ladi.

Teratoma tugun yoki polip ko`rinishiga ega o`sma bo`lib, yetilgan yaxshi takomillashgan to`qimalardan tuzilgan. Ko`pincha burun va og`izhalqumning yon devorida va yumshoq tanglayning orqa yuzasida joylashadi. Teratomaning eng ko`p uchraydigan shakli bu halqumning tukli polipi bo`lib, u erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Teratoma solitar o`sma hisoblanib, yumshoq tanglayning orqa yuzasidan yoki burun-halqumning yon devoridan o`sadi va halqum yon devorining shilliq pardasiga birikib orqa tanglay ravoqlarining orqasida joylashadi. O`sma nozik tuklarga ega teri bilan qoplangan cho`ziq so`rg`ichsimon polip ko`rinishiga ega, oyoqchasi tomon asta sekin yupqalashib boradi. Ba`zan oyoqchasi ingichka bo`lishi va o`sma og`iz-halqumga osilib turishi hamda yutish va nafas harakatlariga to`sqinlik qilishi mumkin.

Tukli polip ba`zan belgilersiz kechib, yirik o`lchamlargacha o`sishi, hamda yutish va nafas faoliyatlarining og`ir buzilishlariga sabab bo`lishi mumkin.

### **Halqumning tug`ma teratomasi**

Tukli polip odatda burun-halqum tomon o`sadi va o`shish jarayonida gipofaringsda (hiqildoqhalqumda) joylashadi. qichqirganda yoki shiddat bilan nafas chiqarganda polip og`izbo`shlig`iga siljishi va yetarlicha uzun

bo'lganda ko'zga ko'rinishi mumkin. Ba'zan bola halqum polipini xuddi so'rg'ichday so'rishi mumkin. Tukli polip ko'pincha qizlarda va halqumning chap yarmida kuzatiladi.

Kraniofaringeoma (Ratke cho'ntagining o'smasi, gipofiz sistadenomasi). O'smaning katta qismi bosh miya asosi maydonida yoki turk egarida joylashadi va uni yemirib, halqum tomon o'sadi. Asosan bolalarda va yoshlarda uchraydi. Nisbatan davomli (1 yildan 10 yilgacha) o'sadi va adipoz genital sindrom bilan birga kechishi mumkin. Makrospiya tekshiruvda o'sma kapsula bilan o'ralgan aylana, oval yoki noto'g'ri shakldagi kulrang, sarg'ish ba'zan jigarrang yuzasi g'adirbudir tugun ko'rinishiga ega. Gistologik tuzilishiga qarab o'sma kistalar to'plamidan yoki bitta kistadan tuzilgan yumshoq, kovakli yoki toshday zich bo'lishi mumkin; ayrim hollarda (aralash shakllarida) o'smaning tuzilishi turlicha bo'ladi. Mikroskopiya tekshiruvda ushbu o'sma dag'al shoxlangan epiteliy birlashmalardan tuzilgan bo'lib, ularning orasida biriktiruvchi to'qimali stroma va qon tomirlar joylashgan. Epiteliy birlashmalarining markaziy qismlarida hujayralar yassilanib, zich joylashgan marvaridlarga o'xshash tuzilmalarga aylanadi. O'smada epidermoid kistalarni eslatuvchi tuzilmalar, tish kurtaklari, adamantinom elementlari, bazaliom tuzilmalar uchraydi. Biriktiruvchi to'qimali stromada ko'pincha kistalar, yangi granulyatsiya to'qimalarni o'sishi, yallig'li o'zgarishlar aniqlanadi.

Retentsion kista ba'zan tanglay murtaklarida, halqumning orqa devorida joylashadi. O'sma yirik o'lchamlargacha o'sib boshqa a'zolarga zarar yetkazgandagina bemor shikoyat qila boshlaydi, ba'zan retentsion kista bemorda bo'g'ilishholatini keltirib chiqarishi mumkin. Odatda kista baliq pufakchasiday silliq va yupqa devorlari bo'lgan sharsimon ko'rinishga ega. Kista zondlash yoki paypaslash paytida oson yirtilishi mumkin.

Dermoidli kista ba'zan chaqaloqlar og'zidan chiqib turishi, yutish va nafas buzilishlariga sabab bo'lishi mumkin.

