

**NASRETDINOVA M.T., SHADIYEV A.E.**



# **HALQUM KASALLIKLARI**

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

NASRETDINOVA M.T. SHADIYEV A.E.



## HALQUM KASALLIKLARI

*O'quv qo'llanma*

5111000 davolash ishi talabalari

5510100 kasb ta'limi talabalari

5A510104 - otorinolaringologiya mutaxasisligi magistratura rezidentlari uchun



UDK 616.22(075.8)  
KBK 56.8ya73  
N 27

Nasretdinova M.T., A.E. Shadiyev  
Halqum kasalliklari [Matn] : o'quv qo'llanma / M.T. Nasretdinova,  
A.E. Shadiyev. – Samarqand : Samarqand, 2023. – 108 b.

### **Tuzuvchilar**

**M.T. Nasretdinova** SamDTU 2-son otorinolaringologiya  
kafedrası tibbiyot fanlari doktori, professor

**A.E. Shadiyev** SamDTU 2-son otorinolaringologiya kafedrası  
o'qituvchisi PhD

### **Taqrizchilar**

**U.I. Nurov** BuxDTI otorinolaringologiya va oftalmologiya  
kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent

**G.O'.Samiyeva** SamDTI patologik fiziologiya kafedrası mudiri  
t.f.d. dotsent

*Annotatsiya O'quv qo'llanma otorinolaringologiya sohasidagi halqumning 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'nikmalarni o'rganishlari uchun kerakli bo'lgan zarur ma'lumotlarga ega. Nashrda halqumning kasalliklarini davolashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga katta e'tibor qaratilgan. O'quv qo'llanma tibbiy oliy o'quv yurtlari magistratura rezidentlari, davolash ishi va kasb ta'limi fakultetlari talabalari uchun tavsiya etiladi.*

ISBN 978-9910-771-09-5

© M.T. Nasretdinova, A.E. Shadiyev, 2023 y.  
© Samarqand 2023 y

## MUNDARIJA

TARIXI.....	4
HALQUM VA QIZILO'NGACH KLINIK ANATOMIYASI .....	8
HALQUMNING KLINIK ANATOMIYASI.....	8
HALQUMNING KLINIK FIZIOLOGIYASI.....	15
HALQUMNI TEKSHIRISH USULLARI. ....	24
QIZILO'NGACHNING KLINIK ANATOMIYASI.....	27
HALQUMNING O'TKIR YALLIG'LANISH KASALLIKLARI .....	29
ANGINANING ASORATLARI .....	49
HALQUMNING SURUNKALI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.....	60
HALQUMNING O'SMA KASALLIKLARI.....	91
HALQUMNING YOT JISMLARI.....	95
QIZILO'NGACHNING YOT JISMLARI .....	96
BO'YIN KISTALARI .....	97
HALQUM VA BO'YIN ORGANLARINING SHIKASTLANISHI .....	99
TEST SAVOLLARI:.....	101
VAZIYATLI MASALALAR:.....	105
ADABIYOTLAR .....	107

## **OTORINOLARINGOLOGIYANING QISQACHA RIVOJLANISH TARIXI**

Otorinolaringologiyani o'rganish mavzusi - Yuqori nafas yo'llari va quloq kasalliklarini ichki organlar patologiyasiga bog'liq holda tashxislash, davolash va oldini olish, shuningdek fiziologiya va burun, tomoq, hiqildoq va quloq patologiyasini ularning barcha organlari va tizimlari bilan o'zaro ta'siri haqidagi ilmiy tadqiqotlardir. Mustaqil tibbiy fan sifatida otorinolaringologiya yaqinda mavjud bo'lgan, chunki quloq, tomoq va burunni tekshirishning ba'zi zamonaviy usullari faqat XX asrda ma'lum bo'lgan. XIX asrning o'rtalarida, tibbiyot allaqachon rivojlanish tarixiga ega bo'lganida, quloq, burun va tomoq kasalliklarini o'rganadigan fan hali mavjud emas edi.

Bu quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan og'rigan bemorlar bo'lmagan degani emas, ammo shifokorlar bemorning hayoti davomida hech bo'lmaganda oddiy ko'z bilan tekshirish uchun LOR a'zolarini ular chuqurda joylashganligi sababli oddiy tekshiruvdan o'tkazish imkoniga ega emas edilar. Shifokorlar, shuningdek, bir qator organlar yoki shakllanish funksiyalaridan xabardor emas edilar. Shunday qilib, XIX asrning boshlarida nog'ora pardaning roli aniq bo'lmagan va Galen davrida "quloq shifokorlari" bo'lgan bo'lsa ham, eshitish organlarining ko'plab kasalliklariga chalingan bemorlarni davolash qobiliyatini hech kim aniq bilmaydi. Gippokratning asarlarida siz o'sha paytda quloq, tomoq va burun jarohatlari va kasalliklari uchun ishlatilgan ba'zi tibbiy texnikalarning tavsifini topishingiz mumkin. Ushbu usullarning ba'zilari LOR bemorlarini jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy usullari bilan umumiy xususiyatga ega. Masalan, Gippokrat burun poliplarini ipak ip bilan va dengiz shimgichi bo'lagi bilan olib tashlashni maslahat bergan. Polipnihalqumning burun qismidan – burun bo'shlig'i orqali tortib, Gippokrat poliplarni birlashtiriladigan joyidan ajratib oldi. Shuningdek, u ko'rsatkich barmog'i bilan bodomsimon bezlarni olib tashlash usulini bilar edi. Ammo, Gippokrat bunday amaliy qimmatli tavsiyalar bilan bir qatorda, burundan ajralagan shilliq – bu miya shilliq qavatining sekretsiyasi ekanligi va uni to'xtatish xavfli, chunki bu nojo'ya oqibatlariga olib kelishi mumkin deb hisoblagan.

Otorinolaringologiyaning shakllanishi bosqichma – bosqich bo'lib o'tdi va u mustaqil tibbiyot fani sifatida, asosan jarrohlik va terapiyadan

paydo bo'ldi. Quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni davolash bilan umumiy amaliyot shifokorlari shug'ullanar edi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'sha paytdagi quloq kasalliklari asosan jarrohlarning, burun, halqum va xiqildoq esa terapevtlarning vakolatiga kirgan. LOR a'zolarining tuzilishi haqidagi ma'lumotlar asta-sekin kengayib borganligi sababli, quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan shug'ullanadigan shifokorlarga ehtiyoj sezildi.

Otorinolaringologiyaning mustaqil tibbiy fan sifatida shakllanishiga anatomistlar, fiziologlar, jarroklar va terapevtlarning etuk kashfiyotlari yordam berdi. Demak, Fallopiy (1523-1562) quloq labirintini, uning ikkala oynasini, yarimoysimon kanallarini, yuz asab kanalini tasvirlab bergan; Evstaxiy (1563) eshituv nayi –nog'ora bo'shlig'ini, halqumning burun qismi bilan bog'laydigan nayni tasvirlagan. U tishlarni yorib chiqish jarayonini, Shuningdek sut va doimiy tishlarning tuzilishini ko'rsatdi. A.Valsalva (1704) tashqi va o'rta quloq tuzilishini batafsil o'rganib chiqdi, birinchi marta karlikka olib keladigan kasallik - otosklerozni tasvirlab berdi, o'rta quloqni puflash usulini taklif qildi. 1851 yilda A.Korti birinchi marta Chig'anoq retseptor apparatining mikroskopik tuzilishini tasvirlab berdi. XIX asrning ikkinchi yarmida, G.Gelmgols eshitishning fazoviy nazariyasini shakllantirgan va G.Bekeshi hozirgi paytda o'z ahamiyatini yo'qotmagan eshitishning gidrodinamik nazariyasini taklif qildi.

Evropada o'tgan asrning oxiriga kelib quloq, tomoq va burun patologiyasini o'rganish markazlari shakllana boshladi. Hozirga qadar ba'zi simptomlar, bemorlarni tadqiq qilish usullari yoki davolash usullari haqida gapirganda, Politser, Toynb, Veber, Mener va boshqalarning nomlari tilga olinadi, chunki ular otorinolaringologiyaning paydo bo'lishi uchun o'zlarining juda ko'p hissalarini qo'shishgan.

1854 yilda Angliyada musiqa o'qituvchisi M.Garsiya tomonidan kashf qilingan kashfiyot to'g'risida aytib o'tmaslik mumkin emas. Aynan u odamlarda hiqildoqni tekshirish usulini yaratgan. Bundan oldin shifokorlar na ovoz boylami, na burun bo'shlig'ini, na halqumning burun qismini tekshira olmadilar. Shuningdek, nog'ora pardani tekshirish uchun otoskopiya ham bo'lmagan. M.Garsiya tomonidan taklif etilgan usul shifokorlar tomonidan qabul qilingan va aynan

hiqildoqni o'rganish asosida otorinolaringologiyada - laringologiya bo'limi paydo bo'lgan. Keyinchalik sun'iy yoritishni qo'llash usullari taklif qilindi, bu esa burun bo'shlig'ining chuqurligini ko'rib chiqishga imkon berdi - rinoskopiya amalga oshirila boshlandi va dastlab yanada murakkab usul - orqa rinoskopiya taklif qilindi va Shundan keyingina burun oynasi (burun dilatatori) ixtiro qilindi va rinologiya - fanning yana bir bo'limi paydo bo'ldi. Otiatriya keyinchalik shakllandi va dastlab bu mutaxassisliklar o'z-o'zicha mavjud edi. Biroq, quloq, tomoq va burunning yaqin genetik, anatomik va funksional o'zaro bog'liq munosabatlari keyinchalik bu mutaxassisliklarni birlashtirishga majbur qildi. Rus shifokori F.K. Anrepa (1884) kokainni mahalliy og'riqsizlantiruvchi vosita sifatida ishlatish to'g'risidasi tadqiqoti otorinolaringologiyani yanada rivojlantirishga turtki bo'ldi. Bu traxeya, bronxlar va qizilo'ngachni o'rganishning endoskopik usullari yo'nalishiga qadam qo'yishga imkon bergan og'riqsizlantirish edi. Ushbu tadqiqot usullari va yaratilgan asbob-uskunalar V.Bryunings, G.Killian nomlari bilan bog'liq. Chex olimi Ya. Purkine 1820 yilda ko'z olmalari nistagmi bilan bosh aylanishi o'rtasidagi bog'liqlikni isbotladi va 1824 yilda Flurans muvozanatning ichki quloq yarimaylana kanallari holatiga bog'liqligini o'rnatdi. Vena olimi F.Politser (1835-1920) Evropada otorinolaringologiya shakllanishining asoschisi hisoblanadi. G.Shvars (1835-1910) so'rg'ichsimon o'siqni trepanatsiya qilish texnikasini ishlab chiqdi va 1889 yilda E.Kyuster va E.Saufal bugungi kunda ham qo'llaniladigan radikal quloq jarrohligini ishlab chiqishni yakunladilar.

Rossiyada quloq, tomoq va burun patologiyasining ba'zi masalalarini qamrab olgan birinchi yirik qo'llanma Sankt-Peterburg tibbiyot-jarrohlik akademiyasi professori I.F.Bush tomonidan yozilgan (1806). Ujarrohlik bo'limida quloq jarrohligi uchun yotoqlarni bemorlar uchun ajratdi. Shuni ta'kidlash kerakki, Rossiyada quloq kasalliklariga chalingan bemorlarning soni juda ko'p edi. Inqilobgacha bo'lgan Rossiyada armiyaga yollanganlarning taxminan 15% aynan quloq kasalliklari sababli rad etilgan. O'sha paytda quloq, burun va tomoq kasalliklariga chalingan bemorlarga amaliy yordam ko'rsatilmagan, lekin XIX asrning oxirlarida Evropada allaqachon alohida ixtisoslashgan klinikalar mavjud edi. Rossiyadagi amaliyotchilar quloq kasalliklarining

tabiati to'g'risida juda bexabar edilar. Ularning orasida quloqdan yiringni to'xtatish mumkin emas, aks holda intrakranial asorat paydo bo'lishi mumkin degan fikr bor edi. N.I. Pirogov o'zining "Umumiy harbiy dala jarrohligining boshlanishi" kitobida hiqildoqstenezini oldini olish bo'yicha aniq tavsiyalar bergan va traxeotomiyani qo'llab-qo'vvatlagan. Uning muzlatilgan murdalarda o'tkazilgan anatomik tadqiqotlari bosh va bo'yin a'zolarining topografik anatomiyasini o'rganishga katta hissa qo'shdi.

1892 yilda Rossiyada uchta mutaxassislikni birlashtirgan birinchi LOR klinikasining yaratilgan. Akademik N.P. Simanovskiy (1854-1922) Sankt-Peterburgdagi Harbiy Tibbiyot Akademiyasida quloq, tomoq va burun kasalliklarining yagona bo'limini tashkil qildi. N.P. Simanovskiy milliy otorinolariningologiyani shakllantirishda juda ko'p hissa qo'shgan va Rossiyada birinchi otorinolariningologlar maktabini yaratdi. Moskvadagi birinchi klinika 1896 yilda ochilgan bo'lib, u eng yaxshi Evropa klinikalari darajasida jihozlangan. Uning birinchi direktori professor S.F. Shteyn quloq labirinti muammolari bo'yicha juda ko'p tadqiqotlar olib borgan. Umuman olganda, Rossiyada inqilobgacha bo'lgan davrda yotoq hajmi juda cheklangan – beshta LOR klinikasi bo'lgan. 1922 yildan boshlab otorinolariningologiyani o'qitish barcha tibbiyot fakultetlari uchun majburiy bo'lib qoldi.

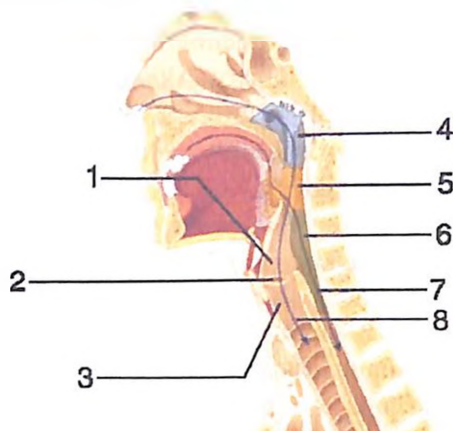
O'tgan asrda sobiq Sovet Ittifoqi otorinolariningologlari orasida taniqli olimlar, o'quv jarayonining tashkilotchilari, o'zlarining mehnatlari bilan otorinolariningologiyani rivojlanishiga hissa qo'shgan, o'z maktablarini yaratgan ajoyib jarrohlardan paydo bo'ldi: A.F.Ivanov va L.I.Sverjevskiy (Moskva), L.T.Levin (Leningrad), M.F.Sitovich (Saratov), V.I.Voyachek (Leningrad), B.S.Preobrajenskiy (Moskva), I.B.Soldatov (Samara), V.T.Palchun (Moskva), Yu.M.Ovchinnikov (Moskva), M.R.Bogomilskiy (Moskva), G.Z.Piskunov (Moskva) Shular jumlasidandir. Rossiya Federatsiyasida so'nggi o'n yilliklarda – otorinolariningologiya tibbiyotning eng muhim tarmog'iga aylandi, mamlakatda tibbiyot va ilmiy muassasalarning keng tarmog'i shakllanib, unda 10 mingdan ziyod otorinolariningologlar ishlamoqda. Moskvada ikkita yirik ilmiy va amaliy markaz (federal va Moskva), Sankt-Peterburgda otorinolariningologiya ilmiy-tadqiqot instituti mavjud. Hozirgi kunga kelib, mamlakatning oliy tibbiy ta'lim muassasalari - universitetlar, akademiyalarda



otorinolaringologiya kafedralari mavjud bo'lib, ular yirik o'quv va ilmiy-amaliy markazlar bo'lib xizmat qiladi, ularda talabalar, klinik ordinatorlar, aspirantlar va doktorantlar tayyorlanadi. Tibbiyot universitetlarining barcha stomatologiya fakultetlari quloq, burun va tomoq kasalliklarini o'rgatadi.

## HALQUM VA QIZILO'NGACH KLINIK ANATOMIYASI

### Halqumning klinik anatomiyasi



*Rasm: 3.1. Halqumning bo'limlari: 1 -hiqildoqning vestibulyar qismi; 2 - hiqildoq; 3 - burmaosti maydoni; 4 - burun-halqum; 5 - og'iz-halqum; 6 - xiqildoq-halqum; 7 - qizilo'ngach; 8 - traxeya*

Halqum (*pharynx*)ovqat hazm qilish traktining og'iz va qizilo'ngach o'rtasida joylashgan boshlang'ich qismidir. Shu bilan birga, u burun bo'shlig'idan hiqildoqqa havo etkazib beradigan nafas olish naychasining bir qismi bo'lib xizmat qiladi. Halqum bosh suyagi asosidan VI bo'yin umurtqasi darajasiga cho'zilgan bo'lib, keyin u torayib qizilo'ngachga o'tadi.

Halqumda yuqori, orqa, old va yon devorlari tafovut etiladi.

- yuqori devori - gumbazi (fornix pharyngis) ensa suyagining bazilyar qismi va ponasimon suyak tanasi sohasida kalla suyagi asosining tashqi yuzasiga tutashadi;

- orqa devori bo'yin fassiyasining umurtqa oldi plastinkasi (lam. prevertebralis) oldida yotib, beshta yuqori bo'yin umurtqalari tanalari sathiga to'g'ri keladi;

- yon devorlari ichki va tashqi uyqu arteriyalar, ichki bo'yinturuq vena, adashgan va til osti nervlar, simpatik poya, til osti suyagining katta shoxlari va qalqonsimon tog'ay plastinkalariga tegib turadi;

- old devori burunhalqum sohasida xoanalar orqali burun bo'shlig'iga, o'rta bo'limida - og'iz bo'shlig'iga ochiladi.

Anatomik va fiziologik xususiyatlarga ko'ra va klinik nuqtai nazardan, halqum uch qismga bo'linadi: nazofarenks, orofarenks va gipofarenks (3.1-rasm). Ushbu qismlar orasidagi shartli chegaralar, qattiq tanglay chizig'ining orqa tomoni va epiglotisning Yuqori qirradi orqali chizilgan chiziqning davomi deb hisoblanadi.

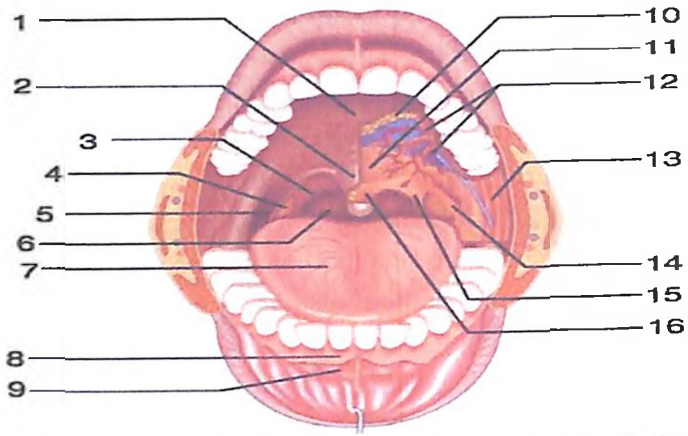
Halqumning burun qismi yoki nazofarenks (*epipharynx*)xoanalarning orqasida joylashgan kichik bo'shliqdir. Uning kamarida halqum bodomsimon, yon devorlarida tog'ayga tushadigan tizma bilan o'ralgan, eshitish naychalarining halqum teshiklarini ko'rish mumkin.

Pastga qarab, halqumning burun qismi juda yaxshi ko'rinadigan og'iz yoki orofarenksga (*mesopharynx*)o'tadi. Bunga til bilan yumshoq tanglay, tomoq orqa devorining ko'rinadigan qismi, tilning ildizi bilan chegaralangan tomoq, tanglay yoylari, ular orasida joylashgan tanglay bodomsimon va yumshoq tanglay kiradi.

Orqa tomoq devorining Shilliq qavatida limfoid to'qima elementlari mavjud bo'lib, ular ba'zida aniq balandliklar - "granula"larnihosil qiladi. Bundan tashqari, orqa kamar orqasida limfoid tizmalar aniqlanadi. Halqumning og'iz qismi orqa devorini Shilliq qavati skvamoz epiteliy bilan qoplangan, juda ko'p sonli bezlarni o'z ichiga oladi, tolalari qon tomirlari yonidan o'tib, Yallig'lanish paytida ularning kengayishigaog'riq hissi va terlash hissi berish, reaksiya beradigan til-halqum nervi tomonidan innervatsiya qilinadi.

Og'iz-halqum (*mesopharynx*) qattiq tanglay darajasidan epiglotning Yuqori qirradi darajasigacha cho'ziladi (3.2-rasm).

## Halqum kasalliklari



*Rasm - 3.2. Orofarenks va og'iz bo'shlig'i: 1 - qattiq tanglay; 2 - til; 3 - orqa tanglayyoyi; 4 - tanglay bezi; 5 - oldingi tanglay yoyi; 6 - tomoq orqa devori; 7 - til; 8 - milk; 9 - og'izning dahlizi; 10 - tanglay bezlari; 11 - yumshoq tanglayning mushaklari; 12 - tanglay arteriyasi; 13 - hunj mushak; 14 - tanglay-til mushaklari; 15 - tanglayhalqum mushagi; 16 - yugancha mushaklar*

Halqum orqali orofarenks og'iz bo'shlig'i bilan keng aloqa qiladi. Halqum - yuqoridan yumshoq tanglay, pastdan tilning ildizi va yon tomondan tanglay yoylari va ular orasida joylashgan tanglay bodomsimon bezlari (*tonsilla palatina*) bilan chegaralangan ochilishdir. Har ikki tomonda tanglay pardasi ikki ravoqchalarga davom etadi. Birinchisi (old) til ildizi tomon yo'nalgan bo'lib, tanglay-til ravoqchasi (*arcus palatoglossus*), ikkinchisi (orqa) halqum yon devorining shilliq pardasiga o'tib, tanglay-halqum (*arcus palato-pharyngeus*) ravoqchasi deb ataladi. Tanglay-til (old) ravoqchasining orqa yuzasida shilliq pardaning yupqa uchburchak burmasi (*plica triangularis*), yoki Gis burmasi o'tadi. Uchburchak burma tanglay murtagini qisman yopib turadi.

Yumshoq tanglayda quyidagi mushaklar mavjud:

- yumshoq tanglayni taranglashtiruvchi mushak (*m.tensor veli palatini*) - yumshoq tanglayning old va eshituv nayining halqum qismlarini kengaytiradi;

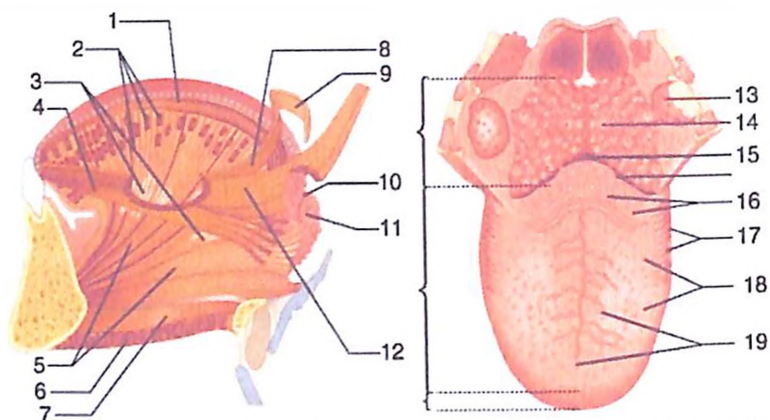
- yumshoq tanglayni ko'taruvchi mushak (m.levator veli palatini) – yumshoq tanglayni ko'taradi, eshituv nayining halqum teshigini toraytiradi;

- tanglay-til mushagi (m.palatoglossus) tanglay-til ravoqchasi ichida joylashib,tilning yon yuzasiga birikadi. Qisqarganda tanglay-til ravoqchasini til ildiziga yaqinlashtirib, tomoq teshigini toraytiradi.

- tanglay-halqum mushagi (m.palatopharyngeus) tanglay-halqum (orqa) ravoqchasi ichida joylashib, halqumning yon devoriga birikadi. Qisqarganda tanglay-halqum ravoqchalarini bir-biriga yaqinlashtirib, halqum va hiqildoqning pastki qismini yuqoriga tortadi.

Har ikki tomonda tanglay ravoqchalari orasida, uchburchak shakldagi murtak chuqurligi (fossa tonsillaris) bo'lib, ularda tanglay murtaklari joylashadi. Tanglay bezlari halqumning og'iz qismida joylashgan bo'lib, uning patologiyasi hanuzgacha har xil mutaxassislikdagi shifokorlarga qiziqish uyg'otmoqda, chunki keng tarqalgan kasalliklarning ko'pligi tanglay bodomsimon bezining holati bilan bog'liq. Har bir tanglay bodomsimonbezi halqum og'zining lateral devoridagi chuqurlikda – bez chuqurchasida, mushaklarning shakllanishi bilan old va orqada –tanglay yoylari cheklangan (old va orqa) holda joylashgan. Tanglay bodomsimon bezi - bu Shilliq qavat ostida joylashgan limfotsitlarni o'z ichiga olgan ko'p miqdordagi follikulalar bilan limfoid to'qimalarining to'planishidir (3.3-rasm). Bezning erkin yuzasi medial joylashgan, uning bir nechta chuqurliklari bor - bu lakunalarning og'izlari, o'rash yo'llari, bodomsimon bezlarning qalinligiga chuqur kirib boradi. Follikulalar ushbu chuqurliklar bo'ylab joylashgan. Limfoid to'qima biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan bez stromasini yopadi.

Bezlarining lateral yuzasi psevdokapsula deb nomlangan zich tolali biriktiruvchi to'qima qobig'i bilan qoplanadi, u tomoq mushaklari bilan birlashtirilgan.



Rasm: 3.3. Tanglay bezining tuzilishi: 1 - bodomsimon kapsula; 2 - epiteliy; 3 - limfoid to'qima; 4 - limfoid follikulalar; 5 - lakuna

Tanglay bodomsimon bezidan limfa chiqishi asosan to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi qirrasini bo'ylab, uning Yuqori va o'rta uchdan bir qismida joylashgan bo'yin limfa tugunlarida amalga oshiriladi.

Hiqildoqhalqum (laryngopharynx, hypopharynx) hiqildoq usti qopqog'ining yuqori cheti va til ildizi sathidan boshlanib, IY, Y, YI bo'yin umurtkalari oldida joylashadi, keyin qadaq-simon torayib qizilo'ngachga o'tadi. Hiqildoq-halqum halqumning eng tor qismi hisoblanadi. Hiqildoq-halqumning old devorida til negizi ustida IY- til murtagi (tonsilla lingualis) joylashgan. Oldinda va pastda hiqildoqhalqum hiqildoqqa kirish joyiga ochiladi. Hiqildoqqa kirish joyining yon tomoni va halqumning yon devori orasida noxsimon cho'ntaklar bo'lib, ovqat luqmasi ular orqali qizilo'ngachni kirish qismiga siljiydi. Hiqildoqqa kirish joyi oldinda hiqildoq usti qopqog'i, yon tomonlarda - cho'michsimonhiqildoq usti burmasi (lig. aryepiglottica) bilan chegaralangan.

Halqumning yuqori qismida va xoanalar yonida halqumning shilliq pardasi ko'pqavatli hilpillovchi epiteliy, o'rta va pastki qismida ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Shilliq pardada, ayniqsa burunhalqum, yumshoq tanglayning halqum yuzasida va til ildizining shilliq pardasida ko'pgina shilliq bezlar mavjud. Limfadenoid to'qima, shu jumladan murtaklar ham shilliq osti qavatida joylashgan.

Halqum devorlari shilliq (tunica mucosa), fibroz (tunica fibrosa), biriktiruvchi (tunica ad-ventitia) va mushak (tunica muscularis) qavatlardan iborat. Halqum muskullari ko'ndalang-targ'il mushak tolalaridan tuzilgan. Ular halqumni qisuvchi (konstriktor) va halqumni yuqoriga ko'taruvchi mushaklarga bo'linadi.

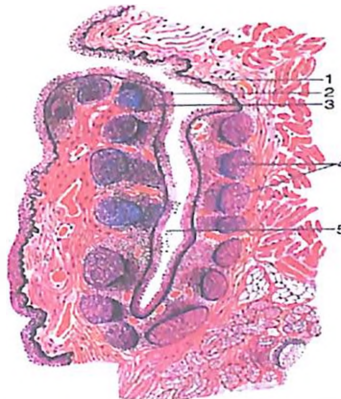
Halqumni qisuvchi mushaklarga yuqori, o'rta va pastki konstriktor mushaklari (m.constrictor pharyngis superior, medius et inferior) kiradi. Halqumni ko'taruvchi mushaklariga bigizsimon-halqum (m.stylopharyngeus) va orqa tanglay ravoqchasini hosil qilgan tanglay-halqum (m.palatopharyngeus) mushaklari kiradi.

Halqumning orqa va yon devorlari yumshoq biriktiruvchi to'qima bilan to'lgan halqum atrofi bo'shlig'i bilan yonma-yon turadi.

Halqum atrofi bo'shlig'ida 2 bo'shliq tafovut qilinadi:

- halqum orti bo'shlig'i;
- halqum atrofi yon bo'shlig'i.

Halqum orti bo'shlig'i (spatium retropharyngeum) bo'yin umurtqalari, ularni qoplagan mushaklar va bo'yin fassiyasi umurtqa oldi plastinkasining old tomonida joylashgan; u tor tirqish shaklida bo'lib, yumshoq biriktiruvchi to'qima bilan to'lgan. Halqum orti kletchatkasi kalla suyagi asosidan boshlanib, halqumning orqa devori bo'ylab pastga tushadi va qizilo'ngach orti kletchatkasiga, undan keyin kuks oralig'iga o'tadi. Laringofarenkning boshlang'ich qismida tilning ildizida til bezi joylashgan (3.4-rasm).



**Rasm: 3.4.** Til va til bezlari: 1-9, 12 - til mushaklari; 10, 15 - ko'r teshik; 11, 14 - til osti bezlari; 13 - tangaly bezi; 16-19 - tilning so'rg'ichlari

Epiglotning biriktirilishi ostida laringofarenks halqum ga o'tadi. Hiqildoqqa kirishning yon tomonlarida halqumning konus shaklida torayishi mavjud bo'lib, ular "nok shaklidagi cho'ntaklar" (*recessus piriformis*) deb nomlanib - bu orqali ovqat qizilo'ngachga yo'naltiriladi.

Tanglay, halqum, til bodomsimon bezlari, eshitish naychalari sohasidagi limfoid to'qimalarining to'planishi Valdeer-Pirogov limfoid faringeal halqasini tashkil qiladi. Tonzillalarning muhim funksiyalaridan biri immunitetni shakllantirishda ishtirok etish hisoblanadi.

- bez atrofi bo'shlig'i - bo'shashgan to'qima bilan to'ldirilgan tanglay bezini o'rab oladi;

- halqumorti bo'shliq (*spatium retropharyngeum*)- halqumning orqa devorining orqasida joylashgan bo'lib, prevertebral fassiya va bo'yinning o'z fassiyasi o'rtasida joylashgan. Bolalarda tolaning qalinligida burun bo'shlig'idan, burun yondosh bo'shliqlardan va o'rta quloqdan limfa oladigan limfa tugunlari mavjud;

- yonhalqumatrofi bo'shlig'i (*spatium lateropharyngeum*) - dentoalveolyar tizim organlari bilan bevosita bog'liq, medial ravishda halqum mushaklari bilan cheklangan, lateral -chuloqoldi so'lak bezining kapsulasi bilan, old tomonda - pastki jag'ning yuqoriga ko'tariluvchi shoxi, uning ustida joylashgan mushaklari bilan, orqasida - bo'yin tanalari bilan, yuqoridan bosh suyagining asosiy teshiklari bilan va u orqali katta qon tomirlari va nervlar o'tib ketadi. Pastga qarab, halqumatrofi va halqumorti bo'shliqlar orqa ko'ks oralig'iga bog'langan.

Halqum atrofi yon bo'shlig'i ((*spatium lateropharyngeum*) yumshoq biriktiruvchi to'qima bilan to'lgan bo'lib, bigizsimon-halqum mushagi yordamida old va orqa bo'limlariga bo'linadi. Bu bo'shliq kalla suyagi asosidan boshla-nib, kuks oralig'igacha davom etadi.

Halqumni tashqi uyqu arteriyasi shoxchasi - yuqoriga ko'tariluvchi halqum arteriyasi (*a.pharyngea ascendens*), yuz arteriyasi shoxchasi - yuqoriga ko'tariluvchi tanglay arteriyasi (*a. palatina ascendens*), uyqu arteriyasining oxirgi shoxchasi - yuqori jag' arteriyasi shoxchasi-*a. palatina descendens*, uning pastki bo'limlarini asosan *a.thyreoidea inferior* (chap tomonda *a. subclavia shox-chasi*, o'ng tomonda *truncus brachiocephalicus*) qon bilan ta'min-laydi. Tanglay murtaklarini tashqi va ichki uyqu arteriyalar tizimi qon bilan ta'minlaydi.

Halqum venalari old va orqa halqum chigalini (plexus pharyngeus anterior et posterior) hosil qiladi. Ular yumshoq tanglay va halqumning orqa va yon devorlarining tashqi yuzasida joylashgan bo'lib, vena qoni ichki buyinturuq venaga (v.jugularis interna) quyiladi.

Halqumdan limfa suyuqligi chuqur va orqa bo'yin limfa tugunlariga oqib tushadi. Hal-qumning limfadenoid tuzilmalari,shu jumladan barcha murtaklar limfa tomirlarga ega emas.

