

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TAo‘LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Narbayev Zafar Kamilovich

“OTORINOLARINGOLOGIYA”

FANIDAN

**«Surunkali tonzillitni zamonaviy usullarni qoo‘llash orqali
erta tashxislash va davolash samaradorligini oshirish»**

O‘quv qoo‘llanmasi

Magistratura - Otorinolarialogiya 70910204

ANDIJON – 2023y.

Muallif:

Narbayev Z.K. - Andijon davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

Retsenzentlar:

Daliyev A.G. - Andijon davlat tibbiyot instituti diplomdan keyingi tao'lim fakulteti travmatologiya - ortopediya, otorinolaringologiya, bolalar anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası dotsenti, t.f.d.

Voxidov U.N - Toshkent davlat stomatologiya instituti otorinolaringologiya kafedrası dotsenti t.f.d.

Annotatsiya

Hozirgi kunda LOR bemorlarini davolashda har xil dori vositalarini qoʻllashning oʻrni beqiyos boʻlib qoldi. Turli sintez yooʻli bilan olinib, amaliyotda qoʻllanilayotgan dori vositalari kooʻpincha asoratlari keltirib chiqarayotganligi, ularning tanqisligi, narxining qimmatligi, shifobaxsh oʻsimliklardan foydalanishga eʻtiborni kuchaytirib yubordi. Shunga qaramasdan, hozirgi kunda LOR amaliyotida zamonaviy usulardan foydalanish haqida birorta qoʻllanma chop etilmagan.

Respublikamiz hududida aksariyat shifoxonalar hali ham eski tamoyillar asosida faoliyat olib bormoqda. Mazkur qoʻllanmada LOR bemorlari tashxisotida zamonaviy usullardan foydalanish tooʻgoʻrisida maʻlumotlar bayon qilingan.

Ushbu oʻquv qoʻllanma LOR vrachlari, klinik ordinator va magistrilar uchun keng qamrovli qoʻllashga moʻljallangan.

Аннотация

Роль современных методов лечения ЛОР патологии лекарственными препаратами стала неоценимой. Тот факт, что применяемые на практике препараты, полученные путем различных синтезов, часто вызывают осложнения, их дефицитность, дороговизна, привело к повышенному вниманию к использованию лекарственных препаратов. Несмотря на это настоящее время не было опубликовано учебное пособие о современных методах лечения Лор практике.

В стране много больниц, которые до сегодняшнего дня работают по старому принципу. Приведены сведения об современных методов диагностики ЛОР больных подробно описаны в данной учебном пособии.

Эта учебное пособие предназначена для широкого применения ЛОР-врачами, клиническими ординаторами и магистрами.

Annotations

Today, the role of modern methods in the treatment of patients with ENT has become invaluable. The fact that drugs used in practice, obtained by various syntheses, often cause complications, their scarcity, high cost, has led to increased attention to the use of medicinal plants.

There are many hospitals in the country that still operate according to the old principle. Information about modern methods of diagnosing ENT patients is described in detail in this textbook.

This training manual is intended for wide use by ENT therapists, clinical residents and masters.

QISQARTMALAR.

ADTI - Andijon davlat tibbiyot inistituti

AT - Antibiotik terapiya

IT - Immunoterapiya

SIT - Spetsifik immunoterapiya

ST - Surunkali tonzilit

TAF 1 - 1 - toksik allergik shakli

TAF 2 - 2- toksik allergik shakli

MUNDARIJA

№	Номланиши	Бети
1	Kirish	6
2	Halqum anatomiyasi, morfologiyasi va fiziologiyasi	11
3	Surunkali tonzillitni boshqa a'zolar kasalliklari bilan bog'liqligi	21
4	Halqum limfadenoid halqasining faoliyati	23
5	Kasallik etiologiyasi va patogenezi	24
6	Surunkali tonzillitlarda bezlardagi patologo-anatomik o'zgarishlar	26
7	Surunkali tonzillit diagnostikasi va klinik kechishining xususiyatlari va klinik tasnifi	34
8	Surunkali tonzillitni davolash muammolari	40
9	Surunkali tonzillitni davolashda timogen-spreydan foydalanish	48
10	Klinik materiallarning umumiy tavsifi va tekshirish usullari	51
11	Natijalarining tahlili	58
12	Ilmiy yangilik	86
13	Amaliy tavsiyalar	87
14	Mavzuga oid masalalar	88
15	Testlar	91
16	Mavzulashtirilgan savollar	97
17	Foydalanilgan adabiyotlar	99

KIRISH

O'zbekiston respublikasi mustaqillikka erishgandan so'ng o'zbek tiliga davlat tili maqomi berildi. Shundan kelib chiqqan holda, barcha sohada ish yuritish o'zbek tilida olib borilmoqda. Tibbiyot sohasida ham zamon talabiga javob beradigan yangi o'quv adabiyotlari yaratilishiga ehtiyoj tug'ildi. Hozirgi kungacha respublikamiz tibbiyot institutlari talabalarini otorinologiya fani bo'yicha o'qitishda asosan Rossiya olimlari tomonidan yaratilgan adabiyotlardan foydalanib kelinmoqda. Otorinologiyadan dastlabki o'zbek tilida o'quv adabiyoti prof. A.I.Mo'minov (1994) «Quloq, tomoq va burun kasalliklari» va A.N.Dadamuhamedov, M.Mirzarasulovlar (1999) tomonidan «Bolalar otorinologiyasi» yaratilgan va o'quv jarayoniga tadbiq etilgan. Bu adabiyotlar o'z vaqtida o'quvchilar tomonidan mamnuniyat bilan qabul qilingan. Bu nashrlardan so'ng o'tgan davrlarda LOR a'zolarini tekshirish, tashxis qo'yish va davolash masalalarida bir qancha yangiliklar paydo bo'ldi. Shuning uchun otorinologiyadan yangi o'quv adabiyoti yaratilishiga ehtiyoj tug'ildi.

1996- yili davlatimizda ish yuritish lotin alifbosida o'tilganidan so'ng, respublika miqyosida davlat idoralari qatorida, boshlang'ich va o'rta maktab, oliy o'quv yurtlarida ishlar lotin alifbosida olib borilmoqda. O'z-o'zidan ma'lumki, hozirgi kunda tezlik bilan lotin alifbosida o'quv adabiyotlarini yaratib, o'quvchilar e'tiboriga havola etish zarur.

O'quv adabiyotlarini davlat tilida kamligi va lotin alifbosida umuman nashr etilmaganligi, biz tomonimizdan yaratilgan adabiyotga ehtiyoj nihoyatda yuqori ekanligini tasdiqlaydi.

Otorinologiyadan yangi o'quv adabiyoti yaratilishiga sabablardan yana biri, oxirgi yillarda LOR a'zolari ba'zi bir kasalliklarining sabablari, klinik kechishi va davolash masalalarida bir qancha o'zgarishlar paydo bo'ldi. Bunday o'zgarishlar Menoyer kasalligi, otoskleroz, ekssudatli o'rta otit, surunkali tonzillit, o'tkir laringotraxeit kasalliklariga oiddir.

Surunkali yiringli o'rta otit, adgeziv otit, rinosinusitlar, burun polipini jarrohligi usulida davolashda yangicha yondoshish paydo bo'ldi.

Otorinolarologik bemorlarga tashxis qo'yish va davolashda yangi endoskopik mikroxirurgiya yo'lga qo'yildi. Bular haqidagi ma'lumotlar ham kitobni tegishli sahifalarida keng yoritildi. Tashxisda YAMR, kompyuter tomografiyasi keng qo'llanilayotganligi, davolash amaliyotida turli fizik ta'sirlar, kriodavolash, ultratovush, magnit maydoni, lazer davolar haqida keng yoritilgan.

Kitobni LOR a'zolari anatomiyasiga bag'ishlangan bo'limlarida, oxirgi yangiliklarni keltirish bilan birga, ularning nomlanishi xalqaro anatomik tasnifda berilgan, bu esa talabalar tomonidan o'zlashtirish jarayonini ancha yengillashtiradi, LOR a'zolari fiziologiyasi masalasi zamonaviy fan yangiliklari natijalarini kiritish bilan boyitildi. Kitobda berilgan rasm va suratlarni asosiy qismi o'zimizning kuzatishlarimiz natijalari bilan boyitilgan.

Otorinolarologik kasalliklarni bartaraf etishni asosiy yo'nalishi uning oldini olish va surunkali ko'rinishiga o'tganda dispanser nazoratiga olish haqidagi ma'lumotlar batafsil yoritildi.

Asr vabosi hisoblangan SPID, uning LOR a'zolariga bergan asoratlari haqida ma'lumotlar kitobni alohida bo'limida yoritilgan.

Har bir bo'lim oxirida shu bo'limga tegishli bemorlar kasallik tarixidan misollar keltirilgan va test savollari berilgan. Bu esa o'quvchilarni o'tilgan darslar bo'yicha qanday darajada o'zlashtirishga erishganligini aniqlashda yordam beradi.

O'quv qo'llanmani yaratishda o'quvchilarga nafaqat tibbiy bilim berishga harakat qilindi, balki ularga tibbiy madaniyat haqida ham tushuncha berishga harakat qilindi.

Ushbu yaratilgan o'quv adabiyotida LOR kafedrasining 52 yillik to'plagan tajribalari, kuzatishlari, muallifning shaxsiy fikr mulohazalari natijalari ham aks ettirilgan. O'quv adabiyotini yaratishda ayrim kamchiliklar, xatoliklar, qarama-qarshi fikrlardan holi bo'lmadi. Shuning uchun ham o'quvchilar tomonidan bildirilgan fikr mulohazalar va takliflar mualliflar tomonidan mamnuniyat bilan qabul qilinadi.

LOR fanining Vatanimizda rivojlanish tarixi, uni vazifalari va tibbiyotning boshqa sohalari orasida tutgan o'rnini.

Otorinolaringologiya klinik ta'limot bo'lib, lotincha so'zdan olingan (otos - quloq, rhinos - burun, larungos - tomoq).

Otorinolaringologiya - quloq, burun, tomoq a'zolari, ularning tuzilishi, vazifalari, ya'ni eshitish, hid sezish va nutq hosil bo'lishi, shuningdek quloq, burun, tomoq kasalliklari, ularning boshqa a'zolar bilan chambarchas bog'liqligini o'rgatuvchi fandidir.

Otorinolaringologiyani hozirgi kundagi vazifasi quloq, burun, tomoq kasalliklarining oldini olish, ularni erta aniqlash, davolash, shuning bilan birgalikda eshitish, muvozanat va hid bilish analizatorlari holati hamda o'zgarish darajasini ham aniqlashdan iboratdir. Quloq, burun, halqum va hiqildoq butun bir organizmning bir qismi hisoblanib, markaziy nerv sistemasi tomonidan boshqarilib turiladi. Bu a'zolar kasalliklarini butun organizmdan ajratib olib o'rganish va davolash foydasiz bo'lgani kabi, boshqa a'zolarini ham bulardan ajratib davolash foydasizdir.

Surunkali tonzillitning paydo bo'lishi, kasallikning kechishi va diagnostikasining xususiyatlari va uni davolash.

Yuqori nafas yo'llari infeksiyalari shubhasiz odamlarda keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Ular aholining turli yoshlardagi guruhlarida qayd etiladi va mehnatga layoqatsizlik kunlarining asosiy qismini tashkil etadi.

1.1 Surunkali tonzillitlar tarqalganligining yoshga doir va gender xususiyatlari.

1.2 Tomoq limfoidal xalqasi yallig'lanish kasalligi LOR organlari patologiyasining umumiy tizimida asosiy o'rinlardan birini egallaydi. (1.2.9.11). Surunkali tonzillit bilan xastalanish katta yoshdagi insonlarda 1/60 tashkil etadi, bolalarda esa bu kasallik ko'proq uchraydi va 270/0 tashkil qiladi. (3.6.8).

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining ma'lumotlariga ko'ra, 0-14 yoshgacha bo'lgan bolalarda surunkali bodomsimon bezlar va

adenoidlar yallig'lanishi 2015- yilda 100 ming aholiga 2976,8 nafarni tashkil qildi.

Bolalar surunkali tonzillit kasalligi otolaringologiyaning yetakchi muammolaridan biri hisoblanadi. Surunkali tonzillitning tarqalishi bolalarda 8.5dan 15 0/0 gacha. Kasallikning tarqalishi yoshga qarab o'zgarib boradi: surunkali tonzillit 3 yoshdagi bolalarda 2-3 %, 5-6 yoshdagilarda 6.5%, 10-12 yoshli bolalarda 12-13 % va 18-20% yoshdagi odamlarda 25-35 94% ni tashkil etadi. Shuni takidlab o'tish joizki, turli manbalarda keltirilishi bo'yicha ko'p kasal bo'ladigan bolalarda uning tarqalishi 3243 %, kamdan kam og'riydigan bolalarda esa uning tarqalishi 2 barobar past.

Adabiyotlarda berilgan ma'lumotlarga qaraganda, yosh bolalarda tomoq bodomsimon bezlari va adenoidlar surunkali kasalligining yildan yilga ko'payishi kuzatilmoqda. Jumladan Baranov A.A. (2009y) bergan ma'lumotlarga qaraganda, og'iz-burun kasalliklarining surunkali shakllari bilan og'rikanlar soni 2003- yilda 100 000 aholiga 14 yoshgacha bo'lgan bolalarga 2354 nafar bemor bola to'g'ri kelgan, 2004- yilda esa ko'paygan 100000 nafar bolaga 2924 holatda kuzatilgan. Bunda asosan 12-17 yoshdagi o'smirlarda kasallikning ko'payishi kuzatilgan (100000 o'smirda 3500 holat).

Surunkali tonzillit tarqalishining gender xususiyatlari alohida e'tiborga ega. Bu izlanishlar bo'yicha ma'lumotlar birinchi bor 2004 -yilda AQSHda chop etilgan. Ularda 1970-yildan 2001- yilgacha bo'lgan davrda tonzilitga chalingan bemorlarning jinsiy va yoshga doir ma'lumotlari tahlil qilingan.

Bu ma'lumotlarga 9 yoshdan 29 yoshgacha bo'lgan aholi orasida 2000-yilga qaraganda ayol bemorlar erkaklarga qaraganda ko'proq 1.9:1, va 9 yoshdan -19 yoshgacha bo'lganlar orasida 2.6:1 tashkil qilgan. Jarrohlik operatsiyasi o'tkazilgan bemorlarning boshqa yosh guruhlarida ayollar bilan erkaklar barobar bo'lgan. Bu muallifda ushbu nisbatlarni izohlab berilgan ma'lumotlar bo'lmagan. 1999 -yilda Buyuk Britaniyada 1997-2005- yillarda surunkali tonzillit jarrohligi o'tkazilgan 2576 nafar 5-25 yoshgacha bo'lgan

bemorlarning jinsiy tahlillari nashr qilingan. Mualliflar 15-19 yoshdagi bemorlardan ayollarning ko'pligini (4.8:1) aks ettirgan.

Hindistonda tug'ilib, Buyuk Britaniyada istiqomat qilayotgan bemorlarda bu ko'rsatkich 0.87: I bo'lsa, asli britaniyalik bemorlarda esa bu ko'rsatkich 1.58:1 tashkil qilgan. Bunday farqlarni olimlar madaniylik darajasi bilan bog'lab, surunkali tonzillit ayollarda estrogenlar effekti bilan boyitilgan giperimmun holat bilan bog'liqligi to'g'risida taxminlar keltirishadi. Finlyandiyada o'tkazilgan izlanishlarda 10-29 yoshgacha bo'lgan aholida tonzillektomiyalar soni ayollarda erkaklarga nisbatan ko'pligini ta'kidlaydi.

Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarning jinsiy tarkib bo'yicha baravar emasligi shuni taxmin qiladiki, bodomsimon bezlar kasallanishi ayollar va erkaklarda jinsiy yetilish davrida kelib chiqadigan endokrin holatlarga qarab farqlanadi, bu bilan balog'at yoshida qizlarning o'g'il bolalardan ustunligini izohlash mumkin.

Janubiy Afrikada 1991-1995 -yy. surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarning jinsiy tarkibi retrospektiv tahlil qilinganda ham 3.22:1 farqi bilan ayollarda bu kasallik ko'proq uchraganligi aniqlangan.

Izlanishlar muallifi bunday farqni shunday izohlaydi, ayollar farzandlari bilan ko'proq vaqt birga bo'lishadi va shunda yuqori nafas yo'llari yallig'lanishi kasalligiga chalingan bolalardan patogenlarni yuqtirish xavfi ularda ko'proq.

Norvegiyalik 9479 nafar egizaklar bilan o'tkazilgan izlanishlar ham e'tiborga loyiq. Ularda surunkali tonzillitning tarqalishi 11,7% tashkil qilgan va yana ayollarda ko'proq uchragan. Surunkali tonzillit bilan og'rigan ayollar soni 14.1% tashkil qilsa, erkaklarda bu raqam 8.8% bo'lgan. Shunday qilib, ayollar erkaklarga nisbatan 1.6:1 ko'proq kasallangan. Mualliflar yana shuni ma'lum qiladiki, bemorlarning jinslari bo'yicha farqlari statistik ahamiyatga ega va kasallik belgilari namoyon bo'lishi bir jinsning gomo va geterazigot guruhlarida farq qilmaydi. Shunday qilib, muallif ayollarning surunkali tonzillit bilan kasallanishida genetik moyillik borligini isbotlay olmadi. Odatda, aholi sog'ligining soni va sifatini baholashda kasallikning tarqalish ko'rsatkichlaridan

foydalaniladi. Ammo bu ko'rsatkichlarni o'rganish jarayonida faqat kasallikka e'tibor qilish bilan to'liq ma'lumotga ega bo'lmaymiz, bu boshqa ko'p (tibbiy yordam ko'rsatish imkoniyatlari mavjudligi, aholining sanitar bilimiga egaligi va tibbiy faolligi va boshqalar) kabi omillarga ham bog'liq. Aholining surunkali kasalliklar bilan zaralanganligi bo'yicha haqiqiy ma'lumotlari o'tkazilgan tibbiy ko'rik va dispanserizatsiya natijalaridan ko'rinadi.

HALQUM ANATOMIYASI, MORFOLOGIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Halqumning klinik tuzilishi. Halqum ovqat o'tkazish va nafas olish yo'llarining bir qismi bo'lib, bosh suyagini asosiga yopishgan. U ichi bo'sh (kavak) a'zo bo'lib, muskullar fibroz pardalardan tashkil topgan va ichki tomonidan shilliq qavati bilan qoplangan. Halqum yuqoridan burun va og'iz bo'shlig'ining, pastdan esa hiqildoq va qizilo'ngachni bir-biriga bog'lab turadi. Halqum bo'shlig'i burun va og'iz bo'shlig'i orqasida, hiqildoq ustida, ensa suyagi tubida va 1-11 chi bo'yin umurtqalarining oldida joylashib, pastda u qizilo'ngachga o'tadi. Halqum 3 qismga bo'linadi: yuqorida burun - halqum, o'rtada og'iz- halqum va pastda xiqildoq- halqum.

Burun halqum-(epipharynqs) nafas olish va qisman nutqni shakillanishida ishtirok etadi, tuzilishi bo'yicha uning devorlari bir-biriga yopishmaydi va harakatsizdir. **Oldingi** tomondan burun-halqum ikkita xoanalar orqali burun bo'shlig'i bilan tutashadi, **orqa devori** 1-2 bo'yin umurtqalari sathiga to'g'ri keladi, **yon devorlari** esa yirik qon va asab tomirlari bilan chegaralanadi. Yon devorida, pastki burun chig'anoqlarining orqa uchlari sathida voronkasimon chuqurlik bo'lib, u yerda halqum (eshituv) nayi teshiklari mavjud. Eshituv nayi teshiklaridan orqaroqda burun-halqumning chuqurchasi (halqum cho'ntagi yoki rozenmyuller chuquri) bo'lib, odatda bu joyda limfadenoid to'qima to'plangan bo'ladi. Bu limfadenoid tuzilmalar 5-6 nay bezlarini (Piragov-Valo'deyer limfoid halqasi) tashkil etadi. Boshqa bezlaraga

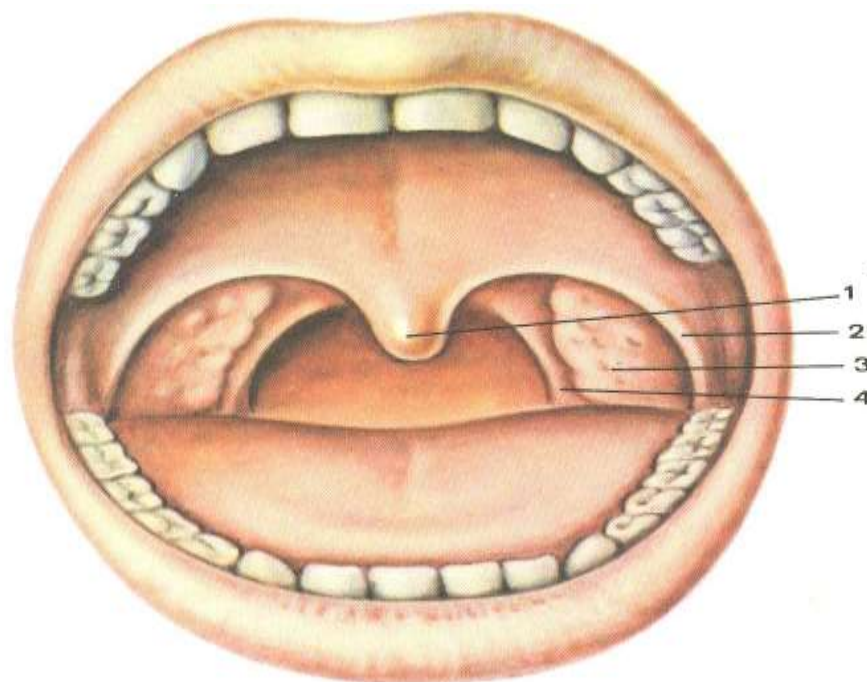
qaraganda hajm jihatidan kichik bo‘lib, limfoid to‘qimalardan tashkil topgan, yuzalari ko‘p qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan, folikulalari oz miqdorda. Burun halqumning yuqori va orqa devorlari chegarasida 3-burun-halqum (adenoid) bezi joylashgan. Shilliq qavatni ostida, hiqildoqni qisqartiruvchi mushak (m. salpinqopharinqueus) bo‘lib, uning qisqarishi natijasida eshituv nayi teshigi kengayadi va nog‘ora bo‘shlig‘ida havo almashinuvi amalga oshadi.

Halqumning o‘rta-og‘iz qismi – (mesopharynx) burun-halqumning davomi hisoblanib, bu yerda nafas va ovqat o‘tish yo‘llari bir-biri bilan kesishadi. Og‘iz-halqum, asosan, havo oqimini, ovqat luqmasini o‘tkazishda va tovush shakllanishida ishtirok etadi. **Yuqoridan** chegarasi qattiq tanglay sathidan orqa devorga o‘tkazilgan chiziq hisoblanadi, **oldingi** tomoni og‘iz bo‘shlig‘i bilan yumshoq tanglay qirg‘og‘i, oldingi va orqa tanglay yoylari, kichik til, hamda til ildizi orqali chegaralanadi. **Orqa** devori 3 -bo‘yin umurtqasi sathigiga to‘g‘ri keladi, bu joyda halqumning shilliq va shilliq osti qavati bilan umurtqa oldi fatsiyasi orasida 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda yumshoq to‘qima bilan to‘lgan bo‘ladi (shuning uchun ham 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda halqum orti absessi uchraydi), keyinchalik yosh o‘tishi bilan bu joylarni qo‘shuvchi to‘qima egallaydi.