Halqum fibromasi murtaklar, til ildizi yoki halqum orqa bo'shlig'ida joylashib, yirik o'lchamlargacha o'sishi mumkin. Paypaslanganda og'rimaydi. Yutish va nafas buzilishiga, manqalanishga olib kelishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi.

Papillomalar (so'rg'ichli fibroepiteliomalar, so'rg'ichli poliplar) morfologik tuzilishi bo'yicha boshqa maydonlarning papillomalariga o'xshaydi. U yumshoq, yuzasi notekis, pushti rangli tugunchalar

ko`rinishiga ega bo`lib, tanglay murtaklarida, ravoqchalarida, tilchada, yumshoq tanglayda, murtaklarda joylashadi. Ko`pincha hiqildoqpapillomatozi bilan birga kechadi. Odatda davomli yallig`lanish jarayoni ostida rivojlanadi. Ko`pincha fibrozli poliplarda joylashadi, yuzasi notekis tukli bo`lib, rangli karamni yoki xo`roz tojini eslatadi, ba`zan fibrozli yoki angiomatozli poliplarga o`xshab ketadi. Papillomalar keng asosga yoki tor oyog`chasiga ega, yakka va ko`psonli (papillomatoz) bo`lishi mumkin. Papillomalar qattiq va yumshoq papillomalarga bo`linadi. Qattiq papillomalar soni ko`proq bo`lib, dag`al biriktiruvchi to`qimali asosga ega, yuzasi ko`pqavatli yassi, ba`zan muguzlanuvchi epiteliy bilan qoplangan; ko`pincha bir tomonlama bo`lib, odatda kattaligi no`xat o`lchamiga etadi; kulrang, zich, so`galni eslatadi, qonamaydi; kamqaytalanadi. Yumshoq papillomalar ancha kam uchraydi; yupqa devorli qon tomirni o`rab oluvchi yumshoq shishli stromaga ega, silindrik epiteliy bilan qoplangan; xavfsiz kechadi, ba`zan o`z o`zidan yo`qolishi mumkin. Morfologik yetilgan papillomalar atrof to`qimalarga o`sishi va tez-tez qaytalanib turadi.

Adenoma kam uchraydi va halqumning turli maydonlarida joylashadi. O`sma chizgilari aniq, kapsula ichida joylashgan keng asosli zich yoki dirilloq tugun ko`rinishiga ega kulrang, pushti yoki jigarrang, qalinlashgan shilliq parda bilan qoplangan bo`lib, diametri 0,5 dan 2 sm gacha etadi. Adenoma ekspansiv (o`z o`ziga) o`sadi. Mikroskopiya tekshiruvida ko`p miqdorda qadahsimon hujayralarga ega notipik shilliq bezlardan tuzilgan. O`sma hujayralari baland, protoplazmasi sustbazofil, yadrolari bazal joylashadi. Bez naychalarining yorig`ida hujayralar, yiring, shilimshiq ajralma ko`rinadi. Ba`zan bezlar kistozli kengayadi. Silindrik hujayralardan tashkil topgan tuzilmalar uchrashi mumkin. Stromasi yumshoq, ko`pincha shishli bo`ladi. Silindroma (silindromatozli adenoma) halqumda ham uchraydi, shilliq va kichik so`lak bezlarining epiteliysidan o`sadi, adenomaning bir turi hisoblanadi. Silindroma chegara o`smalar guruhiga kiradi.

Klinik kechimi davomli, ko`pgina qaytanalishlar kuzatiladi. Makroskopiya tekshiruvida kattaligi 3 sm gacha bo`lgan kichik, noto`g`ri aylana shaklidagi tugun ko`rinishiga ega bo`lib, atrof to`qimalardan aniq chegaralanmagan, tuzilishi zich elastik yoki dirilloq, kulrang yoki kulrang sarhish o`sma. Mikroskopiya tekshiruvida: bo`lakchalardan tuzilgan. qar bir bo`lakchasi ko`psonli aylana bo`shliqlarga ega kichik, yadrosi gipoxrom, protoplazmasi ham plastinkali hujayralardan tashkil topgan.