Halkum o'rta qisuvchi mushagining tashqi va ichki yuzalarida nn. glossopharyngeus, vagus et sympathicus shoxlaridan hosil bo'lgan halqum nerv chigali (plexus pharyngeus) joylashgan. Bu chigal halqumning harakat va sezuvchanlik innervasiyasini ta'minlaydi. Halqum yuqori qismining harakat innervasiyasini asosan til-halqum asab tolasi, o'rta va pastki qismlarining innervasiyasini sayyor asab tolasining shoxchasi-qaytuvchi hiqildoq nervi (n.laryngeus reccurens) ta'minlaydi. Halqumning sezuvchanlik innervasiyasini yuqori qismida n.tigemminusning II shoxchasi, o'rta qismida - n.glossopharyngeus shoxchalari va pastki qismida - n.vagus ning yuqori halqum nervining yuqori shoxachasi ta'minlaydi.

Halqumdan limfa chiqishi chuqur va orqa bo'yin limfa tugunlarida sodir bo'ladi. Dvigatel innervatsiyasi til-halqum nervi tomonidan ta'minlanadi. Sensorli innervatsiya trigeminal asabning ikkinchi bo'limi, til-halqum nerv va Yuqori halqum nervi tomonidan amalga oshiriladi.

## **HALQUMNING KLINIK FIZIOLOGIYASI**

Halqum hayot uchun muhim funksiyalarni bajaradi: u ovqatni qabul qilishda (so'rish va yutinish harakatlarida), nafas olishda, himoya mexanizmidagi, ovozni hosil qilish va nutqda ishtirok etadi.

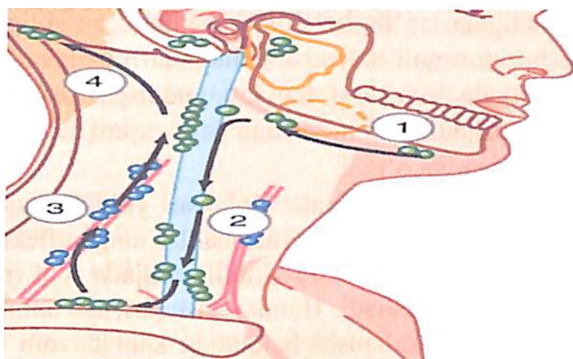
Yosh bola dastlabki oylarida faqat so'rish harakati bilan ovqatlanadi. Bunda og'iz bo'shlig'ida 100 mm sim. ust. chegarasida manfiy bosim hosil qilinadi. So'rish paytida yumshoq tanglay pastga cho'zi-lib, til negiziga yakinlashadi va og'iz bo'shlig'ini orqa tomondan berkitib, burun orqali na-fas olish imkoni yaratiladi. Suyuklik og'iz bo'shlig'iga kirganda surish va nafas harakatlari to'xtab, yutinish harakati yuzaga keladi. Kattalarda chaynash xarakati tufayli ovqat luqmasi til negizi sohasida to'planib, uni qitiqlaydi va yutinish harakatini, ya'ni halqum konstriktorlari, yumshoq tanglay va tanglay



ravoqchalari mushaklarining peristal'tik qisqari-shini paydo qiladi. Reflektor yutinish harakati tufayli ovqat luqmasi og'iz bo'shlig'idan halqum bo'ylab qizilo'ngachgacha o'tadi. Yutinish harakatida uzluksiz va ketma-ket kuzati-ladigan 3 bosqich kuzatiladi: og'iz bosqichi - ixtiyoriy, halqum bosqichi - ixtiyorsiz (tezlashgan) va qizilo'ngach bosqichi - ixtiyorsiz (sekinlashgan).

Yutinish harakatining I bosqichi ixtiyoriy bo'lib, bunda til yuqoriga ko'tarilishi bilan luqma tanglay-til ravoqchasining orqasiga siljitaladi. Bu bosqich bosh miya qobig'i tomonidan nazorat qilinadi. II bosqich-da luqma halqum bo'ylab qizilo'ngachning kirish joyigacha ixtiyorsiz sil-jitaladi. Bu bosqich yumshoq tanglay va halkum reseptorlarining qitig'lanishi natijasida paydo bo'lgan shartsiz refleksdir. Ikkinchi bosqich boshlanganda hiqildoq yuqoriga ko'tiriladi, hikildoq usti qopqog'i til negiziga yopishib, pastga tushadi va hikildoqqa murtagi kirish joyini yopadi; cho'michsimon tog'aylar va dahliz burmalari bir biriga yaqinlashib, hiqildoq yorig'ini toraytiradilar. Tanglay ravoqchalari mushaklari va halqum yuqori konstriktorlarining qisqarishi tufayli ovqat luqmasi halqumning o'rta bo'limiga siljiydi. Shu paytda yumshoq tanglay yuqoriga va orqaga ko'tarilib, halqumning orqadevoriga yopishib, burunhalqumni og'izhalqumdan ajratadi. Halqumning o'rta bo'limida o'rta va pastki konstriktorlar ovqat luqmasini pastga siljitadi. Hikildoq, til osti suyagi va halqumni yuqoriga ko'tarilishi ovqat luqmasini siljishini osonlashtiradi. III bosqich-ixtiyorsiz va davomli bo'ladi. Ovqat luqmasi qizilo'ngachga kirish joyiga yaqinlashganda u reflektor ochiladi, qizil-o'ngach mushaklarining qisqarishi esa luqma qizilo'ngach bo'ylab siljishini ta'minlaydi. Ovqat luqmasidan bo'shagandan so'ng halqum yana dastlabki holatiga qaytadi. Yutish harakati 6-8 soniya davom etadi. Ovqatni qabul qilish harakati organizmdagi nafas, qon aylanish, gaz al-manishuviga ta'sir ko'rsatadi.

Suyuqlikni yutish harakati biroz boshqacha kechadi. Og'iz bo'shlig'ining tubi, til va yumshoq tanglay mushaklarining qisqarishi nati-jasida og'iz bo'shlig'ida yuqori bosim hosil qilinadi, shu tufayli suyuqlik to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngachning yuqori bo'limiga va halqum konstriktorlari ishtirokisiz me'daning kirish joyigacha yetib boradi. Jarayon 2-3 soniya davom etadi. (4.1-rasm).



Rasm: 4.1. YUtish harakati: 1-8 - halqum fazalari

Yumshoq tanglayning old va orqa yuzasining shilliq pardasida, halqumning orqa devorida, hiqildoq usti qopqog'ining til yuzasida ta'm bilish reseptorlari bo'lib, ular ta'm bilish funksiyasini bajaradi. Ta'm sezgisining 4 turi mavjud:

- 1) shirin;
- 2) nordon;
- 3) sho'r;
- 4) achchiq.

Ta'm bilishni sezishda nog'ora tori (chorda tympani), tilhalqum (n. glossopharyngeus) va sayyor (n.vagus) asab tolalar ishtirok etadi.

Halqumning nutk faoliyati uni tovush rezonansida ishtirok etishidan iborat. Tovush tembr-i hiqildoq, halqum, burun va burun yondosh bo'shliqlarida shakllanadi. Halqum o'z hajmi va shaklini o'zgartira olish xususiyati, yumshoq tanglay o'z harakatlari bilan tovush to'lqinlarining yo'nalishini o'zgartirib (og'iz yoki burun bo'shlig'i tomon), ovozning kuchiga, rang-ba-rangligiga ta'sir ko'rsatadi. Yumshoq tanglay burunhalqumni og'izhalqumdan ajratib turgan holatda -unli tovush, ajratmagan holatda - unsiz tovushlar hosil bo'ladi.

Qattiq tanglayning shakli va hajmi ham tovush tembriga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Qattiq tanglay nuqsonlari, burun va burunhalqumda rivojlangan patologik jarayonlar (adenoidlar, poliplar, o'smalar, shilliq pardaning shishi, yumshoq tanglay falaji va boshq.) ovoz tembrining patologik o'zgarishlariga, ya'ni manqalanishga sabab bo'ladi.

Halqumning nafas faoliyatida uning barcha bo'limlari ishtirok etadi. Burun orqali erkin nafas olinganda yumshoq tanglay pastga qarab

osilib turadi, natijada ogʻiz boʻshligʻi halqum boʻshligʻidan ajralib turadi. Ammo burun orqali nafas olish faoliyati buzilganda nafas ogʻiz orqali olinadi, bunda yumshoq tanglay yuqoriga koʻtariladi, til esa yassilanib pastga tushadi, shuning uchun havo oqimi toʻgʻ-ridan - toʻgʻ-ri halqumning oʻrta qismiga oʻtadi.

Halqumning himoya faoliyati. Yot jism yoki boshqa (kimyoviy, termik) omil taʼsir etganda halqum mushaklarining reflektor qisqarishi yuz berib, halqum yorigʻini toraytiradi, natijada yot jismni pastki boʻlimlarga siljishi qiyinlashadi. Bundan tashqari, xavoning isitilishi va chang zarrachalaridan tozalanishi halqumda xam davom etadi. Chang zarrachalari halqum devorlarini qoplagan shilliq moddaga yopishib, balgʻam bilan birga tashqariga chiqariladi yoki yutib yuborilib, oshqozonda zararsizlantiriladi. Ogʻiz va halqum boʻshligʻidagi shilliq pardaning qon tomirlari va limfadenoid toʻqimasidan ajraladigan limfositlar ham himoya funksiyasida faol ishtirok etadi.

Limfadenoid murtaqlar halqumda, yaʼni nafas va ovqatni hazm qilish yoʻllari oʻzaro tutashgan maydonda joylashganligi tufayli doimo havo va ovqat luqmalari taʼsiriga duch keladi.

Halqum limfoid apparati halka shaklida joylashib, “Pirogov-Valʼdeyer limfadenoid halqum halkasi” deb nom olgan. U ikkita tanglay (I va II), bitta halqum (III), bitta til (IV) va ikkita nay murtaqlari (V va VI) dan tashkil topgan.

Juft tanglay murtaqlari (tonsilla palatina ) halqumning yon tomonida joylashib, old va orqa tomondan til-tanglay va tanglay-halqum ravoqlari bilan chegaralangan. Tok halqum mur-tagi (tonsilla pharyngea) burun-halqum gumbazida, tok til murtagi (tonsilla lingualis) til negizining tarnovsimon soʻrgʻichlari orqasida, bir juft nay murtaqlari (tonsilla tubariae) - burun-halqumning yon devorida, eshituv nayining halqum teshiklari yonida joylashgan. Yuqorida qayd etilgan murtaqlardan tashqari halqumda limfadenoid toʻqima toʻplamlari ham mavjud. Ular halqumning yon devorida, tanglay-halqum ravoqlarining orqasida, halqumning orqa devorida, hiqildoqqa kirish joyida, noksimon chuqurlikda joylashgan.

Homila davrida murtaqlar kalla suyagi asosida, yurak va yirik qon tomirlar hamda oʻpka maydonida shakllanadi. Tanglay murtagi homilaning 3-oyida, halqum murtagi 5- oyida, nay murtagi 6- oyida va til murtagi 7- oyida shakllana boshlaydi. Chaqaloqlarda murtaqlar

follikulalari koʻzga tashlanmaydi. 10 yoshda limfoid toʻqimaning hajmi katta boʻlib, balogʻat yoshiga borib limfoid elementlar va follikulalar asta kichrayadi. Katta kishilarda murtaklar kichik, folikulalar soni kam, baʼzan limfoid toʻqima atrofiyaga uchrab biriktiruvchi toʻqima bilan almashadi.

Tanglay murtagi limfadenoid halqum halqasining eng yirik tuzilmalaridan biri boʻlib, tuzilishining murakkabligi bilan ajralib turadi. Tanglay murtagida ichki (tomoq) va tashqi (yon) yuzalari hamda yuqori va pastki qutblari tafovut etiladi.

Tanglay murtagining halqum yorigʻiga qaragan ichki yuzasi 16-22 chuqur, egri-bugri, bir-biriga tutashgan lakunalarga (kriptalarga) ega. Ular daraxt ildizi kabi qator shoxchalarga tarmoqlanadi.

Tanglay murtagining tashqi yuzasi kalın fibrozli biriktiruvchi toʻqima - murtak psevdokapsulasi (soxta kapsula) bilan qoplangan boʻlib, uning qalinligi 1 mm yetadi. Soxta kapsula va halqum yon devori orasida yumshoq paratonzillyar kletchatka joylashgan. Murtak-ning ichki (tomoq) yuzasida va pastki qutbida psevdokapsula boʻlmaydi. Psevdokapsuladan murtak ichiga biriktiruvchi toʻqima tolalari - trabekulalar kiradi. Murtakda trabekulalar oʻziga xos qalin toʻr hosil qiladi. Toʻrning orasi limfositlarning sharsimon toʻplami (follikulalar) bilan toʻlgan; bundan tashqari bu yerda plazmatik hujayralar va labrositlar ham uchraydi. Follikulalar odatda kriptalar boʻylab joylashadi. Kichik follikulalardan tashqari murtakda yirik "ikkilamchi follikulalar" ham mavjud boʻlib, ularning diametri 1-2 mm ga yetadi. Bunday follikulalarda toʻq rangli-periferik va och rangli-markaziy maydon tafovut etiladi. Markaziy maydon reaktiv yoki embrional maydon deb ataladi. Olimlarning fikricha bu maydonda limfoblastlar boʻlib, ular yangi limfositlarni ishlab chiqish, za-harli moddalarni zararsizlantirish vazifasini bajaradi.

Tanglay murtagining erkin yuzasi, lakunalarning devorlari koʻpqavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Epiteliy ostida kollagen, elastik va argirofil tolalar turi tafovut etiladi. Argirofil tolalar odatda epiteliyning oʻrta qavatlarida, limfoleykositlar joy-lashgan maydonlarda joylashadi va tayanch hamda trofik funksiyasini bajaradi. Epiteliy qoplamida limfosit va neytrofillar boʻlib, ular murtak parenximasidan halqum yorigʻiga koʻchib turadi. Koʻchgan epiteliy, mikroflora, limfosit va neytrofillardan murtak kriptalarida tiqmalar hosil boʻladi. Lakunalar murtak ichiga kirib birlamchi, ikkilamchi va h.k. tirqishlar hosil qiladi.

Tanglay murtagining yuqori qutbi sohasida, murtak chuqurligida ba'zan uchburchak shaklidagi chuqurlik - sinus bo'lib, unda ba'zan tanglay murtagining qo'shimcha bo'lagi joylashadi.

Tanglay murtagining pastki qutbi til negizi ustida osilib turib, halqumning yon devoriga zich yopishib turadi. Murtakning pastki qutbidan 1,1 - 1,7 sm masofada ichki uyqu arteriyasi, 2,3-3,3 sm masofada - tashqi uyqu arteriyasi o'tadi.

Tanglay murtaklarining o'ziga xos anatomo-topografik xususiyatlari, psevdokapsula va undan tarqalgan trabekulalar, ularni ovqatni hazm qilish va nafas yo'llari kesishgan maydonda joylashganligi tanglay murtaklarida surunkali yallig'lanish rivojlanishiga qulay sharoit yaratadi.

Tanglay murtagi qon ishlab chiqishda xam ishtirok etadi. Limfoid elementlar turlicha hosil bo'ladi. Follikulalar hujayralari mitoz, amitoz va kurtaklanish yo'li orqali ko'payadi. Hosil bo'lgan yangi limfositlarning bir qismi limfa tomirlar orqali qon tomir tizimiga, boshqa qismi - epiteliy qavatidan halqum yorig'iga chiqariladi. Murtak parenximasida doimo plazmosit va gistiosit hujayralari, ya'ni makrofaglar bo'ladi. Plazmositlar ko'pincha follikulalar va biriktiruvchi to'qima yonida joylashadi. Ular o'zgargan limfosit, poliblast va monositlardan hosil bo'lib, murtak uzoq vaqt ta'sirlanganligini bildiradi. Gistiositlar odatda retikulyar to'qimadan hosil bo'ladi. Murtaklar ta'sirlanganda harakatsiz gistiositlar faol fagositlarga aylanadi.

Halqum, til va nay murtaklarining anatomik tuzilishi tanglay murtagini eslatmada, o'ziga xos xususiyatlariga ega.

Halqum murtagining yuzasi sagital yo'nalishda joylashgan burmalar hosil qiladi. Follikula va tarqoq limfoid elementlarining to'plami shu burmalar orasida joylashgan. Burmalar o'zaro egatlar, ya'ni o'ziga xos kriptalar bilan ajralib turadi.

Til murtagi yassi tepaliklar to'plamidan tashkil topgan bo'lib, har bir tepalikning uchida teshikcha bo'ladi. Bu teshikchalar qopchaga o'xshash tirqishsimon lakuna yoki kriptaga olib boradi. Til murtagi qon tomirlarga va shilliq bezlarga boyligi, kriptalarining kichik-ligi bilan tanglay murtagidan farq qiladi.

Nay murtaklari hajmi bo'yicha boshqa murtaklardan ancha kichik bo'lib, asosan limfoid to'qimadan tashkil topgan bo'lib, ularda follikulalar soni kam bo'ladi. Nay va halqum murtaklari ko'p qavatli

hilpillovchi epiteliy bilan qoplanganligi bilan tanglay va til murtaklaridan farq qiladi.

Murtaklarni tashqi uyqu arteriyasi qon bilan ta'minlaydi. Tanglay murtaklarini yuqoriga ko'tariluvchi halqum arteriyasi, yuqoriga ko'tariluvchi tanglay arteriyasi va yuz arteriyasining tanglay shoxchasi qon bilan ta'minlaydi.

Tanglay murtaklaridan vena qon tomirlari yuz venasiga, keyin esa ichki bo'yinturuq venaga qo'yiladi. Burun-halqum va shu maydonda joylashgan halqum va nay murtaklarining venalari to'g'ridan to'g'ri kalla ichi va umurtqa venalari bilan tutashadi. Til murtagidan qon til venasi orqali ichki bo'yinturuq venaga oqib tushadi.

Tanglay murtagining innervasiyasida til-halqum, til, sayyor va simpatik asab tolalari ishtirok etadi. Asab elementlari murtakning epiteliy qavatida va follikulalarda joylashgan. Tanglay murtagi epiteliy qavating ostida subepitelial perilakunar asab turi, lakuna epiteliy qavati ostida xemoreseptorlar joylashgan.

Murtak follikularining innervasiyasini ularning orasida joylashgan asab to'ri ta'min-laydi. Follikulalarda asab tolachalarning mavjudligi unda afferent impul'sasiyasi borligidan dalolat beradi. Follikulalarda xolinesteraza to'plami borligi aniqlangan.

Limfadenoid Halqum halqasining faoliyatini tushuntirishga bag'ishlangan "infekcion" va "himoya" nazariyalari ishlab chiqilgan.

B.S.Preobrajenskiy tasnifi bo'yicha (1950) organizmdagi limfadenoid to'qima limfatik (nodulyar) va follikulalardan tashqarida yotgan lifoid (eksrnodulyar) to'qimalarga bo'linadi. Limfatik to'qima - bu follikulalar hosil qilgan limfositlar guruhi bo'lsa, lim-foid to'qima - bu yumshoq retikulyar biriktiruvchi to'qima orasida joylashgan limfoid elementlarning tarqoq to'plamidir.

Organizmning limfatik tizimlarini 3 guruhga bo'lish mumkin:

1) taloq va ilikning limfatik to'qimasi umumiy qon oqimining yo'lida joylashib, limfa-kon to'sig'ini hosil qiladi;

2) limfa tugunlar limfa oqimi yo'lida joylashib, limfointerstisial to'siqni hosil qiladi. Yuqumli kasalliklarda limfa

tugunlarda antitelalar ishlab chiqiladi;

3) murtaklar, ichaklardagi to'p-to'p va yakka limfa tugunlar birgalikda limfoepitelial to'siqni hosil qiladi.

Halqum halqasi limfoepitelial to'siq tizimini shartli ravishda 4 bosqichga bo'lish mumkin:

1- to'siq - murtakning shilliq pardasi bo'lib, bu to'siq ishdan chiqqanda angina rivojlanadi.

2- to'siq- qon tomirlar devori, gistagematik to'siq bo'lib, bu to'siq ishdan chiqqanda mikroba va ularning zaharli moddalari qonga tarqaladi va metatonzillar kasalliklar rivojiga sabab bo'ladi.

3-to'siq - murtak kapsulasi bo'lib, bu to'siqning buzilishi paratonzillitning rivojiga olib keladi.

4- to'siq - mahalliy bo'yin limfa tugunlaridan tashkil topgan.

V.I.Voyachekning fikricha murtaklar to'siq (bar'er) funksiyasini bajaradi. Bakteriya va zaharli moddalar murtakning epiteliy qava-tidan o'tib murtak parenximasida zararsizlantiriladi. Bu jarayonda hosil bo'lgan mahalliy antitelolar organizmning immunitetiga ta'sir ko'rsatadi. Murtak gistiositlari asosiy to'siq elementi hisoblanadi.

Infekzion nazariya tarafdorlari murtaklardagi "fiziologik yara" va zaharli moddalarni e'tiborga olib, ularni infeksiyaning "kirish darvozasi" deb hisoblasalar, "himoya" nazariyasi tarafdorlari - murtaklardagi limfa oqimi markazdan tashqariga qarab harakat qilganligini e'tiborga olib, ularni infeksiyaning "chiqish darvozasi" deb baholaydilar. Ammo, tadqiqotlar ikkala nazariyalarni ham inkor etadi, chunki murtaklar limfa chiqaruvchi tomirlarga ega emas. Murtaklardagi limfatik kapillyarlar turi lakunalarga (kriptalarga) ochilmaydigan yopik kanallar tizimidan iborat.

Tanglay murtaklarida yuzaki va chuqur joylashgan limfatik kapillyarlar turi mavjud. Yuzaki joylashgan limfatik kapillyarlar turi murtakning erkin yuzasida epiteliy ostida joylashgan. Chuqur limfatik kapilyarlar to'ri tarqoq limfoid to'qimada, ya'ni follikulalar atrofida va biriktiruvchi to'qimada joylashgan limfatik kapilyarlardan tuzilgan. Murtak kapsulasi xam ko'p qavatli limfatik kapillyarlar to'riga ega. ulardan murtak tashqi yuzasining chiqish limfa tomirlari hosil bo'lgan; limfa murtak follikulalari atrofi limfatik kapillyarlar to'ridan shu limfa tomirlar va murtakning ichki yuzasidan chiqayotgan limfa tomirlar orqali chiqariladi. Tanglay ravoqchalari shilliq pardasi va burunhalqumning yon to-monida joylashgan limfa tomirlar orqali tanglay murtaklari til, nay va halqum murtaklari bilan bog'lanadi.

Barcha murtaklar mahalliy limfa tugunlarga ega. Halqum murtagi uchun yuqori - yon bo'yin, tanglay murtaklari uchun - jag' orqasi va til murtagi uchun chuqur buyinturuq zanjirining yuqori tuguni birlamchi mahalliy limfa tugunlar sifatida xizmat qiladi.

Murtaklarning himoya funksiyasi infeksiyani zaharsizlantirishdan iborat. V.N.Zak va V.T. Talalaevlar fikricha uzluksiz ta'sir etuvchi infeksiya bu yerda "fiziologik angina" ni paydo qiladi, angina esa o'z navbatida organizmning immun holatiga ta'sir ko'rsatadi.

I.V.Davidovskiy murtaklarni fiziologik moslashish apparati deb hisoblaydi.

Hozirgi kunda murtaklar organizm immun tizimining periferik a'zosi sifatida hujayra va gumoral immunitetning shakllanishida ishtirok etishi isbotlangan. Barcha limfatik a'zolarga o'xshab, murtaklar limfositlar ishlab chiqarishda, ya'ni limfopoez jarayonida ishtirok etadi. Limfositlar follikulalarning markaziy qismida ishlab chiqarilib, yetilgan sari ular follikulalarning chetiga qarab siljiydi va u yerdan limfa yo'llarga, limfaning umumiy oqimiga va murtaklar yuzasiga chiqadi. Limfositlarni murtaklar yuzasidan chiqarilishi organizmda ularning sonini me'yorda saqlashga yordam beradi, ya'ni murtaklar eliminasiyasi ro'y beradi. Tanglay murtaklarida T-va V-limfositlar bo'lib, T-limfositlar follikulalar orasida, V-limfositlar- follikulalar ichida joylashgan. V-limfositlar makrofag, plazmatik hujayralar, immunoglobulinlarni hosil qilishda, T-limfositlar - hujayra immunitetining mediatorlarini ishlab chiqarishda qatnashadi.

Bundan tashqari tanglay va halqum murtaklarida virusga qarshi nocpesifik omil-interferon, poliomielitga qarshi anti-telalar ishlab chiqarilishi aniqlangan. Interferon adenovirus, paragripp, Koksaki, qizamiq, stomatit viruslariga qarshi vosita hisoblanadi.

Ko'pgina tadqiqotlarda halqum halqasi murtaklari, xususan, tanglay murtaklari ferment ishlab chiqarishda ishtirok etishi tasdiqlangan. Murtaklar to'qimasida amilaza, lipaza, fosfataza va boshka fermentlar borligi, ovqatlangandan so'ng ularning miqdori ko'payganligi aniqlangan. Bu esa murtaklarni ovqatni oral hazm qilish jarayonida ishtirok etishini tasdiqlaydi.

Murtaklar o'ziga xos immunoreseptor vazifasini bajarib, mahalliy va umumiy himoya reaksiyalarni paydo qilishda muhim ahamiyatga ega.



Murtaklar reseptorlari ko'pgina a'zolar bilan nerv-reflektor yo'l orqali bog'langan. Xususan, yurak va murtaklar o'rtasida tonzillokardial refleks borligi amalda tasdiqlangan. Tanglay murtaklari bosilganda yoki igna sanchilganda elektro-kardiogrammada o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bunday o'zgarishlar surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorda kuzatilib, tonzillokardial refleks deb ataladi.

Tonzillokardial refleks-shartsiz refleks bulib, undan shartli refleks hosil qilishda foydalansa bo'ladi. Masalan, murtaklarga mexanik ta'sir bir-necha bor tovush signali bilan birga o'tkazilsa, keyinchalik elektrokardiogrammadagi o'zgarishlar faqat tovush signali bo'lganda xam paydo bo'ladi. Bu aurokardial shartli refleks amalda eshituvning ob'ektiv tekshiruvni sifatida qo'llaniladi.

Bundan tashqari, limfadenoid halqum halqasi ayrisimon, qalqonsimon, me'da osti, buyrak usti bezlarining qobig'i bilan, xususan, tanglay murtaklari (ayniqsa balog'at yoshida) gipofiz - buyrak usti bezining qobig'i- limfatik to'qima tizimi bilan uzviy bog'liq.

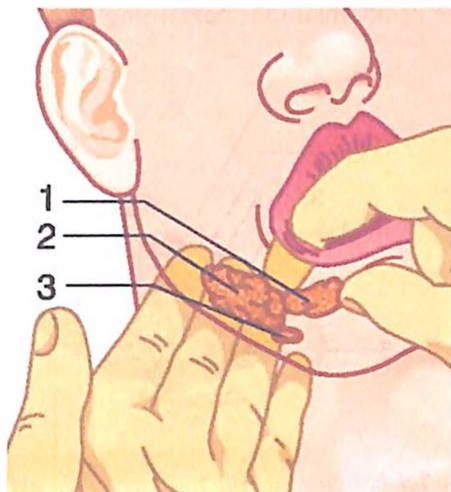
## **HALQUMNI TEKSHIRISH USULLARI.**

### I bosqich - tashqi ko'rik va palpatsiya

Anamnezni yig'ishda bemorning shikoyatlariga e'tibor beriladi (og'riq, tomoq qurishi, balg'am yiringli yoki yoqimsiz hid bilan aralashgan va boshqalar), uning tez-tez og'rigan yoki og'rimaganligini va asoratlar mavjudligini aniqlash zarur. Keyin bo'yinni tashqi tekshiruvdan o'tkaziladi, palpatsiya paytida kattalashgan bo'yin limfa tugunlari, ularning zichligi, og'rig'i aniqlanadi (5.1-rasm).

### II bosqich –halqum endoskopiyasi

Burun bo'shlig'ini tekshirishda tomoqning burun qismini tekshirish - orqa rinoskopiya (yoki epifaringoskopiya) tasvirlangan. Maxsus ko'zgu bilan tekshirilgandan tashqari, tomoqning burun qismi palpatsiya paytida tekshiriladi, o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'ini yumshoq tanglay orqasiga qo'yib, Chap qo'lning bosh barmog'i bilan tishlarning orasiga bemorning yonog'ini bosadi, tishlashni olditni olish uchun. Palpatsiya paytida tomoqning burun qismini o'sma yoki adenoidlar bilan to'ldirish darajasi aniqlanadi, to'qimalarning izchilligi aniqlanadi. Ba'zi hollarda tomoqning burun qismining lateral proeksiyasi qo'llaniladi.



Rasm: 5.1. Bo'yin limfa tugunlarini palpatsiya qilish: 1 – jag'osti; 2 – oldingi bo'yin; 3 - orqa bo'yin; 4 – quloqoldi va ensa.

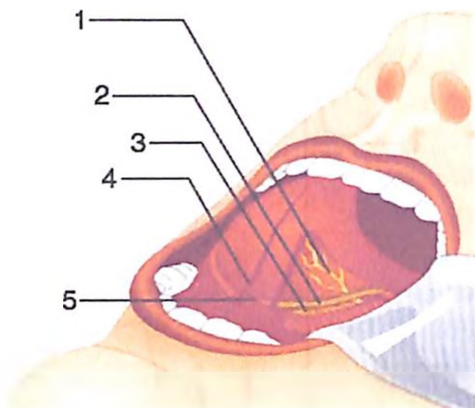
Halqumning o'rta qismini tekshirish - faringoskopiya (yoki mezofaringoskopiya) –shpatel yordamida amalga oshiriladi (5.2-rasm).



5.2-rasm. Halqumning o'rta qismini tekshirish

Birinchidan, og'iz bo'shlig'i tekshiriladi - lablar, og'iz dahlizi, tish, milk, qattiq va yumshoq tanglay, og'izning pastki qismi. Tilni pastga bosib, tomoqning og'iz qismi Shilliq qavatining rangiga, tomoq orqa

devorining holatiga, bodomsimon bezlarning yoylariga, tilga e'tibor bering (5.3-rasm).



**Rasm: 5.3.** Jag'osti so'lak bezining kanali: 1 - til nervi; 2 - jag'osti so'lak bezining kanali; 3 - til osti so'lak bezi; 4 - yugancha; 5 - tilosti so'rg'ichi

Agar bodomsimon bezlarning kriplari yoki lakunalari tarkibidagi muhitni tekshirish zarur bo'lsa, oldingi yoysohasini orqa tomonga bosing. Shu bilan birga, bez siqilib, yiringli detrit yoki tiqinlar lakunalardan chiqadi (5.4-rasm).

Agar kerak bo'lsa, bodomsimon bezning Shilliq qavatini, orqa devor va boshqa joylardan surtma olishingiz kerak, buning uchun faringoskopiya paytida halqum og'zidagi ba'zi joylarga steril tampon qo'llaniladi va keyin tampon sinov naychasiga joylashtiriladi.

Halqumning pastki qismini tekshirish (gipofaringoskopiya) hiqildoq oynasi yordamida hiqildoqni (bilvosita laringoskopiya) tekshirish orqali amalga oshiriladi. Hiqildoq-halqumni tekshirishning to'g'ridan-to'g'ri usuli turli xil asboblarda (Tixomirovning shpateli, Undrits direktoskopi, moslaShuvchan endoskop) yordamida amalga oshiriladi. Faringeal refleksning kuchayishi bilan ular halqum Shilliq qavatini lidokain eritmasi bilan sug'orishga o'tiladi.

### III bosqich - funksional tadqiqotlar

Yutish funksiyasining buzilishiga (disfagiya) e'tibor bering, bu turli sabablarga, asosan tomoq og'rig'iga bog'liq bo'lishi mumkin.

Hid bilish funksiyasini o'rganish uchun (zichlikni o'lchash) turli xil ta'sirlantiruvchi vositalar qo'llaniladi: shirin (40% shakar eritmasi),



Rasm. 5.4. Faringoskopik tasvir

achchiq (2% xinin eritmasi), kislotali (0,2% xlorid kislota eritmasi) va sho`r (2% natriy xlorid eritmasi). Ushbu eritmalar tilning yuzasiga shisha tayoqcha yoki pipetka bilan navbatma-navbat o`ng va Chap yarmida, tilning old va orqa tomonlarida qo`llaniladi (ularning innervatsiyasi har xil). Har bir testdan so`ng, qolgan eritmani olib tashlash uchun tekshiriluvchi og`zini yuvishi kerak.

Halqumning rentgenogrammasi tomoqning burun qismi, halqumning begona jismlari o`smalari tashxisini aniqlashtirish, Shuningdek fistula va yara kanallari yo`nalishini aniqlash uchun amalga oshiriladi.

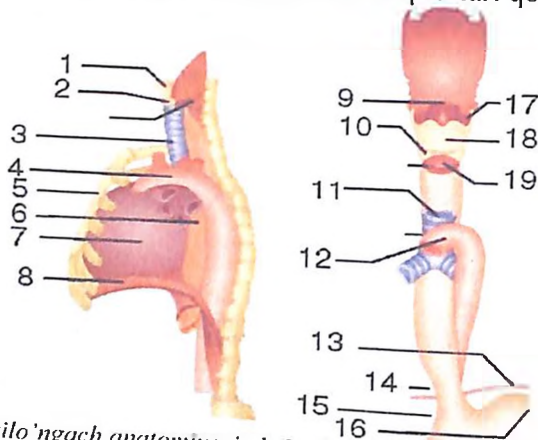
## QIZILO`NGACHNING KLINIK ANATOMIYASI

VII bo`yin umurtqasi darajasida halqum qizilo`ngachga o`tadi va bu kattalarda uzunligi taxminan 25 sm bo`lgan mushak naychasidir (5.5-rasm). Bo`yin, ko`krak va qorin qismlari ajratiladi. Qizilo`ngachning boshida yopiq holatda bo`lgan "og`iz" mavjud. Qizilo`ngachga kirish halqum orqasida joylashgan. Qizilo`ngach bo`shlig`ida uchta fiziologik torayishi mavjud. Birinchisi qizilo`ngachning kirish qismida, ikkinchisi aorta bilan aloqa qiladigan joyda, uchinchisi oshqozonga kiraverishda joylashgan. Yuqori qismda mushak devori tez va kuchli qisqarishi

mumkin bo'lgan chiziqli tolalar bilan ifodalanadi, bu esa oziq-ovqat mahsulotini qizilo'ngachning pastki qismlariga surish uchun zarurdir. O'rta bo'limda aralash, pastki qismida esa faqat qizilo'ngach devorlarining peristaltik qisqarishini ta'minlaydigan silliq mushak tolalari mavjud. Qaytalanuvchi hiqildoq nervlar qizilo'ngach va traxeya o'rtasida ishlaydi. Shuning uchun qizilo'ngach devoridagi o'sma jarayonlari hiqildoq parezi va falajining rivojlanishiga yordam berishi mumkin.