Yumshoq tanglay, halqum shilliq qavatining davomi hisoblanib, o‘rta qismi o‘simta shaklida pastga cho‘zilgan bo‘lib, tilchani hosil qiladi. Yumshoq tanglay yon tomonlardan ikkiga ajralib, oldingi va orqa tanglay yoylarini shakllantiradi, bu yoylar muskullardan iborat bo‘lib, yutinish vaqtida qisqarib, qarama-qarshi yoylar bir-biriga yaqinlashib sfinkter vazifasini bajaradi va og‘izdagi ovqat luqmasini pastga hiqildoq-halqumga o‘tkazadi. Yumshoq tanglayning o‘zi mushaklardan iborat bo‘lib, bu mushaklar tanglayni ko‘taruvchi (m. tensor veli palatini) va tilcha mushagidir (m. uvulae), ularning vazifalari yumshoq tanglayni ko‘tarish va halqumni orqa devoriga yopishtirishdan iborat, buning natijasida kichik til yuqoriga ko‘tarilib og‘iz-halqumni burun-halqumdan ajratadi, shuning uchun ham ovqat luqmasi burun-halqumga tushmasdan, pastga o‘tadi. Tanglay

yoylari orasidagi uchburchak shakldagi bo'shliqlarda 1-2- tanglay (bodomcha) bezlari joylashgan.

Halqumning limfoid halqasini 6 ta yirik limfoid to'qimalar to'plami tashkil qiladi, ular adabiyotlarda Pirogov-Voldeyer limfadenoid halqasi deb ham yuritiladi, ular: tanglay (1-2), burun-halqum (3), til o'zagi (4) va nay bezlari (5-6) hisoblanadi. Klinik nuqtai nazardan ahamiyatga molik bo'lgan bezlar asosan halqum (1-2) va burun-halqum (3) bezlaridir. Bu bezlar ko'proq yallig'lanishga uchraydi va turli asoratlar keltirib chiqaradi.



1-rasm. Halqumni o'rta, og'iz-halqum qismi. 1- kichik til; 2- oldingi tanglay yoyi; 3- tanglay bezi; 4- orqangi tanglay yoyi

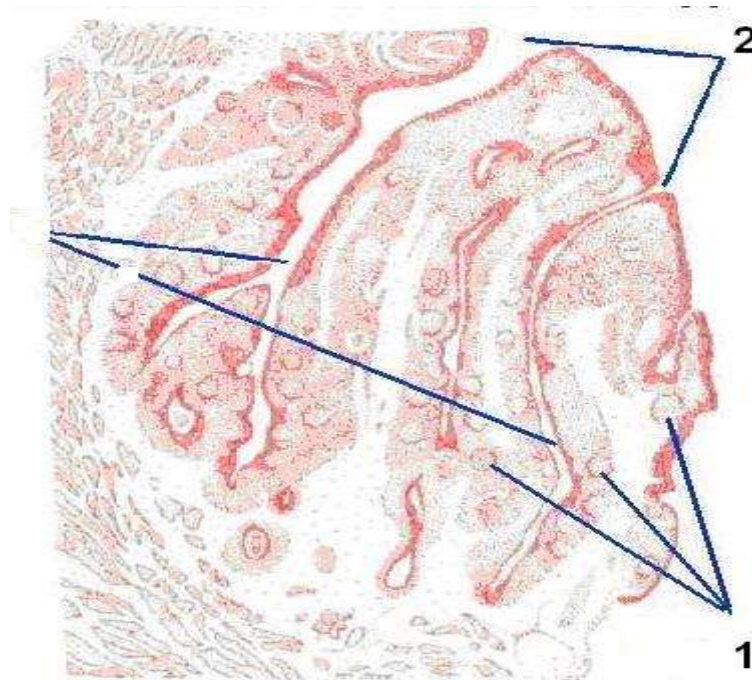
Halqum bezlari yoki ko'pincha adabiyotlarda bodomcha bezlari deb ham yuritiladi, tanglayning oldingi va orqangi yoylari orasida joylashgan bo'lib ikkita yuzaga ega, birinchisi-erkin yoki (bir-biriga qaragan) og'iz yuzasi hisoblanadi va halqum bo'shlig'iga qaragan bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan va 12-20 ta chuqur yoriqlardan iborat, ular bez lakunalari yoki kriptalari deb ataladi. Bu lakunalarning ayrimlari tor va egilgan yo'llardan iborat bo'ladi.

Bez lakunolari ichida turli ajralmalar mavjud bo'lib, ularni asosini ko'chgan epiteliy bilan bir qatorda mikroflora, limfotsitlar, leykotsitlar va ovqat qoldiqlari tashkil qiladi. Klinik nuqtai nazaradan lakunalarning torligi, chuqurligi va tarqoqligi tufayli ulardagi patologik ajralmalarni chiqishi qiyin kechadi va bu holat bezlarda yallig'lanish jarayonini uzoq davom etishiga sharoit yaratadi.

Lakunalardan tashqari bez follikulalari bo'lib, uning asosini yumshoq adenoid va retikulyar to'qma tashkil etadi. Bez parenximasi plazmatik va gistotsitar hujayralardan iborat. Tashqi muhitning bezlarga salbiy ta'sir etishi natijasida, bu gistotsitlar faollashib fagotsitlarga aylanadi.

Tanglay bezining ikkinchi- tashqi yuzasi qalin fibroz parda bilan qoplanib, shu parda yordamida bez halqumning yon devoriga yopishadi, klinikada bu pardani bez g'ilofi deyiladi. Fibroz pardasi bilan bez orasida paratonzilyar bo'shliq bo'lib, u joy yumshoq to'qima bilan to'lgan bo'ladi. Shu to'qima borligi hisobiga tonzilloektomiya vaqtida bez osongina ajraladi. Ayrim hollarda bezdagi yallig'lanish jarayoni shu joyga o'tishi hisobiga paratonzillit yoki paratonzilyar absseklar rivojlanadi. Bezni fibroz pardasidan bez ichiga qo'shuvchi to'qimadan iborat to'siqlar kirib borib, bezni bir necha bo'laklarga ajratadi. Bu bo'laklar limfotsitlarga to'lgan folikulalardan iboratdir.

Bodomcha bezining yuqori tomonida, ya'ni tanglay yo'ylarini birlashgan joyda yumshoq to'qimalar bilan to'lgan bezusti bo'shlig'i mavjud, bu joyga lakunalarni bir qismi ochiladi. Shuning uchun ham ayrim vaqtlarda anginadan so'ng asorat sifatida bu joylarda paratonzilyar absseklar rivojlanishi mumkin.



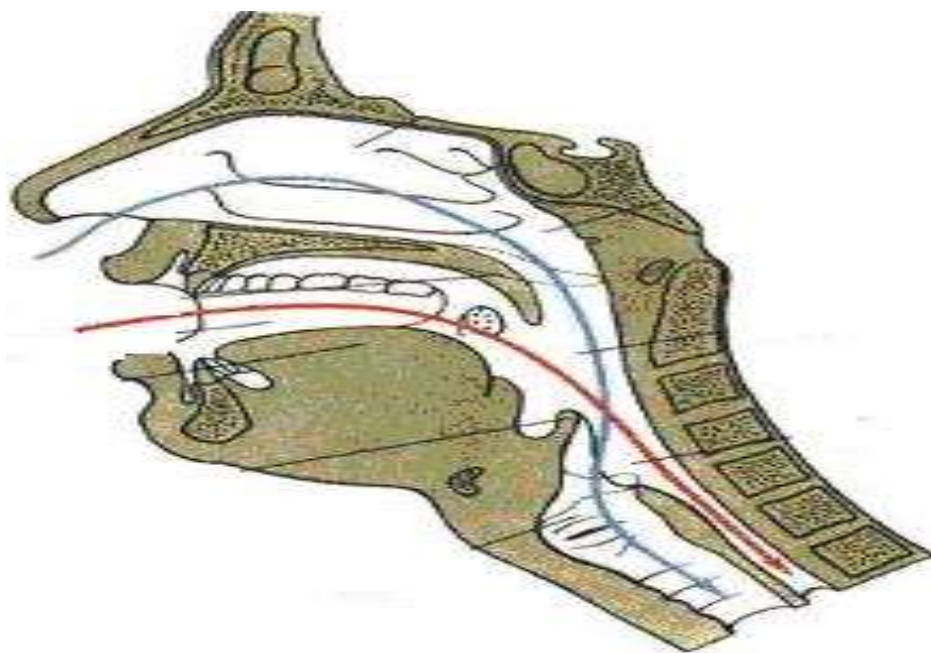
2-rasm. Tanglay bezining normal gistologik tuzilishi. 1- follikulalar; 2- lakunalar

Tanglay bezlarining qon bilan ta'minlanishi tashqi va ichki uyqu arteriyalaridan tarmoqlar oladi. Bulardan biri to'g'ridan-to'g'ri tashqi uyqu arteriyasidan (a. tonsillaris) tarmog'ini oladi, bundan tashqari yuz arteriyasi, ko'tariluvchi tanglay arteriyasi va til arteriyalardan ham qo'shimcha tarmoq oladi. Venoz qonlar esa yig'ilib qanotsimon venaga, undan yuz venasiga, keyinchalik ichki bo'yinturuq venasiga quyiladi.

Halqumning orqa devorida mayda (nuqtasimon) limfadenoidid to'qimalar to'plamlari (granula) mavjud, bunday limfoid to'plamlar halqumning ikki yon tomonida orqa tanglay yoylari orqasida (yonbosh valik) ham joylashgan. Halqumda halqum atrofi bo'shligi (spatium parapharynqeum) tushunchasi mavjud bo'lib, bular halqumni ikki yon tomonidagi bo'shliq (spatium lateropharynqeum) va halqum orti bo'shliqlaridan (spatium retropharynqeum) tashkil topgan. Bu bo'shliqlar bosh suyagini asosida boshlanib, pastga ko'ks oralig'iga o'tadi va yosh bolalarda yumshoq qo'shuvchi va limfoid to'qimalar bilan to'lgan bo'ladi. Klinik nuqtai nazardan bu bo'shliq oldi tomondan bo'yinning lunj-halqum fassiyasi (fascia buccopharyunqea),

orqadan esa bo'yinning chuqur fastsiyasi orasida joylashgan bo'lib, halqumdagi turli yallig'lanishda, jarayon shu bo'shliqqa o'tib turli yiringli asoratlar rivojlanishiga olib keladi. Halqumning hiqildoqqa kirish qismida va halqumning noksimon sinuslarida uncha ko'p bo'lmagan limfadenoid to'qima to'plamlarini ham uchraydi. Bu to'plamlarni yallig'lanishi hiqqildoq anginasi yoki flegmonoz laringit kabi kasalliklarni keltirib chiqaradi.

Hiqildoq – halqum – (hypopharynx) og'iz halqum va hiqildoq halqum o'rtasidagi chegara, hiqildoq usti tog'ayini yuqori chegarasi va til ildizinnig tubi hamda orqadan bo'yin umurtqa sohasi hisoblanadi. Hiqildoq- halqum pastga voronkasimon torayib, orqadan qizilo'ngachga, oldindan esa hiqildoqqa o'tadi. Halqumning hiqildoq qismi 4-5 va 6 bo'yin umurtqalarining oldingi sathida joylashgan. Hiqildoq-halqumni oldingi devori til o'zagidan tashkil topgan va uni ostida esa hiqildoqqa kirish qismi (aditus larynx) joylashgan. Til o'zagida limfadenoid to'qimalari to'plami bo'lib, ular til o'zagi bezini tonsilla linqualis (to'rtinchi bez) tashkil etadi. Yuza qismi ko'p qavatli silindrik xilpillovchi epiteliy bilan qoplangan. Boshqa bezlardan farqi, lakunalari yaxshi rivojlangan emas, ammo qon bilan boy ta'minlangan. Hiqildoqqa kirish qismining yon tomonlarida, halqumning lateral devorlari va hiqildoqni togo'aylarini bo'rtgan qismlari orasida konussimon pastga torayib boruvchi noksimon chuqurchalar bor. Ovqat luqmalari qizilo'ngachga shu joy orqali tushadi. Shuning uchun ham ayrim hollarda bu joylarda yot jismlarda turib qolishi kuzatiladi. Halqum pastki bo'limining asosiy qismi hiqildoqning orasida shunday joylashganki, bunda hiqildoqning orqa devori halqumning oldingi devori bo'lib qolgan.



3-rasm. Halqum va xiqildoqni kesimda umumiy ko‘rinishi

Halqum shilliq pardasining yuqori bo‘limi: burun halqum qismi nafas olish faoliyatiga mos kelgan holda ko‘p qatorli silindrsimon xilpillovchi epiteliy bilan, o‘rta va pastki qismlari esa ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Halqum shilliq pardasida, ayniqsa burun-halqumda, yumshoq tanglayning halqum yuzasida va til ildizida juda ko‘p shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar joylashgan, bundan tashqari bu joylarda ko‘p miqdorda limfadenoid to‘qimalar uchraydi. Halqum devori, shilliq va fibroz qavatdan tashqari, qisuvchi xususiyatga ega bo‘lgan, yuqorigi, o‘rta va pastki guruh mushaklar qavatidan ham iborat. Bu mushaklar yuqoridan pastga plastinkalar shaklida ustma-ust joylashib, bir-birini berkitib turadi. Shuning uchun ham ularni qisqarishdagi harakati yuqoridan pastga bo‘ladi. Qisuvchi mushaklardan tashqari, halqumning ko‘taruvchi bo‘ylama mushaklari ham bor, ularni qisqarishi hisobiga, halqum yutinish vaqtida yuqoriga ko‘tariladi va ovqat luqmasini halqumdan qizilo‘ngachni kirish qismiga suradi.

Halqumning orqa devori bilan umurtqa oldi fassiyasi orasida yassi yoriq shaklida halqum orqa bo‘shligi joylashgan, bolalarda (5 yoshgacha) bu bo‘shliq yumshoq biriktiruvchi to‘qima bilan to‘lgan. Bunday tuzilish klinikada katta ahamiyatga ega, 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda, halqumdagi turli o‘tkir

yallig'lanish jarayoni shu joyga o'tishi bilan halqum orti absessi rivojlanishi mumkin. Yosh ulg'aygan sari bu joylarda yumshoq to'qimani o'rnini qo'shuvchi to'qima egallaydi, shuning uchun katta yoshdagilarda bu kasallik uchramaydi. Halqumni hiqildoq qismini yon tomonlarida esa yumshoq to'qimalar bilan to'lgan halqum oldi bo'shlig'i mavjud, bu joydan buyinning asosiy limfa tugunchalari joylashgan va nerv tutamlari o'tadi .

Halqumning qon bilan ta'minlanishi tashqi uyqu arteriyasining shaxobchasi hisoblangan, halqumni ko'tariluvchi arteriyasi (a. pharyngea ascendens) va tanglayni tushuvchi arteriyasi (a. palatina descendens) hisobidan amalga oshadi. Halqumni pastki qismi esa qalqonsimon arteriya tarmog'idan (a. thyroidea inferior) ta'minlanadi. Venoz qonlar yig'ilib yumshoq tilda joylashgan venoz chigalga quyiladi, undan burun, til va yuz venalariga qo'shiladi. Yuz venalaridan yig'ilgan qon ichki bo'yinturuq venasiga qo'shiladi. Halqumning pastki noksimon chuqurchani atrofida joylashgan **limfatik tomirlari** yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini limfatik tomirlari bilan qo'shib, bo'yinni chuqur limfa tomirlariga quyiladi. Orqa guruhlarida esa halqum devori bo'ylab pastga yo'naladi va bo'yinni o'rta chuqur limfa tomirlariga qo'shiladi.

Bodomcha bezlaridan, bez oldi to'qimalaridan yig'ilgan limfa suyuqligi halqumning yuzaki va chuqur limfa tizimlari orqali halqum orti, chuqur va orqa bo'yin limfa tomirlariga quyiladi.

Halqumning innervatsiyasi uch shoxli, til-halqum, qo'shimcha va adashgan nervlar tarmoqlari, hamda bo'yinni simpatik tugunidan chiqqan halqum-hiqildoq tarmoqlaridan hosil bo'lgan, o'rta qisqaruvchi muskulining tashqi va ichki yuzalarida joylashgan nerv chigalidan harakatlantiruvchi va sezuvchi tarmoqlar oladi. Halqumni yuqori bo'liming sezgi innervatsiyasi uch shoxli nervning ikkinchi shoxchasi bilan, o'rtadagi bo'limi esa til-halqum nervi bilan, pastki qismi adashgan nerv tarmog'i bilan innervatsiya qilinadi.

Halqum fiziologiyasi

Halqum ovqat o'tkazish va nafas olish yo'llarining asosiy bo'limlari hisoblanib, inson hayotida muhim o'rinni egallaydi. Halqumdan maydalangan ovqat luqmasi va ajralgan so'lak qizilo'ngachga, so'ngra oshqozonga tushadi.

Havo oqimi esa hiqildoqqa, undan kekirdak orqali o'pkaga o'tadi va yana orqaga qaytadi.

Hiqildoqda hosil bo'lgan tovush halqumda to'liq shakillanadi va ovoz ko'rinishiga ega bo'ladi.

Halqum hayot uchun zarur bo'lgan quyidagi vazifalarni bajaradi:

- 1- ovqat qabul qilish vaqtida – ovqatni maydalash, so'rish va yutish.
- 2- tovush va nutq hosil qilish
- 3- nafas olish
- 4- ovqat yutish va nafas olish vaqtida himoya qilish.

Halqumni ovqat qabul qilish vazifasi - bola hayotining birinchi oylarida ovqatni qabul qilish, ovqatni faqat so'rish harakati hisobiga amalga oshiradi. So'rish jarayoni og'iz bo'shlig'ida hosil bo'lgan manfiy bosim hisobiga bajariladi. Ovqat luqmasini og'iz bo'shlig'idan halqumga, halqumdan qizilo'ngachga o'tishi muvofiqlashgan reflektor yutinish orqali namoyon bo'ladi. Bu jarayonda til, halqum va hiqildoq mushaklarini muayyan ketma-ketlikda qisqarishi orqali amalga oshadi. Ovqat yutish 3 ta bosqichda amalga oshadi:

- **birinchi bosqich, og'iz bo'shlig'idagi bosqich-bu ixtiyoriy-** Yutish jarayoni boshlanganda, jag' va til osti mushaklarini qisqarishi hisobiga og'iz bo'shlig'ida bosim ko'tariladi, natijada chaynalib maydalangan ovqat luqmasi, halqumning pastki qismiga suriladi.

- **ikkinchi bosqich, halqumdagi bosqich-bu tez va ixtiyorsiz bosqich** – darhol birinchi bosqichdan so'ng davom etadi. Halqumga tushgan ovqat luqmasi reflektor ravishda ixtiyorsiz halqum mushaklarini qisqarishiga olib keladi, bunda kichik til, yuqoriga ko'tarilib, burun halqumni ogo'iz halqumdan

ajratadi, hiqildoq usti tog‘ayi esa hiqildoqqa kirish qismini to‘sib qo‘yadi, natijada ovqat noksimon chuqurcha bo‘ylab qizilo‘ngachni kirish qismiga o‘tadi.

- **uchinchi bosqich, qizilo‘ngachdagi sekin va ixtiyorsiz bosqich** -bu bosqich uzoq davom etadi, halqumdan tushgan ovqat luqmasi, qizilo‘ngachni mushaklarini bosqichma-bosqich qisqarishi hisobiga 6-8 soniyada oshqozonga yetib boradi.

- Yumshoq tanglayda, hiqildoq ustki tog‘ayning til yuzasida va til o‘zagida ta‘m bilish retseptorlari joylashgan, shu retseptorlar tufayli halqum ta‘m bilishda ishtirok etadi va og‘iz bo‘shlig‘idagi ovqat luqmasini halqumdan pastga o‘tish jarayonida muhim o‘rinni egallaydi.

Halqumning nutq vazifasi hiqildoqda hosil bo‘ladigan, birlamchi, ammo to‘liq shakillanmagan tovushlarni rezonatsiya qilishdan (tovushlar nutq holida shakllanadi) iborat. Tovush tembrining shakllanishi (siyqalanishi) halqum, burun va burun oldi bo‘shliqlari va og‘iz ishtirokida ro‘y beradi.

Hiqildoqda muayyan balandlikda va kuchda tovush paydo bo‘ladi, unli va undosh tovushlar asosan og‘iz va kamroq halqum bo‘shliqlarida to‘liq hosil bo‘ladi. Unli tovushlar talaffuz qilinganida, yumshoq tanglay burun-halqumni, og‘iz-halqumdan bo‘shlig‘idan ajratganda shakillanadi, undosh tovushlar esa yumshoq tanglay o‘z holatida turganda talaffuz qilinadi. Halqumning burun-halqum qismi eng muhim tovush rezonatori hisoblanadi va shu joyda tovushlarni tembri oxiriga yetadi. Qattiq tanglaydagi turli tug‘ma yetishmovchiliklar (quyon lab, bo‘ri tanglay, kichik til falajligi) yoki patologik o‘zgarishlar (adenoid, burun polipi, gipertrofik rinit) tovush tembrini o‘zgartirib ochiq (rhinolalia aperta) va yopiq (rhinolalia clausa) pinqilikka sabab bo‘ladi.

Halqumning nafas olish vazifasida uning hamma bo‘limlari ishtirok etadi, biroq burundan nafas olish buzilganda nafas og‘izdan olinadi, bunda normal fiziologik nafas olish jarayoni buziladi. Burundan o‘tayotgan havo oqimi xoanaga o‘tib, orqa tanglay yoyi bilan halqumning orqa devori orasidan pastga, hiqildoqning kirish qismiga yo‘naladi, ozroq qismi esa og‘iz bo‘shlig‘iga o‘tadi. Ayrim holda, so‘zlashganda, ashula aytganda va boshqa holatlarda havo burun-

halqumdan emas, balki u birdaniga og‘iz orqali o‘tadi. Ba`zan (yosh ulg‘aygan sari halqum mushaklarini bo‘shashaib qolishi yoki uxlayotganda) kichik til va tanglay yoylari mushaklari bo‘shashib, osilib qolishi hisobiga havo oqimi o‘tayotganda vibratsiyaga uchrab xurrrak paydo bo‘ladi.