O'smaning stromasi qon tomirlar bilan yaxshi ta'minlangan fibrozli to'qimaning tor qatlamlaridan iborat; trabekulali tuzilmalar shilliklashgan yoki gialinlashgan stroma ichida joylashgan 1-2 qator tsilindsimon hujayralar bilan qoplangan. Qon tomir o'smalari (angiomas) odatda halqumning orqa yoki yon devorlarida, yumshoq tanglayda va tanglay murtaklarida, hamda til ildizi maydonida rivojlanadi. Ko'pincha infiltrativ o'sadi, atrof to'qimalarga o'sishi mumkin.

Makroskopiya tekshiruvida o'sma qizil poliplar ko'rinishiga ega, ba'zan yirik o'lchamlargacha o'sishi mumkin. Limfangiomalar limfa bilan to'lgan, rangi ochsariq, ko'p kamerali tuzilmalar ko'rinishiga ega bo'lib, tez-tez qaytalanib turadi va infiltrativ o'sadi.

Neyrogen o'smalar (nevrilemmoma, nevrofibroma) ham uchraydi, asosan halqumning yon va orqa devorlarida joylashadi. Sekin o'sadi, ko'pincha uzoq vaqt davomida patologik o'zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Yirik o'lchamlarga etganda atrof to'qimalarni bosadi. O'sma oval yoki charxsimon, zich elastik, sarhish rangli tugun ko'rinishiga ega bo'lib, o'zgarmagan shilliq parda bilan qoplangan, yuzasi silliq, qech qachon yaralanmaydi, qonamaydi, kapsula ichida joylashadi.

Halqumda shuningdek lipoma, leyomioma, sinovioma, adamantinoma kabi o'smalar uchrashi mumkin, ular o'ziga xos klinik kechimiga ega bo'lmay, faqat mikroskopiya tekshiruvida aniqlanadi.

Burun-halqum va og'iz-halqumning chegara o'smalari. Ekstramedullyar plazmotsitoma tashqi ko'rinishi bilan angiomatozli polipni eslatadi, u shilliq parda bilan qoplangan va keng asosida joylashgan elastik tugun ko'rinishiga ega, 3 sm va undan ko'proq o'lchamgacha o'sishi mumkin. Tugunlar yakka va ko'psonli bo'lishi mumkin.

Mikroskopiya tekshiruvida plazmotsitoma ko'p miqdorda plazmatik kapsula ichida joylashgan tugun ko'rinishiga ega bo'lib, ko'p miqdorda plazmatik hujayralarga ega polimorfli hujayra infiltratidan tashkil topgan. Ekstramedullyar plazmotsitoma xavfsiz kechishi mumkin, kesib olingandan keyin ba'zan qaytalanadi. O'smaning xavfli shakllari ham mavjud bo'lib, ular mahalliy limfa tugunlarga va suyaklarga metastazlar beradi. Juda kamhollarda ekstramedullyar plazmotsitoma mielom kasalligiga o'xshab disproteinemiya belgilari bilan kechishi mumkin.

## HALQUMNING XAVFLI O`SMALARI

**Etiologiyasi.** Pasttakomillashgan tonzillyar o`smalar limfoepitelioma, Shminke o`smasi, o`tuvchi epiteliydan o`sgan saraton, retikulotsitoma, sitoblastoma o`ta xavfli va juda past takomillashgan o`smalar hisoblanadi, shuning uchun ular qaysi to`qimalarga mansubligini faqat taxmin qilish mumkin yoki aniqlab bo`lmaydi, shunda ular sitoblastoma, deb yuritiladi.

**Klinik belgilari.** Bunday o`smalar quyidagi klinik belgilarga ega. Dastlab limfoid halqum halqasining yirik murtaklaridan birida birlamchi o`sma jarayoni paydo bo`ladi. qo`shni a`zoldan (og`izbo`shlig`i, yuz, quloq atrofi bezi) tarqalgan halqumning ikkilamchi o`smalari ham uchraydi. O`sma tez infiltrativ, yemirilib o`sadi va tez parchalanadi. Mahalliy limfa tugunlarga erta metastazlar beradi, metastazlar birlamchi o`smaga qaraganda tezroq o`sadi. Turli a`zo va tizimlarga erta metastazlar beradi. Radiyga sezuvchanligi yuqori, qaytalanish qobiliyatiga ega.

Murtaklarning xavfli o`smalari sekin rivojlanadi. Kasallikning boshida bemorning umumiy ahvoli og`ir emas, isitma kuzatilmaydi. Uni halqumda yot jismni hisetishi, yutish harakati qiyinlashib, og`riq bilan kechishi, nafas olishi qiyinligi va quloqog`rig`i bezovta qiladi.