Qizilo'ngachning fiziologik roli - ovqatni oshqozonga etkazishdir. Og'iz bo'shlig'ida oziq-ovqat mahsuloti oldindan eziladi va so'lak bilan aralashadi. Til tayyorlangan ovqatni tilning ildiziga itaradi va yutish harakatini keltirib chiqaradi. Noksimon shaklidagi cho'ntaklar bo'ylab harakatlanadigan oziq-ovqat mahsuloti qizilo'ngachga kiradi. Ovqatning qizilo'ngach orqali o'tishi uning peristaltik harakatlari tufayli sodir bo'ladi: qizilo'ngachning to'g'ridan-to'g'ri oziq-ovqat po'stlog'ining yuqorisida joylashgan qismi qisqaradi va uning pastki qismi bo'shashadi, ovqat bo'lagi uning oldida ochilgan qizilo'ngachga suriladi. Ovqat bo'lagining qizilo'ngach orqali oshqozonga o'tishi 4-5 soniyani tashkil qiladi.

Yutish murakkab refleksli harakatdir. Yutish apparati mushaklarining qisqarishi refleksli ravishda miya po'stlog'i va adashgan nerv tolalari ishtirokida amalga oshiriladi. Yutish sharti - yumshoq tanglay va qizilo'ngachning Shilliq qavati retseptorlari qo'zg'alishidir.



Rasm - 5.5. Qizilo'ngach anatomiyasi: 1, 2 - halqum; 3, 11 - traxeya; 4 - aorta; 5 - to'sh suyagi; 6 - qizilo'ngach; 7 - yurak; 8 - diafragma; 9 - hiqildoqusti; 10 -

qalqonsimon tog'ay; 12 - aorta; 13 - diafragma; 14, 15 - qizilo'ngach; 16 - oshqozon; 17 - noksimon shakldagi cho'ntaklar; 18 - qalqonsimon tog'ay; 19 - qizilo'ngachga kirish.

Qizilo'ngachni tekshirish ezofagoskopiya yordamida amalga oshiriladi. U qizilo'ngach jarohati, shish paydo bo'lishiga Shubha qilish va qizilo'ngachning begona jismlarini olib tashlashda, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish uchun qizilo'ngach devorlarini tekshirish uchun ham o'tkaziladi. Buning uchun moslashtirilgan optik tolali qurilmalar mahalliy og'riqsizlantirish yoki narkoz ostida qo'llaniladi. Qoida tariqasida, ezofagoskopiya oldidan qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish o'tkaziladi.

## HALQUMNING O'TKIR YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Halqumning yallig'lanish kasalliklarini ikkita asosiy guruhga bo'lish mumkin - bodomsimon bez kasalliklari va halqum Shilliq qavati kasalliklari. Birinchi holda, bizfaringit haqida, keyintonzillit haqida gapiramiz. Tomoq og'rig'i va faringit mustaqil kasalliklar bo'lib, ular birga kechishi ham mumkin.

### O'tkir faringit

O'tkir faringit (*pharyngitis acuta*)- bu halqum Shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi. Bu mustaqil kasallik sifatida yuzaga keladi, lekin ko'pincha yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishiga hamroh bo'ladi.

Etiologiya. Etiologiya - virusli va bakterial infeksiyalardir. O'tkir faringitning virusli etiologiyasi 70% hollarda, bakterial - 30% da uchraydi. Tananing umumiy va mahalliy gipotermiyasi, burun bo'shlig'i patologiyasi, burun yondosh bo'shlig'i va burunhalqum, umumiy yuqumli kasalliklar, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, oshqozon-ichak trakti kasalliklari xavf omillar hisoblanadi.

Diagnostika. Tashxis qo'yish qiyin emas, ammo difteriya, kataral angina va boshqa yuqumli kasalliklar Shunga o'xshash klinik ko'rinish berishi mumkinligini yodda tutish kerak. Orqa tomoq devori va bodomsimon bezlar surtmasining mikrobiologik tekshiruv tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi.

Klinik ko'rinish. Bu quruqlik, yonish, tomoq og'rig'i hissi bilan tavsiflanadi.

Anginadan farqli o'laroq, o'tkir kataral faringitda tomoqdagi og'riq "bo'sh" tomoq bilan kuchli seziladi, ya'ni so'lakni yutgan vaqtda.

Ovqatni yutish unchalik og'riqli emas. Bundan tashqari, bemor halqumning orqa tomoni bo'ylab doimiy shilimshiq ajralmadanshikoyat qiladi, bu esa uni tez-tez yutish harakatlarini qilishga majbur qiladi. Umumiy holatining o'zgarishi, tana harorati esa  $37^{\circ}\text{C}$  dan oshmaydi.

Faringoskopiya bilan halqumning Shilliq qavati giperemik, shishgan, joylarda shilliq-yiringli karashlar ko'rinadi. Ko'pincha tomoq devorlarida (orqa va lateral) individual follikulalar yumaloq yorqin qizil balandliklar - granulalar shaklida kuzatilishi mumkin (6.1-rasm).



*Rasm: 6.1. O'tkir faringit*

Davolash. Davolash odatda mahalliy hisoblanadi. Antiseptik eritmalar bilan iliq chayish [dorivor shalfey barglari infuziyalari, moychechak gullari, evkalipt barglari ekstrakti (xlorofillipt) va boshqalar], halqumni turli xil antibakterial va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan aerozollar bilan birga pulverizatsiyalash [fuzafungin (bioparoks), biklotimol (gekso-sprey), ingalipt va b.], antigistaminlar, iliq ishqoriy ingalyasiyalar.

Ta'sirlovchi ovqatlarni (issiq, sovuq, nordon, achchiq, sho'r), chekishni, spirtli ichimliklarni chiqarib tashlash va yumshoq ovoz rejimiga rioya qilish kerak.

#### Angina yoki o'tkir tonsillit

Angina yoki o'tkir tonsillit (tonsillitis acuta), - bu keng tarqalgan yuqumli-allergik kasallik bo'lib, tanglay bodomsimon bezining o'tkir

mahalliy Yallig'lanishi bilan namoyon bo'ladi. Odatda bolalar va yoshlarga xos bo'lgan juda keng tarqalgan kasallik. 75% hollarda tomoq og'rig'i 30 yoshgacha bo'lgan odamlarda kuzatiladi. Angina (lot. Ango - siqish, bo'g'ib qo'yish) qadim zamonlardan beri ma'lum bo'lgan. Rossiya tibbiyot adabiyotida siz angina - "tomoq jabasi" ta'rifini topishingiz mumkin. Ta'rif Shuni ko'rsatadiki, yuqumli kasallik, angina rivojlanishi va kechishida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Binobarin, odamga havo tomchilari bilan yoki uy sharoitida yuqtirish mumkin. Yuqumli kasallik sifatida angina bu kabi takrorlanuvchi kasalliklardan himoya qiluvchi ma'lum immunitetni qoldirishi kerak. Yil davomida tomoq og'rig'i bir necha marta takrorlanishni davom ettiradigan holatlarda, organizmning immunitet kuchlari kamaygan deb taxmin qilish mumkin. Davolash usulini tanlash to'g'risida qaror qabul qilishda ushbu holatni hisobga olish kerak.

Anginani rivojlanishiga olib keladigan atrof-muhit omillari tananing, tovon sohasining, bodomsimon bezlar Shilliq qavatining sovuqotishi hisoblanadi.

Bodomsimon bezlarning Shilliq qavati.

Etiologiyasi va patogenezi: Kasallikning rivojlanishiga A-guruhiga mansub betta-gemolitik streptokokk (50-80% hollarda), ba'zan stafilokokk, pnevmokokk, adenoviruslar, og'iz bo'shlig'i spiroxetasi, zamburug'lar va boshqa mikroblar assosiasiyasi sabab bo'ladi.

B.S.Preobrajenskiy anginalarni quyidagi shakllarga bo'ladi:

1. Epizotik - atrof muhit sharoitining o'zgarishi, ko'pincha shamollash natijasida rivojlangan anginalar;

2. Epidemik - bemordan sog'lom kishiga yuqishi natijasida rivojlangan anginalar;

3. Surunkali tonzillitning xuruji davrida yuzaga keladigan anginalar..

Infeksiya ekzogen va endogen yo'llar orqali tarqaladi. Mikroblar murtakning shilliq pardasiga xavo-tomchi yoki alimantar yo'llar orqali kiradi. Endogen yo'l orkali yuqish mexanizmida organizm immun xolatining susayishi, saprofit yoki shartli-patogen mikrofloraning patogen mikrofloriga aylanishi yoki patogen hususiyatini oshishi natijasida yuzaga keladi. Autoinfeksiya ko'pincha surunkali tonzillitning xurujida muhim rol o'ynaydi.



Anginalar patogenezida organizmning sovuqqa bo'lgan moslashuv qobiliyatining susayishi (sovuqqa sezgirlikni oshishi), tashqi muhit sharoitining keskin o'zgarishlari (ob-havoning harorati, nisbiy namligi, havoda zaharli moddalarni mavjudligi va boshq.), S va V guruhi vitaminlar, xamda ovqat tarkibida oqsillar yetishmasligi ma'lum rol o'ynaydi. Limfatiko-gipoplastik diatezi bor bolalar, markaziy va vegetativ asab tizimi yaxshi rivojlanmagan, og'iz, burun, burun yondosh bo'shliqlarining surunkali kasalliklari, burun orqa-li nafas olishning buzilishi ham angining rivojiga yordam beradi.

Kasallikning rivojida lakunalar ichi mikroflorasi va oqsilni parchalanishi natijasida hosil bo'lgan moddalar sensibilizasiyalovchi omil sifatida ta'sir ko'rsatsa, turli ekzogen yoki endogen omillar - sensibilizasiyalangan organizmda boshlovchi mexanizm rolini o'ynaydi. Bundan tashqari, allergik omil infeksiyon-allergik xarakterga ega revmatizm, o'tkir nefrit, nospesifik yuqumli poliartrit va boshqa asoratlarni yuzaga kelishiga yordam beradi.

Tasnifi. B.S.Preobrajenskiy, V.T.Pal'chun bo'yicha anginalarning quyidagi tasnifi amalda keng qo'llanilib kelinmoqda.

Banal anginalar: Kataral;

Follikulyar;

Lakunar;

Aralash.

Anginalarning alohida (notipik) shakllari:

Simanovskiy-Vensan;

Gerpetik;

Flegmonali;

Zamburug'li;

Aralash shakllari.

Yuqumli kasalliklarda rivojlangan anginalar:

Diferiyada;

Skarlatinada;

Qizamiqda;

Zaxmda;

OITSda.

Qon kasalliklarda rivojlangan anginalar:

Agranulositar;

Monositar;

Leykozda.

Oddiy anginalar quyidagi umumiy belgilar bilan boshqa anginalardan ajralib turadi:

- 1- organizmning umumiy zaharlanish belgilarini kuzatilishi;
- 2- klinik-patologik o'zgarishlar har ikkala tanglay murtaklarida aniqlanishi;
- 3- yallig'lanish jarayonini o'rtacha 7 -8 kun davom etishi;
- 4- banal anginalarning etiologiyasida bakteriyalar hamda viruslar yallig'lanish jarayonida birlamchi omil bo'lib xizmat qilishi.

Patologoanotomik o'zgarishlar: murtak parenximasida qon tomir kapillyarlari va limfa tomirlarining keskin kengayishi, kichik vena qon tomirlari trombozi va limfa kapillyarlardagi turg'unlik kabi o'zgarishlar yuz beradi.

#### Kataral angina

Kataral angina - kasallikning eng yengil shakli bo'lib, yallig'lanish jarayoni tanglay murtaklari barcha qatlamlarining yallig'lanishi bilan kechadi. Anginaning bu shaklida tanglay murtaklari qizargan, shilliq pardasi hamda limfoid to'qima shishgan va yuzi serozli ajral-ma bilan qoplangan bo'ladi. Murtaklar epitelial qavatining yuzasida va kriptalarda limfo-sitlar, leykositlarning qalin infil'tratsiyasi aniqlanadi. Ayrim maydonlarda epiteliy yumshagan va mug'uzlangan bo'ladi.

Belgilari. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tomog'ida achishish, qi-chish va yutganda kuchayadigan og'riq kuzatiladi. U holsizlikka, boshi va ba'zan bo'g'imlari og'rishiga shikoyat qiladi. Tana harorati asosan subfebril, ya'ni 380 gacha ko'tariladi. Bolalarda ko'ngil aynishi kuzatilishi mumkin.

Qonda neytrofilli leykositoz (7-9.10- 9 / l), leykositlar formulasini biroz chapga siljishi, EChT 18-20 mm/soat oshishi qayd etiladi. Ba'zan tana xarorati me'yorda yoki leykositlar formulasi o'zgarishsiz bo'lishi mumkin.

Faringoskopiya murtaklar shilliq pardasining tarqoq qizarishi va, bu qizarish tanglay ravoqchalarining chetlariga tarqalganligi, tanglay murtaklari keskin kattalashib, qon tomirlari bo'rtib chiqqanligi, yumshoq tanglay va halqum orqa devorining shilliq pardasi

o'zgarmaganligi ko'rinadi. Bemorning tili quruq, ok sarg'ish qarash bilan qoplanadi.

Kataral angina ko'pincha follikulyar va lakunar anginadan oldin rivojlanib, 2-3 kun davom etib, agar samarasiz angina davolansa follikulyar yoki lakunar anginaga o'tadi.

Kataral anginani o'tkir faringitdan farqlash lozim. O'tkir faringit odatda o'tkir respi-rator kasalliklarda rivojlanib, unda murtaklar va halqumning shilliq pardasi qizaradi, kataral anginada esa yallig'lanish jarayoni asosan murtaklarda joylashadi. Mahalliy limfa tugunlari kattalashib, paypaslanganda biroz og'riydi.

Tashxis anamnez ma'lumotlari, bemor shikoyatlari mezo-epi- va gipofaringoskopiya tekshiruv natijalari asosida qo'yiladi. (6.2-rasm).



*Rasm. 6.2. Kataral angina*

### Follikulvar angina

Kasallikning og'ir shakllaridan biri bo'lib, yallig'lanish jarayoni nafaqat murtaklarning shilliq pardasini, balki follikulalarni ham qamrab oladi. Follikulalarda leykositli infil'tratlar yoki ayrim maydonlarda nekrozli o'zga-rishlar paydo bo'ladi. Murtaklar shishib, shilliq pardasi qizaradi. Epiteyliq qavati ostida joylashgan follikullarda tariq donasiday ok-sarg'ish kichik nuqtalar (yiringlagan follikullar) ko'rinadi. Shu sababli murtaklarning erkin yuzasi "yulduzli osmon" ni eslatadi.

Belgilari. Follikulyar angina o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati 38 – 38,50 ga ko'tariladi, tomog'i og'riydi. Og'rik ayniqsa yutinganda kuchayadi va ko'pincha quloq sohasiga ham tarqalishi mumkin. Organizmda umumiy zaharlanish belgilari: holsizlik, qaltirash, bosh og'rig'i, bo'g'imlar, mushaklar, ba'zan bel va yurak sohasining og'rishi, ishtahani pasayishi va qabziyat kuzatiladi. Bolalarda tana

haroratining ko'tarilishi bilan birga qusish, meningizm, es-hushning xiralashishi kabi og'ir belgilar paydo bo'lishi mumkin. Bo'yin va jag' osti limfa tugunlari kattalashib, paypaslanganda og'riydi. Qonda leykositoz (12-15. 10 - 9/l), tayoqcha yadroli leykositlar miqdorini ko'payishi, leykoformulani chapga siljishi, EChT 30 mm/soat oshishi kuzatiladi; siydikda al'bumin-uriya va xatto mikrogematuriya aniqlanishi mumkin.

Faringoskopiyada yumshoq tanglay va ravoqchalarga tarqalgan tarqoq qizarish, infil'tratsiya, tanglay murtaklarining shishi ko'zga tashlanadi. Murtaklar yuzasida 1-3 mm xajmdagi ko'p sonli aylana, biroz bo'rtib angina chiqqan sargish-ok nuqtachalar ko'rinadi. Bu tuzilmalar shilliq parda ostida joylashgan murtaklarning yiringli

follikulalari bo'lib, ular kasallikning 2-3- kunida yorilib, shilliq pardada tez bitib ketuvchi yarachalarni, kon tomir-eroziyalarini xosil qiladi. Kasallik 5-6 kun davom etadi.

Follikulyar va lakunar anginalar klinik va patologoanatomik manzarasi bilan bir-biri-dan kam farq qiladi. Kasallikning klinik shakli esa qaysi jarayon kuproq rivojlanganligiga bog'liq bo'ladi. (6.3-rasm). Kasallikning davomiyligi odatda 6-8 kun.



*Rasm: 6.3. Follikulyar tonsillit*

Davolash. Davolash lakunar tomoq og'rig'i bilan bir xil.

Lakunar angina

lakunalar ichida va kirish qismida dastlab serozli-shilimshiq, keyinchalik yiringli ajralma to'planini bilan kechadi. Ajralma leykositlar, limfositlar, ko'chgan epiteliy va fibrindan iborat bo'ladi. Lakunalar atrofni o'ragan qarashlar bir-biri bilan qo'shilib, murtaqlar yuzasini qisman yoki butunlay qoplashi mumkin, ammo bunday karashlar atrof to'qimalarga (ravoqlar, yon devorlar, tilcha) tarqalmaydi va oson ko'chadi. Lakunar angining aynan shu belgi-si uni halqum difteriyasidan farqlashga yordam beradi.

Belgilari. Kasallikning boshlanishi va klinik manzarasi follikulyar anginaga o'xshasada, angining bu shakli nisbatan og'irroq kechadi. Jara-yon ko'pincha ikkala murtaqda bir vaqtda rivojlanadi. Ba'zan bemorda bir vaqtning o'zida ham follikulyar, ham lakunar angina belgilarini kuzatish mumkin.

Faringoskopiya murtaqlarning qizargan shilliq pardasi yuzasida, lakunalar ochiladigan maydonda sarg'ish-oq karash paydo bo'lib, shilliq pardada nekroz va ko'chgan epiteliy maydonchalari ko'rinadi. Fibrozli karash ayrim maydonlarda bir-biriga qo'shilib murtaq sathini to'liq qoplasada, lekin murtaqlar chegarasidan chiqmaydi. Qarashlar shpatel' yordamida oson ko'chadi. Kasallik o'rtacha 5-7 kun davom etishi, yoki asoratlangan og'ir kechimida undan ko'proq muddatga cho'zilishi mumkin.

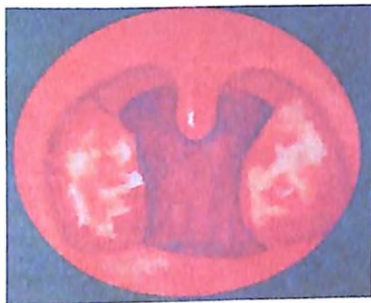
Tanglay murtaqlarining o'tkir yallig'lanishi Pirogov-Val'deyer limfadenoid halqasining boshqa murtaqlariga ham tarqalishi mumkin.

Burun-halqum murtagi yallig'langanda bemorning dimog'i og'riydi, og'riq burun sohasiga tarqalib, bemorda burun orqali nafas olish qiyinlashadi. Til murtagi yallig'langanda bemorning tomog'i og'riydi, yutinganda va tilini og'zidan chiqarganda og'riq kuchayadi. Halqum yon devorlarining limfoid to'qimalari yallig'langanda esa shu maydonda biroz og'riq va shish kuzatiladi. Ba'zan kasallik og'ir kechib, yiringli mediastenitning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. (6.4-rasm). Pastki jag'burchagi orqasida joylashgan regionar limfa tugunlari palpatsiya qilinadi, ular og'riqli va kattalashgan. Kasallik o'sib borishi bilan tashqi bo'yin tomirlari bo'ylab chuqur joylashgan tugunlar ham reaksiyaga kirishadi. Ko'pincha, xuddi shu bemorda bir vaqtning o'zida

follikulyar va lakunar tonsillit belgilari kuzatilishi mumkin. Kasallikning davomiyligi 6-8 kun.

**Davolash.** Kataral, follikulyar va lakunar angina bilan ogʻrigan bemor asosan uy sharoitida davolanadi. Kasallik ogʻir kechgan hol-larda davolash yuqumli kasalliklar shifoxonasida olib boriladi. Bemorga alohida idish-tovoq va sochiq ajratiladi, qonning umumiy va biokimyoviy taxlili oʻtkaziladi, tanglay murtagidan bakteriologik tekshiruv uchun surtma olinadi. Yengil, vitaminlarga boy ovqatlar, koʻp miqdorda iliq suyuqliklar ichish (limonli choy, sharbatlar, mineral suvlar) tavsiya qilinadi.

Bemorlarga etiologik, patogenetik, simptomatik davolash tadbirlari va darmon-dorilar buyuriladi. Kasallikni turli mikroflora koʻzgʻatishini eʼtiborga olgan xolda bemorga keng koʻlamli antibiotiklar (augmentin, linkomisin, torosef va boshqalar) buyuriladi. Bioparoks antibiotiki mahalliy yalligʻlanish jarayoniga qarshi taʼsirga ega boʻlib, kuniga 4 mahal ingalyasiya shaklida buyuriladi. Anti-biotik eritmacini pastki jagʻ suyagi burchagidan 1 sm pastda teri ostiga limfotrop usulda ham yuborish mumkin.



*Rasm: 6.4. Lakunar angina*

63% dan ortiq hollarda yallig'lanish jarayonida anaerob mikroblar ishtirok etishini nazarda tutib vena ichiga metrogil eritmasi tomchilab yuboriladi (Alaniyozov S.N., 2006).

Bemorga antigistamin dori vositalari, darmon-dorilar (shu jumladan, askorutin) ichish tavsiya qilinadi. Tomoqni 2% ichimlik sodasi erimasi yoki sho'r suv, shalfey, kalendula damlamasi bilan kuniga 4-6 marta chayish tavsiya qilinadi. Klinikamizda olib borilgan tajribalar shuni ko'rsata-diki, 1% kal'siy xlorid eritmasini (7-10 ml/kg dozada 1 daqiqada 40-50 tomchi) 400 ml gacha miqdorda tomchilab yuborish yaxshi samara beradi.

Mahalliy usulda tanglay murtaklari sohasiga UVCh, qisqa to'liqini terapiya muolajalari o'tkaziladi, jag' osti limfa tugunlari sohasiga issiq yarimspirtli boylam qo'yiladi. Ko'rsatma bo'yicha bemorga salisilatlar (parase-

tamol, panadol), mukolitiklar va tinchlantiruvchi dorilar buyuriladi. Angina bilan og'rikan bemor 6-8 kun davomimida ishdan yoki o'qishdan ozod etilishi, ishga yoki o'qishga ruxsat berishdan oldin qon va siydik lo'lachalari anginasi taxlillari, EKG tekshiruvi o'tkazilishi va bir oy davomida shifokor nazorati ostida bo'lishi lozim.

#### Anginaning atipik shakllari

##### Simanovskiy-Plaut-Vinsent anginasi

Simanovskiy-Plaut-Vinsent anginasi ( yarali-pardali tonzillit) doimo og'iz bo'shlig'ida kariesli tishlar, Yallig'lanishli milk kasalligi bilan mavjud bo'lgan mikroorganizmlarning simbiyoz (og'iz bo'shlig'ining spiroxetasi va urchuqsimon tayoqchasi) ta'sirida paydo bo'ladi. Ushbu anginaning o'ziga xos xususiyati, tanglay bodomsimon bezidagi sezilarli destruktiv o'zgarishlar bilan birga to'la qoniqarli umumiy holat deb hisoblanadi. Ba'zi hollarda og'iz bo'shlig'ini tekshiradigan tish shifokori, bemor uchun kutilmagan holda, bitta tanglay bodomsimon yuzasida yarani topadi. Yara katta bo'lishi va bezning deyarli butun yuzasini qoplashi mumkin (6.5-rasm).

Yaraning pastki qismida kulrang-sariq rangli blyashka ko'rinadi, u pinset bilan osongina olib tashlanadi. Yuqorida aytib o'tilganidek, bemorning sog'lig'i juda ozdir, tana harorati normal bo'lishi mumkin. Odatda pastki jag burchagi atrofida va uning Yuqori qismida sternokleidomastoid mushakning old tomoni bo'ylab kattalashgan,

ammo ozgina og'riqli regionar limfa tugunlari bilan aniqlanadigan o'tkir, yomon nafas bo'ladi. Tonzillaning yarasi, uning ostidagi blyashka har doim shifokorni ogohlantirishi kerak va u Simanovskiy-Plaut-anginasini Shunga o'xshash ko'rinishdagi (difteriya, zaxm, xavfli o'sma) xavfli kasalliklardan ajratib turishi kerak. Ajratib olinadigan yarani bakteriologik o'rganish uchun surtma olish kerak. Simanovskiy-Plaut-Vinsent anginasi uchun mikroorganizmlarning yuqorida ko'rsatilgan simbiozining ta'rifi bilan tavsiflanadi.

Davolash. Vodorod peroksid, kaliy permanganat eritmasi bilan og'izni chayish, yarani yod eritmasi, askorbin kislota (S vitamin) va retinol bilan yog'lash, bo'yin va regionar limfa tugunlari sohasiga issiqlik kompresslari tavsiya qilinadi. Bemorni izolyasiya qilish, alohida idishlardan foydalanish kerak.



*Rasm: 6.5. Yara-pardali angina*

Gerpetik angina - halkum orqa devori va yumshoq tanglayda yaralanishga moyil mayda pufakcha va toshmalarining paydo bo'lishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik. Kasallikni adenoviruslar, gripp va Koksaki viruslari qo'zg'atadi. Infeksiya havo-tomchi yo'li va qo'llar orqali tarqaladi. Pufakchalar yorilgandan so'ng epiteliy qavati fibrin bilan qoplanadi. Bir vaqtning o'zida bunday pufakchalar tanglay-til va tanglay-halqum ravoqchalarida hamda yumshoq tanglayda paydo bo'lishi mumkin. Kasallik ko'pincha yosh bolalarda uchraydi.

Belgilari. Gerpetik angina o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati 38-40 0 ko'tariladi, boshi, tomog'i og'riydi, yutinganda og'riq kuchayadi, u holsizlanadi. Bir tomonlama kon'yuktivit anginaga xos



muhim belgi hisoblanadi. Juda kam hollarda yosh bolalarda serozli meningit belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Faringoskopiyada dastlabki soatlarda shilliq pardaning tarqoq qizarishi aniqlanca, keyin-chalik yumshoq tanglay, tilcha, tanglay ra-voqchalari, murtaklar va halqumning orqa devorida kichik qizg'ish pufakchalar paydo bo'ladi. Kasallik boshlangandan 3-4 kun o'tib pufakchalar yorilib yoki o'z-o'zidan surilib shilliq parda yana o'z holiga qaytadi.

Davolash. Antibiotikoterapiya yaxshi samara bermasligini e'tiborga olgan holda bemorga siptomatik terapiya va viruslarga qarshi dori vositalari (asiklovir yoki uni o'rnini bosuvchi dorilar) buyuriladi.

Flegmonali angina (intratonzillyar xuppoz) nisbatan kam uchraydi. Kasallikning rivojlanishiga banal anginalardan tashqari, murtaklarni kattiq ovqat parchalari bilan jarohatlanishi sabab bo'lishi mumkin. Bunday anginada lakunalar drenaj faoliyatining buzilishi, dastlab murtak parenximasining shishi, keyin leykositlar infil'tratsiyasi kuzatiladi. Follikulardagi nekrozga uchragan to'qima maydonlari qo'shib murtak ichida yi-ringli o'choqni hosil qiladi. Murtak yuzasiga yaqin joylashgan xuppoz o'z-o'zidan og'iz bo'shlig'iga yoki paratonzillyar bo'shliqqa yorilishi mumkin.

Flegmonali anginada murtak qizarib kattalashadi, paypaslanganda og'riydi. Murtak ichi kichik xuppozchalari belgisiz yoki biroz mahalliy va umumiy o'zgarishlar bilan kechib, odatda keskin klinik belgilar bilan kechuvchi paratonzillyar abssestdan farq qiladi. Agar flegmonali anginada bemor og'zini ochish imkoniga ega bo'lsa, peritonzillit yoki peritonzillyar abssestda u og'zini ocholmay qoladi.

Davolash. Flegmonali angina jarrohlik usulida davolanadi, ya'ni murtak absessi ochiladi. Bemorga

yallig'lanishga qarshi antibiotiklar, antigistamin, og'riqsizlantiruvchi dezintoksikasiya va simtomatik dori vositalari buyuriladi. Tanglay murtaklari chegarasi sohasiga teri ostiga antibiotik eritmasini yuborish va 1% li kal'siy xlor erit-masini vena ichiga tomchilab yuborish yaxshi natija beradi.

#### Til bodomsimon bezining angina kasalligi

Juda jiddiy kasallik. Odatda quloqqa beruvchi tomoq og'rig'i, manqalik, og'izdan yomon hid, Yuqori tana harorati kuzatiladi.

Bemorning umumiy ahvoli yaqqol darajada aziyat chekadi. Xuddi Shu belgilar tilning xo'ppoziga xosdir. Shuning uchun til bodomsimon anginasida bilan og'rigan bemor LOR bo'limiga yoki jarrohlik stomatologiya bo'limiga yotqizilishi kerak. Xo'ppoz rivojlanishi bilan tilning bir tomonlama shishishi, tilni og'zidan chiqara olmaslik, juda Yuqori tana harorati, yaqqol trizm kuzatilishi mumkin.

Til bodomsimon anginasida intensiv Yallig'lanishga qarshi terapiya amalga oshiriladi. Xo'ppozni maxsus pichoq bilan ochish kerak (Toboltning yashirin pichog'i).

#### Yuqumli kasalliklarda angina

Ba'zi o'tkir yuqumli kasalliklarda limfadenoid halqum halqasining Yallig'lanishi ko'pincha tanglay bodomsimon bezlaridarivojlanadi. Halqumdagi o'zgarishlar kataraldan nekrotik shakllargachaeng xilma-xil bo'lishi mumkin. Shuning uchun har qanday angina paydo bo'lganda, u har qanday yuqumli kasallikning, ayniqsa bolalik davrida boshlang'ich alomati bo'lib xizmat qilishi mumkinligini yodda tutish kerak.

#### Difteriyada angina

Difteriya - umumiy zaharlanish va yallig'lanish jarayoni tufayli tanglay murtaklari va og'izhalqum shilliq pardasida, ya'ni infeksiyani kirish maydonida fibrinozli qarash hosil bo'lishi bilan kechuvchi o'tkir yuqumli kasallik.

Etiologiyasi. Kasallikni tashqi muhitga chidamli difteriya tayoqchasi (*Corynebacterium diptheriae*) ko'zg'atadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yoki kontakt yo'l orqali tarqaladi. Yashirin davr 2-7 kun davom etadi. Difteriya ko'pincha bolalarda uchraydi.

Belgilari. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati ko'tariladi. Difteriyaning klinik kechimi xilma-xil bo'lganligi sababli, kasallikning quyidagi shakllari tafovut qilinadi:

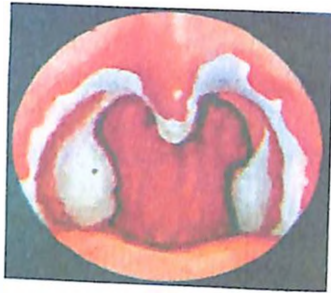
- maxalliy shakli: qarashli, orolchali, kataral;
- halqum, burun va hiqildoqni zararlanishi bilan kechgan tarqoq difteriya;

- toksik difteriya: gemorragik va gangrenozli difteriya.

Difteriyaning maxalliy shakli - eng ko'p uchrab, 70-80% tashkil qiladi. Jarayon chegaralangan maydonni qamrab oladi, umumiy zaharlanish belgilar bosh og'rig'i, holsizlik, ishtaxani pasayishi, bo'g'im va muskullar og'rishi bilan namoyon bo'ladi. Dastlabki soatlarda bemorni tomog'i og'rishi bezovta qiladi, ikkinchi kuni - og'riq ancha zo'rayadi,

nutqi noaniq bo'lib, og'zidan o'ziga xos yoqimsiz hid keladi. Tana harorati balandligiga qaramasdan bemorning yuz terisi rangpar bo'ladi (lakunar va follikulyar anginada bemorning ikki yuzi odatda qizil, lablari quruq va yorqin bo'ladi). Maxalliy limfa tugunlar biroz kattalashib, og'riydi.

Faringoskopiya da murtaklarning va tanglay ravoqchalarining ko'kimsiz qizarishi va shishi, lakunalar sohasida (orolchali shaklida) va murtaklarning tomoq yuzasida (karashli shaklida) kulrang-oqish qalin karash ko'rinadi. Karash ba'zan sarg'ish yoki yashil rangda bo'lib, tanglay ravoqchalari, yumshoq tanglay, tilcha va halqumning orqa devorida joylashadi. Difteriyaning kataral shaklida karash bo'lmaydi. (6.6-rasm).