Halqumning himoya vazifasi shundan iboratki, unga yot jismlar tushganda yoki kuchli kimyoviy moddalar va termik ta‘sir etganda halqum muskullari reflektor ravishda qisqaradi, uning yuzasi torayadi, natijada yot jismlarni yoki kimyoviy moddalarni ichkariga o‘tishiga yo‘l qo‘ymaydi. O‘tayotgan havo oqimini burun bo‘shlig‘idan keyin isishi, tozalanishi namlanishi halqumda yana ham davom etadi. Havo oqimi bilan kirayotgan, chang, g‘ubor va mikroblar bir qismi so‘lakdagi lizotsim, mutsin, hazm fermentlari, antitelalar ta‘sirida zararsizlantriladi. Halqumga o‘tgan qismi esa devorini qoplab turadigan shilimshik ajralma hisobiga ushlanadi va yo‘ talish jarayonida tashqariga chiqarib tashlanadi yoki yutib yuboriladi. Halqumni asosiy himoya vazifasi halqum limfadenoid halqalar tomonidan amalga oshiriladi.

SURUNKALI TONZLLITNI BOSHQA A‘ZOLAR KASALLIKLARI BILAN BOG‘LIQLIGI

Hozirgi kunda surunkali tonzillit faqat halqumning chegaralangan kasalliklari qatorida emas, balki butun tana kasalligi deb qaralmoqda. Bu kasallik halqumda mahalliy o‘zgarish bo‘lishi bilan kechsada, ammo butun organizmda o‘ziga xos o‘zgarishlar keltirib chiqarishga sabab bo‘lmoqda. Kasallikning bunday keng tarmoqlaganligi olimlar tomonidan XX asr boshida o‘rganishga boshlashgan.

Davolash jarayonida jarrohlik usulini keng qo‘llanishi (tonziloektomiya) surunkali tonzillitlar va uning bilan bog‘liq bo‘lgan kasalliklarni bartaraf etishda yaxshi samara beradi. Adabiyotlarda keltrilgan ma‘lumotlarga qaraganda, surunkali tonzillitlarda tonzilektomiyadan so‘ng ko‘pgina yo‘ldosh kasalliklarni klinik belgilarini bartaraf bo‘lishi tezlashgan, chunki surunkali yallig‘langan tanglay bezlari ko‘p kasalliklar uchun infeksiya o‘chog‘i hisoblangan. Ingliz

muallifi Mur (1929 y) o'zining tonzillit muammosiga bag'ishlangan monografiyasida surunkali tonzilit natijasida paydo bo'ladigan 10 dan oshiq kasalliklarni: surunkali toksimiya va septitsemiya, gastroentral dispepsiya, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi, o'tkir infeksiyon xoletsistit, o'tkir pankreatit, appenditsit, qizilcha, bo'yin limfadeniti, bo'qoq, fibrozit, bursit, periostit, osteomieliit, miozit, nevrillar, bod, artritlar, bronxit, bronxoektoziyalar, gangrenalar, mitral va aortal paroklar, perekardit, endokardit miokardit, flebit, septikotromboflebit, nefrit, xoreya, epilepsiya, psixozlar, ko'p shaklli eritema, surunkali torvoq, temiratki, uchuqlar va hokozolarni keltirgan.

Surunkali tonzillitning uzoq davom etishi, turli yo'ldosh kasalliklarining paydo bo'lishi va uning natijasida bemorlarning erta yoshda mehnat qobiliyatini doimiy yo'qotishga hamda nogironlikka olib keladi. Bunday yo'ldosh kasalliklardan kallogan kasalliklar (revmatizm, dermatomiozit, sklerodermiya, tugunli periarterit, tizimli qizil volchanka), teri kasalliklari (psoriaz, ekzema), nefrit, bo'qoq hisoblanadi. Uzoq davom etgan intoksikatsiya hisobiga trombotsitar purpura va gemoragik vaskulit rivojlanadi.

Yurakning tonzilogen zararlanish mexanizmida nerv-reflektor, infeksiyon toksik, allergik omillar muhim o'rin tutadi. Yallig'lanish natijasida miokardda metabolik o'zgarishlar rivojlanadi, to'qimada oksidlanish-qaytalanish jarayonlarini izdan chiqadi, bu holat o'z navbatida yurak mushaklari qisqaruvchanlik miqdorini o'zgartiradi.

Patologik o'zgargan tanglay bezlari, avvalgidek himoya a'zosi emas, balki organizmga «infeksiya tarqalish darvozasi» hisoblanib, septik holat, revmatik infeksiya, xolitsistit, pielit, nefritni kabi kasalliklarni keltirib chiqaradi va bir vaqini o'zida organizmni doimiy infeksiya tarqatuvchi o'chogo'iga aylanib (xronio-sepsis) qoladi. Natijada organizmda turli autoimmun va immunopatologik holatlar vujudga keladi.

HALQUM LIMFOADENOID HALQASINING FAOLIYATI

Halqum limfadenoid halqa bezlarining fiziologiyasi butun organizm limfoid tizimi faoliyatining tarkibiy qismi hisoblanadi. Halqumning limfoid apparati xususan tanglay murtaqlari, ingichka ichakdagi limfoid follikulalar, ko'richak lifadenoid to'qimasi singari, organizmga kirayotgan mikroblarni ushlab, ularni zarasizlantirishda, organizm immunologik qobiliyatini oshirishda, hamda qon ishlab chiqarishda ishtirok etishdan iborat. Halqum bezlari organizmning quyi immunologik tizimini asosi hisoblanib, to'qima va gumoral immunologik jarayonni hosil qilishda muhim o'rinni egallaydi. Shuning bilan birga, tanglay murtaqlarining o'ziga xos anatomik tuzilishiga egaligi, ya'ni kriptalarning (lakunalar) mavjudligidir. Bu kriptalarda mikroorganizmlarning to'planib ko'payishiga va muayyan sharoitlarda ularning o'zi yoki ular ajratgan toksinlar organizmga tarqalib, turli og'ir kasalliklarni kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Halqumning limfadenoid strukturasi hayotning birinchi yillaridayoq yetarli darajada rivojlangan bo'lib, tanosil garmonlar (14-15 yosh) paydo bo'lgan davrda boshlanib, ular asta-sekin pasayib boradi. O'tkazilgan immunologik tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, bodomcha bezlari inson hayotida mahaliy va umumiy immunologik faoliyatda shakillanishida muhim o'rinni egallaydi.

Limfadenoid bezlarni folikulalari tomonidan limfotsitlarni ishlab chiqarishi, ularning qon ishlab chiqarishdagi o'rnini ko'rsatib beradi. Yosh limfotsitlarning bir qismi limfa tomirlari orqali qon tomirlarga o'tadi, qolgan qismi esa bez epiteliysi orqali halqumga tushadi. Bodomcha bezlari folikulalarida V-limfotsitlari va folikulalar orasida T-limfotsitlarni mavjudligi, bezlarning to'qima va gumoral immunologik faoliyatda ishtirokidan darak beradi. Virusga qarshi hisoblangan interferon bezda shakillangan T-limfotsitlar mahsuli hisoblanadi. Limfadenoid bezlarini folikulalaridagi makrofaglar lizotsim, interferon, transferin, kompliment komponentlari va endogen parogenlarni sintez qilishda ishtirok etadi.

O'tkazilgan tekshirishlar, bodomcha bezlari olib tashlangan bemorlar og'iz bo'shliqlarida patogen mikrofloralarni miqdori va turini keskin ko'payib ketganligini ko'rsatdi.

Yuqorida keltirilgan dalillar, halqumdagi limfadenoid bezlarining inson hayotida muhim immunologik faoliyat ko'rsatishidan dalolat beradi.

KASALLIK ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Surunkali tonzillit muammosi hozirgi kunda nafaqat otorinolarologlarni, balki tibbiyotning barcha soha mutaxassislarining muammosi bo'lib qolmoqda, chunki bemor tanasida, surunkali tonzillit bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar hozirgi kunda 100 dan ortib ketdi.

Halqum limfadenoid tizimida eng ko'p yallig'lanish tanglay bezlarida uchraganligi uchun ham surunkali tonzillit haqida so'z yuritilganda tanglay bezlarining yallig'lanishi tushuniladi. Bolalar orasida surunkali tonzillit 12-15% uchrasa, kattalar orasida esa 4-10% uchraydi

Surunkali tonzillit butun organizmning infeksiyon-allergik kasalligi hisoblanib, mahaliy tanglay bezlarida yallig'lanish jarayoni sifatida namoyon bo'ladi. Agar o'tkir angina kelib chiqishida infeksiyon agent turtki bersa, kasallikning keyingi davrlarida esa yangi patologik, allergik jarayonlar asosiy o'rinni egallaydi. Masalan: O'tkir anginada, yoki surunkali tonzillitning tez-tez qaytalanuvchi turida tanglay yoylari, murtak bezlari va atrof to'qimada distrofik o'zgarishlar hosil bo'ladi, organizm reaktivligi o'zgaradi, natijada bosh miya po'stlog'i va po'stloq osti markazlarida turgun qo'zg'olish o'choqlari vujudga keladi. Shunday qilib, surunkali tonzillitda infeksiyon agent va uning ta'siri natijasida paydo bo'lgan yangi patologik mexanizm ishga tushadi, bu o'zgarishlar makroorganizm bilan mikroorganizmni o'zaro uzoq vaqt bir-biriga ta'siri natijasida shakillanadi.

Surunkali tonzillit bolalik davrdan yoki keyingi davrlarda tez-tez angina bo'lgan odamlarda, undan tashqari infeksiyon kasalliklar (skarlatina, qizamiq, difteriya) bilan og'rikan bemorlarda ko'proq rivojlanadi. Tanglay bezlari

lakunalaridagi yiringli ajralmalarni bez to'qimalariga doimo ta'sir etishi natijasida, organizmda antigen-antitelo kompleksi hosil bo'ladi, buning natijada bez to'qimalari tarkibi (yallig'lanish hisobiga to'qimalar kogulyatsiya uchraydi) o'zgaradi, tarkibi o'zgargan bunday to'qima kelgusida o'zining organizmi uchun antigen xususiyatigi to'qimaga aylanadi. Buning oqibatida bodomcha bezi asta-sekin allergiya o'chogo'iga aylanib qoladi.

Surunkali tonzillit kelib chiqishida ko'p hollarda, og'iz bo'shlig'idagi surunkali kasalliklar muhim o'rin egallaydi (tish kariesi, surunkali faringit, stomatit). Ko'pincha surunkali tonzillit burun-halqumni va burun yondosh bo'shliqlarining yiringli yallig'lanishlari bilan kasallangan shaxslarda uchraydi, chunki bu kasalliklarida bo'yinni chuqur limfa bezlarida limfadenit holati vujudga keladi, oqibatida limfostaz rivojlanadi. Bu sohadagi limfa bezlar bilan, tanglay bezlari limfa tomirlarini o'zaro tutashligi uchun, ulardagi yallig'lanish jarayoni tanglay bezlariga ham tarqaladi.

Surunkali tonzillitda, boshqa a'zolarga patologik ta'siri turli ko'rinishda namoyon bo'ladi. Bunday o'zgarishlardan biri yurak qon-tomir tizimi misolida yaqqol ko'rinadi. Bezlarning surunkali yallig'lanishi natijasida tanglay bezlarida hosil bo'lgan patologik o'choqdan chiqayotgan impul's, yurak qon tomir va markaziy asab tizimiga reflektor ta'sir qilishi hisobiga, bu a'zolarda avval funksional keyinchalik esa organik o'zgarishlar kuzatiladi.

Xulosa qilib aytilganda, surunkali tonzillitning kelib chiqishida quydagi omillar muhim o'rin egallaydi:

- Tanglay bezlarining anatomotopografik joylashganlik holati (tashqi muhitning doimiy salbiy ta'siri).
- Bez lakunalarida doimo patologik ajralmalar va mikrofloralarni mavjudligi (antigen-antitelo kompleksning doimiyliigi).
- Bez to'qimalari gistologik tuzilishining o'zgarishi (to'qimalar kaogulyatsiyasi).
- Bez himoya faoliyatining buzilishi.
- Bemorning mahalliy va umumiy himoya faoliyati pasayishi.

SURUNKALI TONZILLITLARDA BEZLARDAGI PATOLOGO-ANATOMIK O‘ZGARISHLAR

Patologo-anatomik nuqtai nazardan surunkali tonzillitda quyidagi o‘zgarishlar kuzatiladi.

1. Epiteliy qatlam yoki uning atrofidagi o‘zgarishlar
2. Parenximadagi o‘zgarishlar;
3. Peri va paratonzilyar to‘qimadagi o‘zgarishlar.

Surunkali tonzilitda epiteliy qatlamdagi o‘zgarishlar, asosan lakunalarda rivojlangan bo‘ladi, bunda yallig‘lanish natijasida epiteliy qalinlashadi, joylarda ularning ko‘chishi kuzatiladi. Epiteliyning o‘zgarishi kriptalar kengligi va uzunligi, ularning tarmoqlanganligiga bog‘liqdir. Bu o‘zgarishlar yallig‘lanish jarayoni darajasi, vaqti, davomiyligi va bemor yoshiga bog‘liq bo‘ladi, shuning uchun ham joylarda epiteliylar qalinlashadi yoki yupqalashadi, metaplaziyaga uchraydi, ba‘zida esa bu qatlam butunlay tekislanib ketadi. Ayrim hollarda epiteliy qatlamining keskin infiltratsiyasi hisobiga kriptalarda leykotsit va limfotsitlarni chiqishi kuzatiladi. Kriptalar parenxima bilan qo‘shilib, turli perilakunar yallig‘lanish jarayonlari vujudga keltiradi.

Perenximadagi o‘zgarishlar ikki ko‘rinishda namoyon bo‘ladi bulardan:

- a) birinchisi faol yallig‘lanish jarayoni
- b) ikkinchisi esa yallig‘lanish jarayoni asorati .

Birinchi guruhdagi o‘zgarishlarda bezlarda infiltratlar va abssezlarning hosil bo‘lishi kuzatiladi, infiltratlar yagona yoki to‘planib, perenximaning turli yerlarida joylashadi, qirg‘oqlari noaniq bo‘lgan bir nechta follikulalarni qamrab oladi. Markazda joylashgan infiltrat, periferiyaga tarqalib, bez kapsulasiga ham yetib boradi. Ba‘zi infiltratlar markazida shakllangan abssezni ko‘rish mumkin. Absses butun follikula yoki bir nechta follikular guruhini qamrab oladi. Bunday yallig‘lanish jarayoni natijasida tanglay bezlarining limfa yo‘llarida, limfostaz kuzatiladi.

b) bezlardagi ikkinchi guruh o'zgarishlarga chandiqli sklerotik holatlar kiradi, bu holat yallig'lanishning oxiri bosqichi hisoblanadi. Bunda bezdagi kriptalar ozayadi va yuzaki joylashadi. Epiteliy qalinlashgan, folikulalar oz, chunki ular o'rnini biriktiruvchi to'qima egallagan bo'ladi, ba'zida limfoid infiltratsiya kuzatiladi.

Peri va paratonzilyar to'qimadagi o'zgarishlar sklerotik xarakterda bo'lib, bunda baquvvat biriktiruvchi to'qima bezlarning nafaqat tashqi qismi, hatto kapsulasini ham qamrab oladi. Kamayib qolgan limfoid to'qimalarda yallig'lanish belgilari to'liq namoyon bo'lmaydi. Bez kapsulasining ichkarisida va uning tashqarisida peretonzilyar to'qima infiltratsiyasi yoki peretonzillit holati kuzatiladi. Bunday holat ko'pincha bezning yuqori qismida uchraydi.

Bodomsimon bezlarning organizmda mahaliy va umumiy immunitet shakllanishida aktiv qatnashishi ularning asosiy himoya funksiyasi hisoblanadi. Nafas yo'li va oshqozon-ichak yo'llarining kesishish nuqtasida joylashgan tanglay murlaklari organizmga kirib kelayotgan antigenlar bilan bevosita to'qnashishadi, ulaming anatomik xususiyatlari (kriptlar mavjudligi, egiluvchan xarakteri) esa ekzogenlarni organ to'qimalari bilan uzoq kontaktda bo'lishini ta'minlaydi, bunda kontakt spetsifik va nospetsifik biologik faol unsurlar, hamda lizotsima, interferon, interleykina, immunoglobulin (IgA,IgM,IgG,sIgA) limfotsitlar, plazmotsitlar, makrofaglar kabi hujayra elementlarini hosil qilish uchun zarur hisoblanadi.

Limfotik (limfoidal) halqum halqasi va tomoqning limfoid to'qimasi umuman o'lganda organizm to'qimalari antigeplar oqimidan himoya qilishda katta ahamiyatga ega. Kattalarda tanglay bodomsimon bezlari mahalliy immunitet shakllanishida qatnashadi, chunki ularda plazmatik hujayralar mavjud (IgA). Bolalarda esa bu hujayralar ikkita vazifani bajaradi: hujayra tarkibiga qaraganda ularda immunitetning umumiy tizim reaksiyalari bilan birga mahalliy reaksiyalar ham amalga oshiriladi. Buni bolalarda plazmatik hujayralar va IgG sonining ko'pligi bilan izohlash mumkin.

Surunkali tonzillitning boshlanishi va uning rivojlanishi yuqumli omillarga bog'liq. Surunkali tonzillit genezida mikroorganizmlar va ularning assotsiatsiyasi katta ahamiyatga ega, shuning uchun bodomsimon bezlarda o'tayotgan jarayonni jiddiyligini aniqlash va uning og'irlashishini aniqlash uchun qilingan boshlang'ich harakatlar mikroblar antigenlarga qarshi kurashadigan antitoxinlar mavjudligini aniqlash uchun bakteriologik izlanishlar olib borish bilan bog'liq bo'lgan.

Bosh miya markazi, xususan paragipofizga, hamda vegetativ innervatsiya gangliyalari, ayniqsa daydi nerv gangliyalari bodomsimon bezlardan limfosuyuqligi chiqishi to'g'risidagi ma'lumotlar katta ahamiyatga ega. Tomoqning limfatik tizimini tasvirlaganda, boshqa taloq, timus, limfatik tugunlar kabi limfoid organlarga nisbatan, tanglay murakkabliklarining alohida limfoepitelial organligini alohida belgilash kerak. Tanglay murakkabliklarida limfaso'rovchi tomirlar yo'q, ammo limfadan suyuqlikni chiqarib tashlovchi tizimga boy. Tanglay murakkabliklari limfotsitlar ishlab chiqadi, bu bilan qonishlab chiqarish funksiyasini bajaradi, ayniqsa yosh bolalarda.

Bodomsimon bezlarning organizmda mahalliy va umumiy immunitet shakllanishida aktiv qatnashishi ularning asosiy himoya funksiyasi hisoblanadi. Nafas yo'li va oshqozon-ichak yo'llarining kesishish nuqtasida joylashgan tanglay murakkabliklari organizmga kirib kelayotgan antigenlar bilan bevosita to'qnashishadi, ularning anatomik xususiyatlari (kriptlar mavjudligi, egiluvchan xarakteri) esa ekzogenlarni organ to'ximalari bilan uzoq kontaktda bo'lishini ta'minlaydi, bunda kontakt spetsifik va nospetsifik biologik faol unsurlar, hamda lizotsima, interferon, interleykina, immunoglobulin (IgA,IgM,IgG, sIgA) limfotsitlar, plazmotsitlar, makrofaglar kabi hujayra elementlarini hosil qilish uchun zarur hisoblanadi. Ular tomoq bo'shlig'ida mujassamlanib, butun organizmga gematogen va limfogen tarqaladi.

Bu jarayon garmonal va asab regulyasiyasi ta'sirida o'tadi va immunologik statusini belgilaydi. Bunga dalil sifatida turli yoshdagi odamlarda limfoid halqaning hujayrali va funksional holatidagi farqni keltirishimiz mumkin: yosh

bolalarda prepubertat, kattalarda esa pubertat. 1.5-3 yoshli bolalarda bodomsimon bezlarning hujayra tuzilishi 80% T-hujayralaridah iborat, lekin bu yoshdagi bolalarda T-limfotsit subpopulyatsiyasining T-xelper hujayralari yetishmovchiligi bilan bog‘lanishining fiziologik xususiyatlar mavjud, buning oqibatida immunitetning hujayra tuzilishida yetishmovchiliklar paydo bo‘ladi, tomoq limfa halqasi patologiyasida virusli, zamburug‘li va patogen mikrofloraning ustunligini ko‘rsatadi. T- xelperlar yetishmovchiligi B-limfotsitlarni differensiatsiyasiga olib keladi va antigen yuklamasi ko‘payganda limfoid to‘qimasida IgA o‘rniga IgE gipermaxsulot kelib chiqadi, bu esa surunkali tonzillitning infeksiyon-allergik patogeneziga sharoit yaratib beradi. Limfoid to‘qimaning to‘laqonli antimoddalarni sintez qilishga imkoniyati sustligi tanglay va tomoq bodomsimon bezlarining giperplaziyaisni keltirib chiqadi.

6-7 yoshda tanglay mur‘laklarining morfologik qayta shakllanishi yakunlanadi, va ular lakun va kriptlarning tola rivojlanishi hisobiga butun yuza bo‘ylab yoyiladi va bu etapda lakunalarning drenaji buzilib, ularning tarkibi qo‘yuqlashib qotib qoladi. Pubertad davrga limfoid organlar vaznining kamayishi, immunitetning gumoral bo‘g‘inlarining stimulyasiyasi xos bo‘ladi. Buning natijasida ba‘zi holatlarda atopik kasalliklarning zo‘rayishining yengillashi kuzatilsa, boshqalarda autoimmun kasalliklarni keltirib chiqaradi.

Yuqorida aytilganlardan ko‘rinib turibdiki, evolyutsiya jarayonida limfoepitelial tomoq halqasining anatomik joylanishi va unga xos funksiyalari uyg‘unlashgan.

Ammo bu mexanizmning faoliyatiga ta‘sir etadigan bir qator anatom-fiziologik xususiyatlar mavjud. Me‘yor bo‘yicha odam yutinganda kriptlardan fagotsitoz mahsulotlari va qo‘yuq epiteliyalar chiqib ketishi kerak. Yalig‘langan holatda esa kriptlarning shoxlanganligi, tanglaydagi bo‘rtishlar, turli ishiqlar va uchburchak taxlamlar bunga to‘siq yaratadi.

Surunkali tonzillitning shakllanishida tanglay mur‘aklari va og‘iz bo‘shlig‘i mikroflorasi yetakchi vazifani bajaradi. Aksariyat tekshirilgan bemorlarda

tanglay murtlaklari lakunalarida yiringli va kazeoz ajratmalar mavjudligi aniqlangan, surunkali tonzillit uchun bu patologoanotomik xususiyat ekanligi belgilaydi. Tanglay murtlaklarining faoliyatini baholashda mikroflora tuzilishi juda muhimdir, chunki mahaliy biotsenozning shikastlanishi patogen mikroorganizmlarni keltirib chiqadi.

Oxirgi 10 yil mobaynida og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasida yallig'lanish jaryonlarining paydo bo'lishida rezident mikrofloraning ahamiyati o'sib borgan. Antibakterial va immunodepression terapiyadan keng, ba'zan esa asossiz ratsional foydalanish, bir qator ekologik omillarning ta'siri monoinfeksiyalarning an'anaviy klinikasi o'zgarishiga va bakterial-bakterial, bakterial-virusli, bakterial-zamburug'li va zamburug'-virusli patologiyalarning ko'payishiga olib keladi.