Faringoskopiyada murtaklar o`rta chiziq va old tomonga siljiganligi, bunda old tanglay ravoqchasi va yumshoq tanglay qizarmagan va shishmaganligi aniqlanadi.

O`smaning ekzofit shakli og`izbo`shlig`i tomon o`sadi. O`sma murtakda, ba`zan yumshoq tanglayda yoki halqumning orqa devorida paydo bo`lib, keng asosli zich yuzasi g`adir-budir kulrang yoki rangpar pushti rangli tuzilma ko`rinishiga ega, ba`zan u rangli qaramni yoki xo`roz tojini eslatadi.

O`smaning endofit shakli qizargan shilliq parda bilan qoplangan zich tepachali infiltrat ko`rinishiga ega bo`lib, ostidagi to`qimalarga o`sadi. Endofit o`suvchi o`smaning klinik manzarasi ekzofit shakliga qaraganda salbiyroq kechadi. Saraton o`smasi infiltrativ o`sishi, erta yaralanishi bilan, sarkoma ekzofit o`sishi bilan ajralib turadi. O`sma erta yaralanadi, chetlari chuqur va tubi "iflos" yara hosil bo`ladi, jag` osti limfa tugunlarga erta metastazlar beradi. Metastazlar birlamchi o`smani o`sishiga qaraganda tezroq o`sishi mumkin. Keyinchalik ko`psonli metastazlar hosil bo`lishi kuzatiladi.

O'sma ko'pincha qon tomirlarning yemirilishiga va kuchli qon ketishlarga sabab bo'ladi, atrof to'qimalarga, kalla asosiga, ko'z kosasiga, burun yon bo'shliqlariga o'sib, burun yon bo'shliqlarining empiemasi, meningit, bosh miya absessini rivojlanishiga, bosh miya asab tolalarini zararlanishiga olib keladi. O'lim holati og'ir kaxeksiya, qon tomirlarni yemirilishi, qon ketishlar, yo'ldosh asoratlar (zotiljam, sepsis, meningit) tufayli sodir bo'lishi mumkin.

Burun-halqumning xavfli o'smalari. Dastlab bemorda adenoidlar belgilari aniqlanadi: burun orqali nafas olishni tobora qiyinlashadi, burundan shilimshiqyiringli ajralmalar oqadi, boshi og'riydi, nutqi va yutish harakati buziladi, tomog'ida yot jismni his etadi, eshitish qobiliyati pasayadi. Bunday o'smalar ko'pincha kech aniqlanadi. Keyinchalik bemorda burundan va tomog'idan qon ketishlar, kalla bosh miya faoliyatini buzilishlari, yutinganda og'riqni kuchayishi, o'sma parchalanganda yarali maydon va badbo'y hidli tumov paydo bo'ladi.

Tez orada yuqori yonbosh bo'yin limfa tugunlarida (to'sho'mrov so'rg'ichsimon muskulning yuqori uchdan bir qismining ostida) metastazlar rivojlanadi. Mahalliy metastazlar ayniqsa yosh bolalarda keskin namoyon bo'ladi. Bola o'sgan sari burun-halqumdan limfa oqib chiquvchi bo'yinning chuqur limfa tugunlari ko'pincha kichrayadi, limfa tomirlar esa bo'shab qoladi, shuning uchun katta yoshdagi bolalarda burun-halqum o'smalari mahalliy limfa tugunlarga metastazlar berishi ham kuzatiladi. O'sma burun-halqum chegarasidan chiqqanda (T4) vena qoni tomirini dimlanishi natijasida bosh va bo'yin venalari kengayadi, o'sma kalla bo'shlig'iga o'sganda esa bosh miya asab tolalarining falajlari paydo bo'ladi. O'smani orqa rinoskopiya yoki yumshoq tanglayni ko'tarib ko'zdan kechirish mumkin. Hatto T4 darajali o'smalarda o'lim holati ko'pincha o'smani bosh miyaga o'sishi va kaxeksiya tufayli sodir bo'ladi, ko'p xollarda metastazlar aniqlanmasligi mumkin.