*Rasm: 6.6. Difteriyada angina*

Halqum difteriyasining tarqoq shakli 3-5% hollarda uchraydi va karashni burunhalqum, burun, hiqildok va traxeyaning shilliq pardasiga tarqalishi bilan kechadi. Bemorda pastga tarqaluvchi krup holati rivojlanishi mumkin. Bemorda zaharlanish belgilari ancha keskin namoyon bo'ladi, tana harorati  $39^{\circ}$  ko'tariladi, tomog'i og'riydi, yutinganda og'riq zo'rayadi. Bun-dan tashqari taxikardiya, aritmiya, qon bosimini pasayishi, es-hushni xiralashishi kuzatiladi.

Difteriyaning toksik shakli juda kam uchraydi. Kasallik o'tkir boshlanadi, bemorning tana harorati  $40^0$  ko'tariladi, halqum shilliq pardasining va buyin teri osti yog' to'qimasining shishi erta paydo bo'ladi. Bemorni tomog'i og'riydi, yutinganda og'riq zo'rayadi, nafas olishi qiyinlashadi. Keyingi boskichlarda yumshoq tanglay falaji rivojlanib, yumshoq tanglayning harakati buziladi va bemor yutinganda ovqat parchalari burun bo'shlig'iga kiradi, bemorda manqalanish yuzaga keladi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashadi va parafarengial, jag' osti va bo'yin to'qimalarining shishi bilan birga kechadi. Shish o'mrov suyagiga va kovurg'alargacha pastga tarqalishi mumkin. Ayrim hollarda klinik manzarada gemorragik diatez (gemorragik difteriya) belgilari yetakchilik qilishi va bemor burnidan, yuqori nafas yo'llaridan qon oqishi, teri ostiga qon quyulishi belgilari kuzatilishi mumkin.

Qiyosiy tashxis. Difteriya keskin zaharlanish belgilari bilan o'tkir birlamchi tonzillitdan (xususan, lakunar anginadan) adinamiya va tana haroratining past bo'lishi, faringoskopiya manzarasi va boshka belgilar bilan farq qiladi.

Tashxis. Anginalarning barcha shakllari difteriyaga shubha tug'dirishi kerak. Difteriyaga xos kulrang - oqish yoki sarg'ish-kulrang karash kasallikning ikkinchi kuni oxirida paydo bo'ladi. Qalin karash qiyinchilik bilan olinadi, shisha idishda ezilmaydi, suyuklikda cho'kadi. Karash olingandan so'ng o'z joyida qayta hosil bo'ladi. Zararlangan maydondan olingan surtmaning bakteriologik tekshiruvi tashxisni tasdiqlaydi. Surtmani yoki karash parchasini karashning chetlaridan olish lozim, tekshiruvda 75-80% hollarda Klebs-Lyoffler tayoqchalari aniqlanadi.

Difteriyaning asoratlari ham kasallikning og'ir kechimi bilan birga zo'rayib boradi. Eng og'ir va tez-tez uchraydigan asorat - bu mio-kardit. Yumshoq tanglayning perefirik falaji (sayyor va tilHalqum asab tolasi halqum shoxchalarining zararlanishi) bir-yoki ikki-tomonlama bo'lishi mumkin. Kamdan-kam hollarda oyoqlar hamda diafragmaning periferik falajlari kuzatilishi mumkin.

Bundan tashqari, bemorlarda, ayniqsa bolalarda nafas yo'llari torayishi (difteriya krupi) rivojlanishi mumkin.

Davolash. Difteriya, ayniqsa uning toksik shakli aniqlangan bemor darhol yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilib, sanitariya-epidemiologiya bo'limiga shoshilinch xabar yo'llanadi. Difteriyaga qarshi antitoksik zardob infeksiya o'chog'ida va qondagi zaharli mod-

dalarni neytrallash xususiyatiga ega bo'lib, hujayralar bilan birikkan zaharli moddalarga ta'sir ko'rsatmaydi. Shuning uchun davolashda difteriyaga qarshi zardobni erta qo'llash lozim.

Zardob Bezredko usulida yuboriladi. To'liq davolash miqdorini yuborishdan 1 soat oldin anafilaktik shokni oldini olish maqsadida teri ostiga 0,5 ml zardob yuboriladi. Difteriyaning mahalliy shaklida 10 000-30 000 AE, 1-2 kundan so'ng yana 5000 AE zardob yuboriladi.

Difteriyaning tarqoq shaklida zardobning dastlabki miqdori 30 000 - 40 000 AE, ikkinchi miqdori - 10 000 AE ni tashkil qiladi. Difteriyaning toksik shaklida zardobning umumiy miqdori 100 000-200 000 ga teng bo'ladi.

Bemorga vitaminlar, detoksikasiya va simptomatik vositalar tavsiya qilinadi. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida antibiotikoterapiya va antigistamin preparatlari buyuriladi. Hozirgi kunda difteriyani davolashda noqulay ta'siri kam bo'lgan "diaferm" tozalangan zardob qo'llanilmoqda.

Difteriyani boshdan kechirgan bemorlarning 5-10% basilla tashuvchisi bo'lib qoladi va atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Burun va tomoq surtmasi tekshiruvining natijasi uch marta manfiy deb qayd etilgan shaxs difteriya tayoqchasidan xoli deb hisoblanadi.

#### Skarlatinada angina

Skarlatinada rivojlangan angina. Skarlatina - streptokokk infeksiyasining klinik shakllaridan biri bo'lib, o'ziga xos belgilar - umumiy zaharlanish, angina va mayda qizil nuqtali toshmalar bilan kechuvchi o'tkir yuqumli kasallik. Kasallik halqum, tanglay murtaklari, yumshoq tanglay shilliq pardasining keskin qizarishi bilan boshlanadi. Bemorning tana harorati 38-400 ko'tariladi, bosh og'rig'i va qusish kuzatiladi. Qizarish, ya'ni "skarlatina enantemasi" qattiq tanglayga tarqalib, unda zararlangan maydonni keskin ajratib turuvchi chegara chizig'ini paydo qiladi. Bu belgi kasallikning 2-kunida yuqoladi, 3-4-kuni esa be-morning tili malina rangiday qip-qizarib, so'rg'ichlari ko'zga tashlanib turadi. Keyinchalik jarayon tanglay murtaklariga ko'chadi va u yerda kataral yoki yiringli-gemorragik angina belgilari paydo bo'ladi. Tanglay murtaklari shishib, oson olinadigan iflos-kulrang karash bilan qoplanadi. Karash tanglay ravoqchalariga, yumshoq tanglay, tilcha va burunhalqumga tarqaladi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashib og'riydi, terida mayda nuqtali toshmalar, epi-dermisni ko'chishi, Filatov burun-lab uchburchagi (toshmasiz rangpar teri

maydoni) belgilari kuzatiladi. Angina ko'proq bolalarda rivojlanadi va og'ir kechadi, ba'zan skarlatina bilan og'riq bolada talvasa va es-hushni yo'qotish holatlari kuzatilishi mumkin.

Davolash. 5-7 kun davomida bemorning yoshiga qarab ichishga yoki mushak orasiga penisillin guruhiga mansub antibiotiklar ko'p miqdorda buyuriladi. Bir vaqtning o'zida antigistamin preparatlar, og'iz va halqumni antiseptiklar bilan chayish tavsiya qilinadi.

Qizamiqda rivojlangan angina. Qizamiq - bu odatda bolalarda umumiy zaharlanish belgilari, nafas yo'llari va limfa-denoid halqum halqasi shilliq pardasining yallig'lanishi, kon'yuktivit, terida papula toshmalarining paydo bo'lishi bilan kechgan o'tkir yuqumli kasallik.

Halqumni yallig'lanishi qizamiqning ham yashirin davrida, ham toshma davrida kuzatiladi. Bolada dastlab yuqori nafas yo'llarining kataral o'zgarishlari va kon'yuktivit belgilari paydo bo'ladi. Kasallikning 3-4- kuni toshma paydo bo'lishidan oldin lunjlarning ichki yuzasida qizamiq kasalligiga xos Folatov-Koplik dog'lari (o'lchami 1-2 mm bo'lgan 10-20 dona alohida-alohida oqish dog'chalar) paydo bo'lib, 2-3 kundan so'ng yo'qoladi.

Faringoskopiya og'iz bo'shlig'i, og'izhalqum va yumshoq tanglayning shilliq pardasi qizargan va biroz shishganligi, unda turli o'lchamdagi bir-biriga qo'shilib ketgan qizil dog'lar (qizamiq enantemasi) ko'rinadi. Tanglay murtaklarining zararlanishi lakunar yoki follikuliyar angina manzarasini eslatadi.

Toshmalar davrida yuqori nafas yo'llari kataral o'zgarishlarning kuchayishi bilan birga, halqum halqasi limfadenoid to'qimasining umumiy giperplaziyasi, mahalliy limfa tugun-larning kattalashishi, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Rekonvalessensiya davrida immunitetning susayishi natijasida ikkilamchi infeksiya qo'shilib, bemorda milk, til va lablarning yaralanishi, og'ir o'tkir va subxordal laringit belgilari kuzatilishi mumkin.

Davolash asosan simptomatik bo'lib, u bemorni parvarish qilish, yaxshi ovqatlantirish, vitaminoterapiya, og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan chayishni o'z ichiga oladi.

Bolalarni qizamikka qarshi emlash kasallikni oldini olishga yordam beradi. Asoratlar rivojlanganda bakteriyalarga qarshi terapiya buyuriladi.

Tulyaremiyadagi angina. Tulyaremiya kasalligi chang, ovqat yoki suv orqali tarqaladi. Bemorda nekrotik angina belgilari kuzatiladi, mahalliy limfa tugunlar kattalashib, yiringlaydi. Nekroz maydonidan olingan surtmada tulyaremiya mikrobi aniqlanadi.

Ich terlamadagi angina bemorlarning 1/3 qismida kuzatiladi. Kataral angina tanglay murtaklari va ravoqchalarining shishi, kichik aylana yaralarning paydo bo'lishi bilan kechadi. Yaralarning tubi o'ziga xos oq-kulrang rangda bo'ladi.

Yuqumli mononukleoz kasalligining angina shakli bemorda tana haroratini 39-40<sup>0</sup> S ko'tarilishi, qonda o'ziga xos

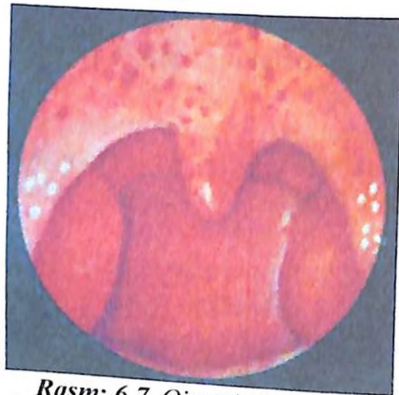
o'zgarishlarning yuzaga kelishi (mononukleolar soni 50 - 70 % yetadi), jag' osti va bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi va og'rihi bilan kechadi. Bemorda dastlab kataral yoki follikulyar angina rivojlanib, keyin murtakda oq-kulrang parda bilan qoplangan yaralar paydo bo'ladi.

#### Qizamiqda angina

Qizamiq - bu bolalarda intoksikatsiya, halqum Shilliq qavatining Yallig'lanishi, kon'yunktivit, terida makulopapulyar toshma bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik.

Faringoskopiya bilan og'iz bo'shlig'i, orofarenks, yumshoq tanglay Shilliq qavati giperemik, shishgan, qizil dog'lar bilan ajralib turadi (6.7-rasm). Tanglaybezlarining zararlanishi lakunar yoki follikulyar tonzillitning tasviriga o'xshaydi.

Davolash asosan simptomatikdir.



*Rasm: 6.7. Qizamiqda angina*

Tizimli qon kasalliklarida angina

Agranulositozdagi angina - qonda monositlar va limfositlar saqlanib, granulosit-larning (bazofillar, eozinofillar va neyt-rofillar) yuqolishi, bir vaqtning o'zida leykositlar sonining keskin kamayishi (ba'zan 0,2-0,5.10-9/l gacha) bilan kechgan tanglay mur-taklari va halqumning yarali-nekrotik zararlanishi. Agranulositozning rivojlanishiga ko'pincha gemopoezga salbiy ta'sir qiluvchi dori vositalarni (anal'gin, aspirin, sul'fanilamidlar, antibiotiklar va o'smaga qarshi dorilar) uzoq muddat davomida va noto'g'ri qo'llanishi sabab bo'ladi.

Etiologiyasi bo'yicha agranulositozning 4 turi tafovut qilinadi: yuqumli, toksik (dorilar ta'siri natijasida), nurlanish va qon kasalliklaridagi agranulositoz.

Kasallik shiddatli, o'tkir va nisbatan o'tkir shakllarda kechadi. Agranulositozning o'tkir shakli bir sutka davomida rivojlanib, bunda bemor ahvolining og'irligi, tana haroratining balandligi va qaltirash kabi umumiy belgilar yetakchilik qiladi. Bir vaqtning o'zida tanglay murtaklarida nekrotik yaralar paydo bo'ladi. Jarayon og'iz bo'shlig'i, halqum va hatto hiqildoqning shilliq pardasiga tarqaladi. Nekrozga uchragan chuqur yumshoq va suyak to'qimalari parchalanib dag'al nuqsonlar hosil qiladi. Jarayon tomoqni keskin og'rishi, yutinganda og'riqni kuchayishi, so'lak oqishi, og'izdan yoqimsiz hid kelishi bilan kechadi.

Qonda keskin leykopeniya va neytropeniya aniqlanadi. Bir necha kun ichida qonda neytrofillar yuqolib, leykoformula faqat limfosit va monositlardan iborat bo'ladi. Eritrositlar va trombositlar soni deyarli o'zgarmaydi.

Tashxis klinik belgilar va qon tahlili asosida qo'yiladi.

Davolash. Bemorga qon ishlab chiqarilishini faollashtiruvchi dorilar buyuriladi, ikkilamchi infeksiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkaziladi. Agranulositozga sabab bo'lgan dorilarni qo'llash to'xtatiladi. Tomir ichiga 200-300 ml qon, leykositlar massa qo'yiladi, leykopoezni faollashtiruvchi vositalar - nukleinat natriy, pentoksil, leykogen yuboriladi, kortikosteroidlar, vitaminoterapiya, kal'siy preparatlari tavsiya qilinadi. Har kuni og'iz bo'shlig'i va halqumga ishlov beriladi; nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanib, o'rni antiseptik eritmalar bilan yuviladi. og'iz bushlig'i ham antiseptik eritma bilan chayiladi.

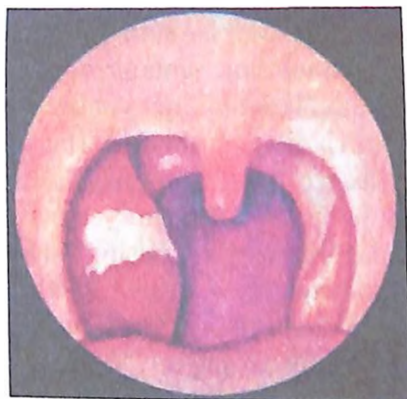


**Alimentar-toksik aleykiyadagi angina.** Kasallikni mikroskopik zamburug'lar qo'zg'atadi. Zaharlanish tufayli bemorda leykopoez, keyinchalik trombopoez va eritropoez jarayoni susayadi. Kasallikning ikkinchi yarmida kamqonlik, leykopeniya (leykositlarning soni  $1.10^9 / l$  tushadi), tanglay murtaklarining nekrotik yoki gangrenoz yallig'lanishi rivojlanadi. Bemorning tana harorati ko'tarilib, qo'l-oyoqlari va gavdasida to'q-qizil nuqtali toshmalar (petexiyalar) paydo bo'ladi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashmaydi.

Leykozdagi angina. Leykoz - og'ir qon kasalligi bo'lib, turli a'zolarda patologik gemopoez o'choklarining xosil bulishi va qonda yetilmagan leykositlar shakllarineng paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik o'tkir va surunkali kechadi. Leykozda leykositlarning fagositar faoliyati buzilishi natijasida bemorda nekrotik va septik asoratlar, keskin gemorra-gik diatez belgilari, kuchayib boruvchi og'ir kamqonlik rivojlanadi. Murtaklar leykemik va aleykemik leykozlarda zararlanadi. O'tkir leykozning angina shakli to'satdan boshlanib,shiddatli kechadi. Kasallikning dastlabki bosqichida kuzatilgan kataral angina keyinchalik gemorragik, yarali-nekrotik va gangrenali anginaga aylanadi. Milklarda ham shunga o'xshash o'zgarishlar sodir bo'ladi, bemorni og'zidan badbo'y hid ke-ladi, disfagiya kuzatiladi. Terisi juda rangpar bo'lib, unda petexiya toshmalari va qontalashishlar paydo bo'ladi. Og'ir hollarda burun, milklar, me'da va ichaklardan o'lim holatiga sabab bo'luvchi qon oqishlar kuzatilishi mumkin. Bo'yin limfa tugunlari va taloq kat-talashadi.

Qonda leykositlar soni 30 dan - 200,0.  $10^9 / l$  gacha yetadi. Leykozning leykopeniya shaklida leykositlar soni 1,0 - 3,0.  $10^9 / l$  Kama-yishi mumkin. Qonda yetilmagan "blast" hujayralari (gematoblast, mieloblast, limfoblastlar) paydo bo'lib, 95% tashkil qiladi.

Davolash. Hozirgi vaqtda leykozda olib boriladigan farmakoterapiya kamsamarali bo'lib, u kasallikda remissiyaga erishishga va be-mor umrini bir necha yilga cho'zish imkonini beradi xolos. Bemorga bir-necha bor eritrositar massani (150-200 ml dan) qo'yish asosiy davolash tadbiri hisoblanadi. Bir vaqtning o'zida zaharlanish belgilarni kamaytirish va nekrotik o'zgarishlarni bartaraf etish maqsadida antibiotikoterapiya o'tkaziladi, nekrozga uchragan maydonlarga antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi. Bundan tashkari, tiofosamid, novembixin, mielosan dori vositalari bilan kimyoterapiya o'tkaziladi.



Rasm. 6.8. O'tkir leykozda angina (intratonzilliyar abscess)

Monotsitoz. Qon kasalligi tanglay bodomsimon bezlarida nekrotik o'zgarishlar bilan kechadi - bodomsimon bezdagi blyashka difteriya pardasiga o'xshaydi. Faqatgina monotsitlar sonining ko'payishi aniqlangan qon tekshiruvi to'g'ri tashxis qo'yish imkoniyatini beradi. Odatda kasallikning natijasi ijobiydir.

Bodomsimon bezlardaxo'ppozlar nisbatan kam uchraydi. Ularning paydo bo'lishi bodomsimon hududning yiringli birlashishi bilan bog'liq, odatda birtomonlama bo'ladi, Flegmonoz tonzillitda bodomsimon bezlar giperemik, kattalashgan bo'ladi. Etilgan xo'ppoz lakuna orqali og'iz bo'shlig'iga yoki paratonzilyar to'qimalariga ochilishi mumkin. Jarrohlik davolash - xo'ppozni ochish yoki bir tomonlama tonzilektomiya.

## ANGINANING ASORATLARI

Anginaning umumiy va mahalliy asoratlarini ajratib ko'rsatish. Tez-tez uchraydigan asoratlarda revmatizm va yurak kasalligi (tonzilokardial sindrom) mavjud. Buyraklardan (tonzillorenal sindrom), bo'g'imlardan, gemotopoetik organlardan, oshqozon-ichak traktidan va sepsis rivojlanishidan angina tez-tez kelib chiqadigan asoratlari mavjud. Anginaning eng keng tarqalgan mahalliy asoratlari paratonzillitdir.

### Paratonzilliyar xo'ppoz

Paratonzillit (paratonsillitis) - paratonzilliyar (murtak atrofi) kletchatkaning, ya'ni murtak kapsulasi va halqum fassiyasi oralig'i kletchatkasining o'tkir yallig'lanishi. 80% hollarda kasallik surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlarda anginaning assorati sifatida

rivojlanadi. Infeksiyani murtaklardan paratonzillyar kletchatkaga tarqalishiga murtak kriptalarini chuqurroq joylashgan kapsulaga yaqinligi sabab bo'ladi. Murtakning yuqori cho'qqisida infeksiya o'chog'i ayniqsa keskin rivojlangan bo'ladi (bu maydon kapsulaga ega emas). Ba'zan murtak usti chuqurchasida tanglay murtagining qo'shimcha bo'lagi bo'ladi; tonzillektomiyadan so'ng saqlanib qolgan bu bo'lak shu maydonda abscess rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Odontogen paratonzillyar abscess infeksiya paratonzillyar kletchatkaga kariesga uchragan tishdan tarqalganda rivojlanadi. Bundan tashqari, paratonzillyar abscessni paydo bo'lishiga turli jarohatlar yoki yuqumli kasalliklar (gematogen yul orkali) sabab bo'ladi.

Paratonzillitning rivojida uch bosqich tafovut qilinadi.

- 1) shish bosqichi;
- 2) infil'tratsiya bosqichining 3-4 kuni yiring paydo bo'ladi;
- 3) abscess bosqichi.

Belgilari. Paratonzillit ko'pincha bir tomonlama xarakterga ega. U odatda anginadan yoki su-runkali tonzillitning xurujidan so'ng sog'ayish davrida rivojlanadi (bir tomonlama keskin og'riqni paydo bo'lishi asorat rivojlanganligini bildiradi).

Paratonzillit turli maydonlarda joylashishi mumkin:

1) old-yuqori (supratonzillyar) abscess murtak yuqori cho'qqisining yonida, murtak kapsulasi va tanglaytil (old) ravoqchasining yuqori qismi orasida joylashadi;

2) orqa paratonzillyar abscess murtak va tanglay-halkum (orqa) ravoqchasi orasida joylashadi;

3) pastki paratonzillyar abscess murtakning pastki cho'qqisi va halqum yon devori orasida joylashadi;

4) yonbosh (lateral) abscess murtakning o'rta qismi va halkumning yon devori orasida joylashadi.

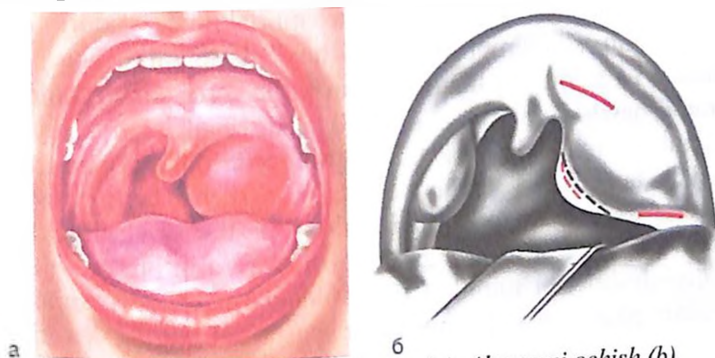
Supratonzillyar ayussess ayniqsa ko'p (70%) uchraydi va birinchi o'rinni egallaydi, undan keyin orqa (16%), pastki (7%) va yonbosh (4%) abscesslar turadi.

Old-yuqori paratonzillyar abscess trizm, quloq sohasiga tarqalgan og'riq, tanglay murtagini pastga, ichkariga va orqaga siljishi, yum-shoq tanglay va old ravoqcha sohasiga tarqalgan infil'tratsiya, manqalanish belgilari bilan kechadi.

Orqa paratonzillar absessda odatda yengil trizm, quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq, tanglay murtagini tashqariga va oldinga siljishi, yumshoq tanglay shishi va infil'tratsiyasi kuzatiladi.

Pastki paratonzillar absess trizm, quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq (tilning harakatida og'riq kuchayadi), infil'tratsiya jarayoni-ni old ravoqning pastki bo'limiga, ba'zan hiqildoq-halqumning yon devoriga tarqalishi bilan namoyon bo'ladi.

Yonbosh paratonzillar absessda bemorning umumiy ahvoli og'ir, yutinganda quloq sohasiga tarqalgan kuchli og'riq, trizm, tanglay murtagini ichkariga siljishi, halqum yon devorining infil'tratsiyasi, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. (Rasm 7.1 b).



Rasm. 7.1. Paratonzillar absess (a). Abssessni ochish (b)

Belgilari. Paratonzillit umumiy va mahalliy belgilar bilan kechadi. Umumiy belgilar bemorning nisbatan og'ir ahvoli, tana haroratining 39-40 ko'tarilishi, holsizlik, uyquni buzilishi, ovqat va so'lakni yutolmaslik bilan ifodalanadi.

Halqum va qisman buyin mushaklarining yallig'lanishi va bo'yin limfadeniti tufayli bemor boshini harakatlantirganda keskin og'riq paydo bo'ladi, shuning uchun u boshini yon tomonga egib turishga majbur bo'ladi, yon tomonga esa butun gavdasini burib qaraydi.

Mahalliy belgilarga quloq va tishlarga tarqalgan kuchli og'riq, bemor ovqatdan va suyuqlik ichishdan bosh tortadi, og'zining burchagidan so'lak oqadi, turli darajali trizm (chaynov mushaklarining tonik qiskarishi) qayd etiladi. Bemor og'zini faqat 1-2 sm ocha oladi xolos, shuning uchun faringoskopiyanı bajarish ancha qiyinlashadi. Trizmni paydo bo'lishi mushak-lar fassiyasi yallig'lanishini va jarayon absess bosqichiga o'tganligini bildiradi. Tanglay pardasi mushaklari

falaji natijasida ochik manqalanish va ichgan suyuqlikni burun bo'shlig'iga o'tishi kuzatiladi. Mahalliy limfa tugunlar kattalashadi, zararlangan tomonda og'riydi, pastki jag' burchagi ko'pincha paypaslanmaydi. Qonda leykositoz 10,0 - 15,0. 10-9 /l, qon formulasi chapsiligi, ECHT oshishi kuzatiladi.

Kasallikning 4-6 kuni ho'ppoz o'z-o'zidan ochilishi mumkin. Shundan so'ng bemorning ahvoli yaxshilanib, tana harorati pasayadi. Ammo qator hollarda, absessni yonbosh joylashuvda, jarayon parafaringeal bo'shliqqa tarqalib, parafaringeal ho'ppoz rivojlanishi mumkin.

Faringoskopiya manzarasi infiltratni joylashuviga bog'liq bo'ladi. Absessning old-yuqori joylashuvda murtakning yuqori cho'qqisi sohasida keskin sharsimon bo'rtish hosil bo'lganligi va u tanglay ravoqchalari va yumshoq tanglay bilan birga o'rta chiziq tomon, tilcha esa qarama-qarshi tomonga siljiganligi ko'rinadi. Orqa joylashuvda tanglay-halkum ravoqchasi va halkumning yon devori soxasida keskin shish paydo bo'lganligi, tanglay murtagi va tilcha shishgan va orqaga siljiganligi ko'rinadi. Paratonzillitning pastki joylashuvda shish hiqildoqning yuqori bo'limlariga tarqalishi va yorig'ini toraytirib, nafas olishni qiyinlashtirishi mumkin. Bu xolda faringoskopiya manzarasida ravoqchalar pastki qismi, murtaklar pastki cho'qqisi va til negizi sohasining shishi va infiltratsiyasi ko'rinadi.

Tashxis klinik belgilar va faringoskopiya manzarasi asosida qo'yiladi. Noaniq hollarda shish yo'g'onroq igna yordamida punksiya qilinadi. O'tkir paratonzillar absessni toksik difteriya, tanglay murtagining xavfli o'smasidan farqlash lozim.

Toksik difteriya to'satdan boshlanadi; tashhisni aniqlashda epidemiologik holat muhim ahamiyatga ega; bunda bemorda adinamiya, hol-sizlik kuzatiladi, tana harorati 39-40,0S ga ko'tariladi; tanglay murtaklari shishib, qalin, yashil, shilliq qavatga singib ketgan karash bilan qoplanadi, karash qiyinchilik bilan olinadi, olingandan so'ng ostida qonaydigan yarali maydon qoladi; karash odatda ravoqchalarga va yumshoq tanglayning orqa yuzasiga tarqaladi; karash suvda erimaydi va cho'kadi, shisha bilan ezilganda ezilmaydi. Bemorda bo'yin to'qimalarining shishi, shishni bo'yin va ko'krak qafasining yuqori qismiga tarqalishi, asab va yurak-qon tomir tizimlarining zararlanish belgilari kuzatiladi (tomir urishi ipsimon, kon bosimining pasayishi, ekstrasistoliya, uyquchanlik) kuzatiladi; mahalliy limfa tugunlar biroz

kattalashib, og'riydi. Davolashda difteriyaga qarshi zardob yaxshi samara beradi.

Murtakning xavfli o'smasida (rak, sarkoma) tanglay murtagi kattalashadi, yuzasi qattiq, g'adir-budir bo'ladi; bemorning tana harorati me'yorda bo'lib, tomog'i og'rimaydi; kasallik 3 haftadan ortiq davom etadi; zarar-langon tomonda mahalliy limfa tugunlar kattalashadi.

Davolash tadbirlari paratonzillitning bosqichiga bog'lik bo'ladi. Bemorning tomog'iga issiq boylam qo'yiladi, tomog'ini antiseptik eritmalar bilan 4-6 marta chayish tavsiya qilinadi. Paratonzillitning shish va in-fil'trativ bosqichlarida unga asosan penisillin, sefalosporin qatoriga mansub antibiotiklar va makro-lidlar (fenoksimetil-penisillin, ampisillin, sefazolin, klaforan, oleandomisin, klaritromisin va boshk.), dezintoksikasiya va antigistamin dori vositalari, tana haroratini tushurish, og'riqsizlantirish, tinchlantirish va yurak faoliyatini yaxshilash tadbirlari buyuriladi. Og'ir hollarda infuzion terapiya

Ayrim hollarda paratonzillyar absessni infil'tratsiya bosqichida ochish yaxshi natija beradi, chunki bunda

drenaj yaxshilanib, jarayonni yiringli bosqichiga o'tishining oldi olinadi.

Paratonzillit absessga aylangan hollarda shoshilinch ravishda jarrohlik amali bajarilib, xo'ppoz o'chog'i ochiladi, bir vaqtning o'zida yallig'lanishga qarshi davolash tadbirlari olib boriladi. Odatda bu kasallikning 3-6 kuniga to'g'ri keladi. 2% dikain, 1% promekain, lidokain yoki 0,5% novokain eritmaları yordamida bajarilgan mahalliy aplikasion yoki infil'trasion og'riqsizlantirishdan so'ng paratonzillyar absess o'chog'i ochiladi; jarrohlik amalini bajarishdan oldin mushak orasiga 2 ml 50% analgin yoki 1ml 2% promedol yuboriladi.

Yiringli o'choqni o'z-o'zidan ochilishini kutib o'tirish qat'iyan man etiladi !

Odatda absess to'qimaning eng bo'rtgan maydonida ochiladi. Bu maydonni aniqlash qiyin bo'lgan hollarda old-yuqori paratonzillyar absess xayolan o'tkazilgan ikki chiziqning o'zaro kesishgan nuqtasida, ya'ni sog'lom tomonda oxirgi yuqori oziq tish va tilcha asosining o'rtasidan (yuqori oziq tishlar bo'lmaganda, tilchaning pastki qis-o'tkazilgan gorizontaal hamda til-tanglay (old) ravoqchanning pastki qis-midan yuqoriga qarab o'tkazilgan vertikal chiziqlarning o'zaro kesishgan nuqtasida ochiladi. To'qima skal'pel' yordamida sagital yo'na-lishda 0,5-1,0 sm chuqurlikda kesiladi. O'rtacha o'lchamli egri uchili

Koxer qisqichi bilan abscess bushlig'iga kirib, kesim kengaytiriladi va abscess bo'shlig'idagi yiringli to'plam chiqariladi. Yiring chiqarilgandan so'ng bemorga to'shakda yotish, og'zini 0,1% kaliy permanganat yoki 2% *ichimlik* sodasi, yoki 3% vodorod peroksidi eritmalari bilan bir necha bor chayish buyuriladi. Yiring to'liq chiqarilmagan bemorning umumiy holati yengillashmaganda jarohat maydonini 1 sutkadan so'ng takroran kengaytirish lozim.

Orqa paratonzillyar abscess orqa ravoqchani eng bo'rtgan maydonida, chuqurligi 0,5-1 sm vertikal kesim yordamida ochiladi.

Pastki va yonbosh paratonzillyar abscesslar dastlab punktsiya qilinib, keyin ochiladi. Anamnez ma'lumotlarida anginalarni tez-tez takrorlanib turishi, jarayonni uzoq vaqt davom etishi, abscesslarni ochish yaxshi natija bermasligi haqida ma'lumotlar bo'lishi, sepsis, parafaringit, bo'yin flegmonasi, mediastinit belgilarining paydo bo'lishi tonzillektomiya jarrohlik amalini bajarishga ko'rsatma hisoblanadi.

Buning uchun murtak atrofi yumshoq to'qimalari 1% novokain yoki trimekain yordamida og'riqsizlantirilgandan so'ng trizm kamayadi va zararlangan maydonni ko'zdan kechirish osonlashadi. Tonzillektomiya jarrohlik amali ma'lum qoidalar bo'yicha bajariladi. Tanglay-til va tanglay-halqum ravoqchalari murtakning yuqori cho'qqisidan to'liq ajratilgandan so'ng odatda abscess o'chog'ini ochib, keyin qolgan maydonlar ajratiladi va murtakning pastki cho'qqisiga tushiladi.