Bodomsimon bezlar yuza bo'shliqlari ko'pqavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Kript chuqurliklarida epiteliy qavati kamroq, yetilgan follikulalar yopishgan joylarda esa umuman uzilib boradi, bu joylarda bazal membranasi mavjud emas va bu yerda limfotsitlarning tashqari bilan kontakti va migratsiyasi kuzatiladi.

Tanglay murtlaklarining qon bilan ta'minlanishi tashqi uyqu arteriya va uning har bir shoxlari orqali amalga oshiriladi, shuning uchun bu organ aktiv faoliyatda bo'ladi. Tomirlardagi qon tomirlar tizimi va nomsiz tomir orqali yuqori nomsiz tomirga to'qiladi. Tomir yo'llari arterial yo'llarga nisbatan kengroq, ular tomirdagi hamda ichki va tashqi tomir to'qimalaridagi qonlarni to'playdi. Bunday to'qimalarga plexus pterygoideus, kiradi bunga qon tomoq limfoid halqa, miya qobig'i, quloq oldi so'lak bezi, og'iz bo'shlig'ida qon to'planadi.

Bosh va bo'yin tomirlarida klapan bo'lmaydi, ammo ularning devorlarida limfatik kapillyarlar mavjud, infeksiya yuqqanda flebitlar rivojlanishiga va jarayonni retrograd tarqalishiga olib keladi.

Halqum va bodomsimon bezlardan limfaning chiqarilishi alohida limfoid tomirlar bilan bir qatorda ichki va tashqi limfoid to'qimalar yordamida amalga

oshiriladi. Ularga limfa og‘iz bo‘shlig‘i va tomog‘dagi, burun bo‘shlig‘i va ichki quloq, bosh miya va uning qobig‘i kabi organlardan oqib keladi. Limfa limfatik ustunlardan oqib chiqadi (o‘ng va chap), o‘z nafbatida ular esa bo‘yinning asosiy qismida ko‘krak protogi va o‘ng tomon limfatik protokka o‘tib ketadi, yoki limfani o‘z yuqori tomirlarga o‘tkazib yuboradi. Halqumning limfa haydaydigan tomirlar yo‘lida "qayta ishlash stansiyalari" kabi turli darajadagi limfotugunlar joylashgan. Limfotugunlarning birinchi darajasi- halqumoldi va halqumorti limfotugunlar (halqumorti limfotugunlar ko‘proq yosh bolalarda rivojlangan). Ular tanglay mur‘laklardan patologik jarayonlarni tarqalishida klinik ahamiyatga ega. Ikkinchi darajasi bo‘yinning nerv-tomir tugunchasi bo‘ylab va egiluvchan mushaklari ortida (bu yerga og‘iz bo‘shlig‘i va tomoqdagi barcha limfalar oqib keladi) joylashgan chuqur bo‘yin limfotugunlardan, hamda sredosteniya limfotugunlari guruhiga o‘tadigan halqumoldi, qalqonsimon, predtraxéal, paratraxéal limfotugunlardan iborat.

Surunkali tonzillitning rivojlanishining etiologik omillari bu infeksiya qo‘zg‘atuvchilari hisoblanadi, ular orasida bakteriyalar qatorida virus va zamburug‘lar bor. Xususan cheł el va mahalliy matbuotlarda keltirilgan oxirgi ma‘lumotlarga qaraganda, A guruhiga mansub gemolitik streptokkok 30% bolalarda uchraydi, kattalarda esa 10-15% holatlar, bu mikroorganizmning ta‘siriga katta e‘tibor qaratgan ba‘zi klinikalarda 80% holatlar aniqlangan. Ko‘p uchraydiganlar St. Aureus, H. Influenzae, M. Calarrhalis, N gonorrhoeae, C. Haemolyticum, M. Pneumoniae, C. Pneumoniae, Toxoplazma, anaeroblar, adenoviruslar, sitomegaloviruslar, herpes virusi va boshqalar.

Surunkali tonzillit haqida gapirganda, biz tanglay mur‘laklarning organizmning tabiiy rezistentligiga azob beruvchi nospetsifik omillar va immunitetning gumoral va hujayraviy bo‘g‘inlari buzilishidan iborat o‘ziga xos patofiziologik va morfologik sifatlarga ega surunkali yallig‘lanishini nazarda tutamiz. Surunkali tonzillit har doim ham bemor angina bilan og‘riganidan so‘ng kelib chiqmaydi. Aksariyat hollarda kasallik bilinmasdan rivojlanadi (surunkali tonzillitning anginasiz formasi) ORVI, adenoid, stomatit, paradontoz sifatida

o'tib borib yoki haqiqatda tanglay murakklari ushbu holatlarda himoya ishlarini faol olib borgan holda yallig'lanish jarayoniga qayta tushadi. -

Bodomsimon bezlar parenxemasini birikish to'qimasi bilan reparativ almashtirilishi kasallikning yetakchi patofiziologik jarayoni hisoblanadi. Surunkali tonzillitning rivojlanishida boshlang'ich omil sifatida yiring yig'ishning susaygan potensialiga, antigen stimulni jilvirlashi xususiyatiga ega, tuzilmasida mimikrik antigenlari borligi uchun adekvat immunologik nazoratdan chetda qoluvchi qo'zg'atuvchi nazarda tutiladi. Shuning uchun bodomsimon bezlarda produktiv yallig'lanish elementlari bilan bir qatorda parenximaning asta sekin birikish to'qimasi bilan almashishadi. Bu amallar fibroblastlarning hujayra-tolali transformatsiyasi, nekrozning inkapsullangan nuqtalari shakllanishi va yallig'lanish jarayoniga regional limfotugunlarning jalb qilinishi hisobiga amalga oshiriladi. Shu bilan birga mikronekroz markazidagi bodomsimon bezlarning sekvestrlangan antigenlari va kasallik qo'zg'atuvchining mimikr antigenlari immunopatologik fonini induksiya qiladi. Bu fon gumoral va hujayra tipidagi autoimmun reaksiyalarni bodomsimon bezlar to'qimalari va poliferlanadigan ulash to'qimasiga nisbatan shakllantirishda namoyon bo'ladi. Buning oqibatida autoimmun patologik status shakllantiradigan immunologik tolerantlik buzilishi holatlari kelib chiqadi. B.S.Preobrajenskiy va V.T. Palchunalarning klinik taqsimotida surunkali tonzillitning aynan shu, patogenezi aks etgan. U uch bosqichdan iborat.

Oddiy shakli yoki boshlang'ich bosqichi, bu bosqichda anamnezdagi tez tez angina bo'lish emas, balki mahaliy belgilar (bodomsimon bezlar lagunalarida yiringli suyuqlik yoki yiringli- kazeoz probkalar, Zaka, Gize, Preobrajenskiy belgilari bo'lgan subepitelial yiringli folikulalar mavjudligi, ba'zi regional limfatik tugunlarning kattayishi va palpatsiya qilganda og'rishi), bunda surunkali tonzilit bilan etiologik va patologik bog'liq bo'lmagan kasaliklar ham kuzatilishi mumkin.

Toksiko-allergik shakli I (TAF I) anamnezda vaqti vaqti bilan angina bo'lishi bilan belgilanadi va yuqorida keltirilgan barcha belgilarning umumiy

toksiko-allergik jarayonlar bilan (vaqti- vaqti bilan subfebril istima ko'tarilishi, holsizlanish bilan tonzillogen intoksikatsiya (ko'ngil aynish) holatlari kuzatilishi, og'rish, tez charchab holdan toyish, bo'g'inlardagi og'riqlar bo'lishi, zo'rayish davrida yurakda EKGda aks etmaydigan og'riqlar bo'lishi), bu belgilar har qanday o'tkir respirator kasalliklar yoki anginadan so'ng kuchayib borib, funksional buzilishlarning astenik asoratini qoldiradi.

Toksik-allergik shakli II (TAF II) bunda I shaklining belgilari kuchliroq namoyon bo'ladi (yurak faoliyatinihg EKGda aks etadigan funksional buzilishi, angina davrida hamda surunkali tonzillitning zo'rayishi kuzatilmagan davrda ham yurakdagi og'riqlar va yurak urishi ritmining buzilishi, subfebril isttimaning uzoq vaqt ko'tarilishi, buyrak, figar, tomirlar tizimi, bo'g'inlarning laborator usulda aniqlanadigan funksional buzilishlari) surunkali tonzillit bilan birlashgan etiopatogenetik omillari bo'lgan kasalliklar bilan bog'lanishi: mahaliy (paratonzilyar, absse, parafaringit, faringit) va umumiy (o'tkir va surunkali tonzillogen sepsis, revmatizm, yuqumli artritlar, orttirilgan yurak porogi, siydik yo'llari tizimi kasalliklari, prostata bezlari, qalqonsimon bezlar, va miya qobig'lari).

Tanglay murtaklarining tuzilishi va funksiyasining klinik anatomik xususiyatlariga qaytar ekanmiz, surunkali tonzillit bu juda xavfli kasallik ekanligiga e'tibor beramiz, uning boshlang'ich belgilaridayoq organizmga gematogen va limfogen yuqumli —allergik hujumi seziladi.

Boshqacha qilib aytganda, tomoq limfoepitelial halqasi va tanglay bodomsimon bezlari zonasidagi surunkali yallig'lanish jarayoni, organizmning endoekologiyasiga zarar keltiradigan gomotoksikozning manbasi hisoblanadi. Bundan chiqdi surunkali tonzillitni biz infeksiya markazi sifatida qabul qilishimiz kerak, bu infeksiyaning eliminatsiyasi kasalliklarni yaxshi davolash va umuman inson sog'ligini saqlash uchun zarur hisoblanadi.

SURUNKALI TONZILLIT DIAGNOSTIKASI VA KLINIK KECHISHINING XUSUSIYATLARI VA KLINIK TASNIFI

Kasallikning o'tishi bo'yicha tonzillit o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi.

Surunkali tonzillit tashxisida, kasallik tarixini to'liq o'rganish asosiy omillardan biri hisoblanadi. Bemor shikoyatlari kasalning individual xususiyatlari va patologik jarayonining qaysi yo'nalishida tus olishga bog'liqdir.

Bemorlarning xarakterli shikoyatlari – qaytalanuvchi tez-tez anginalar tonzillit uchun eng xos va yagona belgilardan hisoblanadi. Ammo 2-3% bemorlarda kasallik anginah qaytalanmasdan (anginasiz surunkali tonzillit) ham kechadi. Quyidagi keltirilgan belgilar umumiy intoksikatsiyaga xos belgilar hisoblanadi: yutinganda tomoqda og'riq, bo'yin limfatik tugunlari sohasidagi og'riq, tana haroratining subfebril ko'tarilishi, umumiy quvvatsizlik, ayrim hollarda yurak va bo'g'imlar sohasida og'riq, og'izdan noxush hid kelishi, ishtahaning buzilishi, tez charchab qolish, bosh og'rig'i va boshqalar.

Kasallik rivojlanishida bemorlarning shamollashi, o'ta charchashi, zararli sharoitlarda ishlashi, noto'g'ri ovqatlanishi, hamda boshqa turli yo'ldosh yallig'lanishlar - tish kariesi, og'iz va burun bo'shlig'idagi surunkali yallig'lanishlar, immunologik himoya quvvatining pasayib ketishi muhim o'rin egallaydi.

Faringoskopiyada mahalliy belgilaridan: oldingi tanglay yoylari qirg'og'ining qizirishi, ularning valiksimon qalinlashishi, **tanglay bezlarining tanglay yoylari bilan chandiqli chatishib ketishi**, bezlar yuzalarining notekis bo'lishi, bezninig lakunalarida yiringli ajralmalarni to'planishi, jag'osti va bo'yin limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi.

Bezlar hajmi turlicha bo'lib, yallig'lanish jarayoni darajasi, bemor yoshi, konstitutsion xususiyatiga, kasallik davomiyligiga bog'liq bo'ladi. Ba'zida bodomcha bezlar katta o'lchamda bo'ladi (tanglay yoylaridan tashqariga chiqib, bir-biri bilan yopishib turadi – uchinchi darajada yo'g'onlashuvi)), ba'zida bezlar atrofik tuzilishda bo'lib, tanglay yoylari ortidan deyarli ko'rinmaydi. Bodomcha bezlar hajmi yallig'lanish darajasini baholamaydi, shuning uchun

ham bezlar hajmi surunkali tonzilit tashxisi uchun asos bo'la olmaydi. Tashxisda tanglay yoylarining shishganligi va qalinlashganligi katta ahamiyatga ega bo'lib, surunkali yallig'langan bez atrofidagi kollateral qon va limfa aylanishi buzilishi natijasida hosil bo'lgan belgilardir.

Tanglay bezlari va uning atrofidagi to'qimalardagi tonzillitga xos o'zgarish holatiga qarab, asoslanuvchi boshqa belgilar ham mavjud bo'lib ular quydagilardir:

1. **Giz belgisi (1920)** - bez lakunalaridan (chuqurchalari) chiqayotgan yiringli ajralmalarni atrof to'qimalarga ta'siri natijasida oldingi tanglay yoylarida qon tomirlarida mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi hisobiga qizarib qoladi.

2. **V. Ya. Zak belgisi (1933)** Old va orqa tanglay yoylari yuqori qismining burchak shaklida shishib qolishi. Bu belgi tanlay bezlarini yuqori qismidagi lakunalardan ajralayotgan yiring ta'siri natijasida paydo bo'lgan limfostazdir.

3. **B. S. Preobrajenskiy belgisi (1958)** -old va orqa tanglay yoylarining valiksimon qalinlashuvidir. Bu belgi tanglay bezlari lakunalarda uzoq muddat davom etgan yallig'lanish jarayoni ta'siri hisobiga to'qimalar giperplazisi kuzatiladi. Natijada tanglay yoylari qalinlashib, o'ziga xos halqa hosil qiladi, bu halqa tanglay bezlarining kirish darvozasiga o'xshab qoladi.

Surunkali tonzillitning asosiy belgilaridan biri **lakunalarda patologik ekssudat yoki yiringli ajralmalarning bo'lishidir**. Lakunadagi bunday patologik ajralmalar (yiring) bezning surunkali yallig'lanishi natijasidir. Ba'zida faringoskopiya bitta yoki bir nechta lakuna teshiklari oqish-sariq yiringli ajralmalar bilan to'lganligi ko'rinadi. Bu holat lakunar anginani eslatadi, lekin undan farqi o'laroq surunkali tonzillitlarda bez to'qimalarida o'tkir yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Bundan tashqari tashxisda kasallik tarixi ma'lumotlari, bemor shikoyatlari, regionar limfatik tugunlar holati, surunkali tonzillitdan dalolat beradi.

Ko'p hollarda, lakunalardagi patologik ajralmalarning borligini aniqlash uchun shpatel bilan tilning uchdan bir qismi bosiladi, ikkinchi shpatel bilan

bezning yuqori qismidan, oldingi tanglay yoylari orqali eziladi, natijada lakunadan suyuq yoki qo‘yiq yiringli eksudat ajralab chiqadi.

Surunkali tonzillit belgilaridan biri **bez tanglay yuzasiga ezilganda og‘riq bo‘lishidir.**

Ayrim hollarda bodomcha bezlarini eziliganda turli asoratlari kelib chiqmasligining oldini olish maqsadida, bezlarni tekshirishda zondlardan foydalanish qulay hisoblanadi, buning uchun uzunligi 10-15 sm, oxiri to‘mtoq bo‘lgan zondan foydalaniladi. Bunday zondlar ko‘pincha davolash maqsadda lakunani yuvish uchun qo‘llaniladi. Jag‘ osti va bo‘yin limfatik tugunlar kattalashgan bo‘ladi va ushlab ko‘rilganda og‘riqli bo‘ladi.

Surunkali tonzillitning o‘ziga xos umumiy intoksikatsiyaga xos belgilari ham mavjud: Bemorlarda vaqti-vaqti bilan **tana haroratining subfebril ko‘tarilib turishligi** bezovta qiladi. Bunday holatning asosiy sababi surunkali yallig‘lanish hisobiga organizmida doimo intoksikatsiya jarayoni ketayotganligidan darak beradi. Surunkali tonzillitdagi umumiy intoksikatsiya ko‘rinishlaridan yana biri bemorda uzoq davom etuvchi **quvvatsizlik, lanjlik, ish qobiliyatining pasayishi, uyqu va ishtahaning buzilishidir.**

Surunkali tonzillitning kechishida o‘ziga xos asoratlari kuzatiladi, bunday asoratlardan biri bu revmatizmdir. Revmatizmida doimo yurakda yetishmovchilik (stenoz yoki yurak klapanlarini yetishmovchiligi, miokardiodistrofiya, infeksiya-allergik miokardit) paydo bo‘ladi. Shuning uchun ham bemorlar ko‘proq yurak sohasidagi og‘riqqa shikoyat qiladi va eKG da ham revmatizmga xos o‘zgarishlar kuzatiladi.

Qon tizimi o‘rganilganda leykotsitlarning fagotsitar faoliyati pasayganligi, ularning degenerativ turlari paydo bo‘lishi aniqlanadi, limfotsitlarning umumiy miqdori pasayib ketadi. Yosh bolalarda kamqonlikka moyilik paydo bo‘ladi. Uzoq davom etgan tonzilyar intoksikatsiya trombositlar pupuraga va gemoragik vaskulitga olib keladi. Organizmning immunologik faoliyati pasayib ketadi ya’ni: qon zardobida immunoglobulin miqdori ozayadi, T va V limfotsitlar

nomutanosibliği vujudga keladi, nospetsifik immunologik faoliyatni omillari hisoblangan immunoglobulinlar miqdori keskin o'zgaradi .

Yuqorida keltirgan o'zgarishlardan tashqari surunkali tonzillitda organizmning boshqa a'zolarida ham turli xildagi asoratlar paydo bo'ladi va ular haqida kelgusi bo'limlarda batafsil to'xtalib o'tamiz.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, keltirilgan hech bir belgilar surunkali tonzillit uchun maxsus belgi hisoblanmaydi. Boshqa kasalliklarga o'xshab surunkali tonzillitga tashxis qo'yishda bitta belgiga qarab emas, balki kasallikning barcha klinik ko'rinishlari yig'indisi va yaxshi yig'ilgan kasallik tarixiga asoslanadi

O'tkir tonzillitning klinik shakllari:

- Oddiy kataral
- Og'irlashganlari - follikulyar, lagunar, qobig'li, pardali-yarali, nekrotik

Surunkali tonzillitning klinik shakllari. Surunkali tonzillitni to'liq tahlil qilish va davolash masalalarini aniq belgilash, ularni dispanser nazoratiga olish masalasini hal etish va amaliyotda qo'llashda oson bo'lishi uchun, albatta sinflarga bo'lib o'rganish maqsadga muvofiqdir. Buning uchun surunkali tonzillitni tub mohiyatini ifoda etuvchi sinflanishni bir necha mualliflar tomonidan turli ko'rinishlar taklif qilingan. Hozirgi kunda amaliyotda B. S. Preobrajenskiy tomonidan 1958- yilda taklif qilingan, sinflanish keng qo'llanilmoqda:

Surunkali tonzillitning oddiy turi

Surunkali tonzillitning toksik-allergik turi, bu turi o'z holida toksik-allergik birinchi va ikkinchi bosqichlarga bo'linadi.

Surunkali tonzillitning oddiy ko'rinishida kasallikning yuqorida keltirilgan mahalliy belgilarining klinik ko'rinishi namoyon bo'ladi, bemorlar kasallik tarixida bir marotaba angina o'tkazganligiga shikoyat bo'ladi. Kasallikning bu ko'rinishida surunkali tonzillitga xos bo'lgan, lekin keskin namoyon bo'lmagan mahalliy va umumiy belgilar ayon bo'ladi, surunkali

tonzillit bilan bog'liq bo'lgan yo'ldosh kasalliklar uchramaydi.

Surunkali tonzillitning toksik-allergik ko'rinishi birinchi bosqichida kasallikning oddiy ko'rinishidagi barcha belgilari aniq ko'zga tashlanadi va bunga qo'shimcha surunkali tonzillit natijasida paydo bo'lgan yo'ldosh kasalliklar (revmokardit, revmatizm) ham uchraydi. Kasallikning bu turida yuqorida keltirilgan belgilariga qo'shimcha, surunkali tonzillit tez-tez qaytalanadi (yiliga 3-4 marotaba), ba'zan paratonzillit bilan asoratlanadi, tana haroratining subfebril ko'tarilishi uzoq muddatlariga cho'ziladi, umumiy intoksikatsiya belgilari keskin namoyon bo'ladi.

Tonzillogen intoksikatsiya hisobiga bemorlarni doimo quvvatsizlik, tez-tez charchash, ish qobiliyatining pasayishi bezovta qiladi. Bemorlarning vaqti-vaqti bilan bo'g'imlarida va yurak sohasida og'riqlar bezovta qilib turadi. Yurak sohasidagi og'riqlar funksional xarakterga ega bo'lib, faqat surunkali tonzillitning qaytalanish (angina) vaqtida kuzatiladi. Yurakning EKGda o'zgarishlar revmakarditga xos bo'lib, remissiya vaqtida deyarli o'zgarishsiz. Bo'yindagi va jag' ostidagi limfatik bezlar kattalashgan, ushlab ko'rilganda ba'zan og'riqli bo'ladi. Qon tahlilidagi va immunologik faoliyatidagi o'zgarishlar doimiy .

Surunkali tonzillit toksik-allergik ko'rinishining ikkinchi bosqichi: kasallik ancha og'ri va asoratli ko'rinishda hisoblanadi. Bu bosqichda kasallikning ham mahalliy, ham umumiy belgilari to'liq va doimiy namoyon bo'ladi. Yo'ldosh kasalliklar va kasallik asoratidan so'ng paydo bo'lgan boshqa kasalliklar to'liq shakllangan. Angina qaytalanishi deyarli har oyda bir marotaba va undan ham ko'p bo'ladi, qaytalanish ko'pincha paratonzillit va paratonzilyar abscesslar bilan asoratlanadi.

Toksik-allergik holat barcha ko'rinishda rivojlangan bo'ladi. Yurakdagi o'zgarishlar va og'riqlar doimiy va EKG da o'z aksini topgan. Boshqa a'zolarida: buyrak, bo'g'imlar, jigar va yurak-qon tomirlar tizimidagi o'zgarishlar doimiy va ham klinik, ham laboratoriya tekshirishlarida tasdiqlanadi.

- Kompensirlangan — kasallik "uxlaydi" xurujlari kam bo'ladi,

- Subkompensirlangan — immun himoya susaygan, kasallikning kuchsiz tez-tez xuruj qilishi

- Dekompensirlangan — kasallikning tez-tez qattiq xuruj qilishi, odatda asorat ham qoldiradi.

Surunkali tonzillit oddiy va murakkab bo‘ladi - toksik-allergik

1. Oddiy shaklida tomoqda yoqimsiz holatlar va mahalliy belgilar bilan kuzatiladi.

2. Toksik-allergik shaklida bemor organizmidagi tizimli o‘zgarishlar seziladi. Kasallikning o‘tib borishi bo‘yicha yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir shakllari mavjud. Tonzillit spetsifik va nospetsifik bo‘ladi - sil va sifilitik.