Burun-halqum murtagining limfoepiteliomasi dastlab o'zgarmagan shilliq parda bilan qoplangan (I bosqich) murtakni tez kattalashishi va zichlashishi bilan kechadi. Keyinchalik shilliq pardani yaralanishi, o'smani yumshoq tanglayning yaqin qismlariga yoki halqumning yon devorlariga tez tarqalishi, mahalliy limfa tugunlarda metastazlarni paydo bo'lishi kuzatiladi, bunda limfa tugunlar kattalashadi, ammo harakatchan bo'ladi (II bosqich). O'smaning III bosqichida jarayon atrof to'qimalarga tarqaladi, halqum yon devori tomon o'sib, burun bo'shlig'iga, burun yon

bo'shliqlariga tarqaladi, kattalashgan metastaz tugunlarining o'lchami birlamchi o'smaning o'lchamidan oshadi, ular harakatsiz bo'lib qoladi

Jarayonning IV bosqichida o'sma yumshoq tanglayga, til ildiziga, og'izbo'shlig'ining tubiga tarqaladi va mahalliy metastazlar bilan qo'shilib ketadi, ko'pincha kalla bo'shlig'iga tarqaladi. Biopsiya tekshiruvi o'sma o'sishini keskin faollashtirishi tufayli nur terapiya boshlangandan keyin o'tkaziladi. Og'izhalqum va hiqildoqhalqumning xavfli o'smalari erta va tez-tez metastaz berishi bilan ajralib turadi. Ayniqsa tanglay murtaklarining past takomillashgan o'smalari atrof to'qimalarga metastazlar berib, boshqa a'zolar faoliyatini buzishga moyil bo'ladi. Halqum limfatik halqasidan o'sgan limfoepitelioma (Shminke o'smasi) o'ta xavfli kechadi.

O'sma jarayoni odatda birtomonlama bo'ladi. O'smaning asosiy elementlari epitelial hujayralar bo'lib, faqat rivojlanish jarayonida protoplazmatik bo'shliqlar orasida limfotsitlar to'planadi. Hujayra polimorfizmi faqatgina epitelial hujayralarda qayd etiladi. Saraton va sarkoma o'smalaridan farqli o'laroq limfoepitelioma tez o'sadi (har bir bosqichi 3 - 4 oy davom etadi), erta yaralanadi, shundan keyin o'smani shiddat bilan tarqalishi, mahalliy limfa tugunlarga va uzoq a'zolarga metastazlar berishi kuzatiladi, bunda limfa tugunlar birlamchi o'smaga qaraganda tezroq kattalashadi. Limfoepitelioma metastazlarining morfologik manzarasi asosiy o'sma o'choqining tuzilishidan farq qilmasligi mumkin, ba'zan o'smaning faqat epitelial qismi metastaz beradi.

Sarkoma halqumni saratonga qaraganda kamroq zararlaydi. Asosan kichik yoshdagi va emizikli bolalarda uchraydi. Sarkoma biriktiruvchi to'qima mavjud bo'lgan har qanday maydonda paydo bo'ladi. Ko'pincha u burun-halqumgumbazida, yumshoq va qattiq tanglayda, hiqildoqhalqumda, ayniqsa tanglay murtaklarida rivojlanadi. Sarkomalarning turli shakllari uchraydi: aylanahujayrali, charxsimonhujayrali, aralash (fibro, osteo, xoidro, melano, kartsinosarkoma, miksoangiogen va sinovial sarkoma). Ko'pincha o'sma shu darajada aplaziyaga uchraydiki, uni qaysi to'qimadan paydo bo'lganini aniqlab bo'lmaydi, shunda u aylanahujayrali, polimorfhujayrali sarkoma, deb yuritiladi. Saraton o'smasidan farqli o'laroq sarkoma nisbatan tez o'sadi, kech parchalanadi va kech metastazlar paydo qiladi. Yaralanuvchi sarkomalar bundan mustasno bo'lib, ularni kalla bo'shlig'iga o'sishi ham kuzatiladi. Aksincha

qaytalanuvchi o'smalar shiddatli o'sishi bilan ajralib turadi. Halqum sarkomalari avval jag' osti limfa tugunlariga, keyin qon tomir asab to'plami bo'ylab joylashgan bo'yin limfa tugunlariga metastazlar beradi. Ba'zan uzoq a'zolarida gematogen metastazlar paydo bo'lishi mumkin. Makroskopiya tekshiruvda sarkomaning ekzofit va endofit shakllari tafovut qilinadi.