#### Parafaringeal (periofaringeal) xo'ppoz

Parafaringeal xo'ppoz - halqum atrofi to'qimasining yiringli yallig'lanishi. Kasallikning rivojlanishiga anginalar, surunkali tonzillit asoratlari (tonzillogen sepsis), o'tkir va surunkali yiringli otit asoratlari (petrozit, bu-yinturuq vena piyozchasi trombozi), yiringli odontogen yallig'lanishlar (pastki 8-molyar tishning qiyinchilik bilan chiqishi, pastki jag' osteomieliiti, odontogen sepsis), burun va burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishi, yiringli parotit, halqum shilliq pardasining chuqur jarohatlari va yaqin orada bajarilgan tonzillektomiya jarrohlik amali sabab bo'ladi.

Belgilari. Parafaringeal abscessda patologik jarayon bo'yinning yumshoq to'qimalarida rivojlanadi. Halqum sohasida bir tomonlama keskin og'riq paydo bo'lib, yutinganda u kuchayadi. Og'rik ko'proq boshning yarmiga va pastki jag' tishlariga tarqaladi. Ba'zan bemorning nafas olishi qiyinlashadi, trizm tufayli u og'zini zo'rg'a ochadi va hatto

suyuq ovqatni ham yutolmaydi, ogʻzidan soʻlak oqadi. Abscess oʻz-oʻzidan halqum atrofi boʻshligʻiga ochilganda trizm vaq-tincha yoʻqoladi, keyin ichki ponasimon mushakning shishi tufayli yana paydo boʻladi. Bemorning umumiy ahvoli ogʻir, tana harorati 400 va undan ham yuqoriga koʻtariladi, boshini majburiy holatda zararlangan tomonga egib oʻtiradi. Zararlangan tomonda eshituv nayining shishi tufayli nogʻora parda ichkariga botadi. Boʻyinning yon yuzasi paypaslanganda ogʻriydi, zararlangan tomonda mahalliy limfa tugunlar kattalashadi. Quloq atrofi bezi, pastki jagʻ burchagi va jagʻ orti chuqurchasi yumshok toʻqimalarining shishi tufayli boʻyin assimetriyasi koʻrinadi. Parafaringeal abscessda mediastinit, meningit, gʻorsimon sinus va boʻyinturuk vena trombozi, sepsis, jagʻ osti va buyin flegmonasi, yirik qon tomirlardan devorining yemirilishi natijasida qon oqishi kabi asoratlar yuzaga kelishi mumkin.

Qonda yalligʻlanishga xos oʻzgarishlar (leykositoz, EChT oshishi, leykoformulani chapga siljishi) aniqlanadi.

Faringoskopiya da halkum yon devori shishgan va qizargan, shish va qizarish yumshoq tanglay, tanglay ravoqchalari va tilchaga tarqalganligi, zararlangan tomonda murtak bezlari tashqi tomonga boʻrtib chiqqanligi, til oq-sargʻish karash bilan qoplanganligi koʻrinadi.

Davolash. Bemorga yalligʻlanishga qarshi terapiya, tomir ichiga suyuqlik yuborish va immunoterapiya bilan birga shoshilinch ravishda jarrohlik amali bajariladi. Stomatolog-jarroh maslahati uyushtiriladi.

Tonzillojen parafaringeal abscess eng boʻrtgan maydonda murtaklar joylashgan chuqurcha orqali ochiladi (ichki usul). Gartman asbobi yoki yumshoq qon toʻxtatuvchi qisqich yordamida abscess oʻchogʻi kesilib, kesim kengaytiriladi. Toʻsatdan yirik qon tomirlardan qon oqishi kuzatilgan hollarda tomirlar toʻplami ochilib, tashqi uyqu arteriyasi bogʻlanadi, keyin - tonzillektomiya jarrohlik amali bajariladi.

Parafarengal abscess meningit, sepsis, mediastinit asoratlari bilan kechgan hollarda halqum atrofi boʻshligʻi tashqi tomondan ochiladi (tashqi usul). Teri tush-umrov-soʻrgʻichsimon mushagining old cheti boʻylab kesiladi. Keyin pastki jagʻ burchagi sohasida toʻqi-malar parafaringeal boʻshliqgacha qavatma-qavat kesilib, yiringli uchoq keng ochiladi. Yiring toʻplami chiqarilgandan soʻng boʻshliq antibiotik eritmalari bilan yuvilib, unga rezinali chiqargich (drenaj) oʻrnatiladi. Jarohat maydoniga boylam qoʻyiladi va u kuniga 2 mahal almashtiriladi. Bu usul parafarengal boʻshliqni (hatto, kalla suyagi asosining tashqi



yuzasini), bo'yin qon tomirlar to'plamini va ko'ks oralig'ining bo'yin qismini ko'zdan kechirishga yordam beradi. Jarrohlik amaldan so'ng bemorga antibiotiklar, dezintok-sikasiya terapiyasi, simptomatik vositalar buyuriladi.

Retrofaringeal (retrofaringeal) xo'ppoz

Retrofaringeal xo'ppoz - halqum mushaklari fassiyasi va bo'yin fassiyasining umurtqa oldi plas-tinkasi orasida joylashgan limfa tugunlar va yumshoq kletchatkaning yiringli yallig'lanishi. Ushbu soha limfa tugunlari va yumshoq to'qimasi 4 yoshli bolalarda yaxshi rivojlangan bo'ladi. Kasallik ko'pincha raxit, ekssudativ diatez yoki gipo-trofiya bilan og'rigan, immuniteti sust yosh bolalarda ko'proq uchraydi. Kasallikning rivojlanishiga yuqumli kasalliklar ( o'tkir respirator virusli kasalliklar, o'tkir adenoidit, bolalar o'tkir yuqumli kasalliklari, o'tkir o'rta otit), halqum orqa devorining jarohati sabab bo'ladi

Belgilari. Kasallik to'satdan, ba'zan asta-sekin boshlanadi. Bemorning tomog'i og'riydi, yutinganda og'riqni kuchayishi tufayli bola ovqatlanishdan bosh tortadi, yig'laydi, bezovtalanadi, uyqusi buziladi, xirillab nafas oladi. Tana harorati 39-400 gacha ko'tariladi. Bola boshini majburiy holatda orqaga va zararlangan tomonga egib turadi. Bo'yin limfa tugunlari kattalashib, og'riydi.

Qonda leykositoz 10,0 - 20,0. 10 -9 /l, EChT 40 mm/soatga yetadi. Kasallik 7-8 kun, ba'zan undan ortiq davom etadi.

Halqum orti bo'shlig'ining absessi halqumning qaysi bo'limida joylashganligiga qarab turli klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi:

Abssess og'iz-halqum sohasida joylashganda faringoskopiya og'iz-halqum orqa devorining o'rtasida o'ng yoki chap, ba'zan ikki tomonda to'q qizil bo'rtish ko'rinadi; barmoq yoki shpatel' yordamida paypaslanganda flyuktuasiya aniqlanadi. Ravoqchalar va murtaklar o'zgaraydi.

Abssess burun-halqum sohasida joylashganda bemorda burun orqali nafas olishni keskin buzilishi, yopik manqalanish kuzatiladi. burnidan ko'p miqdorda shilimshiq ajralma oqadi; faringoskopiya yumshoq tanglay oldinga siljigan, halqumning orqa devorida yum-shoq bo'rtish hosil bo'lganligi ko'rinadi.

Abssess hiqildoq-halqum sohasida joylashganda bemor xirillab nafas oladi, yutinishi qiyinlashadi, boshini majburiy holatda orqaga tashlab turadi, og'zidan ko'p miqdorda so'lak oqishi, til negizi oldinga

siljirilganda yoki hiqildoq-halqum sohasi paypaslan-ganda uning orqa devorida yumshoq shish borligi aniqlanadi.

Yosh bolalarda nafas harakatlarini reflektor to'xtashini oldini olish maqsadida halqumni barmoq yordamida tekshirish va til negizini tortish chaqqonlik va ehtiyotkorlik bilan bajarilishi lozim. Til negizini kuch bilan bosish man etiladi!

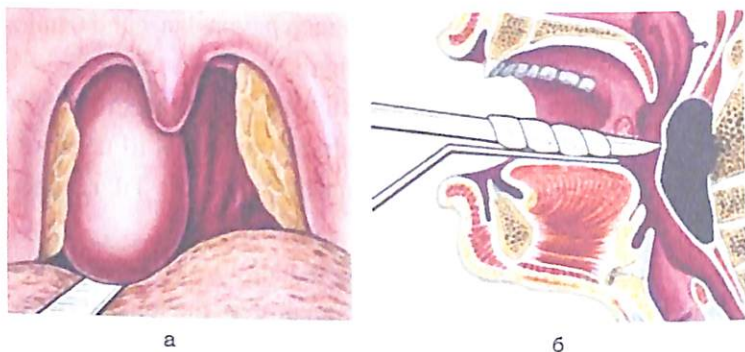
Retrofaringeal ho'ppozni hikildoq-halkum yot jismi va buyin spondilitidan farqlash lozim. Bunga anamnez ma'lumotlari va G.M. Zemsov bo'yicha bo'yin rentgenografiya tekshiruvi yordam beradi.

Davolash: Yallig'lanishga qarshi va infuzion terapiya bilan birga zudlik bilan jarrohlik amali bajarilishi lozim.

1. Abscess og'iz-halkum ortida joylashganda yiringli o'choq og'iz orqali ochiladi. Bemorda shok holati va nafasni to'xtab qolishini oldini olish maqsadida mushak orasiga 50% analgin va 0,1% atropin eritmalari yuboriladi. Bemor kursiga o'tqizilgandan so'ng tili shpatel' bilan asta bosiladi, keyin og'iz-halkum orqa devorining eng bo'rtgan joyiga shpris yordamida uzun yo'g'on igna sanchilib, yi-ringli to'plam so'rib olinib, ajralma ko'zdan kechiriladi.

Keyin abscess maydoni uchidan 0,5 sm qoldirib leykoplaster o'ralgan o'tkir skal'pel' yordamida vertikal kesiladi. Kesim va halqumning o'rta chizig'i orasidagi masofa 1,5 sm dan ortiq bo'lmasligi kerak. Abscess o'chog'i ochilganda yiringli ajralma bir zumda og'iz-halqumni to'ldiradi, shuning uchun uni chaqqonlik bilan elektr surg'ich yordamida so'rib olish yoki bemorni boshini tezda pastga egish lo-zim. Bemorga tomoqni 2% ichimlik sodali yoki gipertonik eritma bilan chayish tavsiya etiladi (yoki rezina nokeha yordamida antiseptik eritma bilan yuviladi).

2. Abscess burun-halqum ortida joylashganda yumshoq tanglay ko'tarilib, abscess o'chog'i dastlab punksiya qilinadi. Yiring elektr so'rg'ich bilan so'rib olingandan so'ng abscess pastdan yuqoriga qarab kesiladi. (7.2-rasm).



Rasm. 7.2. Halqumorti absessi (a). Abssessni ochish (b)

3. Abssess o'chog'i hikildoq-halqum ortida joylashganda chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i hikildoq-halqumga kiritiladi va yiringli o'choq barmoq bo'ylab punksiya kilinadi. Yiringli to'plam so'rib olingandan so'ng ho'ppoz maydoni yuqoridan pastga qarab kesiladi.

4. Yirik absessarda yoki til shpatel' bilan qattiq bosilganda bemorda nafas harakati to'xtab qolishi mumkin. Bunday hollarda abssess maydoni dastlab punksiya qilinib, nafas harakatlari tiklangandan keyingina ochilishi lozim.

5. Yiringli jarayon bo'yinning orqa-yon yuzi va mushak ostiga tarqalganda, hamda abssess o'chog'ini og'iz orqali ochish imkoni bo'lmaganda retrofaringial abssess mushakning orqa cheti orqali ochiladi; bunda mushak yuqori bo'lagining terisi, teri osti yog' qatlami va bo'yin fassiyasi kesilib, ilgak yordamida mushak chetga tortiladi va o'tmas usulda bo'yin umurtqalarining old yuzi va yiring xaltachasi ochiladi. Zarurat tug'ilganda jarrohlik amalidan oldin bemorga intubasiya yoki traxeostomiya amallari bajariladi. Jarrohlik amali bilan birga antibakterial, desensibilizasiya, dezintoksikasiya, darmondorilar, immunitetni oshirish, simptomatik chora-tadbirlari o'tkaziladi.

Tonzillojen mediastinit yuqorida qayd etilgan asaratlarda yiringli jarayon bo'yinning nerv - qon tomir yo'llari orqali ko'ks oralig'i kletchatkasiga tarqalganda rivojlanib, bo'yinning yon tomonida og'rikli shish paydo bo'ladi.

Davolash. Bemorga jarroh maslahati uyushtirilib, mediastinotomiya jarrohlik amali bajariladi.

Tonzillogen sepsis. Angina va paratonzillitning asorati bo'lgan tonzillogen sepsis hozirgi kunda juda kam uchraydi. Kasallik juda og'ir kechadi. Bemorning tana harorati keskin ko'tarilib, ko'zlari sarg'ayadi, qaltirash, holsizlik kuzatiladi, uning boshi, bo'g'imlari, mushaklari og'riydi, mahalliy limfa tugunlari kattalashib, paypaslanganda og'riydi, ba'zan ichki bo'yinturuq vena sohasi og'rishi mumkin. Bemorning terisida gemorragik toshma, turli a'zolarida metastatik yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Mahalliy limfa tugunlar, taloq va jigar kattalashadi.

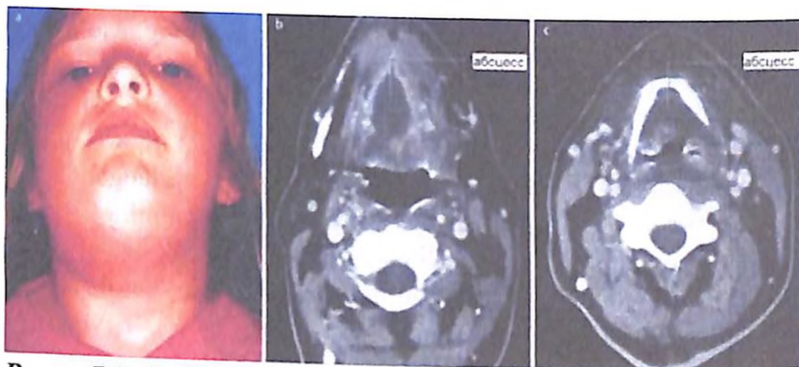
Qonda kamqonlik. leykositoz (20-30.10 -9 /l), neytrofilez (80-90%), limfopeniya (5-15%). EChT oshishi (45 - 60 mm/soat), streptokokk, stafilokokk bakteriyalar aniqlanadi.

Davolash. Tonzillogen sepsisni davolashda kuchli antibiotikoterapiya o'tkaziladi, bunda aminoglikozidlarni qo'llash man etiladi. Bemorda infeksiya o'choqlari sanasiya qilinib, yallig'langan murtaklar olib tashlanadi. Davolash tadbirlari samara bermagan hollarda zararlangan tomonda quyidagi jarrohlik amali bajariladi: umumiy yuz venasi ichki buyinturuq venaga tutashgan joyda teri kesilib, venalar ko'zdan kechiriladi. Yuz va buyinturuq venalar trombi olib tashlanadi, yallig'langan va kattalashgan limfa tugunlar kesiladi, parafarengial bo'shliqqa drenaj o'rnatiladi. Ba'zan jarohlik amali ikki tomonda bajariladi.

#### Og'iz bo'shlig'i xo'ppozi

Og'iz osti qavatining xo'ppozi (Lui tomoq og'rig'i) pastki jag' tishlarining kasalligi natijasida rivojlanadi, kam hollarda og'iz osti qavatining Shilliq qavati zararlanganda infeksiya bu joyning to'qimalariga kirib boradi. Tish kasalliklari bilan yiring pastki jag'ning alveolyar jarayonining ichki yuzasi bo'ylab og'iz osti Shilliq qavati ostida tarqaladi. Ko'pincha, bu xo'ppozlarning sababi, tishlarning kasalligi, yiring esa og'iz bo'shlig'i qavatining uyali to'qima bo'shlig'ining lateral yorig'ida joylashganligidir. Kelajakda xo'ppoz diffuz flegmonaga aylanib, bu sohadagi barcha to'qimalarni qamrab olishi mumkin.

Klinik ko'rinish. Til osti mintaqasida qizarish va shishish, gaplashish va ovqatlanish paytida og'riq bor. Til harakatsiz bo'lib, ko'tariladi. Asta-sekin og'iz tubining shishishi kuchayadi, umumiy holat yomonlashadi (7.3-rasm).



Rasm. 7.3. Og'iz bo'shlig'i tubining absessi (Lyudovik anginasi)

## HALQUMNING SURUNKALI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

### Surunkali faringit

Surunkali faringit (*pharyngitis chronica*)- bu halqum shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi bo'lib, u etiologik omillar bilan aniqlanmagan o'tkir yallig'lanish natijasida rivojlanadi. Surunkali faringit eng keng tarqalgan LOR kasalliklaridan biri bo'lib, bemorlarning otorinolaringologga murojaat qilish jihatidan birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Ushbu kasallik uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi va ko'pincha mustaqil emas, ammo boshqa kasalliklar bilan birga keladi. Bunday kasalliklar asosan, oshqozon-ichak trakti kasalliklari hisoblanadi. Shuning uchun, har doim ham surunkali faringitni faqat faringeal Shilliq qavatning kichik bir joyining mahalliy zararlanishi deb hisoblash kerak emas, balki uni faqat qo'shimcha tadqiqot usullari yordamida aniqlanadigan umumiy sabablar bilan bog'lashga harakat qilish zarur, gastrokopiya, oshqozon Shilliq qavatining biopsiyasi va boshqalar.

Surunkali faringitning – kataral, gipertrofik, atrofik turlarimavjud. Kasallikning morfologik jihatdan har xil shakllari bilan bemorlarning shikoyati odatiy holdir:

- obstruksiya hissi va tomoqdagi begona jism borligi;
- so'lakni yutganda engil, ammo doimiy og'riq, achchiq, issiq yoki sovuq ovqat iste'mol qilgandan keyin og'riq kuchayadi;

- tomoqdagi quruqlik hissi yoki aksincha, orqa devor bo'ylab shilimshiqning doimiy oqishi;

- quruqyo'tal.

#### Kataral faringit.

Orqa tomoq devorining Shilliq qavatining qizarishi, shilimshiqning mavjudligi, shishishi bilan tavsiflanadi. Ushbu belgilar sovuqqonlik paytida yoki oshqozon-ichak traktidagi jarayonning kuchayishi bilan kuchayadi.

#### Gipertrofik faringit.

Halqumning og'iz qismi orqa devori Shilliq qavatining darajasidan oShuvchi yorqin qizil rangli katta donador ko'rinishdagi limfoid to'qimaning tipik yig'ilishi. (rasm. 8.1). Shu bilan birga bezlarning orqa yoylaridan orqaroqda limfoid yostiqchalarning kattalaShuvi ham kuzatiladi – bu yon gipertrofik faringitdir. Atrofik faringit –kasallikning eng og'ir shakli bo'lib, bemorda doimo tomoq sohasining qurushi, og'riq, halqum orqa devorida po'stloqlarning hosil bo'lishi bilan kechadi. (rasm. 8.2).

Davolash murakkab bo'lib, kasallikning mahalliy ko'rinishini kamaytirishga va ushbu kasallikni qo'llab-quvvatlovchi asosiy sabablarga ta'sir ko'rsatishga qaratilgan. Faringit bilan og'rigan barcha bemorlar, uning shaklidan qat'iy nazar, nafaqat otorinolog, balki nevropatolog va gastroenterolog tomonidan tekshirilishi kerak.

Surunkali faringitning rivojlanishiga bir qator kasb omillari ta'sir qilishi mumkin –bularga havoning changlanishi, uning haddan tashqari quruqligi, Shilliq qavatni bezovta qiluvchi gazlar mavjudligi va boshqalar kiradi. Ovqat iste'mol qilish, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish xususiyati ham ma'lum ahamiyatga ega.

Surunkali faringit bilan og'rigan bemorlarni davolashda mahalliy agentlardan faringeal orqa devorning Shilliq qavatini namlashga yordam beradigan, paresteziya deb hisoblash mumkin bo'lgan hislarni engillashtiradigan dorilar qo'llaniladi - tomoqdagi qitiqlanish hissi, begona jismning mavjudligi, va boshqalar gullar, adaçayı officinalis barglari. Ishqoriy chayish, quritish effektiga ega kumush nitrat preparatlari [collargol, kumush proteinat (protargol)] ishlatiladi.

Gipertrofik shakllarda giperplaziya joylarini elektrokoteriya, lazer va kriyodestruksiya bilan kesish kerak.

Atrofik shakllarda davolash simptomatikroq bo'lib, tomoqdagi quruqlik hissi, undagi og'riqni kamaytirishga qaratilgan. Shu maqsadda, 1% yod + [kaliy yodid + glitserol] (Lugol eritmasi) ishlatiladi.

Faringitning gipertrofik shakllariga faringitning giperkeratozi (leptotrikoz) kiradi, bunda farenksning limfadenoid to'qimasi yuzasida keratinlashtirilgan epiteliyning taxminan 2-3 mm o'lehamdagi o'tkir uchlari hosil bo'ladi. Ko'pincha sarg'ish-oq, zich shakllanishlar palatin bodomsimonlari, tilning papillalari yuzasida chiqib turadi, epiteliy bilan qattiqligi va yopishqoqligi bilan lakunar tiqinlardan farq qiladi va pinset bilan deyarli uzilib ketmaydi. Morfologik jihatdan epiteliyning keratinizatsiya bilan ko'payishi bilan tavsiflanadi. Mikroskopik tekshiruv natijasida, ushbu shakllanishlarda *B. leptotrix* bakteriyasi aniqlanadi, bu kasallikning boshlanishidagi etiologik omil deb hisoblashimizga imkon beradi. Muayyan davolanish mavjud emas. Birgalikda surunkali tonsillit bilan tonsillektomiya ko'rsatiladi.



*Rasm. 8.1. Gipertrofik faring*

Tanglay murtaklarning davomli surunkali yallig'lanishi bilan namoyon bo'lgan umumiy infeksiyon-allergik kasallik. Limfadenoid halkum halqasi murtaklari orasida tanglay murtaklari eng ko'p yallig'lanadi, shu sababli "surunkali tonsillit" atamasi aynan shu murtaklarning surunkali yallig'lanishiga tegishli. Tanglay murtaklarining patologiyasi terapevtlar, pediatrlar, infeksiyalar va

revmatologlarni qiziqtirib kelgan dolzarb muammolardan biri. Surunkali tonzillit qon-tomir va kollagenoz kasalliklarning rivojlanishiga va kechimiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Surunkali tonzillit keng tarqalgan kasalliklar tarkibiga kirib, respublikamizda aholining 16% da qayd etiladi (S.A.Xasanov va boshq., 1990). Surunkali tonzillit nospesifik va spesifik shakllarga bo'linadi.



Rasm. 8.2. Atrofik faringit

### Surunkali tonzillit

Surunkali spesifik tonzillit zaxm, sil va skleromada uchraydi.

Etiologiyasi va patogenez. Murtakning surunkali yallig'lanishi va organizmdagi tonzillogen jarayonni makro- va mikroorganizm-ning bir-biriga ta'siri natijasida rivojlanadi. Tekshiruvlarda tanglay murtaklarining yuzasi va lakunalarida 30 dan ortiq mikroblar turi mavjudligi aniqlangan. Lakunalar ichida ko'pincha monoflora, murtakning tomoq yuzasida - poliflora, ko'pincha A guruhiga mansub betta-gemolitik streptokokk, stafilokokk va adenoviruslar aniqlanadi. Shuni ta'kidlash joizki, organizmda himoya moslashish mexanizmining buzilishi natijasida yuqori nafas yo'llarining nopatogen saprofit florasi faollashib, surunkali tonzillitning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Shu nuqtai nazardan surunkali tonzillitni autoinfeksiya kasalliklari guruhiga kiritish mumkin.

Surunkali tonzillitning patogenezida ko'pgina omillar muhim rol uynaydi. Ko'pincha u qaytalangan anginalardan so'ng rivojlanadi, chunki ayrim sabablar tufayli o'tkir yallig'lanish jarayoni sog'ayish bilan tugamasdan surunkali jarayonga aylanadi.



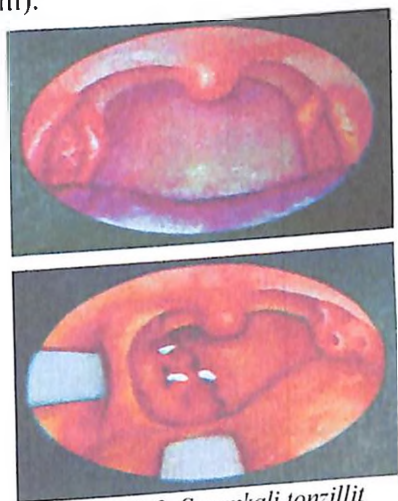
Tanglay murtaklarining anatomo-topografik va gistologik xususiyatlari, kripta va lakunalar mikrofloracining ko'payishiga qulay sharoit yaratib, surunkali tonzillitning rivojlanishiga yordam beradi. Kriptalar, ya'ni murtak tirqishlarining yorig'i doimo kuchgan epiteliy hujayralari, limfositlar, turli mikroflora va ovqat parchalari bilan to'lganligi tufayli torayib yoki butunlay yopilib qoladi, shunda ularning drenaj faoliyati buziladi. Lakunalar teshiklarining bir qismi uchburchak Gis burmasi bilan qisman yopilgan bo'lsa, ayrimlari toraygan yoki o'tkir yallig'lanishdan so'ng hosil bo'lgan chandiqli to'qima bilan tuliq yopilib qoladi va kriptalar ichida surunkali yallig'lanishni rivojlanishiga olib keladi

Murtakning "soxta" kapsulasi va trabekularida surunkali yallig'lanish ta'sirida mor-fogistologik va sklerotik o'zgarishlar yuzaga keladi. Ko'pincha burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklarida infeksiya yuqori nafas yo'llarining pastki bo'limlarga tarqalishi va surunkali tonzillitning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Burun orqali nafas olishi qiyinlashib, og'zi orqali nafas olgan bemor-da murtaklar sovuq havo ta'siriga duch keladi, natijada ularning shilliq pardasi quriydi.

Murtaklar inson organizmida umumiy va mahalliy immun reaksiyalarni ta'minlashda ishtirok etadi. Murtak to'qimasi, lakuna atrofi asab tolalari va epiteliy osti xemoreseptorlariga uzoq vaqt davomida turli ta'sir ko'rsatilganda organizmda mahalliy immunitet reaksiyalari paydo bo'ladi. Bunday reaksiyalar gumoral va hujayra immuniteti orqali spesifik (antitelolarning hosil bo'lishi) va nospesifik omillar yordamida (epiteliy to'siq, fagositoz, fermentlar) amalga oshiriladi. Antigen-antitelo kompleksi yuqori darajada xemotoksik faollikka ega bo'lib, u makrofagning proteolitik qobiliyatini oshiradi. Natijada murtak to'qimasi parchalanib, to'qima oqsillari o'zgaradi, ular autoantigenga aylanadi. Autoantigenlar qonga so'rilib antitelolarni ishlab chiqarilishiga turtki bo'ladi. O'z navbatida antitelolar xujayra atrofini o'rab olib, uni jarohatlaydi. Shu tariqa zanjir sharoiti yuzaga kelib, tanglay murtaklari sensibilizasiya maydoniga aylanadi. Surunkali tonzillitning rivojlanishida organizmning immun holati muhim ahamiyatga ega. Patomorfologiyasi. Morfologik o'zgarishlar surunkali tonzillitni bosqichlariga bog'liq.

Lakunar va lakunar-parenximatozli tonzillitda lakunalar epiteliy qatlamining ko'chishi yoki mug'uzlanishi, yonma-yon joylashgan paren-

xima maydonining zararlanishi, limfosit va plazmatik hujayralar bilan infil'tratsiyasi. lakunalar yorig'ida suyuq yiringli ajralma to'planishi kuzatiladi. Ajralma asosan ko'chgan epiteliy, polimorfyadroli leykositlar, plazmatik hujayralar, zamburug'lar va ovqat parchalaridan iborat. Surunkali parenximatozli tonzillit surunkali faol al'teratsiya, parenximada yallig'lanish tufayli infil'tratlar, keyinchalik mikroabscesslar hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. Surunkali parenximatozli sklerotik tonzillitda biriktiruvchi to'qimani o'sishi yoki dag'allashishi kuzatiladi. Qon tomirlar atrof to'qimasining infil'tratsiyasida qon tomirlar torayib, ularning tonusi pasayadi, devorlarining o'tkazuvchanligi oshadi. Limfa tomirlar ham qisman obliteratsiyaga uchraydi, natijada limfaning chiqarilishi qiyinlashib, mahalliy limfa tugunlarda turg'unlik va yallig'lig'lanish jarayoni rivojlanadi. (8.3-rasm).



Rasm: 8.3. Surunkali tonzillit

Patologik jarayon murtakning asab tizimiga ham tarqaladi, bunda murtakning reseptor faoliyati va reflektor aloqalarini ta'min-lovchi afferent yo'llar zararlanadi. Asab elementlarining patologik o'zgarishlari xilma-xil bo'lib, qayta tiklanish xususiyatiga ega. Murtakdagi o'zgarishlar resepsiyani buzilishiga va patologik impul'slarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Patologik impul'slar, o'z navbatida, qator a'zolar faoliyatining buzilishiga yoki organizm himoya kuchini pasayishiga, xususan uni sensibilizatsiyasiga olib ke-ladi. Murtak asab

tolalarining buzilishi limfadenoid to'qima trofikasiga ta'sir ko'rsatib, funksional va morfologik o'zgarishlar yanada chuqurlashadi, jarayon toksik-allergik bosqichiga o'tadi.

Murtak asab elementlaridagi ayrim o'zgarishlar (asab tolasi varikozi, reseptorlar uchi sharsimonligi) kompensator - moslashuv reaksiyasi bo'lib, destruktiv o'zgarishlarni bartaraf etishga yordam beradi.

B.S.Preobrajenskiy (1970) taklif etgan va V.T.Pal'chun (1974) tomonidan biroz o'zgartirish va qo'shimchalar kiritilgan surunkali tonzillitning tasnifi Respublikamizda keng foydalaniladi

Remissiya paytida periferik qonning o'zgarishi, qoida tariqasida, aniqlanmaydi. Surunkali tonzillitning har bir holatida ham, ro'yxatdagi barcha belgilar ko'rsatilmaydi. Ba'zida tashxis faqat individual alomatlar yoki ularning 2-3 tasining kombinatsiyasi asosida amalga oshiriladi. Takroriy tonzillit tashxisni asoslash uchun muhim mezon bo'lsada, surunkali tonzillitning shakllari mavjud bo'lib, ularda tonzillit bo'lmaydi. Davolash usulini tanlash nuqtai nazaridan surunkali tonzillitning ikkita asosiy shaklini ajratish mumkin - ikki darajadagi og'irlikdagi oddiy va toksik-allergik (B.S.Preobrajenskiy tasnifi).

Surunkali tonzillitning yana bir tasnifi mavjud - kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan shakllar (I.B.Soldatov tasnifi).

Tashxis. Surunkali tonzillitning ob'ektiv va sub'ektiv belgilaridan birortasi aniq tashxis qo'yishga imkon bermaydi. Tashxis barcha belgilar to'plami asosida qo'yiladi.

Surunkali tonzillit tashxisini kasallik xuruji paytida (anginada) qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki bemor shikoyatlari va fa-ringoskopiya manzarasi jarayonning surunkali kechimini emas, balki uning o'tkir bosqichini aks ettiradi.

Anamnez ma'lumotlarida tez-tez takrorlanib turgan anginalar haqida ma'lumotni mavjudligi surunkali tonzillit tashxisini ishonchli belgisi hisoblanadi. Odatda surunkali tonzillit 1 yilda 2-3 marta, ba'zan 5-6 marta avj olib turadi, ammo 1 yilda 1 marta kuzatilgan anginani ham B.S.Preobrajenskiy fikricha tez-tez takrorlangan angina deb baholash lozim. 4% hollarda surunkali ton-zillitning anginasiz shakli uchrab, unda faringoskopiya surunkali jarayonning manzarasi keskin rivojlangan bo'lsada, bemor anam-nezida angina haqida ma'lumotlar bo'lmaydi. Ba'zan surunkali tonzillit tashxisini qo'yish uchun anamnez

ma'lumotlarida anginalar qayd etilishi va og'izdan noxush xid kelishi kifoya bo'ladi

Faringoskopiya tanglay-til va tanglay-halqum ravoqlari va tanglay murtaklarida chandiqli o'zgarishlarni mavjudligi, Zak, Preobrajenskiy, Gize belgilari, murtak lakunalarida suyuq kazeozli yoki tiqma shaklida badbo'y yiringli ajralma aniqlanadi. Lakunalar ajralmasini ko'rish maqsadida murtak old ravoqcha asosidan bosiladi. Buning uchun vrach bitta shpa-tel' bilan bemor tilini pastga bosib, ikkinchisi bilan tanglay-til ravoqchasini tanglay murtagi halqum yon devoriga birikkan sohasida ehtiyotkorlik bilan asta bosadi. Lakunalarda badbo'y xidli tiqma yoki yiringli ajralmani mavjudligi surunkali tonzillitning ishonchli belgilaridan biri hisoblanadi. Murtakni katta-kichikligi surunkali tonzillit tashxisida ahamiyatga ega emas. Shunga qaramasdan, murtak giperplaziyasi surunkali tonzillitni rivojlanishiga yordam beradi.

Noaniq hollarda lakuna va murtaklardan surtma olinadi. Tekshiruvda patogen flora, leykositlarning fagositar faolligi pasayganligi, ularning turli degenerativ shakllari paydo bo'lganligi, limfositlar soni kamayganligi aniqlanadi. Ba'zan murtak bezlari lakunalarini zondlash, diagnostik yuvish yoki so'rib olingan patologik ajralma ham aniq tashxis qo'yishga yordam beradi.