Tonzillit bilan og‘riq bemorlarning asosiy shikoyatlari:

1. Yutungandagi og‘riqlar,
2. Tomoq qichishib, yo‘tal keladi
3. Nafas olishning qiyinlashishi, Bezgak

Bemor tekshirilganda «limfotik bezlarning kattalashganligi kuzatiladi, domsimon bezlar ishinqirab qizarganligi, ba’zan esa qirg‘oqlari sarg‘ayib qoladi Bemor bolalarda ko‘pincha ko‘ngil aynish, qusish, qorinda og‘riqlar bo‘ladi. Tez- tez angina bo‘lishi surunkali tonzillitning asosiy simptomlari. Kasallik zo‘rayganda bemorlar tomoqdagi og‘riqlar, bezgak, holsizlik, tezda charchash, tana haroratining ko‘tarilishi, yurakdagi va bo‘g‘inlardagi og‘riqlardan shikoyat qiladi.

Remissiya davrida tomoqdagi og‘riqlar pasayadi, tana harorati me‘yorlashadi yoki subfebril holatda bo‘ladi, bezovtalanish va holsizlanish holatlari kuzatilib turadi, vaqti — vaqti bilan yo‘tal va burundagi diskomfort kuzatiladi.

Surunkali tonzillitning mahaliy asoratlari quyidagilardan iborat: Peritonziyar abses va paratonzillit, faringit va parafaringit limfadenit.

Bodomsimon bezlar parenximasi to‘qima bilan almashishi. Kasallikning umumiy asoratlari organizmda gematogen infeksiyalarning tarqalishi bilan asoslangan.

Tonzillitning o‘tishini og‘irlashtiruvchi og‘ir kasalliklar bu: sepsis, revmatoid artrit, miokardit, endokardit, glomerulonefrit, kollagenoz, perriferik nervlar, qon va teri patologiyasi kabi tarmoqli kasalliklar. Kasallik diagnostikasi anamnez va shikoyatlar, bemor ko‘rigi, faringoskopiya, tekshirishning laborator usullari qonning umumiy tahlili, halqumning mikrobiologik tekshirishlari va aniqlangan mikroorganizmning antibiotiklarga ta’sirchanligini aniqlash.

Faringoskopiya — instrumental tashxis usuli, bu usulda tanglay murtaqlari yallig‘lanishini aniqlash uchun bemorning og‘iz bo‘shlig‘i va tomog‘i tekshiriladi. Regionar «limfodenit tonzillitning ahamiyatli tashxiz belgilaridan biri hisoblanadi. Odatda pastki jag‘ ostida va ko‘krak mushaklarida joylashgan limfotugunlar kattalashadi. Ular palpatsiya qilinganda og‘riydi.

O‘tkir tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda qon tahlili ko‘rsatkichlari o‘zgaradi. Tahlillarda- neytrofil leykotsitoz, eritrotsitlarning birlashish tezligi oshishi kuzatiladi. Kasallikni qo‘zg‘atuvchi mikroblar va uni antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash uchun burun va og‘izdan ajraladigan suyuqlikni mikrobiologik tahlilga bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

SURUNKALI TONZILLITNI DAVOLASH

MUAMMOLARI.

Surunkali tonzillitni davolash - bu xirurgik qo‘llanma va konservativ terapiyadan iborat juda uzoq davom etadigan murakkab jarayon. Biroq immunologik izlanishlar va klinik kuzatuvlar natijalari shuni ko‘rsatadiki, operativ davolash har doim ham ijobiy natija bermasligini ko‘rsatadi, ba’zi bemorlarga esa bunday davolash usulini qo‘llash mumkin emas. (9) Bundan tashqari surunkali tonzillitni davolashda dorilardan foydalanishning an’anaviy usullari doim ham samara bermaydi, chunki ular organizmdan tez chiqib ketadi va organizmning zararlangan zonasida va regionar limfatik tugunlarda bu dorilarning yuqori konsentratsiyasini uzoq ushlab turishni imkoni yo‘q. Bu

nuqtai nazardan qaraganda limfatik sistema katta qiziqish uyg'otadi. Bu sistemada patologik jarayon davomida hujayralararo maydonda hujayralarni parchalaydigan moddalar, mikroorganizmlar, toksinlar va metabolitlar yo'q qilinadi, to'qima suyuqligini va limfani yallig'lanish markazidan detoksikasiya qilish reaksiyalari kompleksi limfatik regionning asosiy bo'g'ini bo'lgan regional limfatik tugunlarda amalga oshiriladi. Hozirda tibbiyotning turli sohalarida klinik limfologiyaning ijobiy natija beradigan usullar va vositalaridan foydalanish bo'yicha katta tajribalar orttirilgan. Shunday qilib, limfatik sistemani medikamentlar bilan boyitishning eng samarali va oddiy usullaridan biri, patologik markaz va regional limfatik tugunlarda dorilarni, jumladan antibiotiklarni davomiy va yuqori konsentratsiyasini ta'minlovchi regional limfotrop terapiya hisoblanadi. Surunkali tonzillit patogenezida yallig'lanishning asosiy effektor hujayralari bilan sekretiya qilinadigan yallig'lanishga qarshi sitokinlar muhim rol o'ynaydi (5.7), ularning o'zgarishi bilan surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlarni davolashda limfotrop antibakterial terapiyadan foydalanishning samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi. Yallig'lanish kasalliklarini, xususan surunkali tonzillitni davolashda past haroratdan foydalanish perspektiv usullardan hisoblanadi. Kriotonzilotomiya tanglay murtaklari to'qimalari va butun organizmga ijobiy ta'sir ko'rsatib surunkali tonzillitni davolanishiga olib keladi. O'simlik moddalari yuqori biologik faollikka ega. Tabiiy kimyoviy birikmalar, odatda sintetik vositalar va sun'iy strukturada yaratilgan vositalarga qaraganda inson organizmiga zararsizdir, shuning uchun surunkali ayrim hollarda esa og'ir kasalliklarni davolashda yoki turli kasalliklar profilaktikasida ulardan foydalaniladi. Ba'zi bir dori vositalar to'g'risidagi ma'lumotlarda o'simliklarda mavjud bo'lgan moddalar kompleksi, ularning sof preparatlariga qaraganda o'zgacha ta'sir etishi aytilgan. Buni shunday izohlash mumkin, hayotning rivojlanish jarayonida turli tuman moddalar shakllanadi, ularning aksariyati insonlar va jonvorlarning organizmiga sezilarli ta'sir o'tkazadilar. Surunkali tonzillitni davolash yuqorida keltirilgan tasnif bo'yicha allik shakli va

kasallikning klinik jarayoniga muvofiq olib borilishi lozim (latent jarayon yoki zo'rayish). Konservativ davolash asosan surunkali tonzillitning oddiy shakli va TAF I bilan og'rikan bemorlarda kasallikning zo'riqish davridan tashqari va undan kamida 1 oydan so'ng qo'llaniladi, TAF I I bilan og'rikan bemorlarga tanzillektomiya kursi tavsiya etilgan. Davolash amaliyotida kompleks davolash umumiy va mahalliy, mahalliyda xirurgik davolash- tonzillektomiya maqsadga muvofiq deb belgilangan mahalliy davolash.

Tanglay murtaklarini yuvish va tomoqni "REM- I" ionator yordamida tayyorladanigan ionnli kumush-mis eritmasi, fiziologik eritma bilan chayish, va antiseptiklardan (oktenisept, eksteritsid, xlorgeksidin, miramistin) foydalanish. Davolashning kursi 10-15 seansdan iborat. Shuni alohida belgilash kerakki:

1) og'iz bo'shlig'i va tomoqni har kuni ertalab va kechqurun kumush-misni suvli eritmasi bilan chayish tomoq va og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olishda foydalidir.

2)Tanglay murtaklariga antibakterial va antiseptik preparatlarni quyish.

3) So'riladigan dori shaklidagi oraseptiklar: geksaliz, lari-plyus, lariptront, septotele neoangin mahalliy immunomodulyatorlar: IRS-19, rimobulin, va boshqalar.

4) Tonzillor apparati bilan davolash. Bu apparat bodomsimon bezlar to'qimalariga ultratovush ta'sir o'tkazish, lakunalari va cho'ntaklarininig tarkibini patologik aspiratsiya qilish va antiseptik eritma bilan yuvish kabi muolajalarni uyg'unlashtiradi. Davolash kursi -5 seans, kunaro I seansdan o'tkaziladi (4-rasm).

Regionar limfotugunlar soha fizioterapiyasi: lazeroterapiya, magnitoterapiya, FEF. Aromoterapiya (Evkalipt, kedr, choy daraxti, lavanda, greypfrut, efir yog'lari, "Karmolis" kompleks preparati) bilan ingalyasiya qilish yoki chayqash. Og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi. Burun bo'shlig'i va burun atrof bo'shliqlarni sanatsi yaqilish. Mahaliy konservativ davolashning asoratlari-faringit, allergik reaksiyalar, formalin yoki kerosin kabi kanserogen va zararli ta'sir etuvchi moddalar ta'sirida limfoid to'qimaning juda xavfli o'simtaga

aylantirib yuborish mumkinligi (klinik kuzatuvlar) tanglay murtaklarining mikrojarohlari.

Antibiotiklar surunkali tonzillitning zo'riqishida (angina) davolash uchun foydalaniladi. Kasallik qo'zg'atuvchilarning turlari ko'payganligini va shartli-patogen mikroorganizmlarning ko'p aniqlanishi to'g'risidagi ma'lumotlar ko'payishini inobatga olib, tomoq mikroflorasi va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash aktual bo'lib bormoqda. Kasallikni davolashda kerakli antibiotiklar va davolash davrini noto'g'ri belgilashda uning salbiy ta'siri yallig'lanishning markazida kasallik qo'zg'atuvchilarini saqlanib qolishi va rezistent flora shakllanishi va uning natijasida o'tkir jarayon surunkalashishiga olib keladi. Keng ta'sir etish spektriga ega. Yarim sintetik penitsillinlar (amoksitsillin, ampitsillin, amoksiklav, unazin, nafsillin, augmentin), I avlod sefalosporinlari (sefalekssin, sefalotin, sefazolin), makrolidlar (eritromitsin, rovamitsin,), fuzidin odatda kokkok gramijobiy florada tanlash guruhlariga kiradilr.

Kasallik qo'zg'atuvchilarining o'sib borayotgan turg'unligi va uning natijasida kelib chiqadigan "an'anaviy" antibiotiklardan foydalanishning besamarligi, ulaming ko'plaridan yigirma o'ttiz yildan buyon foydalanib kelinmoqda , shifokorlarning LOR infeksiyalarini davolashda empirile terapiya tavsiyalarini qayta ko'rib chiqishga undaydi.



4-rasm."TONZILOR"va“LAZER”apparati.

LOR infeksiyalarni davolashda kasallikning etiologik qo'zg'atuvchilari mo'tadilligidan tashqari, yangi muammo vujudga kelgan: ko-patogenlar, yoki nafas yo'llarining yuqori bo'limlarini me'yorda qoplovchi va o'zlari kasallikni qo'zg'atmay, ammo beta-laktamazalarni faol ishlab chiqaradigan va "an'anaviy" assortimentdagi (penitsillin, fenoksimetil-penitsillin, ampitsillin, amoksitsillin, koo'p sefalosporinlar) antibiotiklarni parchalaydigan mikroorganizmlar.

Ko-patogenlar mavjudligi LOR infeksiyalarini penitsillin va sefalosporidalar bilan davolashning besamarligini yana bir sababidir, va amoksatsillina klavulanat (Panklav) kabi ingibitorlar bilan himoyalangan beta-laktamlar tavsiya qilinishi uchun poydevor hisoblanadi. Klavulan kislotasi va amoksatsillinning asosiy farmokokinetik parametrlari bir biriga o'xshash. Ikkala komponent ham qabul qilingandan keyin yaxshi hazm bo'ladi, uning hazm bo'lish darajasiga ovqatlanishning ta'siri bo'lmaydi.

Plazma konsentratsiyasining cho'qqisi qabul qilingandan so'ng I soat o'tganda tavsiya etiladi. Ikkala komponent organizmning to'qimasi va suyuqliklarida katta hajmda taqsimlanish, tanglay murlaklari, burun pıdatkalari sekreti, so'lak va bronxial sekretga singish, xarakteriga ega.

Hozirda turli lokalizatsiyadagi infeksiyalarni davolashda, jumladan o'rta otit, sinusit, tonsillit, faringit kabi infeksiyalar Panklavdan foydalanish bo'yicha katta tajriba to'plangan. Bu preparat kasallik qo'zg'atuvchini eradikatsiya qilish va organizmda, bolalarda ham, yaxshi qabul qilinishi namoyon qiladi. Kattalar va 12 yoshdan o'tgan bolalarga (yoki vazn og'irligi 40 kgdan ortiq bo'lgan) odatiy dozasi- sutkada 3 mahal bir donadan 250mg/125mg Klavulan kislotaning maksimal sutkik dozasi (kaliy tuzi shaklidagi) kattalar uchun 600mg va bolalar uchun vazn og'irligining 1 Omg/kg Amoksatsillinning maksimal sutkalik dozasi 6g kattalarga va vana og'irligiga nisbatan 45 mg/kg, bolalarga. Davolash kursi 5-14 kundan iborat. Pri N. Influenzae, M. Catarrhalis, N.gonorrhoeae, anaeroblarda penitsillinlar guruhi (tikarsillin, piperatsillin, azlotsillin); sefalosporinlarning 11 va 111 avlodi(sefaklor, sefoksitin, sefamandol, seftriakson); makrolidlar (rovamitsin, azitromitsin) preparatlari ta'siri yaxshi hisoblanadi.

Antibiotiklar bilan davolash jarayoni disbakterioz profilaktikasi bilan birga olib borilishi kerak. Surunkali tonzillitning antibiotikoterapiyaga munosabati, kasallikning zo'rayish davridan tashqari, salbiy, chunki bir tomondan antibiotiklar o'zlari immunosupressiyani kuchaytiradi, boshqa tomondan esa og'iz bo'shlig'i va oshqozonichak trakti florasini parchalaydi va ziyon keltiradi. Yallig'lanishga qarshi terapiya organizmda giperergik reaksiyali o'tkir jarayonda (paratsetamol, tayleno va boshqalar) o'tkaziladi. Immunostimulyar terapiya surunkali tonzillitni davolashda asosiy fonni tashkil etishi kerak.

Zamonaviy immunokorrektorlar: vilkasimon bezlar ekstrakti preparatlari (timalin, timontin, vilozen, tim-uvokal) mikroblardan hosil bo'lgan antigen lipopolisaxaridlar (pirogenal, ribbmunil va boshqalar), imunoregulyator, detoksikatsion, gepotoprotektor, antioksid faorliyatga ega peptidlar —imunofan, Imogen sprej, likoid. Undan tashqari tabiiy immunostimulyator vositalardan foydalaniladi — jen-shen, levzeyya, exinetseyya, romashka, chesnok, propolis, pantokrin.

Gomeopatik va antigomotoksik moddalar orasida angixel, traumel, lim fomiozot, mukoza-kompozitum, euforbium, tonzillotren, umkolor, tonzillo-kompozitum, exinatseyya-kompozitum,ubixinon, EDAS. Bu yerda shuni ta'kidlab o'tish lozimki, antigomotoksik preparatlar ampulalangan shaklga ega bo'lganligi uchun ulurdan parenteral usulda va yana bir muhim jihati regionar limfokollektorlar(xususan retromandibulyar) zonalarida ham foydalanish mumkin. Tonzinal, tonzilgon kabi preparatlar keng foydalaniladi.

Immunokorregial terapiya natijasida bemorda (ayniqsa bolalarda) disbioz bo'lsa probiotiklardan (biovestin, normoflorin B va L va boshqalar)foydalanilmasa yaxshi natijani kutish befoyda. Antioksidantlar.

Umumiy davolashda ularning vazifasi metabolizmni yaxshilash, ferment sistemalari faoliyatini tiklash, erkin radikallar va perekis birikmalarning parchalash xususiyati, immunitetni ko'tarilish. Preparatlar: rutinga ega bo'lgan komplekslar, A, E, S, vitaminlari gruppasi, Zn, Mg, Si, Fe, Ca - mikroelementlari, bioqo'shimchalar, splat-klamin va boshqalar.Samarali

davolashning ko'rsatkichlari: tanglay murtaklarida patologik ajratmalar va yiringning yo'qolishi, giperemiyaning kamayishi va tanglay yarimaylanalari va murtaklarining infiltratsiyasi, regionar limfotugunlarning kichrayishi yoki yo'q bo'lishi. Davolash kurslarini imkon darajasida yiliga 3 marotaba o'tkazish kerak, ayniqsa sezonlar orasida. Ammo agarda surunkali tonzillitning oddiy formasi yoki TAFI bilan og'rikan bemorda davolashning birinchi kursidan so'ng retsiv paydo bo'lib, tanglay murtaklarida yiring to'planib, kazeoz massalar hosil bo'lishi davom etsa, bu bemorni tonzillektomiyaga tayyorlash zarur. Shunday qilib, surunkali tonzillitning konservativ davolanish qaysidir ma'noda surunkali tonzillitning TAFI shakli bilan og'rikan bemorni tonzillektomiyaga tayyorlash etapi deb qabul qilish mumkin, oddiy shaklida esa (davolash ijobiy natija berganda) bemorni bodomsimon bezlarini qoniqarli holatda ushlab turishga o'rgatish kerak. Surunkali tonzillit bilan kasallangan bemorlarni davolashning belgilangan retseptlari mavjud emas, lekin shuni unutmaslik kerakki, bu immunitetni susaytiradigan, har qanday sababga ko'ra (qand diabet, travma, stress, tug'ruq, jarrohlik aralashuvi, turli lokalizatsiyadagi o'simtalar, oshqozon ichak kasalliklari) rivojlanadigan immunosupressiya bilan og'rikan bemorni o'tkir holatga tushib qolishiga olib keladigan ochiq infeksiyasidir. Bunday vaziyat konservativ davolashning samaradorligini baholashda vrachlarni javobgarligini oshiradi va bemor organizmidagi patofiziologik jarayonlarni parchalaydigan jarrohlik davolash uchun ko'rsatkichlarni oshiradi.

Limfotik (limfadenoid) tomoq halqasi va tomoqning limfoid to'qimasi organizm to'qimalari antigenlar oqimidan himoyalashda katta ahamiyatga ega. Kattalarda tanglay murtaklari, asosan mahalliy immunitetni shakllantirishda ishtirok etadigan tuzilishdir, chunki ularda plazmatik IgA (3) hujayralar mavjud. Bolalarda esa bu organlar ikkilamchi funksiyani amalga oshiradi, hujayraviy tuzilishiga qaraganda ularda immunitetning sistem reaksiyalari bilan bir qatorda mahalliy reaksiyalar ham intensiv o'tadi. Bolalarda plazmatik IgG(3) hujayralarning ko'pligi buning isbotidir.

Tonzilyar tabiat kardiovoskulyar jarohatlarining solishtirma vazni ko'payadi. Tonzilyar genezning yurak- qontomir kasalliklari ko'payishining sababi (norevmatik) bir qator kasallik qo'zg'atuvchi mikroorganizmlar bilan bir qatorda makroorganizmlarning o'zgaruvchan reaktivligiga bog'liq. Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarda yurak kasalliklari 28-74% tashkil qiladi. Miokarda metabolik o'zgarishlar yallig'lanishga qaraganda ko'proq uchraydi-kardiomiotsitning metabolik yetishmovchiligi hosil bo'ladi. Miokardning qisqaruvchan qudrati tonzillogen kardiopatiya bilan og'rigan bemorlarda yurakning energodinamik yetishmovchiligi turi bo'yicha o'zgaradi (gipodinamiya sindromi) , uning darajasi birinchi navbatda miokardiopatiyaning klinik ko'rinshlariga bog'liq. Hozirda klassik revmatizm mavjud emas- uning o'rnini o'tkir revmatik bezgak va yurakning surunkali revmatik kasalligi egallagan. Yurak- qon tomir tizimidagi, funksional kardiopatiya deb ataladigan patologik o'zgarishlar surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarda yurak qontomir tizimi faoliyatida jiddiy o'zgarishlarning oldini olib davolash taktikasini ishlab chiqarish uchun aniq omildir.

Davolash usullarining ko'pligiga qaramay, surunkali tonzillitni davolash terapiyasining taktikasi aniq belgilanmagan. Shu kungacha bodomsimon bezlarning organizmga foydali funksiyalari bajaradigan organdan qachon infeksiya markaziga aylanishi yoki boshqa organ va tizimlar kasalligining paydo bo'lishiga imkon yaratishining aniq mezonlar mavjud emas.

Antibiotiklarning katta arsenali bir tarafdin klinitsist imkoniyatlarini kengaytirsa, boshqa tarafdin esa undan faoliyat spektrida farmakokinetika, preparatning mikrobiologik ta'siri, hamda uning isbotlangan samaradorligi va xavfsizligida yaxshi orientatsiya qilishini talab qiladi. Ambulator amaliyotda antibiotiklarni tavsiya qilishda aksariyat xatolar asosan preparatning noto'g'ri tanlanishi bilan bog'liq. Bunda yallig'lanishning asosiy qo'zg'atuvchilarga ta'sir o'tkazish imkoniyatlari asosiy belgi hisoblanadi. O'zbekistonning turli mintaqalarida o'tkazilgan ko'p yillik izlanishlar, shuni ko'rsatadiki, o'tkir va surunkali tonzillitning qo'zgo'atuvchilari spektri nisbatan doimiy bo'lib

qolmoqda. Yallig‘lanishning ko‘proq uchraydigan sabablari Streptococcus (Str) pyogenes. Str/ pneumoniae Staphylococcus aureus. Haemophilus (H.) influenzae, Moraxella cftfrhialis. Str. Viridans. Bu natijalar jahonning mikrobiologik statistikasi ma’lumotlari bilan bir xil.

Antibiotiklarni tavsiya qilishning boshqa muammosi bu populyasiyada kasallik qo‘zg‘atuvchilarning olgan rezistentligi hisobi yuritilmaganligida. N influenzaega nisbatan rezistentlik muammosi quyidagicha: β -laktamaza mahsuloti jahonda Idan 40⁰/0 tashkil qiladi, Rossiyada 10⁰/0 ortmaydi. Amoksotsillin o‘zining klinik samaradorligi bo‘yicha ushbu guruh dori vositalaridan qolishmasa ham, amaliyotda aminohimoyalangan penitsillinlar, II-IV avlod sefalosporinlari, ftorxinolonlarga rezistentlik kuzatilmagan.

Yarimsintetik penitsillinlarning klinik samaradorligi eng avvalo respirator **infeksiyalarga** bo‘lgan munosabatida namoyon bo‘ladi, bu o‘z navbatida ularni surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni davolashda qo‘llash uchun vatanimizdagi va xalqaro tavsiyalarga kiritish uchun asos bo‘lgan. Innovatsion ishlab chiqarishlarda asosiy o‘rnilarini dorilarning organizmda bir tekisda tarqalishini ta‘minlaydigan eritmali shakllari egallaydi, solyutab, ushbu dori vositasi keng zonaga tarqalishi va **organizmada** tez so‘rilishi, ichak mikroflorasiga minimal ta‘sir etishi, qondagi konsentratsiyasi bir tekista o‘sib borishi bilan xarakterlanadi, bu esa kasallik qo‘zg‘atuvchining to‘la eradikatsiya bo‘lish imkonini beradi.