O'smaning ekzofit shakli quyidagi klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi:

-keng asosli silliq yoki yirik tepachali polipsimon tugun ko'rinishiga ega bo'lib, ba'zan ingichka oyog'chada osilib turishi mumkin;

- saraton o'smalariga qaraganda nisbatan uzoq vaqt davomida o'zgarmagan shilliq parda bilan qoplangan bo'ladi;

- o'smaning yumshoqligi aplaziyasi darajasiga bog'liq bo'ladi;

- kesilganda o'smaning rangi oqish, oqishpushti rangli, gomogen.

Endofit shakli zich g'adir-budir shish ko'rinishiga ega. O'sma faqat yirik o'lchamlargayetganda yaralanib, tubi ifloskulrang rangli yaraga aylanadi.

**Tashxis.** Erta bosqichlarida kasallikni aniqlash qiyin.

Halqum o'smalarini aniqlashda asosan klinik belgilari, gistologik tekshiruv, komp'yuterli va magnitrezonansli tomografiya, fibroendoskopiya, makro va mikrolyuminestsentli taqlil natijalari inobatga olinadi. Bemorni tekshirish paytida o'smaning rivojlanish bosqichi, metastazlari va ularning tarqalish darajasi aniqlanadi. Teratoma nafas va yutish harakatlarini buzilishi tufayli erta neonatal davrda aniqlanadi. Tukli polip aksariyat hollarda bola tug'ilgandan keyin aniqlanadi. Uni aniqlash qiyinchilik tuqdirmaydi. Retentsion kistalar ko'zdan kechirish, paypaslash va teshib ko'rish yordamida aniqlanadi. Burun-halqum fibromasida tashxis anamnez ma'lumotlari, klinik manzarasi, rentgenografiya, komp'yuterli tomografiya natijalari asosida qo'yiladi.

**Qiyosiy tashxisot.** Adenomalarni burunshilliq pardasining tarqoq shilliqli giperplaziyasidan farqlash lozim. Halqum o'smalarini sil, zaxm, Simonovski Vensanning yaralipardali anginasi, paratonzillyar absess, murtaklarni kattalashishi, qon kasalligida zararlangan murtaklardan farqlash lozim.

**Kasallikning yakuni.** Xavfsiz o'smalarning yakuni uni o'z vaqtida aniqlanishiga bog'liq bo'ladi. O'sma qo'shni bo'shliqlar va a'zolarga tarqalmaganda kasallikni yakuni ijobiy bo'ladi. Tukli polipning yakuni ijobiy.

Burun-halqum fibromasining yakuni o'smaning o'lchamlariga, uni tez o'sishiga, bemorning yoshiga va umumiy ahvoliga bog'liq bo'ladi. Og'ir hollarda, ayniqsa o'sma kalla bo'shlig'iga tarqalganda kuchli qaytalanuvchi qon ketishlar tufayli rivojlangan kamqonlik va kalla ichi asoratlari tufayli bemorda o'lim holati yuz berishi mumkin.

**Davolash.** Xavfli o'smalarni davolashda o'sma jarayonining bosqichi inobatga olinadi. O'sma jarayonining I va II bosqichlarida, ya'ni davolash tadbirlari o'z vaqtida boshlangan kasallikning boshida nurterapiya va kimyoterapiya bilan birga jarrohlik amali bajariladi.

Jarrohlik amalining usuli o'smaning joylashuviga va tarqalish darajasiga bog'liq bo'ladi:

tukli polipdao'smaning oyog'chasiga simli sirtmoqqo'yilib, kesib olinadi;

Retenitson kistaning devorlari to'liqqiri bolinib, simli sirtmoq bilan kesib olinadi, keng asosi kistalarning devorlari hiqildoq qisqichlari yordamida kesib olinadi yoki galvanokauter bilan kuydiriladi, shuningdek kriota'sir jarrohlik amali bajariladi;