Laboratoriya tekshiruvlari ham surunkali tonzillit tashxisida muhim ahamiyatga ega bo'lib, qonda gipoxrom kamqonlik, neytrofilli leykositoz, monositopeniya, leykopeniya, EChT oshishi, immunologik ko'rsatkichlarning o'zgarishi (immunoglobulinlar soni, streptokokklarga qarshi antitelolar titri, komplement va properdin miqdorining kamayishi) aniqlanadi. Surunkali tonzillitning toksiko-allergik shaklida bemorning immunitet holati buziladi; T va V limfositlar miqdori o'zgaradi, qonda immun komplekslar paydo bo'lib, granulosisitli sensibilizatsiya jarayoni kuzatiladi.

Surunkali tonzillitlarni klinik ko'rinishini tushuntirishda Reminnaya va Romadonovskiy o'tkazgan eksperimental ilmiy ishlari ahamiyatlidir. Ular itning tanglay murtaklariga qora tush bo'yog'ini yuborib, sakkiz soatdan so'ng itni o'ldirib, bo'yoq qaysi a'zolariga tarqalganligini tekshirdilar. Tush burun bo'shlig'ida chuqur joylashgan limfa yo'llariga, kalla orqa chuqurchasiga, xiqildoq va traxeya shilliq pardalari ostiga, qalqonsimon bez parenximasiga, bo'yin qon tomir-nerv to'plami orqali ko'ks oralig'iga o'tib, traxeya va bronxlar atrofi limfa

tugunlariga kirganligi, xamda yurak atrofidagi limfa tomirlariga tarqalganligini aniq-ladilar. Limfa yo'llar orqali tarqalgan tush bo'yoq kasallikda qaerda va qanday o'zgarishlar yuz berishini ko'rsatadi.

Bundan tashqari yallig'langan tanglay murtak bezlaridan toksin qonga so'rilib, asab tizimi, endokrin bezlar va boshqa ichki a'zolar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Demak, kasallikda kuzatiladigan har bir belgini kelib chiqishi va bog'liqligi bilan yaxlit orga-nizmdagi umumiy ahvolni aks ettiradi.

Shunday qilib, surunkali tonzillit tashxisini aniqlashda alohida bir belgiga emas, balki maxalliy va umumiy belgilarning yig'in-disiga, anamnez ma'lumotlariga, ob'ektiv, biokimyoviy, bakteriologik, immunologik tekshiruvlar natijalariga asoslanish lozim.

Tonzillogen o'zgarishlarni birlamchi revmokardit kasalligidan farqlash maqsadida bemorda EKG, FKG tekshiruvlari, qon, gemostaz va nospesifik reaksiyalar o'tkaziladi.

Surunkali tonzillit bilan bog'liq kasalliklar metatonzillyar kasalliklar deb ataladi. Ko'pincha surunkali tonzillit bilan birga kechgan yoki uning ta'sirida rivojlangan belgilar yig'indisi "tonzillokardial", "tonzillosebral", "tonzilloreanal" sindrom deb ataladi. Metatonzillyar kasalliklarga kollagen (revmatizm, tugunli periartrit, sklerodermiya, dermatomiozit), ayrim teri kasalliklari (psoriaz, ekzema, polimorf eksudativ eritema), nefrit, tireotoksikoz, periferik asab tolalarning zararlanishi (pleksit, radikulit) va boshqalar kiradi. Uzoq davom etgan tonzillogen zaharlanish trombositopeniya va gemorragik vaskulitning rivojlanishiga olib keladi. Surunkali tonzillit quloq shang'illashi, vazomotor rinit, qon-tomir distoniyasi va vestibulyar buzilishlarning kechimini og'irlashtiradi.

Konservativ davolash tadbirlari quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Organizmning tabiiy himoya kuchini oshirish - kun tartibiga rioya qilish, S, V vitaminlarga boy taomlarni iste'mol qilish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish, qon zardobi, gamma- globulin, o'z tarkibida temir saqlovchi dori vositalari;

2. Giposensibilizasiya vositalari - kal'siy xlorid yoki kal'siy glyukonat, askorbin kislota, antigistamin dori vositalari, kortikosteroidlar, vaksinalar, allergiyaga qarshi maxsus dori vositalari;

3. Immunitetni tiklash - autoseroterapiya, immunostimulyatorlar (levamizol, T-aktivin, prodigiozan, timolin va x.k.) va immunitetni

faollashtirish vositalari ( geliy-neon lazer nurlari, IRS-19 aerosol', imudon); Imudon bir kunda 2 tabletkadan 3 mahal, 20 kun davomida tavsiya etiladi. Xuruj paytida 2 tabletkadan 4 mahal 10 kun davomida ovqatdan keyin ichishga beriladi. Tonzilgon draje yoki eritma shaklida kattalarga 2 draje yoki 25 tomchidan, maktab yoshidagi bolalarga 1 draje yoki 15 tomchidan, maktab yoshgacha bolalarga 10 tomchidan, bir yoshgacha bolalarga 5 tomchidan kuniga 5-6 mahal tavsiya etiladi.

4. Tanglay murtaklari va mahalliy limfa tugunlarni sog'lomlashtirish: lakunalarni yuvish, UBN, ul'tratovush, interferon, gidrokortizon bi-lan ul'trafonoforez, elektromagnit maydon, UVCh, SVCh, elektroforez, tibbiy loy bilan davolash; tibbiy zulukdan foydalanish, limfotrop terapiya va boshqalar.

5. Reflektor ta'sir etuvchi vositalar:novokain blokadasi, refleksoterapiya, bo'yin sohasiga UBN ta'sir etish;

Surunkali tonzillitda murtak lakunalari N.V.Belogolovov usulida yuviladi. Muolajada shpris va ingichka naycha ishlatiladi. Yuuvish uchun turli antibakterial dorilar( 0,25% formalin, YOKS, yodinol, xlorofillipt) ishlatiladi. Muolaja har kuni 1 mahal, jami 7-10 kun yuviladi.

Lakunalarni yuvish bilan birga fizioterapevtik muolajalar (UBN, past energiyali geliy-neon lazer, elektro-forez, UVCh ) bajariladi. Bemorga ichish uchun darmon dorilar, aloe, FIBS, glyukonat kal'siy, fitin, temir laktat buyuriladi. Immunitetni kuchaytirish maqsadida levomizol, IRS 19, lazer va timalen, T-aktivin,autoimmun zardob tavsiya etiladi.Stafilokokka qarshi gammaglobulin o'tkaziladi.

Konservativ davolash tadbirlari yiliga 2 marta ( bahor va kuzda) takrorlanishi maqsadga muvofiq. Mujassamlashgan konservativ davolash 90-95% gacha hollarda yaxshi samara beradi. Bemorni va uning oila a'zolarini tibbiy ko'rikdan o'tkazish, dispanser nazorati ostiga olish va sog'lomlashtirish ushbu ko'rsatkichni yanada oshiradi. Bolalarda ko'pincha surunkali tonzillitni rivojlanishi surunkali sinusitlar va adenoidlar bilan bog'liq bo'lganligi uchun 80 % hollarda adenoidotomiya jarrohlik amalidan so'ng surunkali tonzillit qaytalanmaydi.

Konservativ davolashning samarasi ko'p jihatdan murtak to'qimasi faoliyatiga va jarohatlangan asab tolalarining tiklanishiga bog'liq. Davolash tadbirlari murtak asab elementlarida kompensator moslashuv jarayonlarini qayta tiklanishini faollashtiradi, sovuqqa nisbatan allergik

reaksiyani pasaytiradi. Burun va burun yondosh bo'shliqlarining kasalliklarni o'z vaqtida davolash surunkali tonzillitni davolashda asosiy mezon hisoblanadi.

Konservativ davolash usuli yordam bermagan hollarda krioterapiya, lazer yordamida lakunotomiya jarrohlik amallari bajariladi. Ular bemorda tonzillektomiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda qo'llaniladi.

Ba'zi hollarda konservativ terapiya, boshqalarda jarrohlik aralaShuvi tavsiya etiladi.

Misol: surunkali tonzillit, oddiy shakl.

Tana harorati ko'tarilgan, angina yiliga 2 martadan ko'p bo'lmagan holda takrorlanadi, mahalliy va umumiy asoratlarsiz davom etadi.

Anamnezda tomoq og'rig'i yo'q, ammo bodomsimon bezlarni tekshirganda, ularning lakunalarida ko'plab yiringli oqmalar va tiqinlar topiladi. Mintaqaviy limfa tugunlari kattalashgan.

Misol: surunkali tonzillit, toksik-allergik shakl.

Tana harorati Yuqori bo'lgan angina yiliga 2 marta tez-tez takrorlanadi, qiyin (lakunar, follikulyar tonzillit). Konservativ davo samarasiz - tomoq og'rig'i yilning istalgan vaqtida takrorlanib turaveradi. Anginaning asoratlari yo'q.

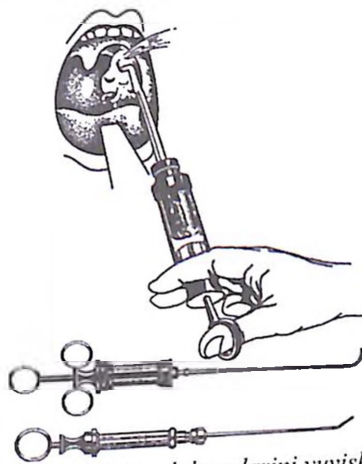
Ko'pincha tomoq og'rig'i, ulardan biri fonida nefrit, revmatik yurak kasalligi va boshqalar shaklida asorat mavjud.

Anamnezda tomoq og'rig'i yo'q, ammo bodomsimonlarni tekshirganda bodomsimon lakunada yiring va tiqinlar to'planishi aniqlanadi. Bemor revmatik yurak kasalligiga chalinadi.

Uning tarixida bir nechta tonzillit bor, ulardan biri paratonsillar xo'ppozi bilan murakkablashgan.

Shuni ta'kidlash kerakki, surunkali tonzillit tashxisi uchun anamnez ma'lumotlari juda muhimdir. Ko'pincha surunkali tonzillit o'tkir nefrit yoki surunkali asoratlarning sababi bo'lib, kasallikning kuchayishiga va o'tkir nefritning surunkali holatga o'tishiga yordam beradi. Otorinolingologik davolash, masalan, tonzillektomiya bemorni nefritdan davolamaydi, balki buyrak, bo'g'im, yurakni dori-darmon, parhez, iqlimiy davolash samaradorligiga yordam beradi.

Davolash. Davolashning konservativ usullari bodomsimon lakunalarni sanitarizatsiya qilishga, organizmning himoya funksiyalarini tiklashga qaratilgan. Buning uchun bodomsimonlarning lakunalarini antiseptik eritmalar bilan yuvish keng qo'llaniladi, yuvinish suyuqligi bilan birga lakunalardan yiringli tiqinlar, yiringli detrit va nekrotik massalar chiqarilganda (8.4-rasm). Fizioterapiya davolashga mintaqaviy limfa tugunlari UYUCH terapiyasi, past chastotali ultratovush tekshiruvi, elektroforez, UBN va boshqalar kiradi.



Rasm. 8.4. Bez lakunalarini yuvish

Jarrohlik muolajalari. Surunkali tonsillitni davolashning eng keng tarqalgan usulibodomsimon bezlarni to'liq olib tashlash bo'lib, tonsillektomiya deb ataladi (8.5-rasm).

Tonzillotomiya – tanglay murtaklarini qisman olib tashlash jarrohlik amali bolalarda murtaklar gipertrofiyasida bajariladi. Surunkali tonsillitni konservativ davolash choralari yordam bermagan hollarda, uning toksik-allergik shaklida, u bilan bog'liq kasalliklarda (revmatizm, revmokatit, tireoidit, strumit, poliartrit, sepsis ) tonsillektomiya – tanglay murtaklarini to'liq olib tashlash jarrohlik amali bajariladi. Surunkali tonsillit revmatizm bilan birga kechgan hollarda tonsillektomiya jarrohlik amali kasallikning remis-siya davrida, revmatizmga qarshi davolash tadbirlari o'tkazilgandan so'ng o'tkaziladi.

Tonzillektomiyaga qarshi ko'rsatmalarga quyidagilar kiradi: revmatizm, yurak va buyrak yetishmovchiligi, stenokardiya, giper-



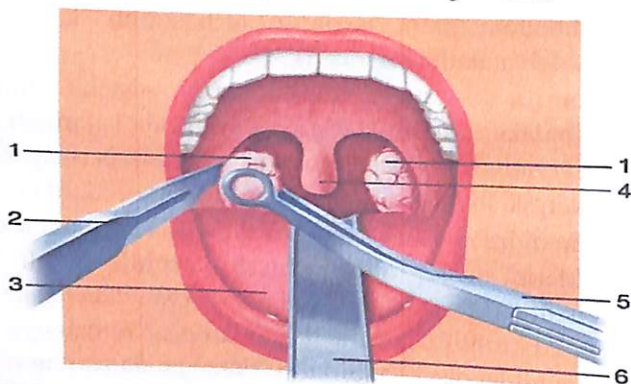
toniya, qandli diabetning og'ir shakli, sil, o'tkir ichak kasalligi, homilaning oxirgi oylari, hayz ko'rish payti. Angina va o'tkir respi-rator yuqumli kasalliklarda, surunkali tonsillit hurujida tonsillektomiya jarrohlik amali bemor sog'aygandan 2-3 haftadan so'ng bajariladi.

Tonsillektomiya jarrohlik amaliga bemor poliklinika sharoitida tayyorlanadi. U terapevt yoki pediatr, gematolog, nevropatolog, endokrinolog ko'rigidan o'tkaziladi. Bundan tashqari, ko'krak qafasi rentgenografiyasi, qon va siydikning umumiy taxlili, kon guruhi, rezus-omil, protrombin indeksi, kon retraksiyasi, trombositlar soni va avstraliya antigenini aniqlash tekshiruvlari o'tkaziladi. Bolalar tomog'idan Lyoffler tayoqchasiga surtma olinadi. Jarrohlik amaldan bir hafta oldin bemorga sedativ, gemostatik dorilar ichish tavsiya qilish foydadan holi emas.

Jarrohlik amali shifoxona sharoitida bajariladi. Bolalarda u umumiy endotraxeal narkoz yoki neyroleptonalgeziya, kattalarda - promekain, dikain, trimekain yoki novokain yordamida bajarilgan maxalliy og'riksizlantirish ostida bajariladi.

Tonzilektomiya jarrohlik amali quyidagicha bajariladi:

Tanglay-til ravoqchasining chetidan og'iz-halkumga qarab to'qimalar yoysimon kesiladi. Aj-ratgich yoki elevator yordamida paratonzillyar bo'shliq, murtak kapsulasining orqasi ochiladi, keyin murtak ekstra-kapsulyar usulda yuqori cho'qqisidan pastki cho'qqisigacha tanglay-til ravoqchasidan asta ajratiladi.



*Rasm. 8.5. Tonzillektomiya: 1 -tanglay bezlari; 2 - skalpel; 3 - til; 4 - tilcha; 5- qisqich; 6 - shpatel*

Bodomcha bezlari qisqich yordamida ushlanib, chandiqli bitishmalar qaychi uchi bilan oxista kesmasdan ajratiladi. Joyiga gemostatik pasta surtiladi, ba'zan kseroform kukunini sepish yoki lagoden eritmasiga xo'llangan tampon qo'yish ham mumkin. Murtaqlarni olib tashlash paytida uning cho'qqisi sohasida ichki va tashqi uyqu arteriyalar joylashganini doimo esda tutish lozim!

Tonzillektomiyadan so'ng bemorga yotoq rejimi buyuriladi, chunki unga zo'riqish mumkin emas. Birinchi kuni bemorga sut va qatiq ichish, iliq va suyuq ovqatlar istemol qilish tavsiya qilinadi, ayrim hollarda antibakterial terapiya buyuriladi. Murtaqlar joyi 7-10 kun davomida fibrinli qarashdan asta tozalanib, jarohat maydoni epiteliy bilan qoplanadi. Yurakning funksional o'zgarishlar aniqlangan bemor kardiolog nazoratida bo'lishi lozim.

Tonzillektomiya jarohlik amalidan keyin quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin. Halqumdan birlamchi qon oqishi operatsiya paytida va ikkilamchi qon oqishi – jarrohlik amalidan so'ng yaqin vaqt ichida kuzatilishi mumkin. Arterial, venoz va parenximatoz qon oqishlar tafovut etiladi. Ularning ichida eng haflisi - bu yirik arteriyadan qon oqishi bo'lib, qon och qizil rangda tomir urishiga mos to'lqinlanib oqadi. Bunday asorat arteriya devorining yemirilishi yoki jarrohlik amali paytida jarohatlanishi natijasida yuzaga keladi. Ko'pincha qon ichki va tashqi uyqu, yuqorigi halqum va til arteriyalardan oqadi. Qon oqishini to'xtatish jarrohdan zo'r mahoratni talab etadi. Arterial qon oqishida bemorning og'zi tez qonga to'ladi, bunday vaziyatda jarroh chaqqon harakat qilib qonayotgan maydonni va hiqildoq sohasida uyqu arteriyasini umurtqa pog'onasiga bosadi. Agar qon to'xtamasa, unda tashqi uyqu arteriya bog'lanishi lozim. Boshqa hollarda qonayotgan maydonga spirt, yod, kaliy permanganat eritmaları, ferropirin, lagoden eritmasi, aminokapronat kislotasi kukuni, quruq trombin, qon zardobi, tromboplastin tiqmasi quyiladi. Ba'zan qonayotgan tomir atrofiga 0,5% yoki 1% novokain, trimekain, 0,9% natriy xlor eritmasi yuboriladi. Bu ham yordam bermaganda orqa va old ravoqchalar orasiga lagodenga shimdirilgan doka tiqma qo'yiladi. Bu tiqma 24-48 soatdan so'ng olib tashlanadi. Yuqorida qayd etilgan shoshilinch tibbiy yordam bilan birga bemorga qon ivishini yaxshilovchi dorilar yuboriladi: vena ichiga 10 ml lagoden, 10% kal'siy xlorid yoki glyukonat, 5% aminokapronat kislotasi,

disinon, etamzilat natriy, qon zardobi, vikasol, bemorning qon guruhiga mos 50-100 ml toza qon vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Halqumdan qon oqishi asorati asosan. revmatizm, poliartrit, qon kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda kuzatiladi. Bunday asoratni oldini olish maqsadida quyidagi tadbirlar bajarilishi lozim:

1) bemorni jarrohlik amalidan oldin sinchkovlik bilan tekshirish;

2) anamnez ma'lumotlarini batafsil yigʻish;

3) qon oqishiga moyil bemorga tonzillektomiyadan oldin 2 hafta davomida 5-10% kalisiy

xlorid eritmasi, rutin, askorutin ichish tavsiya qilinadi.

5) ogʻriqsizlantirish paytida 1%-10 ml novokainga 2 tomchi 0,1% adrenalin gidroxlorid

va 5%-5 ml aminokapronat kislotasi (2 : 1) qoʻshiladi.

Tonzillektomiyada kuzatilishi mumkin boshqa asoratlarga - oʻtkir limfadenit, teri osti emfizemasi, zotiljam, oʻpka atelektazi, boʻyinhalqum absessi, mediastenit, yuz asab tolasi va boshqa asab tolalar falaji kiradi. Tonzilektomiyaning kechki asoratlariga sub-atrofik faringit, halqumning chandiqli oʻzgarishlari kiradi.

Surunkali tonzillitni oldini olish uchun umumiy gigienik va sogʻlomlashtirish tadbirlari oʻtkaziladi. Umumiy gigienik tadbirlarga badanni chiniqtirish, toʻgʻri ovqatlanish, mehnat va uy-joy gigienasiga rioya qilish, kasb bilan bogʻliq boʻlgan bakterial ifloslanishni bartaraf etish, havoni zaharli gaz va changdan tozalash, sanitariya-oqartuv ishlarini kiradi. Sogʻlomlashtirish tadbirlari vrach tomonidan amalga oshirilib, profilaktik koʻriklarda tish va milk kasalliklari, yiringli sinusit va otit bilan ogʻrigan hamda burun orqali nafas olishi qiyinlashgan bemorlarni aniqlash, dispanser nazorati ostiga olish va davolashdan iborat.

Oxirgi yillarda surunkali tonzillitni davolashda immunomodulyator va past energiyali lazer nurini qoʻllash yaxshi natija bermoqda. Lazer bilan taʼsirlashda geliy-neon lazerining qizil nuri qoʻllanadi. Nur burun boʻshligʻi shilliq pardasiga, halkumning orka devo-riga va tanglay murtaklariga taʼsir ettiriladi (yorugʻlik kuchi 2,65 mVt/sm 2, ekspozisiya vaqti 2-8 daqiqaga teng). Muolaja 5-7 kun davomida bir yilda 2 marta oʻtkaziladi. Bundan tashqari bemorga T-aktivin, metilurasil dori vositalari tavsiya qilinadi, tomogʻiga 10 kun davomida IRS-19 aerozoli sepiladi.

Surunkali tonzillitni oldini olishda dispanser nazorati muhim ahamiyatga ega bo'lib, bunda pediatr, terapevt, otorino-laringolog va stomatolog ishtirok etadi. Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorni LOR-shifokori dispanser nazorati ostiga olib, yiliga 2 marta ko'rikdan o'tkazadi. Kasallikning qaytalanishi kamayganda bemor 1 yilda 1 marta ko'rikdan o'tadi. Konservativ davolash yaxshi natija berib, anginaning qaytalanishi kamay-ganda bemor 3 yildan so'ng dispanser nazoratidan chiqariladi. Surunkali tonzillitning mahalliy belgilari saqlanib, 6 oy davomida olib borilgan davolash tadbirlariga qramasdan angina yana qaytalanib tursa, unda konservativ davolash tadbirlari samarasiz deb baholanib, tonzillektomiya jarrohlik amali bajariladi. Tonzillek-tomiyani boshdan kechirgan bemor 6 oydan sung dispanser nazoratidan chiqariladi.

Tanglay murtaklari gipertrofivasi, ya'ni tanglay murtaklarning yallig'lanishsiz kattalashishi 3 darajaga bo'linadi:

I darajada - tanglay murtaklari tanglay-til ravoqlaridan tomoqning o'rta chizig'igacha bo'lgan masofaning 1/3 qismini egallaydi;

II darajada-tanglay murtaklari bu masofaning 2/3 qismini egallaydi;

III darajada- tanglay murtaklari bir-biriga tegib turadi.

Kattalashgan murtaklar oq-pushti rangda, yumshoq, lakunalari aniq, yuzi silliq bo'lib old ravoqchalardan chiqib turadi.

Bemor nafas olish va yutinishni kiyinlashganligiga shikoyat qiladi, unda yo'tal, nutqni buzilishi, manqalanish kuzatiladi, uxlaganda xurrak otadi. Bunday hollarda tonzillotomiya murtaklarning ma'lum qismini olib tashlash jarrohlik amali bajariladi. Tonzillotomiya ko'pincha 5-7 yoshdagi bolalarda o'tkaziladi.

Tonzillotomiya ambulatoriya sharoitida mahalliy og'riqsizlantirish (dikain yoki lidokain) ostida bajariladi. Jarrohlik amalidan so'ng bemor 2 soat davomida vrach nazorati ostida bo'lib, keyin 1- 2 kun uy sharoitida qoladi. Unga iliq suyuq ovqatlar beriladi. Qon kasalliklari, o'tkir yuqumli kasalliklarda tonzillotomiya jarrohlik amalini bajarish vaqtincha man etiladi.

Halqum murtagi gipertrofivasi (adenoidlar) --(vegetatio adenoides) halqum (burunhalqum) murtaging pato-logik gipertrofivasi. Ko'pincha 3-12 yoshar bolalarda, ba'zan 26-40 yoshli, hatto 70-75 yoshli qariyalarda kuzatish mumkin.

Adenoidlarning 3 darajasi tafovut etiladi:

I darajada – halqum murtagi kattalashib, dimogʻ suyagini yuqoridan 1/3 qismini yopib turadi;

II darajada – uni 1/2 qismigacha yopib turadi;

III darajada – kattalashgan murtaklar dimogʻ suyagini 2/3 qismini yopib turadi;

IY darajada – murtak xoanalarni butunlay yopib turadi.

Belgilari. Halqum murtagi gipertrofiyasi sharsimon oq-pushti rangdagi tuzilmalar boʻlib, gistologik tekshiruvda yuzaki va parenximatoz yalligʻlanish belgilari aniqlanganda, uni surunkali adenoidit deb baholash mumkin.

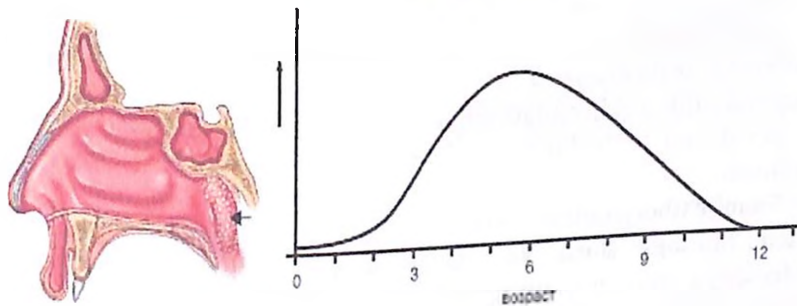
Halqum murtagi gipertrofiyasi quyidagi mahalliy va umumiy asoratlarga sabab boʻladi: burun orkali nafas olishning qiyinlashishi, yuz tuzilishning buzilishi, eshitish qo-biliyatini va nutqni buzilishi, yopiq manqalanish, bosh ogʻrishi, bosh aylanishi, uyquni buzilishi, xotirani susayishi, subfebrilitet, 15% bemorlarda enurez, epilepsiya, laringospazm, bronxial astma, koʻrish oʻtkirligining pasayishi, qomatni buzilishi (skolioz va boshq.), yurak-kon tomir tizimi faoliyatining buzilishi va boshqalar. Bunday asoratlar burun orqali na-fas olish qiyinlashganligi va adenoidlar asab tizimiga taʼsir etishi natijasida yuzaga keladi. Adenoidlar organizmning allergik ho-latiga ham oʻz taʼsirini koʻrsatadi.

Tashxis qiyinchilik tugʻdirmaydi (habitus adenoideus), bemorning yuz tuzilishi adenoidlar mavjudligidan dalolat beradi, bunda uning yuzi biroz choʻziqroq, ogʻzi yarim ochiq holda, yuqori old tishlar betartib joylashgan va oldinga chiqib turadi. Uzoq muddat davomida ogʻiz orqali nafas olish koʻkrak qafasining shaklini oʻzgartiradi (qush koʻkrak). Tashhis old va orqa rinoskopiya va burun-halkumni barmoq yordamida paypaslash tekshiruvlaridan soʻng qoʻyiladi. (8.6-rasm). Shuni taʼkidlab utish lozimki, burundan nafas olishni buzilishiga surunkali sinusitlar ham sabab boʻladi, dimogʻiga oqib tushayotgan balgʻam esa burun-halqum murtakni yalligʻla-nishiga olib keladi. Shuning uchun halqum orqa devorida yiringli ajralma borligi aniqlanganda, dastlab burun yondosh boʻshliqlari rentgenografiyasini qilib, patologik oʻzgarishlar aniqlanganda sinusitni davolash lozim. Agar davolashdan soʻng burun

orqali nafas olish tiklansa, unda adenotomiya jarrohli amalini bajarishga zarurat qolmaydi.

ADENOIDIT (RETRONAZAL ANGINA)- halqum murtagining yallig'lanishi. Kasallik o'tkir yoki surunkali qaytalanuvchi kechimga ega bo'lishi mumkin. Ko'pincha bolalarda halqum murtagi rivojlanishi davrida burun va burun yondosh bo'shliqlari yallig'lanishining asso-rati sifatida hamda turli yuqumli kasalliklarda uchraydi; kattalarda kasallik kam - murtak invalyusiyasi sodir bo'lmagan xollardagina kuzatilishi mumkin. Yallig'lanish jarayoni murtakdan halqumning yuqori va o'rta bo'limlarining shilliq pardasiga tarqalishi mumkin. Kasallikni ko'pincha bolalar va o'smirlarda uchrashi bir tomondan ularda murtak mavjudligi bilan, ikkinchi tomondan uni infeksiyaga qarshi o'ta kuchli reaksiyasi bilan izoxlash mumkin.

Etiologiyasi. O'tkir adenoidit (epifaringit) ko'pincha bolalar respirator kasalliklari bilan birga kechadi. Uni rivojlanishiga opor-tunistik va shartli-patogen florani turli noqulay omillar (ijtimoiy-maishiy, alimantar, ekologik va boshk.) ta'sirida faollashishi sabab buladi. Bunda A guruxi beta-gemolitik streptokokki (BGSA) muhim ahamiyatga ega. Adenoiditning rivojlanishiga sabab bulgan boshqa mikroorganizmlarga mikoplazmalar, xlamidiylar, rino- va koronaviruslar, gripp va paragripp viruslari, Epshteyn-Barr virusi, S va G guruxi streptokokklari va stafilokokklar kiradi.



Rasm: 8.6. Adenoidlar

Bemorlar yoki infeksiya tashuvchilar kasallik manbai hisoblanadi. O'tkir adenoidit xavo-tomchi yo'li orqali tarqaladi. Bolalar maktab va bog'chalarda bulgan kuz-qish va bahor fasllarida kasallikni ko'payishi

qayd etiladi. Bu yoshdagi bolalarda halqum murtagi ko'pincha kattalashgan bo'lib, u turli klinik belgilar bilan kechuvchi immunitet holati buzilishidan va organizmning rezistentligi sustligidan dalolat beradi.

Immunitet tanqisligi holatining asosiy klinik belgisi - bu LOR-a'zolarida, bronxo'pka apparatida, ko'zlarda, terida va yumshoq to'qimalarda ko'pincha an'anaviy va patogenetik terapiyaga chidamli opportunistik va shartli - patogen mikroblar qo'zg'atgan turli surunkali qaytalanuvchi infeksiyon - yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishidir. Organizm immun tizimidagi sifat yetishmovchiligini son ko'rsatkichi, ya'ni limfoepitelial to'qimani katta-lashishi bilan qoplaydi.

Klinik manzarasi. Yosh bolalarda o'tkir adenoidit tana haroratini ko'tarilishi (39,0 - 40,00 S), burun orqali nafas olishni keskin buzilishi, quloqlarni og'rishi, xurujsimon yo'tal bilan kechadi.

Emizikli bolalarda kasallik keskin zaharlanish belgilari, emishini qiyinlashishi, parenteral dispepsiya, qusish, ich ketishi, qator xollarda bosh miya pardalarining zararlanish belgilari bilan juda og'ir kechadi. Burundan dastlab suvday, keyinchalik shilimshiq - yiringli ajralma oqadi, mahalliy limfa tugunlar, asosan bo'yin va pastki jag' limfa tugunlari kattalashadi, manqalanish kuzatiladi.

Katta yoshdagi bolalarda va kattalarda o'tkir adenoidit tana haroratining biroz ko'tarilishi yoki me'yorda bo'lishi, umumiy holatning yengil buzilishi bilan kechishi mumkin.

Yallig'lanish jarayoni nay murtaklari, halqumning yon lo'lachalari va limfoid follikula-lariga ham tarqalishi tuqayli o'tkir adenoidit boshqacha qilib o'tkir epifaringit deb ataladi; rivojlangan kakasalliktaral otit, yevstaxeit, retrofaringial ho'ppoz kasallikning aso-ati sifatida baholanadi.

Shuni e'tiborga olish lozimki, yallig'lanish jarayonida kattalashgan halqum murtagi shish va infil'tratsiya, surunkali kechimida esa proliferatsiya jarayonini qo'shilishi tufayli yanada kattalashadi. Bu hol fiziologik faoliyatlarining keskin buzilishiga olib keladi (eshituv naylari halqum teshiklarini yopilishi, burun orqali nafas olishning buzilishi (bola og'zi orqali nafas oladi), nafasni yuzaki bo'lishi, nafas olingan havo hajmini kamayishi).

Bosh miyada qon aylanishi buzilib, turli nevrologik belgilar bilan kechuvchi bosh miya gipoksiyasi rivojlanadi. Halqum murtagining qon tomirlari anastomozlar orqali ekstra-va intrakranial qon aylanishi bilan uzviy bog'likligi tufayli yallig'lanish jarayonlarida kalla ichi asoratlarini, xususan surunkali bazal leptomeningitni rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi.

Burun orqali nafas olishning uzoq muddat davomida buzilishi tishjag' tizimining noto'g'ri rivojlanishiga, yuqori va pastki jag' suyaklari o'sishining disproporsiyasiga olib keladi (habitus adenoideus).

Ba'zan bolalarda burunhalqumning gumbazida jabra tirqishining bitmasligi va rudimentar cho'ntak – Tornval'd kistasi hosil bo'lishi mumkin. U kattalashgan halqum murtagi bilan yopilgan bo'lib, patologik ajralma bilan to'lgan yashirin bo'shliq bo'lib xizmat qiladi.

Yigitlik davrida adenoidit kamdan-kam xollarda uchraydi, bunda murtak surunkali yallig'lanish holatida bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni murtakdan halqum va nafas yo'llari shilliq pardasining barcha bo'limlariga tarqalishi va kataral, yiringli, yiringli-nekrotik xarak-terga ega bo'lishi mumkin. (8.7-rasm).



Rasm. 8.7. Adenoid yuz (a). Gotik tanglay (b)

Tashxis. Faringoskopiya da halqumning orqa devori, orqa tanglay ravoqchalari keskin qizarganligi, halqumning orqa devori bo'ylab shilimshiq-yiringli adralma oqayotganligi ko'rinadi. Endoskop yordamida bajarilgan orqa rinoskopiya da yoki epifaringoskopiya da halqum murtagi keskin shishgan va qizarganligi, uning yuzasida nuqtali va ko'shilib ketgan yiringli karashlar borligi aniqlanadi. (4.30-rasm, a).