SURUNKALI TONZILLITNI DAVOLASHDA TIMOGEN-SPREYDAN FOYDALANISH.

Mahaliy immunitet hosil bo‘lishiga to‘sqinlik qiladigan tomoq to‘qimalarining bakterial zararlanishi surunkali tonzillitning rivojlanishiga olib keladi. Odatda uzoq vaqt davom etgan noto‘g‘ri antibiotikoterapiya yoki tana haroratini pasaytiradigan preparatlarni qabul qilish natijasida mahaliy immun himoyasi buziladi.

Shundan kelib chiqib surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashda immunomodulyar samaradorligi kuchli bo‘lgan dori vositalaridan foydalanish zarur bo‘ladi. Hozirda immunitetni korreksiya qilish uchun foydalaniladigan dori vositalar- bu mikroblipreparatlar, timometiklar bir qator kamchiliklarga ega: ular qon hosil bo‘lishini yomonlashtiradi, buyraklarning og‘ir kasalliklarida ta’qiqlangan.

Kompleks konservativ davolashda biz "Timogen sprej" nomli immunomodulyar dori vositasidan foydalandik. Ushbu dori vositasi immunomodulyar, detoksikatsion ta’sirga ega va organizmning immun rezistentligini oshiradi. Dori vositasining immunomodulyar ta’siri uning immunitet makrofagal bo‘g‘iniga va antitoo‘qimalar shakllanishiga ta’sir etishi bilan belgilanadi. Timogen sprej makrofaglar migratsiyasini faollashtiradi, ularni patogen mikroorganizmlarga nisbatan hazm qilish qobiliyatini oshiradi.

Bundan tashqari bu dori vositasi antitoo‘qimalar shakllanish reaksiyalarida limfotsitlarni kooperativ bog‘liqligi samaradorligini oshirishga olib keladi, hamda surunkali tonzillitning asosi bo‘lgan uzoq davom etgan infeksiyon jarayonda makrofagal bo‘g‘inlarning rezerv imkoniyatlari susayish holatlarida infeksiyalarga qarshi immunitet yo‘qolishining oldini oladi. Bundan tashqari, Timogen sprej sezilarli letoksikatsion qobiliyatida namoyon bo‘ladigan yuqori darajadagi adsorbsion imkoniyatlarga ega.

Timogen sprej organizmning nospetsifik rezistentligiga va gummoral va hujayraviy immunitet reaksiyalariga boshqariladigan ta’siriga ega. Regeneratsiya jarayonlarini qo‘llaydi. Huyjayra metabolism jarayonlari o‘tishini yaxshilaydi. Limfotsitlardagi differensial retseptorlar ekspressiyasini kuchaytiradi, T-xelperlar, sitotoksik T-limfotsitlar sonini, va ularning turli immun tanqisligi holatlariga ega bo‘lgan bemorlarda nisbatini me’yorlashtiradi. Preparatni intranazal qabul qilinganda sistemali qon yo‘liga tez singib boradi. Alfa-glutamil-triptofan natriy peptidazlar ta’sirida L-glutamin kislotasi va L-triptofanlarga parchalanib, ular organizmning peptid sintez jarayonida ishtirok etadi. Preparatni birinchi bor qabul qilganda va uni qabul qilishni to‘xtatganda

alohida ta'sirga ega emas. Bu preparatni surunkali kasalliklari bor bolalar va kattalar iste'mol qilganda alohida xususiyatlari mavjud emas. Sprey dozalangan bo'lib, 25 mkg/doza plastmassa qopqoq bilan yopilgan va plastik korpusli dozator — nasos, forsunka vah qopqoq bilan ta'minlangan to'q rangli oynali yoki polimer flakonlarda 10ml buladi. Karton pachkada bir dona flakon va qo'llash yo'riqnomasi mavjud. Flakondagi dozalari soni 80 dan kam emas.

Surunkali tonzillit otorinoloringologik amaliyotida oldingi o'rinlardan birini egallab kelmoqda. LOR- patologiyasi orasida surunkali tonzillitning tarqalishi yuqori bo'lib qolmoqda (1-3). Surunkali tonzillit, ba'zan yoshlikda boshlanib bemor hayoti davomida kuzatib boradi, va yoshining har bir davrida o'ziga xos xususiyatlarga ega. Surunkali tonzillitda tanglay murtaklari to'qimalarining himoya-moslashuv mexanizmlarida buzilishlar kuzatiladi, bakterial invaziya yallig'linishni quvvatlab uning tarqalishi, yarali to'qima shakllanishi, surunkali ko'ngil aynishi bilan kuzatiladigan, bodomsimon bezlar o'zini-o'zi tozalash mexanizmining buzilishiga sabab bo'ladi. Surunkali tonzillitni davolash klinik o'tishiga va formalariga mos kelishi kerak. Surunkali tonzillitning oddiy va toksik-allergik 1- shakli bilan og'rikan bemorlarga konservativ terapiya o'tkaziladi, Toksik-allergik 2-shakli bilan og'rikanlarga-tonzilektomiya ko'rsatilgan.

Surunkali dekompensir tonzillit bilan og'rikan bemorlarni konservativ davolashda davolashning an'anaviy usullari ko'pincha qisqa muddatli klinik samara beradi. Bizning fikrimizcha, bu holat, bunday usullarda immun sistemaning buzilishlar korreksiyasini hisobga olinmaganligi bilan bog'liq. Surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlarni davolashda yaxshi natijaga erishish uchun tanglay murtaklariga va organizmning immunoreaktivlik holatiga turli usullarni kombinatsiyasini qo'llash, hamda klinik amaliyotga yangi usullarni kiritish kerak (8-5). Surunkali tonzillit bilan og'rikan bimorlarning bir qismida terapiyaning yaxshi natija bermasligi bir tomondan bodomsimon bezlarning reparativ qobiliyati yo'qolishi va ikkinchi tomondan ikkilamchi immun tanqisligining mavjudligi.

Bu borada surunkali tonzillitni kompleks davolashda immunomodulyar samaraga ega bo'lgan preparatlardan foydalanish aktual ahamiyatga ega. Kompleks konservativ davolashda biz Timogen immunomodulyar preparatdan foydalandik. U immunomodulyar, detoksikatsion ta'sirga ega va organizmning immun rezistentligini oshiradi. Preparatning immunomodulyar ta'siri uning immunitet makrofagal bo'g'iniga ta'sir etishi va antito'qimalar hosil bo'lishini kuchaytirishi bilan belgilanadi. Timogen makrofaglar migratsiyasini faollashtiradi, patogen mikroorganizmlarga nisbatan ularning hazm qilish qobiliyatini kuchaytiradi. Bundan tashqari, ushbu preparat antito'qimalar shakllanish reaksiyalarida limfotsitlarning kooperativ munosbatining samaradorligini oshirishga olib keladi, hamda uzoq davom etgan infeksiyon jarayonda, surunkali tonzillitga xos bo'lgan, makrofagal bo'g'inning rezerv imkoniyatlari susayishida infeksiyalarga qarshi immunitetni buzilishining oldini oladi.

KLINIK MATERIALLARNING UMUMIY TAVSIFI VA TEKSHIRISH USULLARI.

Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarning tekshirish usullari. Kasallikni tashxisi umumiy va mahalliy belgilarga, bemor shikoyatiga, kasallik tarixi, laboratoriya tekshirishlar natijalariga asoslanib qo'yiladi. Ayrim gumon hollarda lakunalar va bez yuzasidan olingan surtmalarni tekshirish, kasallik tashxisini to'liq tasdiqlashga yordam beradi. Olingan surtmalarda patologik mikrorfloralar topiladi, leykotsitlarni fagotsitar faolligi pasaygan bo'ladi va qonda leykotsitlarni ko'p yadroli turlari paydo bo'ladi, limfotsitlar kamayadi.

Surunkali tonzillitning qiyosiy tashxisi ko'p qiyinchilik tug'dirmaydi. Bodomcha bezlarini fiziologik gipertrofiyasini (ayniqsa yosh bolalarda) ko'pincha boshqa soha vrachlar surunkali tonzillit bilan almashtiradi, holbuki hech qachon tanglay bezlari hajmi surunkali tonzillitga tashxis qo'yishda ahamiyat kasb etmaydi.

Ayrim hollarda limfatik tizimni va qon hosil qiluvchi a'zolari tizimli kasalliklarida (leykozlarda) tanglay bezlari giperplaziyasi va tonzillitga xos o'zgarishlari kuzatiladi. Bunday hollarda diqqat bilan umumiy tekshiruv o'tkazish, ayniqsa limfatik a'zolar va qonni tekshirish kasallikni to'liq aniqlashga yordam beradi.

Bodomcha bezni yomon sifatli o'smasida, bez bir tomonining kattalashishi, o'smaning qo'shni a'zolariga o'sib kirishi, bo'yinning limfa tugunlari metastazi hisobiga kattalashishi kuzatiladi. Aniq tashxis o'tkazilgan biopsiya natijasiga asoslanadi.

Ko'pincha surunkali tonzillitni, surunkali faringitni oddiy yoki granulyoz turlarini farqlash kerak. Bu kasalliklarda bemorlarda surunkali tonzillitlardagi kabi shikoyatlar uchraydi. Surunkali faringitni qo'zg'alish davrini, ayrim hollarda kataral angina bilan chalkashtiriladi. Surunkali faringit uchun halqum orqa devori shilliq qavatining limfadenoid to'qimalari (diffuz yoki mahalliy), qizarishi, shish bo'lishi xosdir. Ba'zida yonbosh faringitda, tilcha va tanglay yoylarining shishi kuzatiladi, ammo tanglay bezlarida deyarli o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Agar surunkali faringit va surunkali tonzillit birdaniga kechsa, tashxisda bir oz qiyinchilik tug'ilishi mumkin. Bu holatda, qiyosiy tasxislash uchun faringoskopik ma'lumotlar asos bo'ladi.

Tadqiqotlar otorinoloringologiy bo'limida davolagan destruktiv tonzillit bilan og'rikan bemorning klinik laborator o'rganishlari va kuzatuvlariga asoslangan.

Ambulator davolanishda bo'lgan bemorlarning familiyasi, ismi, sharifi, kelgan joyi manzili, yoshi, shikoyatlari, allergik anamnezi va ilgari olib borilgan terapiya natijalari aks etgan anketa ma'lumotlari yozilgan ambulator kartalari retrospektiv tahlili qilingan. Qon tahlillari natijalari: umumiy va qonning bioxim tahlili, leykotsitar formulasi, hamda immunologik tekshirishlarning tahlil natijalari ham kartalarga kiritilgan.

Diagnozni tasdiqlash maqsadida barcha bemorlarga davolashni boshlashdan oldin quyidagi o‘rganish usullari qo‘llangan. (1-jadval). Bemorlarning umumiy holatini, ichki organlar, LOR organilari va immun tizimi holatlarini o‘rganish uchun barcha bemorlarga O‘zbekiston Respublikasida belgilangan standartlariga mos ravishda bir qator klinik, laborator, funksional-instrumental o‘rganishlar o‘tkazilgan(5-rasm).

1- jadval.

Diagnozni tasdiqlash uchun o‘tkazilgan tadqiqot usullari.

№	Tadqiqot usuli	Bemorlar soni (nafar)
I	Qonning umumiy tahlili	50
2	Qonning biokimyoviy tahlili	50
3	Siydikning umumiy tahlili	50
4	Immunologik o‘rganishlar	50
5	Mezaforinoskopiya	50
6	Elektrokardiografiya	50

Ma’lumotlarning sitologik tadqiqotlari ADTI klinikasining sitologik laboratoriyasida o‘tkazilgan. UTT tekshirishlar funksional diagnostika bo‘limida Inter Scan apparati yordamida o‘tkazilgan.



5-rasm. 11 yoshli bemorni faringoskopiya qilish

Bemorlarni konservativ davolash natijalarini, davolash samaradorligini baholash uchun V.A. Popov tomonidan 1987- yilda ishlab chiqarilgan, keyinchalik biz tomondan qo‘shimchalar qilingan mezonlar shkalasidan foydalanamiz.

- samarasiz- kasallikning klinik ko‘rinishlarida, kuzatuvlar davrida davolanishdan keyin o‘zgarishlar bo‘lmagani aniqlangan va faringoskopik holati ham o‘zgarishsiz qolgan bemorlar.

- qoniqarli natija davolangandan so‘ng bemorda kuzatiladigan ozroq o‘zgarishlar, surunkali tonzillit dekompensatsiya jarayonlarining sezilishi.

- yaxshi natija- tonzillogen intoksikatsiya holatlari, kasallik qaytalanishlar yo‘qolgan bemorlarda surunkali tonzillitning mahalliy belgilari sezilmay qolgan.

- a‘lo natija — uzoq davom etadigan remissiya, surunkali tonzillitning mahalliy va dekompensatsiyasi belgilarining yo‘qolishi.

Immun status va periferik qonning hujayraviy tarkibini baholash usullari

Bemorlarning immunologik tekshiruvlari BDSST (1980,1987) va O‘z.Res. SSV insonning immun statusi va immune tanqisligi epidemiologiyasini baholash muammolari komissiyasining standart testlar asosida o‘tkazilgan. Bemorlarning immun statusini 1- aniqlash uchun davolashdan oldin va keyin statsionar davolanishda bo‘lgan bemorlar qondagi immunoglobulinlar dinamikasini aniqlash bo‘yicha tahlillar o‘tkazilgan (2 - jadval). Qonning tahlillari "Etalon" diagnostik markazida o‘tkazilgan.

Antigenlar Buaven bo‘yicha olingan- kompleks mikroba antigeni (BoivinA, Mesroblanul, 1935), mikroorganizmlarning sutkali kultini trixloruksus kislotasi (TXUK) bilan ekstraksiya qilish yo‘li bilan.

Bemorlarda neytrofillarning fagotsitar faolligi (FAN) odatiy usul mikroblarini singdirilish foizini- fagotsitar sonlar (FCH) va fagotsitlar tugallanishi (PZF) hisoblash yo‘li bilan aniqlanadi. Test mikroblar sifatida p — gemolitik streptokkoalar guruhiga mansub E coli, S aureus va S pyogenes kabi sutkalic kultlardan foydalanilgan. Gemaglyusinatsiya (RGA) va egri gemaglyusinatsiya (RNGA) reaksiyasi Nijnogoroddagi vaksina va zardob ishlab chiqaradigan (RF) Ilmiy izlanish instituti tomonidan yaratilgan eritrotsitar

diagnostik turkumlardan foydalanilgan holda quyon va qo‘yning eritrotsitlardan (RGA) umumqo‘llaniladigan metodika bo‘yicha amalga oshirilgan.

Antito‘qimalarning titrini *S aureus*, (Lot 32/ SA) stafilokokk eritsitar diagnostikumi; *S epidermidis*, (Lot 32/ SE) stafilokokk eritsitar diagnostikumi, *EcoliM-17* (Lot 16/M-17)•, *E.coli 026* (Lot 16/026); *E.coli 055* (Lot 16/055) esherixioz eritrotsitar diagnostikumi kabi eritrotsitar diagnostikumlar yordamida aniqlangan. Antito‘qimalar titrlari $2(\lg 2 + S \lg)$ dan tashkil topgan manfiy log bilan ifodalashgan.

Antito‘qimalarni (yuqori proteinuriya holatida) siydik bilan chiqib ketish ehtimolini hisobga olish uchun (K-koeffitsiyenti) nisbiy ko‘rsatkich deb olingan
K— AT/OB

K- koeffitsiyenti qo‘yuqlashgan qondagi antito‘qimalarni (AT) qondagi umumiy oqsilga (oqsil modda) (OB) nisbatini aks ettiradi.

Bakteriologik tadqiqotlarda kultlar inaktivatsiya qilinishidan oldin barcha o‘rganilgan kolleksion shtammlarni yarimsuyuq agardan jonlantirilgan. Keyingi kultivatsiyalash va identifikatsiyalash umumiy qo‘llaniladigan (Bergy, 1997) va *Manual of Systematic Bacteriology* (1999) metodika bo‘yicha o‘tkazilgan.

Antibakterial preparatlarga sezuvchanligini diskodiffuzion usul bilan o‘tkazildi. Bunda quyidagi antibiotikli disklardan foydalanilgan: oksatsillin, amoksitsillin/klavulanat (amoksiklav), sefazolin, sefuroksim, sefotaksim, seftriakson, sefoperazon, sefepim va sefaleksin.

So‘lak va qon zardobidagi immunoglobulinlar oddiy radial immunodiffuziya usuli bilan Manchini bo‘yicha (1964) aniqlangan.

Periferik qonning hujayraviy tarkibiga baho berish uchun biz qonning kengaytirilgan shakldagi umumiy tahlilidan foydalandik va quyidagi parametrlarning mohiyatini aniqladik (3 -jadval).

2- jadval.

O‘tkazilayotgan immunologik tadqiqotlar

№	Parametrlari	Bemorlar soni (nafar)
1	Limfotsitlar VK (x10 11)	50

2	IgA g/l miqdori	50
3	Ig G g/l miqdori	50
4	Ig M g/l miqdori	50

3 –jadval.

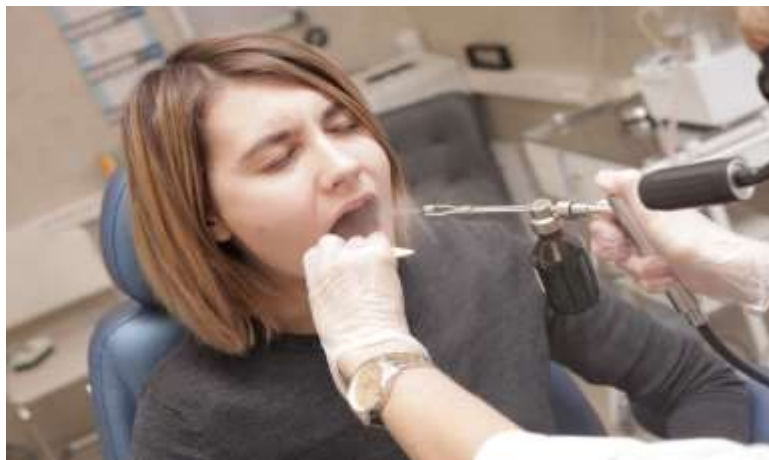
Periferik qon o‘rganishlari

No	Tadqiqot usuli	Bemorlar soni (nafar)
1	Leykotsitlar (x 10 ¹¹)	50
2	Neytrofillar (x 10 ^{1/1})	50
3	Limfotsitlar PK (x 10 ^{1/1})	50
4	Monotsitlar (x 10 ^{1/1})	50
5	Eritrotsitlar (x 10 ^{1/1})	50
6	Gemoglobin (g/l)	50
7	SOE (mm/ch)	50

Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda antibakterial terapiya o‘tkazilganda immune korreksiya tamoyillari.

Barcha bemorlar immunokorreksiya terapiyasining o‘tkazilishiga qarab 2 guruhga ajratilgan:

- 1- guruh- 25 nafar bemordan iborat nazorat guruhi, ularga standart davo + lakunalami yuvish qo‘llanilgan .
- 2 -guruh- 25 nafar bemordan iborat tadqiqotlar guruhi, ulami davolashda standart davo+ lakunalarni yuvish + Timogen sprej yordamida mahalliy immunoterapiya(6-rasm).



6-rasm. Bemorning lakunalar sanatsiyasi.

4-jadval.

Surunkali tonzillitning shakllari bo'yicha bemorlarni taqsimlash.

Shakli	Nazorat guruhi		Tadqiqot guruhi	
	abs	%	Abs	%
Oddiy	12	48	14	56
Toksik-allergik I –daraja	8	32	9	36
Toksik-allergik 2-daraja	5	20	2	8
Jami	25	100	25	100

Og'iz bo'shlig'ini tekshirish — faringoskopiya qilinganda rangi ko'kimtir yoki och pushti shilimshiq suyuqliklar bilan to'lgan, tomoq shilliq pardasining gipertrofiyasi kuzatiladi. Bodomsimon bezlari kattalashadi. Tomirlarni toraytiradigan preparatlar tomizilganda shilliq pardaning ishig'i ketmaydi. Rinoskopiyaning o'tkazilishi boshqa LOR organlarining (sinusitlar, burun to'siqlarining qiyyshayishi, poliplar, o'simtalar) kasalliklari bilan differensial diagnostika qilish uchun kerak bo'ladi. Laringit, faringit, surunkali va o'rta otit, eshitish qobiliyatining susayishi, bosh og'rig'i kabi, qo'shimcha kasalliklarning mavjudligini aniqlash.

Ma'lumotlarni statistik ishlab chiqish usullari.

Bemorlarning ma'lumotlar bazasi "MSACCESS" dasturi bo'yicha tuzilgan. Barcha o'lchovlar, qo'yilgan maqsad va vazifalar nuqtai nazardan qaraganda muhim. Joriy tadqiqotlar statistik yo'li bilan ishlab chiqilgan.

Olingan natijalarning matematik-statistik tahlilini tasvirlash, Statistica 6.0 (Statsoft, Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system), version 6 parametrik va noparametrik statistik dasturning standart paketidan foydalangan holda bajarilgan.

Bog'liq bo'lgan saralashlarning haqqoniyligini tahlil qilish uchun Uilkokson mezonlaridan, erkin saralashlarda esa Manna-Uitni mezonlaridan foydalanilgan. Bunda solishtirilayotgan saralashlarning farqlari haqqoniyligi statistik muhim deb topilgan $t > 2.0$ va $r < 0.05$. Statistik tahlilning usuli S.Glansning tavsiyalariga muvofiq tanlangan.