Burun-halqum fibromasida jarrohlik amalidan oldin bemorga gemostatik dori vositalar buyuriladi, ozuqlantiruvchi qon tomirlarning endovaskulyar oklyuziyasi bajariladi, o'sma to'qimasining aseptik nekrozini keltirib chiqarish uchun 90% li etil spirti eritmasi bilan sklerozlash terapiyasi, o'sma to'qimasining aseptik nekrozini keltirib chiqaruvchi kriotasir jarrohlik amali, gormonal terapiya (testosteron propionat, dimestrol) tadbirlari o'tkaziladi. O'sma endonazal yoki tashqi yondashuv orqali kesib olinadi. Ko'p miqdorda qon yo'qotilishi tufayli jarrohlik amali paytida va undan keyingi dastlabki kunlarda bemorga qon quyiladi. O'smani qon bilan ta'minlanishini kamaytirish va o'sishini to'xtatish uchun dastlab ikki tomonda tashqi uyqu arteriyasini bog'lash, keyin o'smani kesib olish jarrohlik amali bajariladi.

Jarrohlik usullari (og'iz orqali yoki yuqori jag'bo'shlig'i orqali) o'smaning joylashuviga va o'lchamiga qarab tanlanadi. Burun-halqum o'smalari qattiq va yumshoq tanglay orqali kesib olinadi. Yuzaga kelgan kuchli qon ketishi orqa tiqma, ba'zan tashqi uyqu arteriyasini bog'lash yordamida to'xtatiladi. Xavfli o'sma jarayonining III bosqichida

kasallikning yakuni va davolash imkoniyati o'smaning xarakteriga va joylashuviga bog'liq bo'ladi, bunda asosan nur va kimyoterapiya qo'llaniladi. IV bosqichda kasallikning yakuni odatda o'ta salbiy bo'ladi, bunda faqat simptomatik davolash tadbirlari qo'llaniladi. Halqumning xavfli o'smalarida qo'llanilgan mahalliy limfogen va tizimli kimyoterapiyada ko'pincha blast hujayralariga qarshi keng ta'sir doirasiga ega alkillantiruvchi birikmalardan foydalaniladi (xloretilaminlar: sarkolizin, endoksan, spirazidin, dopan va etleniminlar: TioTEF, dipin, hamja siklofosfan, embixin, metotreksat, 5ftoruratsil, kolhamin). Mahalliy kimyoterapiya eng samarali davolash usuli hisoblanadi, bunda blast hujayralariga qarshi moddalarning yuqori miqdoriga erishiladi. Bir vaqtning o'zida o'smaga qarshi omillarning zaharli ta'sirini susaytirish maqsadida antimetabolitlar, o'smaga qarshi antibiotiklar, gormonlar, biokimyoviy antidotlar va mahalliy gipotermiya qo'llaniladi: kislorodning partsial bosimini va mahalliy gipertermiyani, kimyoviy omilni o'sma hujayralari bilan bog'lanishini oshirish uchun muhit nordonligini o'zgartirish ta'siriga ega kimyoviy birikmalardan foydalaniladi.

Xavfli o'smalarni davolashda albatta masofali telegammaterapiya buyuriladi 40- 45 Gr miqdorda 3-4 hafta davomida.

### **Adabiyotlar**

1. Otorinolaringologiya. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari studentlari uchun darslik / A.M. Shamsiev, N.J. Xushvakova.,2018 y.
2. Otorinolaringologiyada shoshilinch tez tibbiy yordam. O'quv qo'llanma / Xushvakova N.J., 2014y.
3. Otorinolaringologiya. Darslik / Xasanov A., Toshkent: Sano-standart, 2013y.
4. Burun va burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklari. O'quv qullanma Karabaev X.E., Omonov SH.E. Toshkent: Fan va texnika, 2013 y.
5. Оториноларингология: учебник / Бабияк В.И. СП. 2012 г.
6. Оториноларингология нац. рук-во / под ред. В. Т. Пальчуна. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7. Xasanov S.A., Voxidov N.V. Quloq, burun, halqum va hiqildoq kasalliklari Toshkent 2011

### **Интернет сайтлари**

1. [www.orl.bv.ru](http://www.orl.bv.ru)
2. <http://stsr.binet.com.ua/-i/ent.books/elancev>
3. <http://loronline.ru>
4. [www.wilkins.com](http://www.wilkins.com)
5. [www.belmed.info.com](http://www.belmed.info.com)



*Guvohnoma raqami 166-660*

**“SAMARQAND”** nashriyoti

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDLAXATOVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

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

**Bosishga 23.02.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 7**

**Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 6,98 bosma taboq.**

**Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 48/2023**

**Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**