Old rinoskopiyada burun bo'shlig'i shilliq pardasi kizargan va shishganligi, umumiy burun yo'lining orqa bo'limlarida shilimshiq yoki shilimshiq-yiringli ajralma borligi ko'rinadi.

Qator xollarda burun bo'shlig'i anemizasiya qilinib, tozalangandan so'ng qizargan va shishgan turli darajada kattalashgan va shilimshiq-yiringli ajralma bilan qoplangan adenoidlarni ko'rish mumkin.

Periferik qonda chapga siljigan leykositoz, EChT oshishi, virusli zararlanishda limfositoz kuzatiladi; siydikning umumiy tax-lilida oksil izlari aniqlanadi.

Halqum orqa devoridan surtma olib, uni mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazish kasallikni qo'zg'atgan bakteriyalarni aniqlash va te-gishli bakteriyalarga qarshi terapiyani o'tkazishga yordam beradi.

Davolash tadbirlari maxalliy va tizimli terapiyadan iborat.

- Mahalliy davolash tadbirlari: bemorga burun tomchilari yoki aerosol shaklida qon tomirlarni toraytiruvchi, yallig'lanishga qarshi, mukolitik va antiseptik dori vositalari (oksimetazolin, tetrizolin, 2% kumush proteinati), immunomodulyatorlar (derinat, gepon) buyuriladi. Barcha dorilar burun bo'shlig'i va halqum tozalangandan so'ng; akva maris, fiziomer yordamida yuvilgandan so'ng kiritiladi.

- Tizimli terapiyada turlicha dori vositalar ishlatiladi.

- Simptomatik vositalarga tana haroratini tushuruvchi, og'riqsizlantiruvchi dorilar kiradi (parasetamol (taylenol), solpadein).

- Viruslarga qarshi va immunomodulyator dori vositalari: polioksidoni, likopid, arbidol.

- Etiotrop terapiyasining asosini penisillin guruhi antibiotiklari (fenoksimetil-penisillin, amoksisillin/klavlanat) yoki II -III avlodga mansub sefalosporinlar (sefuroksim, sefatoksim, seftriokson), ularni ko'tara olmaslik holatlarida makro-lidlar (eritromisin, roksitromisin, azitromisin) tashkil qiladi.

- Tetrasiklinlar asosan BGSA (A guruhi beta gemolitik streptokokkga) nisbatan samarali doksisilin shaklida ishlatiladi, ammo unga nisbatan chidamlilik 50% ni tashkil qiladi, shuning uchun u dolzarb antibiotiklar ruyxatidan chikariladi.

- Mahalliy usulda fuzafunjin (bioparoks)ni qo'llash yaxshi natija beradi. U topik antibiotik bo'lib, bakteriyalarga va yallig'lanishga qarshi keng ta'sir spektriga ega. Bioparokc aerosoli har burun

teshiklariga har 4 soatda 4 ingalyasiyadan buyuriladi. Ingalyasiyadan oldin "burun dushini" bajarilishi davolash samaracini yanada oshiradi.

- Adenoiditning rivojlanishida allergik omilning ta'siri bulgan xollarda bemorga antigistami dori vositalari tavsiya etiladi (klamastin,loratadin,ebastin, setirizin).

- Oxirgi yillarda adenoiditni davolashda gomeopatik va antigomotoksik dorilar qo`l-lanilmoqda: limfomiozot, engistol, exinaseya, anginxel', lov-malish, apis-merkuriy.

- Aksariyat xollarda adenoidit 3-5 kun davomida sog'ayish bilan tugaydi, qator xollarda kasallik 15-20 kun davom etishi mumkin, bemorning umumiy holati kam buziladi.

- Tana harorati 380 C va undan ortiq bo'ladi, bo'yin va jag' osti limfa tugunlari kattalashib, paypaslanganda og'riydi.

- Dori-darmonlar bilan davolash tadbirlari samara bermaganda adenotomiya jarrohlik amali bajariladi.II-III darajali ade-noidlarni kasallik avj olgandan keyin 1-2 oy ichida olib tashlash tavsiya qilinadi (adenotomiya).

Surunkali adenoidit – halqum murtagining surunkali yallig'lanishi bolalarda ko'p uchraydi va o'tkir respirator kasallik, adenovirusli,rinovirusli infeksiya,gripp,paragripp yoki boshqa infeksiyaning (skarlatina,qizamiq) oqibatida rivojlanadi.

Bola immunitetining sustligi, o'tkir adenoiditni noto'g'ri davolash, bakterial flora, shu jumladan saprofit florani faollashishiga sharoit yaratuvchi immun supressiya holatini chu-zilishiga sabab bo'lgan rekonvalessensiya davri tartibiga rioya qilmaslik jarayonni su-runkali shakliga o'tishiga yordam beradi.

Bola sog'ligiga umumklinik baho berilishi va birinchi navbatda xuddi shunday limfoepitelial tuzilmalariga (peyer blyashkalari) ega oshqozon-ichak yo'llari kasalliklarini aniqlash (disbakterioz, gel'mintoz, disfermentoz) muhim axamiyat kasb etadi. Peyer blyashkalari shilliq pardaning, xususan yuqori nafas yo'llari va halqumning shilliq pardasining, himoya faoliyatini ta'minlovchi A sekretor immunoglobulinni ishlab chiqarilishida muhim rol o'ynaydi.

Klinik manzarasi. Surunkali adenoiditning asosiy belgisi – bu burun orqali nafas olishning buzilishi, xurrak otish, halqumning orqa devori bo'ylab shilimshiq-yiringli ajralmani oqishi, manqalanish, yo'tal (ayniqsa ertalblar,uyqudan o'yg'ongandan so'ng) hisobla-nadi. Bunday

bemorlar bronxit, oʻrta otit bilan asoratlangan respirator kasalliklarga tez-tez chalinib turadilar.

Bemor boshi ogʻrishiga, uyqusi buzilganligiga, tez charchashiga, koʻrish oʻtkirligi va xid bilish qobiliyati pasayganligiga, eshituv fluktuasiyasiga shikoyat qiladi. Bolalarda allergik reaksiyalar qayd etiladi: diatez, dermatit, eshak yemi, soxta krup, va tungi enurez.

Tashxis. Bemor koʻzdan kechirilganda yuzining rangparligi, koʻzlari ostida tuq doiralar borligi, ogʻzi yarim ochiq xolatda ekanligi, habi-tus adenoideus, "qush koʻkrak"lik aniklanadi Paypaslanganda maxalliy limfa tugunlar (retromandibulyar, jag osti, yon boʻyin) kattalash-ganligi va ogʻriqli ekanligi maʼlum boʻladi. Ogʻiz boʻshligʻi koʻzdan kechirilganda koʻpsonli tish kariesi, patologik pigmentasiya va tishlar notoʻgʻri rivojlanganligi koʻrinadi.

Faringoskopiya halqum limfoepitelial tuzilmalarining (tanglay murtaqlari, halqum orqa devori va yon tomonining granulari, halqum va nay murtaqlari) gipertrofiyasi va surunkali yalligʻlanishi belgilari kuzatiladi. Surunkali yalligʻlanish belgilari shilliq par-daning turgʻun qizarishi, shishi, qon tomirlarining inʼeksiyasi va yumshoq tanglay va tanglay ravoqchalarida kichik vezikulalar borligi bilan ifodalanadi. Baʼzan yoʻldosh surunkali tonzillit mavjudligidan dalolat beruvchi musbat Gize va Zak, Preobrajenskiy belgilari aniqlanadi; burunning respirator faliyati tekshirilganda burun orqali nafas olish biroz buzilganligidan to butunlay yuqolishigacha oʻzgarganligi aniqlanadi.

Rinoskopiya allergik belgilar bilan kechgan vazomotor rinit belgilari (shilliq pardaning shishganligi, turgʻun-koʻkimir yoki rangpar, dogʻ-dogʻ boʻlib koʻrinishi, burunning orqa boʻlimlarida shilimshiq yoki yiringli ajralmani toʻplanishi). Burun boʻshligʻi tozalanib, anemizasiya qilingandan soʻng xoanalar yorigʻi orqali "harakatchan" adenoidlarni koʻrish mumkin. Burunhalqumda qalin ajralma (shilimshiq yoki shilimshiq-yiringli) borligi aniqlanadi.

Mikroendoskopiya (Bogomilʼskiy M.R. va Garashenko T.I. tomonidan ishlab chiqilgan, rinoskopiya va epifaringoskopiyaning oʻz ichiga olgan usuli boʻyicha 00 va 700 optika yordamida bajarilgan videoendoskopiya tekshiruvini) tekshiruv usulini qoʻllash adenoidlarning hajmini va xarakterini, burun va burunhalqumning yalligʻlanishini, Valʼsalʼva sinamasini oʻtkazish paytida adenoidlarni siljishini chuqur oʻrganish imkonini beradi. Ushbu tekshiruv usuli yordamida eshituv naylarining teshiklari, gʻalvirsimon labirint katakchalari (asosan orqa va

o'rta katakchalari) yallig'lanish jarayoniga jalb etilganligi, polisinusitning rivojlanishiga sharoit yaratuvchi yuqori jag' bo'shlig'iga ochilishi maydonining shishi borligi aniqlanadi.

Qiyosiy tashxisotda halqumni barmoq yordamida tekshirish usuli muhim ahamiyatga ega, u burunhalqumning hajmini va xususiyat-larini aniqlash imkonini beradi.

Adenoidlarni o'smirlar angiofibromasidan farqlash muhim. Angiofibroma ko'pincha o'g'il bolalarda uchraydi, shakli aylana bo'lib, zich-elastik konsistensiyaga ega, anamnez ma'lumotlarida burundan tez-tez qon oqishi kuzatilganligi qayd etiladi.

Surunkali adenoidit belgilariga o'xshash klinik manzara burun chig'anoqlarining orqa uch-lari gipertrofiyasida, xoana polipida (bunda harakatchan polip xoanadan o'sib chiqadi, burun-halqum gumbazi erkin bo'ladi) ham kuzatiladi. Bunda adenoidlarning konsistensiyasi yumshoq bo'lib, ular keng asosi bilan burunhalqum gumbazining orqa bo'limiga birikadi, kattalarda adenoidlar chandikli to'qimaning ko'pligi tufayli (yallig'lanish oqibatida) qattikroq bo'ladi.

Davomli subfebrillitetning sababi sifatida sil kasalligini inkor etish maqsadida Pir-ke va Mantu sinamalarini bajarish lozim. Mikrobiologik tekshiruvlar natijalari asosan kokklar florasi mavjudligini va ularning antibakterial dorilarga nisbatan sez-girliigi past ekanligi ma'lum bo'ladi.

Davolash tadbirlari ikki tamoilga asoslanishi lozim:

1. jarrohlik usuli va dorilar bilan davolash orqali burun va halqumning buzilgan fiziologik faoliyatini tiklashga erishish;
2. immun tanqisligini bartaraf etish va organizmning himoya kuchini tiklash (modda almanishuvi jarayonlarini korreksiya qilish, immunomodulyasiya va detoksikasiya terapiyasi) orqali halqum murtagi gipertrofiyasi va yallig'lanishining qaytalanishini oldini olish.

Surunkali adenoidit qaytalanganda o'tkir adenoiditni davolash kabi tizimli va mahalliy davolash tadbirlari o'tkaziladi.

Adenoiditning qaytalanuvchi kechimida adenotomiya jarohlik amali tavsiya etiladi va u kasallikning avj olishi davolangandan 3-4 hafta o'tgandan so'ng bajariladi.

Agar bemordagi subfebrillitet adenoidit bilan bog'liq bo'lib, olib borilgan davolash tadbirlariga qaramasdan me'yorlashmasa, unda tana haroratini tushishini kutib o'tirmay adeno-idlarni olib tashlanishi lozim, ammo bu xolda jarrohlik amali antibiotikoterapiya ostida bajariladi.

Adenotomiyani bajarish uchun asosiy ko'rsatma –bu quyidagi belgilar bilan kechgan halqum murtagi gipertrofiyasining II,III,IY darajalaridir.

- kasallik burun orqali nafas olishni iloji yuqligi, qaytalanuvchi etmoidit, sfenoidit, gaymorit bilan kechganda;

- tovush o'tkazilishining buzilishi, qaytalanuvchi tubootit, o'rta otit (kataral, yiringli), eksudativ o'rta otit, neyrosensor quloq og'irligi (soxta, nog'ora bo'shlig'ida ajralma borligi tufayli rivojlangan) natijasida eshitish qobiliyatining pasayishi bilan kechganda;

- yo'ldosh toksik-allergik kasalliklarni mavjudligi: eshik yemi, miokardit, leptome-ningit, surunkali bronxit,bronxial astma.

Yuqumli kasalliklar ham adenotomiyani bajarish uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi, bunda angina, o'tkir respirator kasalliklardan so'ng jarrohlik amali 1 - 2 oy, grippda - 2 oy, suv-chechakda – 3 oy, qizilcha, skarlatinada – 4 oy, qizamiq, ko'k yo'tal, parotit, yuqumli mononukleozda - 6 oy, virusli gepatitda – 1 yil (qondagi bilirubin miqdori tekshirilgandan so'ng), meningitda – 2 yil o'tgandan so'ng bajarilishi lozim.

Noqulay epidemiologik vaziyatda (agar bola yuqumli kasallik bilan og'rikan bemor bilan muloqotda bo'lgan bo'lsa; emlash tadbiri o'tkazilganda) jarrohlik amali biroz kechiktiriladi (emlashdan so'ng jarrohlik amali 2-3 oydan keyin bajariladi).

Qarshi ko'rsatmalar:

- qon kasalliklari (o'tkir va surunkali leykoz,gemorragik diatez,immun gemopatiyalar);

- toksik difteriya korinebakteriyalarining basillatashuvchilik;

- LOR-a'zolarining o'tkir kasalliklari yoki surunkali kasalliklarining avj olishi;

- ichki a'zolarining o'tkir kasalliklari yoki surunkali kasalliklarining avj olishi;

- yurak,buyrak,jigar va o'pka kasalliklarining dekompensasiya bosqichlari;

- tish kariesi;

- timomegaliya;

- halqum qon tomirlarining anomaliyalari.

Jarrohlik amalidan oldin bolalarga quyidagi tekshiruvlar o'tkaziladi:

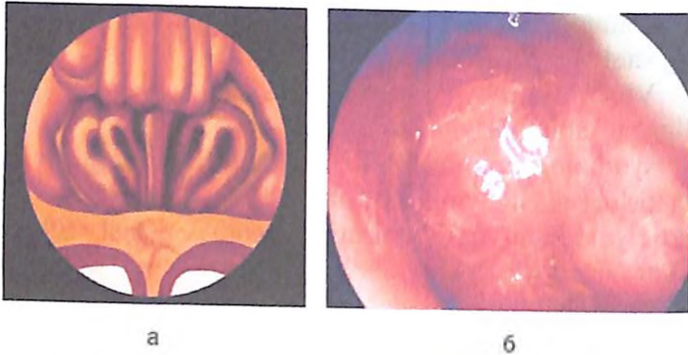
- qonning klinik taxlili (trombositlar miqdori, qon ivishi va oqishining vaqti);
- VICH, avstraliya antigeni (Hbs), HVC, RW aniqlash uchun bajariladigan tekshiruvlar;
- sydikning umumiy tahlili, axlatni gel'mintozga tahlili;
- tishlarni sog'lomlashtirish, toksik difteriya korinebakteriyalarining basillotashuv-chiligini aniqlash uchun halqum va burundan surtma olish;
- florani antibiotiklarga sezgirligini tekshirish;
- jarrohlik amali bajarilishi mumkinligi haqida pediatr xulosasi;
- yuqumli kasallik bilan og'rigan bemorlar bilan *muloqotda* bo'lmaslik.

Adenotomiya jarrohlik amali odatda ambulatoriya yoki poliklinika sharoitida mahalliy og'riqsizlantirish ostida halqasimon pichoq, ya'ni adenotom yordamida bajariladi. Ade-notom o'rta chiziqdan dimog' suyagining orka cheti bo'ylab halkum gumbazigacha ki-ritiladi. Halqum gumbazi va dimog' suyagiga adenotom bilan bosilganda adenoid to'qima asbob hal-qasi ichiga kiradi. Keyin qisqa va chaqqon harakat bilan adenotom pichog'i burunhalqum devori bo'ylab pastga siljiriladi. Bir paytning o'zida adenoidlar asosi sohasida kesilib olinadi (bunda bemorning boshi biroz oldinga egilgan bo'lishi kerak). Keyin bolaga navbatma-navbat burnining har ikki tomonini qoqish buyuriladi.

Jarrohlik amalidan so'ng qon oqishi kuzatilmagan bemorga 2 soatdan keyin uyga ketishiga ruxsat beriladi va 1-2 kun davomida uy sharoitida bo'lish va iliq suyuq ovqatlar iste'mol qilish tavsiya etiladi. Bolalarda adenoidlar ko'pincha tanglay murtagi gipertrofiyasi bilan birga uchraydi, bu xolda dastlab tonzillotomiya, keyin adenotomiya jarrohlik amallari bajariladi.

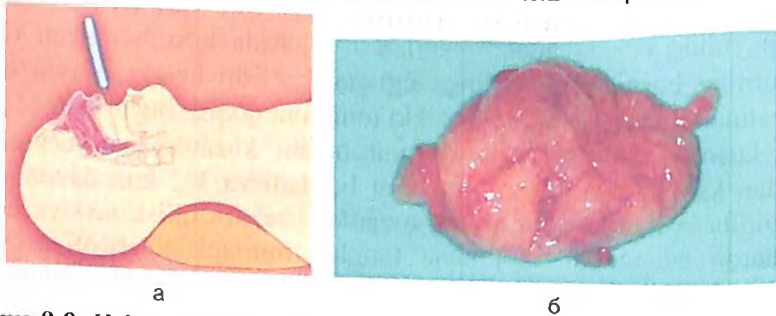
Halqum bodomsimon bezining kattaligiga qarab, adenoid o'simliklarining uch darajasiga ajratiladi:

I - adenoidlar xoanlarning Yuqori chetiga etib boradi;II - adenoidlar tomoqning burun qismining muhim qismini egallaydi va dimog'ning yarmini qoplaydi;III - adenoidlar xoanalarni to'liq qoplaydi (8.8-rasm, b).



Rasm. 8.8. Adenoidlar: a - tomoqning burun qismi gumbazida; b - endoskopik rasm

Davolash. Burun nafasini adenoidlar bilan tiklashning asosiy usuli jarrohlik - adenotomiya deb hisoblanadi, maxsus fenestratsiyalangan pichoq - adenotom yordamida amalga oshiriladi (8.9-rasm). O'z vaqtida adenotomiya qilish, nafaqat burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shlig'i kasalliklari paydo bo'lishiga to'sqinlik qiladi, balki tish qatoridagi bir qator patologik belgilarga (stomatit, gingivit, karies, tishlama buzilishiga) nisbatan profilaktika chorasi bo'lib xizmat qiladi.



Rasm: 8.9. Vekman pichog'i bilan adenotomiya (a). Adenoid to'qimasi olib tashlandi (b)

Ronxopatiya – uykuda patologik xurrak otish holati. U asosan yumshoq tanglayda rivojlangan yallig'lanish-giperplastik jarayoni natijasida halqum o'rta bo'limini torayishi tufayli yuzaga keladi; uyquda xurrak otishni vaqti-vaqti bilan takrorlanishi 45% aholida, doimiy xurrak otish holati – 25% aholida qayd etilgan.

Patogenezi. Yumshoq tanglayda (asosan uning markazi va kamroq periferik qismida) surunkali yallig'lanish gipertrofiyasi rivojlanadi.

Jarayon tilcha asosini 2-3 marta bolishsimon qalinlashish bilan namoyon bo'ladi.

Gistologik jihatdan gipertrofiyaga uchragan to'qimada haddan ziyod miqdorda kollagen tolalar, ko'pgina lipositlar, o'choqli miositoliz, stroma shishi aniqlanadi. Qalinlashgan yumshoq tanglay o'z tonusini yo'qotib, halqumning old-orqa o'lchamini uchdan bir qismdan yarmigacha toraytiradi. Xuddi shu sohada shilliq pardaning gipertrofiyasi va burmaliligi tufayli yumshoq tanglay sathida halqumni qum soat shaklida 30-45% torayishi ro'y beradi, uyqu paytida nafasni ongli boshqarilishi yo'qolib, nafas olish va nafas chiqarish paytida havo oqimi qarshiligi kam yul orqali o'ta boshlaydi.

Burun orqali nafas olinganda halqumning toraygan maydoni qo'shimcha qarshilik hosil qiladi, bunda torayish maydonidan pastda havo oqimining tezligi ancha oshadi, shuning uchun uyqu paytida burun orqali nafas olinganda havo og'iz orqali ham kiradi (Bernulli qonuni).

Bunda yumshoq tanglayning cheti turli tezlik bilan oqayotgan qo'shiluvchi va turbulet harakatlanuvchi ikki havo oqimi orasida qoladi, natijada butun yumshoq tanglay o'ziga xos xurрак tovushini hosil qilib tebrana boshlaydi. Uyqu paytidagi xurракning ushbu mexanizmi burunda qarshilik oshganda, masalan gipertrofik rinitda, burun to'sig'i qiyshiqligida, polipozli etmoiditda yanada kuchayadi.

Uykuda xurрак otish tufayli tashqi nafas qarshiligining ancha oshishi, o'pkaga kirayotgan havo hajmini 45% ga kamayishiga olib keladi, bunda qondagi kislorodning miqdori kamayadi, (kunduzi gipoksemiya 10-20% ga, kechasi 20-30% ga yetadi) karbonat angidritning hajmi esa ko'payadi (giperkapniya va subkompensasiyali asidoz). Qondagi gaz almanishuvining ushbu buzilishlari nafas markazining avtoma-tizmini o'zgartiradi va u nafas olish harakatini keltirib chiqarishi uchun SO<sub>2</sub> ning ko'paygan miqdoriga moslashadi. Shuning uchun uyqu paytida va xurрак otish paytida nafas harakatlari vaqti-vaqti bilan to'xtab qoladi, chunki nafas markazining avtomatik reflektor ishini ta'minlash uchun qondagi karbonat angidridning ancha yuqori bo'sag'a sathi kerak bo'ladi.

Navbatdagi nafas olish harakatini kechiktirilishi apnoe deb ataladi va u 4-5 dan 15 soniya-gacha davom etadi, tun davomida apnoe o'n va yuz marotaba takrorlanadi va jami 2-3 soatni tashkil qiladi.



Somnografiya va laboratoriya tekshiruv usullari yordamida ronxopatiya bilan ogʻrigan bemorlarda tun davomida gipoksiya va giperkapniya shaklida qondagi gaz almanishuvining jiddiy buzilishlari qayd etilgan.

Klinik manzarasi. Ronxopatiya koʻproq oʻrta va keksa yoshli erkaklarda (40%) va kamroq ayol-larda (20%), asosan semiz odamlarda uchraydi; alkogol ichimliklari suisteʼmol qilish va charchoq uyquda xurрак otishni kuchaytiradi; baʼzan navbatdagi apnoedan soʻng bemor uygʻonadi va qayta uxlab qoladi. Uyquning vaqti qisqarishi, uning sifatini yomonlashishi tufayli kunduzi bemorlarda u yoki bu darajada uyquchanlik, toliqish, xotirani va ish qobiliyatini pasayishi qayd etiladi.

Ronxopatiyada nafasni obstruktiv buzilishi akustik fenomenni, yaʼni apnoe bilan kechuvchi xurракni keltirib chiqaradi va surunkali kislorod yetishmovchiligi, yurak urishi ritmini va qon bosimini oʻzgarishi, oʻpka arteriyasida qon bosimini oshishi, simpatik faollikni kuchayishi, yurak qon-tomir tizimida tunda toʻsatdan apnoeda oʻlim holati yuz berishiga yordam beruvchi tiklanmac oʻzgarishlarni rivojlanishi bilan kechadi.

LOR-aʼzolar koʻzdan kechirilganda ronxopatiya bilan ogʻrigan bemorlarda burun orqali nafas olish buzilganligi va gipertrofik faringit, hamda sust kechuvchi surunkali tonzillit mavjudligi aniqlanadi.

Old rinoskopiya pastki burun chigʻanoqlarining gipertrofiyasi, burun toʻsigʻi qiyshiqiligi tufayli burun yoʻllari torayganligi aniqlanadi, baʼzan umumiy burun yoʻlarining tabiiy torligi uchraydi.

Faringoskopiya giperplastik faringit va surunkali tonzillit manzarasi koʻrinadi, halqumning oʻrta boʻlimi meʼyorga nisbatan biroz kizarganligi, aksariyat bemorlarda tilcha uzaygan va qalinlashganligi aniqlanadi.

Yumshoq tanglayda tilcha asosini bolishsimon qalinlashishi ronxopatiyaning oʻziga xos belgisi hisoblanadi va u orqa rinoskopiya ayniksa aniq koʻrinadi. Bunda yumshoq tanglay-ning cheti va halqumning orqa devori orasidagi halqumning old-orqa oʻlchami ancha qiqaradi (oʻlchash asbobi L.N.Elizarova tomonidan taklif qilingan). Agar meʼyorda ushbu koʻrsatkich 14-15 mm ni tashkil qilsa, ronxopatiya u oʻrta hisobda 7-8 mm orasida boʻladi. Ayrim bemorlarda halqumni torayishiga gipertrofiyalashgan shilliq pardaning

vertikal burmalar hosil qilishi va ba'zan esa tanglay murtaklarining gipertrofiyasi sabab bo'ladi.

Yumshoq tanglaydagi gipertrofiya jarayonining keskinligi bo'yicha kasallikning to'rt varianti tafovut etiladi:

- yumshoq tanglay me'yorda: shilliq parda yupqa pushti rangda, tilcha o'zgarishsiz, tanglay pardasi harakatchan;

- gipertrofiyaning boshlang'ich bosqichi: yumshoq tanglayning chetlarini va tilcha asosini qalinlashishi;

- tanglay pardasining keskin gipertrofiyasi bosqichi: uning harakatchanligi cheklanadi, yumshoq tanglayning barcha maydonlari qizgan, tilcha 2-3 marta kattalashgan, tanglay ravoqchalari qalinlashgan, orqa tanglay ravoqchasi orqaga siljiganligi ko'rinadi.

- semiz bemorlarda yumshoq tanglay gipertrofiyasi yumshoq tanglayning barcha bo'limlarining keskin shishli gipertrofiyasi va qizarishi bilan ifodalangani, u kamharakatchan bo'ladi.

Comnografiya va bemorlarni uyqu paytida elektrofiziologik va laboratoriya usullar yordamida nazorat qilish xurragning davomiy-  
miyligi va kuchini, apnoe necha marta takrorlanishi va davomiy-  
ligini, yurak qon-tomir tizimining buzilishlarini, qondagi gazlar miq-dorining o'zgarishini va boshq. aniqlash imkonini beradi.

Tashhis. Bemorning asosiy shikoyati – bu uyqusida xurrag otishi bo'lib, bu haqida unga yaqin odamlari xabar beradilar, chunki bemorning o'zi uxlaganda o'z xurragini eshitmaydi.

Kasallik qachon boshlanganligi va uyqu paytida nafasni to'xtatish (apnoe) haqida (uning davomiy-  
ligi va tunda necha marta takrorlanishi) ma'lumot yig'ish lozim.

**Tez charchashi, kunduzgi uyquchanlik, xotirani va xayotiy faollikni o'zgarib turishi, burun orqali nafas olishni buzilishi, tomoq kasal-liklari** haqidagi ma'lumotlar to'g'ri tashhis qo'yishga yordam beradi, ammo davolash taktikasini tanlashda faringo- va rinoskopiyada olingan ma'lumotlar kerak bo'ladi. Yumshoq tanglay, halqum va tanglay murtaklarining gipertrofiyasi qay darajada tarqalganligi, yumshoq tanglay gipertrofiyasi sharoitida halqum o'lchamlari, burun bo'shlig'i ichki tuzilmalarining xolati haqida ham ma'lumot olish zarur.

Davolash. Ronxopatiya jarrohlik usulida davolanadi, taklif etilgan turli konservativ davolash usullari yaxshi samara bermaydi.

- uyqu paytida pastki jag'ni bog'lab qo'yish, og'izga so'rg'ich qo'yish yoki bemor chalqancha yotmasligi uchun uning orqasiga qattik sharchani leykoplastir bilan yopishtirish va boshq.

- uyqu paytida o'pkaga niqob orqali avtomatik ravishda havo yuborish asbobi taklif etildi. Asbob biroz foyda qilsada, ammo uning kattaligi va nafas harakatlari bilan sinxron ishlashi bemorni qoniqtirmasligi tufayli u undan doimiy ravishda foyda-linishdan voz kechadi.

Ronxopatiyaning to'rt darajasi tafovut etiladi:

- xurrakni faqat chalqancha yotish holatida kuzatilishi;
- chalqancha va ba'zan yonbosh yotganda kuzatilishi;
- chalqancha va yonbosh yotganda doimo kuzatilishi;
- turli holatlarda kuzatilishi.

Bundan tashqari xurrakni o'sib borish kuchiga e'tibor beriladi; jarrohlik amalining usu-lini tanlashda ushbu tansif muhim ahamiyatga ega bo'lmasada, u kasallikning faringoskopiya belgilarini to'ldiradi.

Jarrohlik amalining hajmi halqum va burunning anatomik tuzilmalari xurrak mexanizmida qay darajada ishtirok etishiga bog'lik.

Jarrohlik amali bajariladigan asosiy tuzilmalar - yumshoq tanglay va orqa tanglay murtaklari, tanglay murtaklari, burun to'sig'i va pastki burun chig'anoqlari tanglay murtaklarida surunkali tonzillitning mahalliy belgilari kuzatilmagan hollarda jarrohlik amali-ning rejasiga kiritilmaydi.

Burunga nisbatan ham xuddi shu munosabatda bo'linadi: burunning har ikki tomonda burun orqali nafas olish me'yorda bo'lsa, unda burunda jarroxlik amali bajarilmaydi. Bunda yumshoq tanglayning pastki cheti, tilcha va orqa tanglay ravoqchalari tanglay pardasidan va tilcha asosidan 7-8 sm tashlab olib tashlanadi.

Jarrohlik amali uzun qaychi va Koxer qisqichi yordamida oson bajariladi, qalin chandiqliq hosil bo'lmasligi uchun jarohatning chetiga 4 ketgut choki qo'yiladi.

Jarrohlik amalidan so'nggi asoratlar kam uchraydi va ko'pincha dastlabki kunlarda tuyulib qolish bilan namoyon bo'ladi, keyinchalik yutinish funksiyasi to'liq tiklanadi.

Jarrohlik amalini boshqa asboblarda yordamida ham bajarsa bo'ladi, ammo bunda to'qima re-aksiyasini e'tiborga olish lozim; yumshoq

tanglayni lazer nuri bilan kesish keskin yallig'lanish reaksiyasini paydo qiladi va jarohat maydonida dag'al chandiqlik hosil bo'lishiga olib keladi.

- Uyquda xurрак otishni yo'qotish uchun yumshoq tanglayda jarrohlik amalini bajarish yetarli bo'lmaydi, surunkali tonzillitda, tanglay murtaklari kattalashganda yoki yumshoq tanglay va halqumning orqa devori orasidagi masofa kichik bo'lganda palatinotomiyadan tashqari murtaklar ham olib tashlanadi va har ikki tomonda old va orqa tanglay ravoqchalarining asoslari ketgut choki bilan tikiladi.

Jarrohlik amalining ushbu bosqichi halqumning toraygan qismini ochish va shu bilan uyqu paytidagi obstruktiv xurракning sabab-laridan birini bartaraf etish imkonini beradi.

- Ko'pincha burun to'sig'i qiyshikligi, gipertrofik rinitda yoki burun polipida kuzatiladigan burun yo'llarining torayishi ronxopatiyaning tarkibiy qismi hisoblanadi. Bunday xollarda burun orqali nafas olishni tiklash jarrohlik amalining zaruriy bosqichiga aylanadi. Bunda burun to'sig'ining shilliq osti rezeksiyasi, konxotomiya, polipotomiya jarrohlik amallari bajariladi.

- Jarrohlik amalining birinchi varianti (platinoplastika): mahalliy og'riqsizlantirish ostida oson bajarilishi mumkin. Boshqa vari-antlari (murtaklarni olib tashlash, burun ichi jarrohlik amallari) umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi.

- Jarrohlik amalidan so'nggi davr tonzillektomiyadan keyingi davrdagiday olib boriladi: bemorga suyuq ovqatlar beriladi, jismoniy zo'riqish man etiladi, tomoqni kaliy permanganatning sust eritmasi bilan chayish tavsiya etiladi.

- Jarrohlik amalining samaradorligi ancha yuqori: jarrohlik amali bajarilgan 400 bemordan faqat 3 nafarida muolajani takroran bajarish zarurati paydo bo'lgan.

## **HALQUMNING O'SMA KASALLIKLARI**

Tish shifokori halqumning yaxshi yoki yomon sifatli o'smalarni aniqlaydigan birinchi mutaxassis bo'lishi mumkin. Shuning uchun, yordam so'rab murojaat qilgan bemorni tekshirishda, stomatologning onkologik hushyorligi doimo bo'lishi kerak. Uzoq vaqt davomida halqumning yaxshi yoki yomon sifatli o'smalari bemorni ogohlantiradigan sub'ektiv hissiyotlarni keltirib chiqarmaganligi sababli,

tishlarni tekshirishda chegara zonalarini –tanglay bodomsimon bezlari, yoylari, tomoqning ogʻiz qismining orqa devori holatiga eʼtibor berish kerak. Halqumning shishi juda keng tarqalgan emas va ularni mutlaqo boshqa kasallik bilan yangilash mumkin: Simanovskiy-Plau-ta-Vensan tomoq ogʻrigʻi, paratonzilyar xoʻppozi.