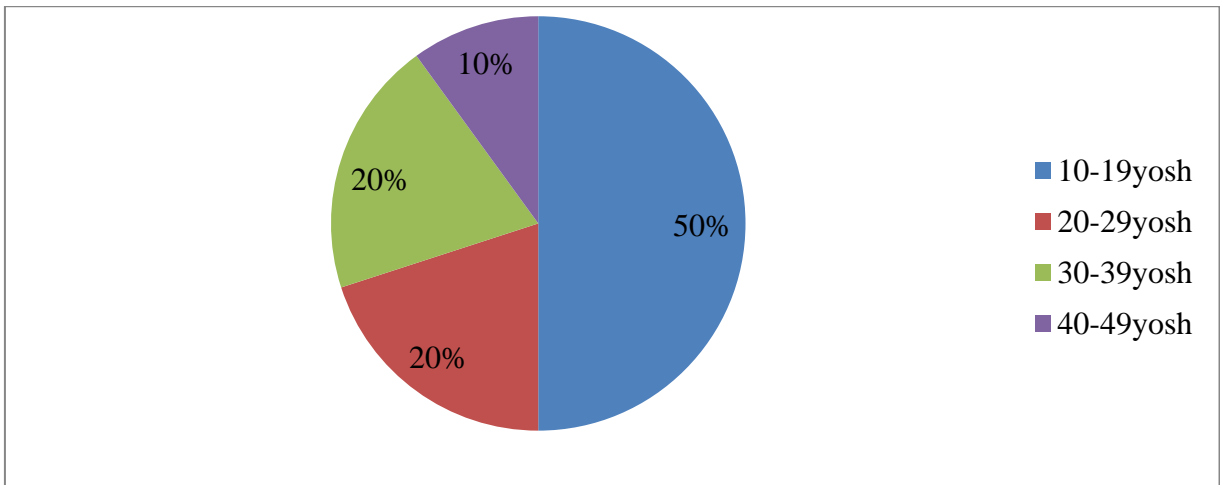
Tadqiqotlar usullari va ma'lumotlari" deb nomlangan surunkali tonzillit bilan og'rigan 50 nafar 10-49 yoshgacha bemorga tavsifi berilgan. Tekshirilganlar orasida 18 nafar erkak, 32 nafar ayollar bo'lgan. Nazorat guruhi 25 nafar bemordan tashkil etilgan, ularga standart davo + lakunalarni yuvish qo'llanilgan. Tadqiqot guruhidagi 25 nafar bemorga standart davo + lakunalarni yuvish+ Timogen sprej bilan mahalliy immunoterapiya qo'llanilgan.

NATIJALARINING TAHLILI

Tonzillitda mahalliy immunitetni gumoral bo'g'inining xususiyatlariga baho berilgan. Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarni konservativ davolashning natijalari keltirilgan. «Hamda kasallikni immunomodulyator bilan foydalanib yoki foydalanmay davolashning samaradorligi solishtirilgan.

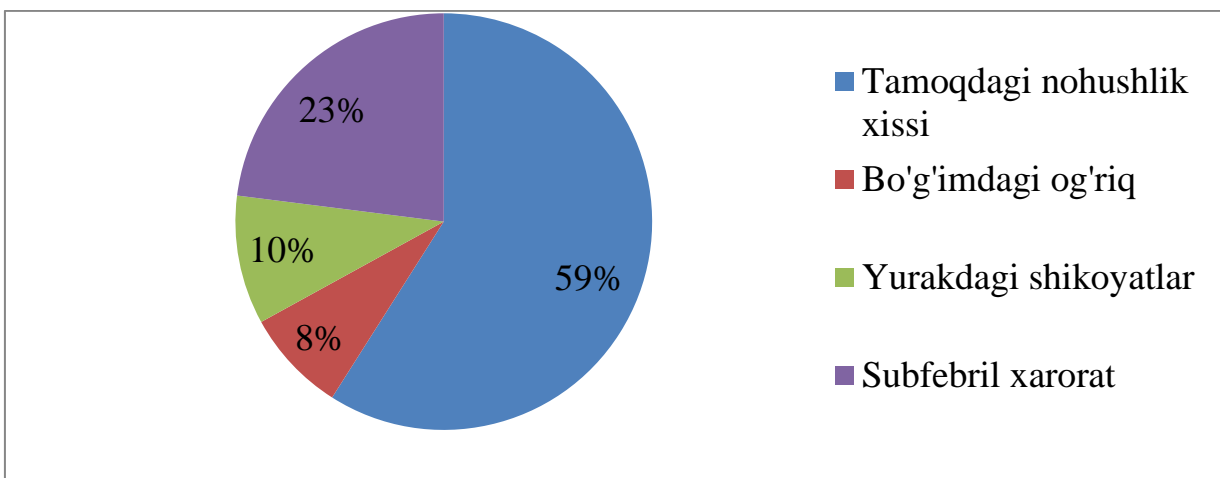
Tekshirilayotgan bemorlarning umumiy xarakteristikasi.

Bemorlarning o'rtacha yoshi 25 yoshni tashkil qildi, aksariyati esa 10-19 yoshgacha bo'lgan bemorlar (50%), 20% 20-29 yoshgacha bo'lgan bemorlar, 20⁰/0-3039 yoshdagi va 10% 40-49 yoshdagi bemorlardan iborat (7-rasm).



7-rasm. Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlar yoshining ko‘rsatkichlari.

Surunkali tonzillitning klinik o‘tishining xususiyatlarini aniqlash uchun, biz klinikamizga konsultatsiya uchun murojaat qilgan surunkali tonzillit bilan og‘rigan 50 nafar bemorning kasallik varaqalarini tahlil qildik. Shunda bemorlarning 1/5 nafari (20.8%) anamnezida angina bo‘lgan, 8 (surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarning 13.2%) nafar bemorda esa angina yiliga 2 marotaba kuzatilgan, yiliga 1-2 marotaba -4 nafar (6.9%) bemorda va I marotaba va undan kam — 2 nafar (3.3%) bemorda kuzatilgan. 3.2- rasmda ularning shikoyatlarining ko‘pligi bo‘yicha ma’lumotlar keltirilgan (8-rasm).



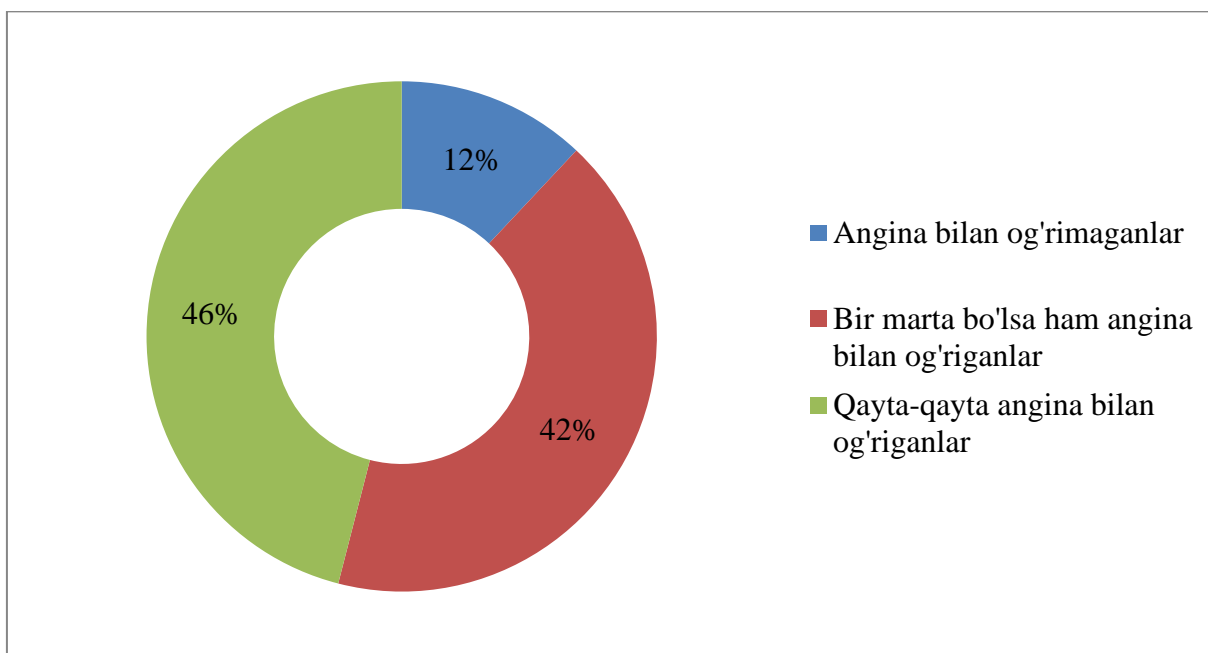
8-rasm. Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlar shikoyatlari.

Ko‘rib turganimizdek, surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda ko‘pincha bo‘g‘inlardagi og‘riqlar, yurak sohasidagi og‘riqlar uchraydi, ammo subfebrilitet, buyak kasalliklari va lakunar probkalar kamroq bezovta qiladi. Bemorlarning 1/2 qismida tomoqdagi doimiy yoqimsiz hisslar kuzatiladi.

Kardiolog va nevropatolog ko'rigida ichki organlar va tuzilmalar tomonidan hech qanday patologiya aniqlamadi, bu degani yurak va bo'g'inlardagi og'riqlarga shikoyatlar funksional o'zgarishlar bilan bog'liq.

Bemorlarning anamnezi tahlili shuni ko'rsatadiki, surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda 12% hech qachon angina bo'lmagan, 46% da bir marotaba angina bo'lgan (yoki yoshligida angina bo'lgan) va 42% bemorlarda anamnezda takroriy angina kuzatilgan, bularning 12% da angina tez tez kuzatilgan-yiliga ikki martadan ortiq (3.3 -rasm).

Bu ma'lumotlar surunkali tonzillit o'tishining klinik ko'rinishi aniqmasligini tasdiqlaydi. Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarning faqat 42% kasallik angina qaytalanishi bilan kuzatiladigan klassik klinik ko'rinishi ega, bemorlarning qolgan 58% da tana haroratining «ko'tarilmasdan tomoq og'riqlari bilan birga, lakunalarda probkalar hosil bo'lishi kuzatilgan. Bemorlarning faqat 14 % surunkali tonzillit oldin angina bo'lgan, yoki kasallik angina bilan birga kechgan (9-rasm).



9-rasm. Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlar anamnezi.

Bemorlarni umumiy klinik, funksional va instrumental usullar bilan tekshirish davomida, bir qator qo' shimcha kasalliklar aniqlangan. (5-jadval)

**Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda kuzatiladigan
qo‘shimcha kasalliklar**

№	Qo‘shimcha kasalliklar	Soni	%
1	Temir tanqisligi anemiyasi (yengil,o‘rta formalari)	16	32
2	Semirish	8	16
3	Surunkali kolit	7	14
4	Surunkali xoletsistit	6	12
5	Surunkali pielonefrit	5	10
6	Gijja invaziyasi	3	6
7	Surunkali gastrit	3	6
8	Surunkali bronxit	2	4

Klinik misol

Bemor D. 21 yosh. Kelgan davrda tana harorati 37.5 darajaga ko‘tarilishiga, yutinganda tomoq og‘rig‘iga shikoyat qilgan. Ushbu kasallikning tarixi (anamnesis morbi). O‘zini 2011 -yilda angina bilan og‘rigandan buyon kasal deb biladi. Kasallik qattiq shamollagandan so‘ng paydo bo‘lgan. Shunda tuman poliklinikasiga tana haroratining 39⁰ chiqishi, yutinganda tomoqdagi og‘riq, bosh og‘rig‘i, umumiy holsizlanish va yo‘tal bo‘layotganidan shikoyat qilgan. Bemorga lakunar angina diagnozi qo‘yilgan. Konservativ terapiya o‘tkazilgan- penitsillin guruhi, antigistamin antibiotiklar, ingalyasiya qilingan. Davolash samara bermagan — tomog‘dagi og‘riqlar qolmayotgani, tana harorati 37,5⁰ ko‘tarilishi bo‘yicha shikoyatlar davom etgan. Tez tez angina bilan og‘rib turgan (yiliga 4-5 marta). Oxirgi marta 2019- 2022-yillar yozida angina bilan og‘rigan. Tuman poliklinikasiga istima 40⁰ ko‘tarilishidan, yo‘tal, bosh og‘rig‘i, yotoqdagi og‘riqlardan shikoyat qilib murojaat qilgan. Bemorga surunkali tonzillit diagnozi qo‘yilgan. ADTI klinikasiga yuborilgan. Bemorning hozirgi holati (status praesens). Umumiy ko‘rik: bemorning umumiy holati qoniqarli. Es xushi joyida. Bemorning faolligi yaxshi. Tana tuzilishi me‘yorida. Teri

qoplamasi va ko‘rinadigan shilliq pardalar och-pushti rangda, patologiq toshmalar aniqlanmagan. Teriosti-yog‘ hujayralari pardasi mo‘tadil rivojlangan, tashqi ishiqlar yo‘q. Palpatsiyada limfatik tugunlar sezilmadi. Nerv tizimi- es xushi joyida, nevrologik xastaliklar kuzatilmadi, meningeal va o‘choq simptomatikasi aniqlanmadi, bemor adekvat holatda, vaqt va atrof oriyentatsiyasi yaxshi. Suyak- mushaklar tizimi — o‘zgarishsiz. Bo‘g‘inlar konfiguratsiyasi o‘zgarmagan, bo‘g‘inlardagi aktiv va passiv harakatlar to‘la saqlanib qolgan va og‘riqsiz. Yurak-tomir sistemasi — yurak tonlari tiniq, ritmli, puls minutiga 76 uradi, mo‘tadil quvvatiga ega. Arterial davleniesi 110/80 mm rt.st. Nafas olish tizimi nafas olish tezligi minutiga 16, nafasi olish chuqurligi o‘rtacha, ritmli, burun orqali nafas oladi, hansirash yo‘q, o‘pkada vezikulyar nafas olish kuzatiladi. Ovqat hazm qilish tizimi. Og‘iz bo‘shlig‘i- tili och pushti rangda, namligi mo‘tadil, so‘rish qatlami o‘rtacha ko‘ringan. Qorinto‘g‘ri shaklda, simmetrik, nafas olish aktida qatnashmoqda, palpatsiyada yumshoq, og‘riqsiz. Jigarining chegaralari o‘zgarmagan. O‘t pufagi palpatsiyada sezilmaydi. Fiziologik chiqindilar normada. Siydik haydash tizimi- siydik chiqishi erkin, og‘riqsiz, dizurik buzilishlar kuzatilmaydi, urish simptomi ikkala tarafda manfiy. Endokrin tizim tana massasi normada, mushaklarda quvvatsizhk kuzatilmaydi, qalqonsimon bezlar palpatsiya qilinmaydi,

LOR statusi:

Burun va burun oldi bo‘shliqlar. Palpatsiya va ko‘rik- tashqi burun, yuqori jag‘ va tanglay devorlarining proyeksiyasi doirasi bo‘shliq o‘zgarmagan. Manglay pazuxalarining oldi va quyi devorlari palpatsiyasi, uchlamchi nervning I-II tarmoqlari, yuqori jag‘ pazuxasining oldi devorlari og‘riqsiz. Burundan nafas olish erkin, sezish darajasi saqlangan. Oldi rinoskopiya ma’lumotlari- burun oldi bo‘sh, burun to‘siqlari o‘rtada, burun shilliq pardasi och pushti rangda, nam holatda, o‘rta va quyi burun rakovinalari o‘zgarishsiz, burun yo‘llari bo‘sh, ajralishlar yo‘q. Rotoglotka- og‘iz ochilishi erkin, lablar, tanglay, lunjning ichki yuzasi, qattiq va yumshoq tanglayning shilliq pardasi pushti rangda gemorragiya va kamchiliklar yo‘q, tili pushti rangda, namligi mo‘tadil.

Tanglay yoylari ripermirlangan, infiltrlangan, shishgan, murfaklar bilan birlashgan, tanglay murfaklari I darajaga ega, lakunalar kengaymagan, lakunalarda patologik ajralishlar yo‘q. Murfaklarning yuzasi silliq, giperemirlangan, namlangan. Halqum refleksi saqlanib qolgan. Burun halqumi orqa rinoskopiya ma’lumotlari- burun halqumi bo‘sh, uning shilliq pardasi pushti, namli, xoanalari bo‘sh. Eshitish trubalarining yo‘llari yaxshi differensiyalangan, bo‘sh. Ajratmalar yo‘q. Hiqildoq halqumi til murfaklari kattalashmagan, falekulalar bo‘sh, orqa va yon devorlarining shilliq pardasi pushti rangda, namli, fonatsiyada noksimon sinuslar ochiladi, bo‘sh, noksimon sinuslarning shilliq pardasi pushti rangda, namli. Hiqildoq. Bo‘yin ko‘rigi- hiqqildoq to‘g‘ri shaklda, passiv harakatda, kemirchak g‘archillash simptomi aniq. Egri loringoskopiya ma’lumotlari- hiqildoq usti, cherpal ko‘rinishdagi kemirchak doirasi, cherpalaro maydon va vestibulyar taxlamlar shilliq pardasi pushti rangda, namli, yuzasi silliq, hiqildoq usti bargsimon ochilgan, ovoz taxlamlari perlamutr - kulrang, fonatsiyada simmetrik harakatlanishda, to‘la yopiladi, nafas o‘lganda va fonatsiyada ovoz tuynigi kengaygan, taxlamtagi zonasi bo‘sh. Ovozi jarangdor, nafas olishi erkin (10-rasm).



10 –rasm. Bemor D. 21 yoshda. To‘g‘ri faringoskopiya ko‘rinishi.

Laborator tekshiruvlar. Qonning umumiy tahlili. Gemoglobin 128 g/l., Eritrotsitlar 4.8 mln/l. Leykotsitlar I I .4 ming/l. Tayoqchayadroli 1%, Segmentyadrolilar 53%, Eozinofillar 1%, Bazofillar 0%, Limfotsitlar 45%,

Monotsitlar 2%, SOE 10 mm/ch. Qonning biokimyoviy tahlili. Umumiy oqsil 67 g/l, Bilirubin 10.8, Xolesterin 6.59, Glyukoza 5,4 mmol/l. Siydikning umumiy tahlili: Rangi- och sariq, tiniq, Nisbiy zichligi 1015, Reaksiyasi ishqorli, oqsil-yo‘q, Glyukoza yo‘q, EKGritm sinusli, CHSS minutiga 76. EOS normada, Og‘iz surtmasi- A guruhiga mansub gemolitik streptokokning oddiy shakli aniqlandi. Bemorga quydagi davolash muolajalari qilingan. 1) Rejim-umumiy. 2) Diyeta- bezovta qiluvchi taomlarni (sovuq, issiq, tuzli) iste‘mol qilmaslik. 3) Furatsillin bilan murtaklar lakunalarini yuvish (10-15 mart a kunora). Rp: Furacilini 0.02% 200 ml. D.S. yuvish uchun. 4)

Antigistamin- suprastin Rp: Suprastini 0.025 Ng20 D.S. Kuniga 1 dona 2 mahal. 5) Immunomodulyatorlar- Timogen sprej Rp: Timogen sprej D.t.d. Nel infl.S. Mahaliy foydalanish. 7) Halqumni antiseptiklar bilan chayqash-xlorgeksidin (10-15 chayqash). 8) Fizioterapiya- murtaklar UFOsi, limfotugunlar zonasiga UVCH. O‘tkazilgan murakkab konservativ davolashdan so‘ng bemorning holati yaxshilandi, shikoyatlari kamayib qoniqarli holatda kasalxonadan chiqib ketdi.

Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlar immunologik statusini baholash natijalari

Tekshirilgan bemorlarda immunitetning gumoral bo‘g‘inidagi buzilishlar limfotsitlarning (CDI9+ hujayra) $0.25 \pm 0.02 \times 10^9/1$ nazoratga nisbatan $0.35 \pm 0.03 \times 10^9/1$ (R<O.OI) va immunoglobulin asosiy sinflari konsentratsiyasining pasayishi bilan tavsiflanadi.

Bemorlarda barcha tekshirilgan immunoglobulinlar sinflarining ko‘rsatkichlari, sog‘lom odamlarning parametrlariga nisbatan kamaygan. Shunday qilib IgG konsentratsiyasi 12.67 ± 0.37 g/l (nazorat 15.23 ± 0.86 g/l), IgA 1.89 ± 0.1 g/l (nazorat 2.58 ± 0.19 g/l), IgM darajasi esa 1.37 ± 0.07 g/l (nazorat 1.89 ± 0.13 g/l) -(R<0.01)gacha pasaygan. Spetsifik va nospetsifik omillarning son jihatdan yetishmovchiligi shuni tasqidlaydiki, surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda ikkilamchi immunodefitsit rivojlanadi.

Hujayraviy immunitet tomonidan T-limfotsitlar tanqisligi o'sishi kuzatilgan. CD3+ hujayralari surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda nazorat guruhidagi $0.91 \pm 0.07 \times 10^9/l$ ga nisbatan $0.44 \pm 0.04 \times 10^9/l$ tashkil qilgan, bu kursatkich ($R < 0.001$) dan ancha past.

V-limfotsitlar darajasi ham sog'lom odamlar ko'rsatkichiga nisbatan ($R < 0.05$) past bo'lgan, ammo o'tkir tonzillit bilan og'riqan bemorlarnig ko'rsatkichlariga nisbatan deyarli kamayishlar kuzatilmagan.

IgG konsentratsiyasi $14.76 \pm 0.46 g/l$ ga kamaygan, bu statistik ko'rsatkich nazorat guruhining boshlang'ich ko'rsatkichlariga nisbatan deyarli o'zgarmagan. IgA konsentratsiyasida ($2.40 \pm 0.18 g/l$) va IgM ($1.68 \pm 0.13 g/l$) nazorat guruhi ko'rsatkichlariga qaraganda $2.58 \pm 0.19 g/l$ $1.89 \pm 0.13 g/l$ ($R > 0.05$) noaniq o'zgarishlar belgilangan. Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda immunoglobulinlar ko'rsatkichlari meyor chegarasidan chiqmagan. Solishtirma o'rganishlar shuni ko'rsatadiki, ushbu ko'rsatkichlar bemorlarnikiga qaraganda ko'proq bo'lishi aniqlangan. ($R < 0.05$).

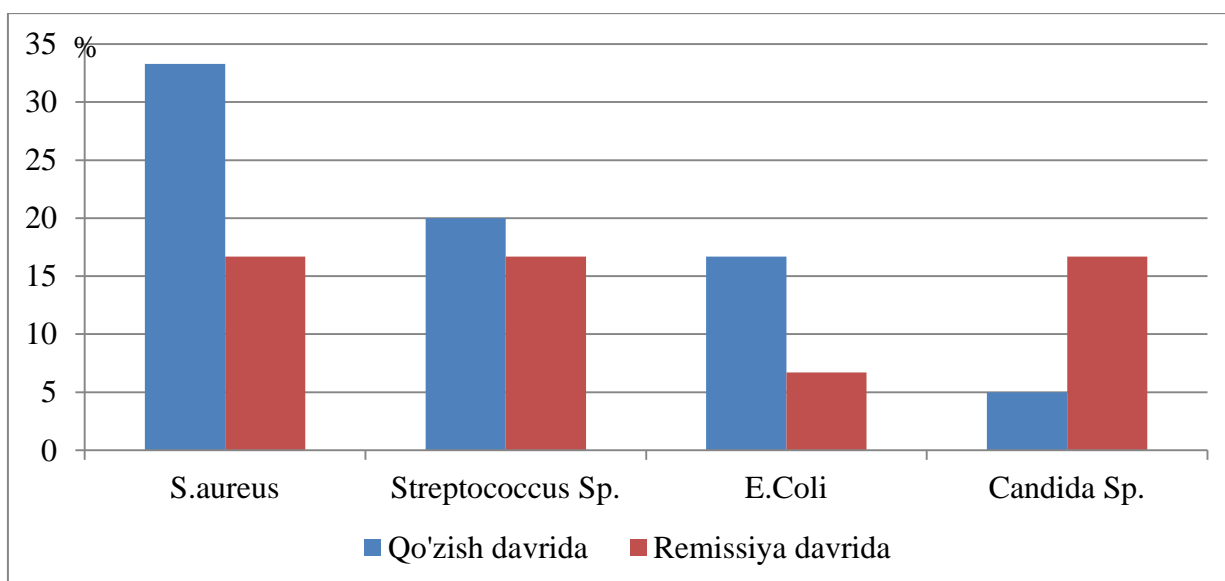
Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda va nazorat guruhi og'iz bo'shlig'ining mahaliy gumoral immuniteti ko'rsatkichlariga baho berilganda (slgA, IgA, IgM va IgG ogo'iz suyuqligi) ham aniq farqlar aniqlangan ($R < 0.05$). Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarning qonidagi immunoglobulinlar ko'rsatkichidan farqliroq, mahalliy immunitet faktorlari, aksincha pasayish tendensiyasiga ega bo'lgan ($R < 0.05$). Bu bemorlarda mahaliy darajadagi immunoglobulinlari disbalansi kuzatiladi.