Halqumning yaxshi oʻsmalari orasida eng koʻp papillomalar, angiofibromalar uchraydi.

Papillomalar - bu koʻpincha yumshoq tanglay, yugancha, tanglay yoyi, tanglay bodomsimon bezlarida, baʼzan orqa va lateral faringeal devorda joylashgan yaxshi oʻsmalardir. Ular xarakterli koʻrinishga ega: kulrang-pushti rang, keng asos yoki oyoqchada.

Shish paydo boʻlishi va gistologik tekshiruv maʼlumotlari boʻyicha tashxis qoʻyish qiyin emas.

Tish shifokori tomonidan tasodifan topilgan yaxshi sifatli oʻsmalar, hatto kichik papillomalar ham, keyingi gistologik tekshiruv bilan olib tashlanishi kerak.

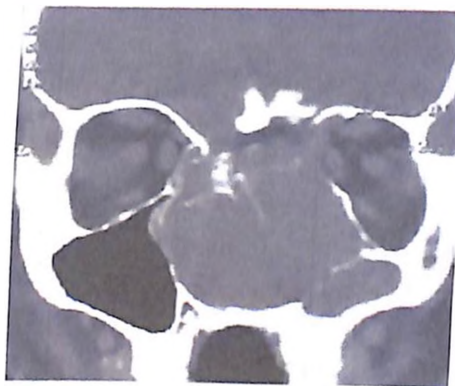
Davolash bitta papillomani olib tashlashdan iborat. Baʼzan ular ultratovushli parchalanuvchi, jarrohlik lazer yoki radio toʻlqinli pichoq yordamida olib tashlanadi.

Bosh suyagi asosi fibromasi (balogʻatga etmagan angiofibroma). Ushbu oʻsma yaxshi sifatli deb nomlanadi. Biroq, metastazlarsiz, u bosh suyagining bir qator hayotiy sohalari tomon beqiyos oʻsishga intiladi.

Bu oʻgʻil bolalarda erta oʻspirinlik davrida paydo boʻladi, u asta-sekin oʻsib boradi, atrofdagi toʻqimalarni emiradi. U qanot-tanglay chuqurchasiga, burun boʻshligʻiga, Yuqori jagʻ boʻshligʻiga, kranial boʻshliqqa kirib borishi mumkin (9.1-rasm). Uning oʻsishi burun orqali nafas olish qiyinliShuvi, yuz skeletining deformatsiyasi va burundan koʻp qon ketishi bilan kechadi. Tashxis anamnez asosida (burundan nafas olishning qiyinliShuvi, qon ketish, sekin oʻsish), hamda rentgen maʼlumotlari asosida aniqlanadi. Tashxis qoʻyish uchun - bu oʻsmani aniq lokalizatsiyasini, qaysiyoʻnalishda oʻsishiniva oʻlchamini aniqlashga imkon beruvchi KT usul eng ahamiyatlidir (9.1-rasmga qarang).



a



b

Rasm. 9.1. Kalla asosi o'smirlik angiofibromasi (a). Kompyuter tomografiya (angiofibromaning kalla bo'shlig'iga o'sib kirishi) (b)

Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi va o'lim xavfi bo'lmagan holda, jarrohlik aralashuvi imkonsiz bo'lgan kranial bo'shliqqa, **invaziya** holatlarida radiatsiya terapiyasi qo'llaniladi.

Xavfli o'smalar **sarkomalar** va **saraton** bilan ifodalanadi. Halqumning barcha qismlaridan ko'ra ko'pincha hiqildoq qismi zararlanadi. Halqumdagi shishlar keng asosda o'simtalar ko'rinishida, qizg'ish rangda, ularning konsistensiyasi esa juda zich bo'ladi. Xavfli o'smalar asosan regionar bo'yin limfa tugunlarida metastaz beradi.

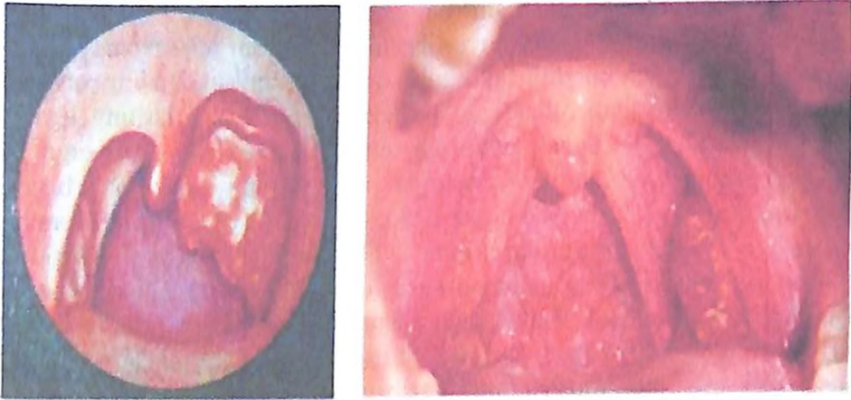
Dastlabki bosqichlarda uning biron bir qismida halqumning xavfli o'smalari aniq simptomlarga ega bo'lmasligi mumkin, bu ularning o'z vaqtida tashxis qo'yilishini murakkablashtiradi. Diagnostika qiyin bo'lmaganida va simptomatologiya etarlicha aniq bo'lsa, ularni uzoq muddatli jarayonlar bilan davolash samarasiz bo'lishi mumkin.

Yon devorda joylashganida, halqumning burun qismida o'smaning namoyon bo'lishidan biri simptomlarning uchligi bo'lishi mumkin: o'sma tomonida eshitish qobiliyatini yo'qotish, nevralgia va uch shoxli nervning uchinchi shoxining anesteziyasi – o'sma tomonida til sohasi, pastki jag' va yumshoq tanglayning buzilishi. Tishlardagi kuchli og'riq o'smaning qanot-tanglatsy chuqurchasiga o'sishining natijasidir. Agar o'sma bosh suyagi tagiga o'sib chiqsa, unda bu jarayonda ko'plab kranial nervlar ishtirok etadi, natijada vaqtinchalik, chaynash, tashqi qanot -tanglay mushaklarining ishi buziladi, bu esa chaynash buzilishiga olib keladi.

Halqumning og'iz qismida, asosan, tanglay bodomsimon bez sohada saraton va turli xil sarkomalar uchraydi. Tomoqning bu qismida o'sma jarayonining dastlabki bosqichlari asimptomatik bo'lib, faqat bo'yin limfa tugunlarining shishishi bemorni shifokorga murojaat etishiga majbur qiladi. Shish hajmining sezilarli darajada oshishi bilan tomoqdagi to'siq, qonli tupurish va manqalik qo'shiladi. Saraton o'smalari uchun tez parchalanish, yaralar hosil bo'lishidir.

Saraton o'smasi bilan, bodomsimon bezlarning shikastlanishi bilan paratonzilyar xo'ppozinini qo'zishiga xos bo'lgan simptomatika paydo bo'lishi mumkin, chunki ta'sirlangan bodomsimon bezlar atrofida infiltratsiya zonasi qayd etiladi, bu esa tanglay bodomsimon bezining xo'ppozdagi kabi bo'rtishini eslatadi.(4.33-rasm).

Xarakterli anamnezga asoslanib (sust jarayon), halqumning og'iz qismini tekshirish, biopsiya, yakuniy tashxis qo'yiladi va bemor kimyoviy terapiyaga yuboriladi, chunki ko'p hollarda ablastik operatsiya qilish qiyin. Regionar limfa tugunlarida metastazlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash.



Rasm: 9.2. Tanglay bodomsimon bez saratoni

Halqumhiqildoq, zararli o'smalar bilan, halqumning Yuqori qismlarida nisbatan ko'p zararlanadi. Halqumosti o'simtasining dastlabki belgilari halqumdagi turli xil noxo'sh sezgi bo'lishi mumkin. Tekshiruvda noxsimon shaklidagi sinuslardan birida, so'lak turg'unligini qayd etish mumkin. Disfagiya nisbatan tez sodir bo'ladi va bu to'g'ridan-to'g'ri gipofaringoskopiya va kontrastli rentgenografiyani o'tkazishga ko'rsatmadir. Agar o'simta hiqildoqqa kirish qismini yopib qo'ysa, disfagiya ovoz va nafas olish buzilishi qo'shiladi.

Laringofarenks o'smalarini davolashda ko'pincha - o'simtani jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi va keyin kimyoviy terapiya o'tkaziladi.

## HALQUMNING YOT JISMLARI

Ular asosan tomoqning og'iz va hiqildoq qismida uchraydi. Tomoqning og'iz qismida begona jismni aniqlash uchun eng maqbul joy, bu tanglay bodomsimon bezidir. Ko'pincha, o'tkir va ingichka baliq joy, bu tanglay yoki til bodomsimonbez qalinligiga chuqur kirib boradi suyagi tanglay yoki til bodomsimonbez yuzasidan 1-2 mm uzunlikda va faqat uning uchi bodomsimon bezlar yuzasidan ham qoladi. Biroq, chiqadigan suyakning bunday ahamiyatsiz uchi ham bemorga xalaqit berishdan tortib ko'plab og'riqli hislarni keltirib chiqaradi, og'riq va doimiy qusish istagi bilan tugaydi. Ba'zida Shilliq qavatning og'riqsizlantirishiga erishish kerak va Shundan keyingina tomoqning og'iz va laringeal qismini to'liq tekshirish kerak. Yot jism vizual nazorat ostida maxsus pinset yordamida olib tashlanadi.



### **Qizilo'ngachning yot jismlari**

Ovqatdan tortib narsa-buyumlarining qismlariga qadar turli xil narsalar qizilo'ngach bo'shlig'ida tiqilib qolishi mumkin. Bu eng xavfli yot jismlardan biri bo'lgan olinadigan protezlardir, chunki ularning ilgaklari yutish vaqtida qizilo'ngach devoriga zarar etkazadi va ezofagitga olib kelishi mumkin. 80% hollarda begona jismlar qizilo'ngachning birinchi torayishida qolib ketishadi, bu esa o'tkir va kuchli qisqarishlarni amalga oshirishga qodir muskullar bilan jihozlangan bo'lib, oziq-ovqat mahsulotini pastki qizilo'ngachga surib qo'yadi. Shuning uchun begona jism qizilo'ngachning boshlang'ich qismini bo'shlig'ida, ayniqsa o'tkir qirralar bilan kirib ketgan bo'lsa, Shilliq qavat retseptorlari ta'sirlash xususiyati ta'sirida, mushaklarning qisqarishi, qizilo'ngachning Yuqori qismida spazm va undan ham kuchli begona jismning fiksatsiyasi paydo bo'ladi. Tashxis bemorning shikoyati asosida amalga oshiriladi (oziq-ovqat va suvni qiyin yoki imkonsiz yutish, bo'ynidagi og'riq, ba'zida elka pichoqlari orasida nurlanish). Radiografiyada begona jismning soyasi yoki uning fiksatsiya qilingan joyidagi kontrast massasining kechikishi aniqlanadi (10.1-rasm).

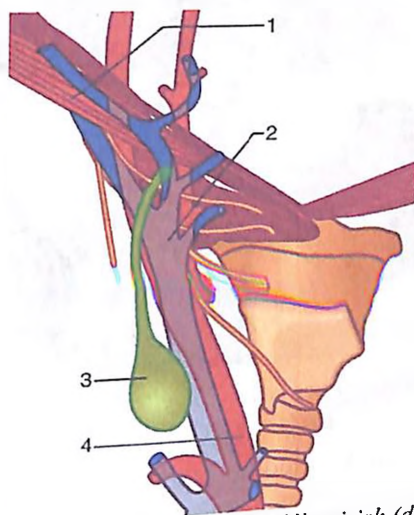


*Rasm. 10.1. Qizilo'ngachning yot jismi*

Davolash. Umumiy og'riqsizlantirish yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida ezofagoskopiya va begona jismni maxsus pinset bilan olib tashlash

### 11. Bo'yin kistalari

Otorinolaringologlar va stomatologlar amaliyotida, bo'yin tug'ma kistasi bo'lgan bemorlar mavjud. Ushbu kasallik qalqonsimon kanalning malformatsiyasi bilan bog'liq. Ushbu tartibdagi kistalarning namoyon bo'lishi bo'yin qismida ifodalangan bo'lsada, ular palatin bodomsimon beziga (Branchiogen kist) yoki gipoid suyakka mos keladigan kanallar tufayli tomoq va og'iz bo'shlig'i bilan bog'lanadi. til (median kist). Bo'yinning filialiogen va median kistasi kattaligi sezilarli bo'lishi mumkin (kichik tovuq tuxumining kattaligida) va kistaning bo'shatilishiga yoki uning yiringlashiga qarab farqlanadi. 11.1 - rasmda ko'rsatilgan.

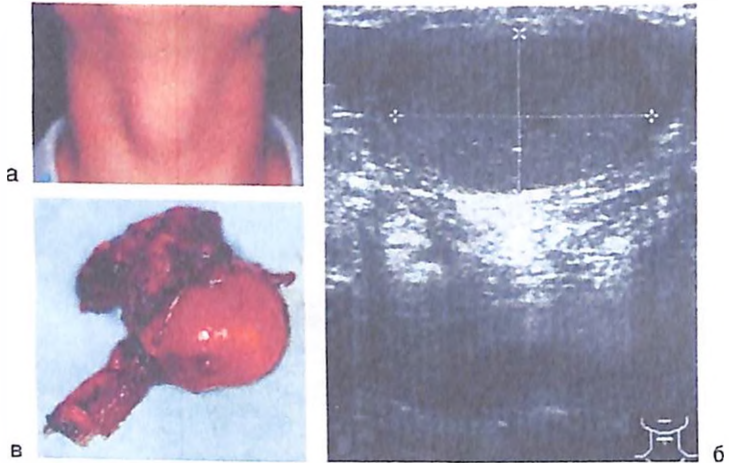


**Rasm: 11.1.** Bo'yinning lateral kistasini shakllantirish (diagramma): 1 –ikki qorinchali mushak; 2 - bo'yin venasi; 3 - bo'yinning lateral kistasi; 4 – umumiy uyqu arteriya

Bo'yin kistalarining asosiy klinik ko'rinishlari har xil kattalikdagi sharsimon shishish, bu shishning elastik konsistensiyasi, uning og'riqsizligi, sternokleidomastoid mushakning oldingi qirrasida bo'ylab yoki bo'yinning old yuzasida qalqonsimon tog'ayning Yuqori yoki pastki chetida joylashgan. (11.2, 11.3-rasm).



Rasm. 11.2. Bo'yinning yon kistasi (a), ultratovush tekshiruvi (b)



Rasm. 11.3. Bo'yinning o'rta kistasi(a), ultratovush tekshiruvi (b), olib tashlangan kista (v)

Ba'zi bemorlarda bo'ynida oqma yo'li ochiladi, ba'zida deyarli sezilmaydi, orqaga qaytarilgan nuqta shaklida, vaqti-vaqti bilan loyqa suyuqlik chiqarilib turiladi. Fistulali ochilishning mavjudligi infeksiyaning kistanibo'shlig'iga kirib borishiga olib keladi, bu esa uning yiringlashi bilan birga keladi. Bunday hollarda kista hajmi oshadi, nafaqat kistani his qilganda, balki o'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riq ham bor. Oqma yo'li teri qizaradi, tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kista bosilganda yiringli sekretsialar ajraladi.

Davolash jarrohlik usulida amalga oshiriladi. Kistani o'zi emas, balki yuqoriga ko'tarilib, gipoid suyakka, tilning ildizi yoki palatin

bodomsimon beziga, Shuningdek gigoid suyak tanasiga butun to'qimani olib tashlash kerak. Bo'yinning tug'ma kistalari birinchi marta har qanday yoshda aniqlanishi mumkin, *Shuning uchun, bo'yinning old yoki yon tomonlarida shish paydo bo'lishi, shifokorning e'tiborini jalb qilishi kerak, chunki bu shishnikista valimfadenit va og'iz bo'shlig'i, halqum, burun yondosh bo'shliqlarda lokalizatsiya bilan o'sma metastazi.*

## HALQUM VA BO'YIN ORGANLARINING SHIKASTLANISHI

Bo'yinning yaralari ko'pincha tomoqning o'rta va pastki qismlarini shikastlanishi bilan birlashtiriladi. Halqumning maishiy jarohatlari, qoida tariqasida, izolyasiya qilinadi va jangovar jarohatlar (o'q otish) ko'pincha til va pastki jag'ning shikastlanishi bilan birlashtiriladi. Bunday jarohatlar og'ir deb tasniflanadi, otorinologolog va stomatologning birgalikdagi ishini talab qiladi. Ushbu sohalarda uchraydigan yaralar guruhlariga bo'linadi:

qurol turi bo'yicha - kesilgan va o'qotar qurollardan jarohatlar;

zararning tabiati bo'yicha - elvizak, ko'r. O'q otish natijasidagi jarohatlar frontal tekislikda tez-tez uchraydi, chunki sagittal tekislikka o'q yoki parcha kiritilishi bo'yin umurtqa tanasi, orqa miyaga zarar etkazadi va o'limga olib keladi. Bo'yin a'zolariga o'q uzilishining xususiyati yara kanaliga o'tishi hisoblanadi. Bo'yin va halqum to'qimalarining oson siljishi tufayli, kanal yo'nalishi o'zgarishi mumkin va uning haqiqiy yo'nalishini aniqlash qiyinchilik tug'diradi.

Halqum shikastlanishining asosiy alomatlaridan biri bu sezuvchi nervlarning shikastlanishi, gematoma paydo bo'lishi va keyinchalik halqumning yumshoq to'qimalarida xo'ppoz hosil bo'lishi sababli yutish harakatining buzilishidir. Ko'pincha nafas yo'llarining shikastlanishi bilan halqum to'qimalariga shikastlanishning birikmasi mavjud bo'lib, u klinik ko'rinishda o'ziga xos iz qoldiradi, chunki yutish va ko'p so'lak bilan birga nafas olish buzilishi ham yuzaga keladi.

### Osler-Randyu sindromi

Bemorlar stomatolog va otorinologologga murojaat qiladigan og'iz bo'shlig'i, tomoq va burun kasalliklaridan biri Osler-Randyu sindromibo'lib, bunda tilning uchida va yon yuzasida, yonoqlarning Shilliq qavati, lablarning qizil chegarasi va burun to'sig'ining qonash joyi sohasida teleangiektaziya shaklidagi belgilar kuzatiladi (12.1-rasm). Ushbu kasallik kichik arteriolalar tomirlarining devorini tug'ma

etishmovchiligi bilan bogʻliq boʻlib, tomirning baʼzi joylarida, devor hosil qiluvchi uchta qatlam oʻrniga faqat endoteliydan iborat boʻladi. Yaltiroq qizil rangga ega kolbasimon kengaytmalar – telangiektaziya deyiladi. Bu joylarda tomir devori moʻrt boʻlib, turli jismoniy taʼsirlar ostida osonlikcha jarohatlanishi mumkin, bu esa takroriy qon ketishiga olib keladi.

Kasallik oʻnlab yillar davom etadi. Uning asosiy belgisi takroriy qon ketish, milkdan va tildan qon ketishdir.

Ushbu kasallik bilan qon koagulyasiyasi tizimi umuman zarar koʻrmaydi, mabodo jarrohlik aralaShuvlarkoʻrsatilgan taqdirda, cheklovlarsiz amalga oshirilishi mumkin. Shu bilan birga, agar ketma-ket takroriy qon ketishlari kuzatilsa, ayniqsa burundan qon ketishi, koʻpincha qonda gemoglobinning sezilarli darajada pasayishiga, ogʻir anemiyaga olib keladi.

Davolash asosan faqat simptomatikdir - qon ketadigan joylarni kuydirish, Shilliq qavatining maʼlum joylarini ogʻir telangiektaziyalar bilan birga olib tashlash. Kasallik yoshlik davridan boshlanib, asosan erkaklar kasallanadi. Ogʻiz boʻshligʻi va burunning Shilliq qavatida telangiektaziya bilan bir qatorda yuzning terisida "yulduzlar" deb taʼriflangan bir xil kolbasimon vazodilatatsiya kuzatiladi. Shunga oʻxshash telangiektaziyalar jigar kasalligi boʻlgan bemorlarda uchraydi.



*Rasm. 12.1. Osler-Randyu sindromi*

## TEST SAVOLLARI:

1. Qanaqa belgilar Halqum difteriyasini lakunar angina bilan ajratish uchun xarakterli?

@ bodom bezlarida shpatel bilan kiyin olinadigan kalin koramtir, oynalar orasida surtilmaydigan karash

@ kuchli intoksikasiya, bugimlarda ogrik

@ plastik jag osti limfa tugunchalarini yalliglanishi

@ tomokda ogrik, pastki jag osti limfa tugunlarida ogrik

2. Halqum difteriyasini inkor kilish uchun angina bilan ogrigan kasallarda Qanaqa tekshirishlar utkazish kerak?

@ halqum dan tellurli agar uchun surtma olish, gemaglyutinasiya tormozlanish reaksiyasi. Difterik anatoksin va bemor zardobi bilan.

@ agar uchun halqum dan surtma olish va kondagi streptakokka karshi antitelolarni aniklash

@ halqum dan surtma mikroskopiyasi va uni ozikli muxitga ekish

@ bodom bezlari biopsiyasi

3. Anginada kaysi asorat uchramaydi?

@ gastrit

@ pielonefrit

@ poliartrit

@ paratonzillyar abscess

4. Surunkali tonzillit va anginalar asoratining ichki organlarga utishini Qanaqa mexanizmi bor?

@ bodom bezlaridan gematogen infeksiyani kirish, organizmni streptokokka sensibilizasiyasi va immun komplekslar xosil bulishi

@ intoksikasiya va avitaminoz natijasida ichkiorganlar distrofiyasi

@ uglevod va oksillar modda almashinuvini buzilishi

@ patogen florani bodom bezlari va ogiz bushligida bulishi

5. surunkali tonzillit uchun xarakterli belgilar

@ tomokda ogrik, yutinish kiyinligi

@ kungil aynish, ishtaxani pasayishi, tilni karash bilan koplanishi

@ Halqum orka devori kizarishi, xarorat kutarilishi

@ bosh ogrishi, kon bosimini oshishi, tomokda kurish

6. Pastda kursatilgan javoblarni kaysisi surunkali tonzillit dekompensasiya formasiga tugri keladi?

@ bodom bezlari lakunalarida yiring bulishi, subfibrilitet, revmakardit, tez-tez angina bilan ogrish

@ tomokni kichishi va kurishi, yurakda ogrik  
@ bodom bezlarini kattalashishi, burundan nafas olishi kiyinligi,  
xansirash

@ bodom bezlarini kattalashishi, burundan nafs olish kiyinligi,  
xansirash

7. Oddiy bodom bezlari gipertrofiyasi belgilarni kursating.

@ bodom bezlari 3 darajagacha kattalashishi, burundan nafas olish  
kiyinligi, uykuda xirillash

@ lakunalarda yiring, bodom bezlari yoylari bilan yopishgan,  
xansirash, uyku buzilish

@ lakunalarda yiring, tez-tez angina bulib turishi, pastki jag osti  
limfa tugunlarini kattalashishi

@ pastki jag osti limfa tugunlarini kattalashishi

8. Surunkali dikompensator tonzillitda kaysi davo usuli  
kullaniladi?

@ lakunalarni xlorli suv bilan yuvish

@ massaj

@ shaftoli yogini burunga tomizish

@ ingalyasiya

9. Surunkali tonzillitda Qanaqa operatsiya utkaziladi?

@ tonzillektomiya

@ konxotomiya

@ polipotomiya

@ faringotomiya

10. Tonzillektomiya qachon utkaziladi?

@ angina, yukori bulmagan xarorat bilan tomokda ogrik,  
mindalina atrofiyasi, yoylar bilan yopishgan, lakunalarda yiringli  
probkalar, siydikda uzok vaxt davomida oksil va eritrositlar borligi

@ yilida 3-4 marta angina bilan ogrisa, vakti-vakti bilan yurak  
soxasida ogrik

@ angina, yukori xarorat, bugimlarda ogrik, konservativ davo  
befoydaligi

@ tez-tez angina bilan ogrib turish, bolalar revmatologida xisobda  
turish, 2 marta paratonzillyar absess kechirishi

11. Pastda kursatilgan kaysi dorilar bemorni tonzilektomiya  
operatsiyasiga tayyorlashda kullanilmaydi?

@ aspirin

@ askorbin kislotasi

@ dimedrol

@ penisillin

12. Oddiy bodom bezlari gipertrofiyasida Qanaqa operatsiya utkaziladi?

@ tonzillotomiya

@ polipotomiya

@ tonzillektomiya

@ konxotomiya

13. Bemorda Halqum va qizilungachda yot jismga shubxa bulganda tekshirish usullari

@ Zemsov buyicha buyin a'zolari rentgenografiyasi

@ laringoskopiya

@ auskul'tasiya

@ umumiy kon analizi

14. Kichik yoshdagi bolalarda Halqum pastki kismida yot jismni olishda kaysi endoskopik usul kulaniladi?

@ bilvosita gipofaringoskopiya

@ bevosita laringoskopiya

@ ezofagoskopiya

@ bronxoskopiya

15. Kaysi bezni olish adenotomiya deyiladi?

@ burun halqum

@ tanglay

@ nay

@ yon valeklar

16. Halqum dan kuchli kon ketganda kon tuxtatish usuli

@ tashki uyku arteriyasini boglash

@ kon ivishini oshiruvchi moddalar kiritish

@ kutariluvchi Halqum arteriyasini boglash

@ ichki uyku arteriyasini boglash

17. Erta yoshdagi bolalarda kizilungachdan yot jismni olishda kaysi endoskopik usul kulaniladi?

@ ezofanoskopiya

@ laringoskopiya

@ bronxoskopiya

@ gipofaringoskopiya

18. Erta yoshdagi bolalarda Halqum orka absessini rivojlanishining sabablari



@ bolalarda Halqum orka bushligi tuzilishining xususiyatlari

@ bolalar infeksiyon kasalliklari

@ Halqum limfoid xalkasining gipertrofiyasi

@ bola organizmi umumiy kasalliklari

19. Yarali nekrotik angina kuzgatuvchisi

@ ogiz bushligi speroxetasi va veretenasimon

@ stafilakokk

@ ogiz bushligi speroxetasi

@ adenoviruslar

20. Qonning kaysi sistemali kasalliklarida tanglay murtaklarini nekrotik zararlanishi kuzatilmaydi?

@ temir yetishmovchiligi, gpxorom anemiya

@ agranulositoz

@ alimentar-toksik allergiya

@ leykoz

21. Halqum difteriyasini lakunar anginadan ajratadigan simptomlar kaysi biri?

@ murtak bezlarida kalin iflos kulrang koplama, shpatel bilan olinmaydi

@ intoksikasiya va bugimlarda ogrik

@ jag osti limfa tugunlari yalliglanishi

@ tomokda ogrik, xarorat kutarilishi

22. Utkir stenozda kanday operatsiya bajariladi?

@ traxeotomiya

@ tonzillektomiya

@ torakotomiya

@ faringoskopiya

23. Angina bilan ogrigan bemorda Halqum difteriyasini inkor etish uchun kaysi tekshirishni utkazish kerak?

@ halqum dan olingan surtmani Teller agariga ekib, bemor kon zardobi va difteriya anatoksini bilan gemaglyutinasiya tormozlanish reaksiyasi.

@ halqum dan olingan surtmani agarga ekib konda streptakokk antitelosini aniklash

@ halqum dan olinga surtmani mikroskopiya va bulonga ekish

@ bodom bezlari biopsiyasi

## **VAZIYATLI MASALALAR:**

1. Vaziyatli masala: 5 oyli bola bezovtalanib yiglayapti, tana xarorati 39,5S, ogzini ochgan xolda nafas oladi, kukrakdan emishga kunmaydi. Halqum orqa devori shilliqqavatining yalliglanishi, yumshoqtuqimalar shishganligi va burtib chikkanligianiqlandi. Burun bushligi shilliqqavati uzgarmagan. Burun yullarida xastalik belgilari yuq. Burundan nafas olishi kiyinlashgan.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

2. Vaziyatli masala: Bemor kuchli tomok ogrigiga.ogriq kuprok yutinganda o'ng quloqda va ogzini ochishga kiynalishiga, umumiy xolsizlikka, yuqori isitmaga shikoyat qildi. 4 kun avval anginaning oddiy shakli bilan ogrigandan so'ng kasal bulib koldi.

TEKSHIRUVDA : ovozi dimog bilan e. Ogzini bir barmoq kattalikda ochadi. Yumshoqtanglay yoychalarini shilliqqavati shishganligi, qizarganligi, shuningdek, o'ng murtak atrofida xam aniklanadi. O'ng murtak halqum ning o'rta yuliga surilgan, u juda shishgan va chap tomonga siljigan. O'ng jag osti va yuqori buyin limfa tugunchalari kattalashgan, ogriqli. Otokopiya va laringoskopiyada kasalliklaga xos uzgarishlar yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

3. Vaziyatli masala: Bemor tinch paytida va yutinganda tomogidagi ogriqqa, tana xarorati kutarilishiga, umumiy xolsizlikka shikoyat qildi.

TEKSHIRUVDA : umumiy xolati qoniqarli, terisi nam. Tana xarorati 38,6 S. tanglay yoychalarishilliqqavati yalliglangan. Tanglay murtaklarining ustki qismi ok sarik tusli

pardacha bilan koplangan. Pardacha oson kuchadi, lek'in tanglay murtaklari atrofiga tarkalmagan. Jag osti va buyin limfa tugunlari kattiklashgan. Paypaslaganda ogriqli.. Boshqa LOR a'zolarida uzgarishlar yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

4. Vaziyatli masala: Bemor kuchli tomok ogrigiga, ayniksa yutinganda, umumiy axvolining loxaslanishiga, bosh ogrigiga, tana

xarorati balandligiga va ishtaxasining yuqligiga shikoyat qildi. U 3 kun oldin shamollagan ekan.

**TEKSHIRUVDA :** terisi nam va toza. Tana xarorati 38,8S, tomir urishi 1 minutda 98 marta. Yumshoqtanglay yoychalari va halqum orqa devorining shilliqqavati, murtaklari shishgan qizargan. Murtaklarning ustki qismi ok tusli guruchdek keladigan pardacha bilan koplangan. Pradachalar oson kuchadi. Jag osti limfa tugunlari kattalashgan, ogriqli. Boshqa LOR a'zolarida uzgarishlar yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

5. Vaziyatli masala: 10 yoshli bola tomok ogrigiga, ayniksa yutinganda kuchayishiga, tana xarorati kutarilishiga(37,6 S) umumiy axvolining yomonlashuviga shikoyat kila boshladi. Bu shikoyatlar oyoklarini xul bulishi natijasida paydo buldi.

**TEKSHIRUVDA :** bemor umumiy axvoli qoniqarli, terisi nam, toza. Tanglay yoylari va murtak bezlari atrofida shilliqqavatning qizarganligini kurish mumkin. Murtak bezlarining xolati uzgargan, tanglay yoychalaridan chiqib turadi. Yalliglanish belgilari halqum ning orqa devorini shilliqqavatiga takalgan. Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

6. Vaziyatli masala: 12 yoshli kizcha halqum dagi yokimsiz sezgiga, xamda halqum ning kurishiga shikoyat qildi. Bu shikoyatlar unda kecha kechkurunkuprok muzkaymok yegandan keyin boshlandi.

**TEKSHIRUVDA :** halqum orqa devorining shilliqqavati qizargan, birmuncha shishgan. Boshqa LOR a'zolarida uzgarishlar yuq.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

7. Vaziyatli masala: 14 yoshli kiz bola tomok ogrigiga, noxushlikka, tana xarorati kutarilishiga shikoyat qildi. Bundan 3 kun avval uzini noxush xis qilib yurgan.

**TEKSHIRUVDA :** bemor xolati urtacha, terisi nam, isitmasi 40 S. halqum shilliqpardasi qizargan. Tanglay murtak bezlari ok fibrozli qavat bilan koplangan. Pastki jag ostining, kultik ostidagi, chov limfa tugunlari kattalashgan. Qon tekshirilganda: leykotsitlar-12000, eozinofillar- 5. bazofillar- 12, segmentlar- 28, limfotsitlar- 50, monotsitlar- 26 ni tashkil

Йiladi.

Kasallikning nomi qanday?

Bemorni qanday davolaysiz?

## **ADABIYOTLAR**

1. Otorinolaringologiya. Tibbiyot oliy o'quvyurtlari studentlari uchun darslik /A.M. Shamsiev, N.J.Xushvakova 2018 y.
2. Otorinolaringologiyada shoshilinch tez tibbiy yordam. O'quv qullanma / Xushvakova N.J., 2014y.
3. Otorinolaringologiya. Darslik / Xasanov A., Toshkent: Sano-standart, 2013y.
4. Burun va burun yondosh bushliqlarining kasalliklari. O'quv qullanma  
Karabaev X.E., Omonov SH.E. Toshkent: Fan va texnika, 2013 y.
5. Оториноларингология: учебник / Бабияк В.И. СПб. 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

### **Internet saytlari:**

1. [www.orl.by.ru](http://www.orl.by.ru)
2. [http:// stsrt.binnet.com.ua/-i/ent.books/elancev/](http://stsrt.binnet.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)

NASRETDINOVA M.T. SHADIYEV A.E.

## HALQUM KASALLIKLARI

*O'quv qo'llanma*

*Guvohnoma raqami: G/000203-2023*

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA*

*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 6.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4**

**Bichimi 60x84<sup>1/16</sup>. “Times New Roman” garniturasini. 6,28 bosma taboq.**

**Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 12/2024**

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