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda sog'lom odamlar parametrlariga nisbatan slgAning $5.13 \pm 0.41 g/l$, $4.53 \pm 0.44 g/l$ ga nisbatan ($R < 0.05$) birozgina ko'tarilishi va IgAning 1.08 ± 0.13 , $0.72 \pm 0.07 g/l$ ga nisbatan ($R < 0.05$) shubhasiz ko'payishi kuzatiladi. Bu holat gumoral immunitetning mahalliy darajada faollashishini tasqidlaydi, bu esa organizmda yallig'lanish jarayoni rivojlanishining belgisidir.

Shu bilan bir qatorda soʻlakda IgM (0.02 ± 0.003 g/l), nazorat guruhidagi (0.04 ± 0.003 g/l)ga nisbatan ($R < 0.05$) va IgG 0.15 ± 0.04 gli), nazorat guruhidagi (0.35 ± 0.006 g/l)ga nisbatan ($R < 0.05$).

IgM va IgG pasayishi katta ahamiyatga ega, chunki ular asosiy komponent hisoblanadi- organizmga antigen tushganda immun sistemasining faollashgan antitoʻqimalari hisoblanadi, ular organizmni bakterial infeksiyadan himoyalash vazifasini bajaradi.

Maʼlum boʻlishicha, bakterial sensibilizatsiyaga ega surunkali tonzillit bilan ogʻrigan bemorlarda, bakterial sensibilizatsiyaga ega boʻlmagan bemorlarga qaraganda, fagotsitar reaksiyasi va uning soʻrilish qobiliyati, azoblangan va tugallanmagan xarakterga ega, bu holat organizmning zamburugʻli sensibilizatsiyasiga ham taalluqli. Ammo bakterial va zamburugʻli sensibilizatsiyalarning uygʻunlashishi haqida maʼlumotlarga yoʻq. Shuni inobatga olib, bakterial-zamburugʻli sensibilizatsiya ham, antigenni organizmdan eliminatsiya boʻlishi evolyusion mustahkamlangan mexanizmlari ishlaymay qolganda, antiinfeksion himoyaning buzilishining koʻrsatkichi sifatida oʻrganilgan (11-rasm).



11-rasm. Surunkali tonzillit bilan ogʻrigan bemorlar organizmida bakterial-zamburugʻli sensibilizatsiya dinamikasining solishtirma koʻrsatkichlar

Surunkali tonzilitning zo‘riqishida kattalarda tekshirilgan bemorlarning 1/3da S.aureus antigeniga, Streptococcus sp ga bemorlarning 1/5da, E.coli ga 1/6, Candida sp ga bemorlarning 1/20 bakterial —zamburug‘li sensibilizatsiya belgilangan. Surunkali tonzillitning remissiya bosqichida bu sensibilizatsiya tekshirilgan bemorlarning 1/6, 1/6, 1/15, 1/6, mutanosib ravishda aniqlangan.

11- rasmdan ko‘rinib turibdiki, surunkali tonzillitning remissiya davrida grammmusbat va grammanfiy mikroorganizmlarga va Candida sp sensibilizatsiya bir kuchsizlanishi bir xil kechmaydi, bir biridan ham musbat ham manfiy tarafga farq qiladi.

Shunday qilib, sensibilizatsiya kuchsizlanishi S.aureusda 2.0 barobar ($R < 0.001$), Streptococcus spda 1.2 barobar ($R < 0.05$), E-coli da 2.5 barobar ($R < 0.001$), zamburug‘li antigenlarga (Candida sp) esa sensibilizatsiya aksincha 3.3 barobar ($R < 0.001$) ko‘tarilgan. Olingan natijalar katta yoshdagi bemorlar organizm sensibilizatsiyasining grammmusbat va grammanfiy mikroorganizmlari va mikroskopik zamburug‘lar turli darajasini ko‘rsatadi.

Surunkali tonzillit bilan og‘rigan 7-14 yoshgacha bo‘lgan bemor bolalar organizmining grammmusbat va grammanfiy mikroorganizmlarini antigenlarga sensibilizatsiyasining solishtirma ko‘rsatkichlari o‘rganilganda biroz boshqacha natijada kuzatildi.

Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda kokk mikroflorasiga nisbatan antito‘qimalar titri, patologik jarayonning uzoqligiga muvofiq shuni ko‘rsatadiki, antito‘qimalarning baland titrlari (1:128-1:256) patologik jarayon (surunkali tonzillit) rivojlanishdan 6 oy va I yildan keyin ham saqlanib qoladi, bu titrlar aniqlanishining miqdori kasallik zo‘riqish davri va remissiyasidan oldin pasayadi.

Baland titrlarni aniqlash bo‘yicha patologik jarayonning davom etishiga qarab ko‘rsatkichlarni solishtirilganda o‘ziga xos belgilari aniqlanmagan. ($R > 0.05$). Bu ko‘rsatkich kasallikning davom etish davriga qarab, patologik jarayonni davomiyligini belgilaydi. Surunkali tonzillitda jarayonning davom

etish davridan qat'iy nazar doimiy antigen stimul kuzatiladi, bu bemorning immun sistemasida doimiy kuchlanish borligini ko'rsatadi .

6-jadval.

Surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlarning yoshi bo'yicha antito'qimalar titrining kokk mikroflorasi antigenlariga nisbati ko'rsatkichlari

Bemorning yoshi (yosh)	Antito'qimalar titrlari			
	Otr	Past	O'rtacha	Baland
Bolalar, 7-14	31.3±11.5	43.7±9.1		
O'smirlar, 15-19	28.6±12.0	35.8±8.2		28.5±17.0
Kattalar, 20-29	18.5±8.3	40.7±6.6		31.8±9.9
Kattalar, 30-39	20.0±8.9	25.0±6.8		55.0±11.1*
Kattalar, 40-45	28.6±17.0	28.6±17.0	28.6±13.2	14.2±3.2

Izoh: otr — aniqlanmadi, past-1 o'rtacha- 1:16-1:64, baland- 1:128- 1:256;

*- titrlar kattaligi bo'yicha farqlarning aniqligi.

1 va 2 -guruh bemorlaridan olingan natijalar tahlil qilinganda ma'lum bo'ldiki, mikroblarga qarshi antito'qimalar o'rtacha darajasi kabi individual ko'rsatkichlari ham kasallik davomiyligi I oydan kam bo'lgan bemorlarda balandroq bo'lgan (66.7±3.6% Staphylococcus va 33.3±2.6% Streptococcus) o'tkir tonzillitning umumiy guruhiga nisbatan (53.7±3.1%) Staphylococcus va 25.9± 2.4% Streptococcus) - R<0.05 (6- jadval).

Asosiy guruhlar ko'rsatkichlari (mutanosib ravishda 53.7±3.1% 1 - guruhda, 66.7±3.6% 2- guruhda, 14.7±2.7% 3- gurugda) nazorat gurugi parametrlaridan gaqiqatda ham yuqori bo'lgan (8.6±2.0%) (R<0.05). Bu ko'rsatkich immunitet atito'qimalarining antigenlarga qarshi sintezi uchun javobgar gumoral bo'g'inining faolligi oshishidan dalolaat beradi.

Antito'qimalari titrlari KAG« Streptococcus ga nisbatan baland bo'lgan bemorlarning ko'rsatkichlari foizlarini o'rganilganda boshqa natijalarga erishilgan. Titrlarning shak shubhasiz pasayishi 4- guruhga (nazorat) nisbatan tekshirilgan, 1- guruhda (R<0.001) va 2- guruhda (R<0.001) kuzatilgan, 3 -

guruh ko'rsatkichlari esa sog'lom odamlar ko'rsatkichlaridan farq qilmagan. ($R < 0.05$).

7-jadval

Bemorlarda antito'qimalar baland titrlari kokk mikroflorasining kompleks antigeniga nisbatan ko'rsatkichlari

Antigenlar	1- guruh	2 -guruh	3- guruh	4 -guruh
Staphylococcus sp	53.7±3.			8.6±2.0
Streptococcus sp	25.9±2.4* **		1 1.8±2.2	8.6±2.0
Jami	79.6±3.9* **	100.0*		17.2±2.5

Izoh. * Sog'lom odamlarga nisbatan ko'rsatkichlarning haqqoniyligi (4-guruh); ** O'tkir tonzillit va surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlar ko'rsatkichlarining haqqoniyligi.

Agar baland titrlar ko'rsatkichlarini Staphylococcus sp va Streptococcus sp ga nisbatan solishtirilganda, Streptococcus sp antito'qimalar aniqlanish foizi 2.1 barobarga pasaygan, 1- guruh bemorlarda ($R < 0.001$) 2.0 barobarga, 2 -guruh bemorlarida ($R < 0.001$) va 1.3 barobar, 3- guruh bemorlarida Staphylococcus sp ko'rsatkichlariga nisbatan, sog'lom odamlarda 4 -guruh bu ko'rsatkichlar orasida farqlar aniqlanmagan ($R > 0.05$) (7-jadval).

Surunkali tonzillit bilan og'rikan va sog'lom odamlarning qon zardobidagi baland titrlar aniqlanishining foizi kasallik qo'zg'atuvchisiga bog'liq, hamda asosan ularning patogenlik darajasiga bog'liq. Bu ko'rsatkichlar tekshirilgan bemorlarda patologik jarayon intensiv o'tishi va immun sistemasining kuchayish darajasini ko'rsatadi.

Nisbiy ko'rsatkich (K-koeffitsient) dan foydalanishning imkoniyati o'tkazilgan tekshirishlardan olingan, qon zardohidagi mikroblarga qarshi antito'qimalar va umumiy oqsillar darajasi orasidagi to'g'ri, kuchli aloqani ($p = 0.7$) va mikroblarga qarshi antito'qimalar va proteinuriya orasidagi teskari va o'rtacha aloqalarni ($-p = 0.6$) aniqlanganligini, aks etgan natijalarni korrelyasion tahlilni asoslashga yordam beradi.

Mikroblarga qarshi antitotiqimalarning absolyut va nisbiy ko'rsatkichlarining kattayishi darajasi va bemorlarda kasallik jarayonining faolligi orasidagi bog'liqlikni aniqlangan. Bu bog'liqlik ayniqsa, mikroblarga qarshi antitotiqimalar mavjudligi va antitotiqimalarning baland titrlari tezligining nisbiy ko'rsatkichlarini baholanishida yaqqol ko'rinadi.

Shunday qilib, surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda antitotiqimalarning nisbiy darajasi remissiya bosqichida $8.51 \pm 0.42\%$ ga teng, surunkali jarayon zo'riqishi kuzatilgan bemorlarda $11.42 \pm 0.40\%$ ($R < 0.001$).

Absolyut individual ko'rsatkichlari jarayonning faolligiga bog'liq ravishda antitotiqimalar bo'yicha taqsimlanishi, shuni ko'rsatadiki, ushbu davrda antitotiqimalarning baland titrlar chastotasi 33.6% va remissiya davri 6.7% tashkil etadi. Antitotiqimalar darajasining AGpsx ga nisbatan o'rganilgan mikroorganizmlarda yuqoridagi ko'rsatkichlarga o'xshash natijalar aniqlandi.

Kasallikning zo'riqish davrida antitotiqimalarning AGpsx ga nisbatan baland titrlari (0.8 bir. ko'proq) tashkil qilgan, guruh bo'yicha 17.1% , remissiya davrida 10% kamaygan.

Etiologik agent masalan A (*S.pyogenes*) guruh streptokokklari yoki P-gemolitik streptokokklar bilan birinchi kontakdan keyin, ko'rilayotgan bemorning tanglay murtaklaridagi o'zgarishlar saqlanib turishi, va ular infeksiya agent bilan yangi kontakda yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga yaxshi sharoit yaratib berishi to'g'risidagi ma'lumotlar yuqorida aytilganlarni teoretik asoslab beradi. Bunday sharoitda surunkali tonzillitni zo'riqishining asosiy mexanizmi, antigenlarga ta'sir qilishining kesishish mexanizmi hisoblanadi.

β -gemolitik streptokokklarning tonzillit kasalligida patogenez va jarayonlari surunkalashishidagi asosiy o'ringa egaligini hisobga olgan holda, turli yoshdagi surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda streptokokklarga qarshi antitotiqimalarni aniqlanish darajasini o'rganilgan.

Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarning qonida streptokokklarga qarshi antitotiqimalarning aniqlanishi chastotasi kasallikning birinchi kunlariga $63.6 \pm 3.0\%$ tashkil qilgan, $38.6 \pm 2.7\%$ holatlar kasallik belgilari susaygan

davriga to'g'ri keladi. Meyorga nisbatan streptokok antito'qimalarining titrlari yuqoriligi tekshirilgan bemorlarning 2/3 aniqlangan.

Bemorlar, ayniqsa, bolalarda qonining zardobida antito'qimalarning yuqori miqdori aniqlanishi, o'tkir tonzillitning surunkali formasiga aylanishining immunologik kriteriyalaridan biri deb hisoblanadi.

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, kasallikning remissiya davrida antito'qimalarning aniqlanishi kattalarda I .65 barobar kamaysa, bolalarda bu ko'rsatkich 3.1 ga teng. Bu degani remissiya davri bolalarda kattalarga qaraganda tezroq rivojlanadi. ($R < 0.05$).

Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarni konservativ davolash natijalari.

Surunkali tonzillitning angina bilan ifodalangan zo'rayishida, spreylar mahaliy qo'llaniladigan immunomodulyator preparatidan foydalanilish kasallikning yengilroq o'tishiga imkon yaratgan.« Shunday qilib, bizning kuzatuvlarimiz shuni ko'rsatadiki o'rganilgan guruhdagi 7 nafar bemorda yil davomida anginaning o'rtacha og'irlikda o'tishi kuzatilgan, bir nafarida yengil formasi bir nafar bemorda esa og'ir shakli aniqlangan. Febril bezgak va tomoqdagi kattiq og'riq simptomlari bilan o'tadigan o'tkir davri bu bemorlarda 5.7 ± 1.6 kunni tashkil qilgan. Bunday bemorlarga kamida 10 kun antibakterial terapiya muolajalari o'tkazilgan. Aksariyat bemorlarda postangin davrda kamida 2 hafta tonzillogen intoksikatsiya holatlari kuzatilgan. Asosiy guruh bemorlarida angina retsivalari yengilroq shaklida, subfebril istima va tomoqdagi yengil og'riqlar bilan o'tishi kuzatilgan, ularda ushbu simptomatika 2.8 ± 1.3 kun bo'lgan. Timogen sprej mahaliy immunomodulyar preparatidan foydalanish mobaynida antibakterial terapiya muolajalari o'tkazilishini istisno qilmagan, ammo bu preparatdan foydalanilganda antibiotiklardan foydalanish 5-7 kungacha chegaralash imkoni bo'lgan. Tonzillogen intoksikatsiya holatlari postangin davirda biz ushbu guruhning faqat 2 nafar bemorida kuzatdik. Keyinchalik ushbu bemorlarga ikki tomonlama tonzillektomiya muolajasi

o'tkazilgan. Asosiy guruh bemorlarida mehnatga layoqatsizlik kunlari kamroq bo'lgan (7 ± 1 kun), nazorat guruhidagir bemorlarda (12 ± 4 kun). Shunday qilib ushbu preparatdan foydalanish nafaqat yaxshi klinik samara beradi, balqi iqtisodiy tomondan ham avzal hisoblanadi. Surunkali dekompression tonzillit bilan og'rigan bemorlarda kompleks terapiya muolajalari olib borilganda sprej immunomodulyator preparatidan foydalanilganda immunomodulyar samaradorligi kuzatilgan. Immunologik statusning turli bo'g'inlarida boshlang'ich yuqori natijalarning meyorlashishi va boshlang'ich past natijalarning ko'tarilishi kuzatilgan. CD4+ hujayralarining nisbiy ko'rsatkichi

Kompleks terapiya muolajalari o'tkazilgandan 1 soat o'tgandan keyin normalashgan 43.2 ± 2.1 (N=39-50) ($r=0.05$). Uzoq davom etgan davrda (1 yildan so'ng), Surunkali dekompensirlangan tonzillit bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda Timogen sprej preparatidan foydalanish natijasida erishilgan immunomodulyar samara barcha boshqa ko'rsatkichlarga nisbatan saqlanib qolgan, ammo limfotsitlar, yuzasida IL-2 retseptorlari bo'lgan CD16+ xujayralarning nisbiy va absolyut, hamda CD25 hujayralari miqdori ko'paytirilgan ko'rsatkichlari esa meyorlashgan. Shu bilan birga biz SIK lar soni, fagotsitar sonning ko'payishini, IgA va IgG va V-limfotsitlarning nisbiy kamayishini belgilab o'tdik. (8-jadval). Shuni takidlash kerak, aksariyat immunologik ko'rsatkichlarining meyorlashishi, natijasida bemorlarning holati yaxshilanishi va bu kompleks konservativ davolashdan aniq klinik samara bo'lgan. Davolash jarayonlari o'tgandan keyin immun statusining aksariyat ko'rsatkichlari yaxshilanishi kuzatiladi.

Surunkali dekompensirlangan tonzillit bilan og'rigan bemorlarni kompleks konservativ davolashda mahalliy immunomodulyator Timogen sprejdan foydalanish va lakunalami antiseptik moddalar bilan yuvish yaxshi, mustahkam klinik samara beradi: davolashdan 6 oydan so'ng 72% kuzatiladi va 1 yildan so'ng 68% bemorlarda saqlanib qoladi. Mahalliy immunomodulyator Timogen sprejdan foydalanish mehnatga layoqatsizlik davrini 12 dan 7+1 kunga kamayishiga, antibiotik terapiya kursining davomiyligini 10 kundan 5-7

kunga qisqartirishga olib keladi, bu esa iqtisodiy nuqtai nazardan juda ham qulay va kamharajatdir.

8-jadval.

Surunkali tonzillitning dekompensir shakli bilan og‘rigan bemorlarni davolashdan oldingi va keyingi (M+m) immunologik tekshirish natijalari

Immunologik statusning subpopulyasiyalari.	Meyor	Davolashdan oldin	Davolashdan so‘ng	
			Nazorat guruhi	Asosiy guruh
Leykotsitlar soni	40009000	7103±901	6411±476	6500±1152
Tayoqchali yadrosimon neytrofillar soni	1-6	4,40	7,5±1,59	8,12±1,08
Limfotsitlar soni	25-40	33.6±4.17	37.2±2.97	33.1±5.87
T-Iimfotsitlar soni (SDZ+)	60-75	68.0±3.46	62.2±2.26	67.2±2.95
T-xelperlar soni (SD4+)	39-50	39.6±4.78	37.8±3.21	45.5±3.19
T-supressorlar/ effektorlar soni (SD8)	19-35	19.6±2.42	21.6±2.5	24.7±1.36
Immunoregulyator indeksi	1.8-2.0	1.97±0.19	1.8±0.25	1.87±0.18
İL-2 ko‘rsatkichlari	1-5	3.0&1.03	3.08+0,40	2.51+0.83
HLA-DR ko‘rsatkichlari	8-15	9,0+1.18	13.4+1.78	10.1+1.36
V-limfotsitlar soni	8-12	6.7+1.06		8.3+0.94
IgG		13.5+0.89	10.9+0.77	12.6+1.21
IgA	2.1-2.9	1.79+0.2	2.0+0.24	2.4+0.27
IgM	1.3-1.7			İ.77+0.07

NK hujayralar	10-17	15.6±2.86	14.8±2.67	15.9±3.56
SIK	500gacha	425+67.5	372.7+43.4	320+62
Fagotsitar indeks	70-80	50.1+3.72	51+4.40	66.1+1.99

Muammoning dolzarbligi. Tonzillit muammosi zamonaviy klinik va nazariy tibbiyotda aktual muammolardan biri hisoblanadi. Hozirda bu mavzu otorinologiya doirasidan tashqariga chiqib immunolog va mikrobiologlar uchun ham katta ahamiyatga ega bo‘lib qoldi.

O‘tkir va surunkali tonzillit organizm rezistentligining nospetsifik omillariga azob beruvchi, immunitetning gumoral va hujayra bo‘g‘inlarining va mahalliy himoya omillarining buzilishiga olib keladigan patologiyadir, organizmda bir qator infeksiyon-allergik zarurayishlar bilan hujum qiladi.

Kasallikning klinikasi, diagnostikasining instrumental-laborator usullari, davolash, profilaktikasi va turli yoshlardagi bemorlarda o‘tkir va surunkali tonzillitlar rivojlanishi patogenezining ba‘zi aspektlariga ko‘p sonli ilmiy ishlar bag‘ishlangan.

Surunkali tonzillit aholining barcha guruhlari, ayniqsa bolalar va yoshlar orasida keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Bu kasallik uzoq davom etganda, immun statusning buzilishi kuzatiladi, buning oqibatida kasallik zo‘riqib og‘irroq shakliga o‘tib ketishi hamda immun sitatusining yanada sezilarli o‘zgarishlari kelib chiqadi.

Aksariyat mualliflar, surunkali tonzillitni organizmda immunopatologik reaksiyalar keltirib chiqadigan va organizm rezistentligining bir qator nospetsifik omillariga azob beradigan ikkilamchi immunodefitsit holatining klinik belgisi deb hisoblaydilar.

Bu oxir oqibat organizmning murtaklardagi patologik manba emas, u kela olmaydigan mahalliy va tizimli himoya kuchlari faoliyatining bo‘linishi va metatonzillyar zo‘riqishlar rivojlanishiga olib keladi. (9) Surunkali

dekompensirlanغان tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni konservativ davolashda an’anaviy usullar odatda qisqa muddatli klinik samara beradi. Bizning fikrimizcha, bu ularning immun tizimi buzilishini korreksiyasini ko‘zda tutilmagani bilan bog‘liq. Tanglay murtaklarining immunogenez jarayonidagi ishtiroki bo‘yicha olingan ma‘lumotlar surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni davolashda yangi usullarni shakllantirishini belgilab berdi. Surunkali tonzillitda ikkilamchi immunologik tanqislikni aniqlash, ushbu kasallik bilan og‘rigan bemorlarni davolashda, tanglay murtaklarining immun funksiyasini tiklash imkonini beruvchi yangicha yo‘nalish kashf etdi.

Bu izlanishlarimizning asosiy maqsadi surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni antibiotikoterapiya bilan birga immunokorrektiv davolashni qo‘llab, konservativ davolashning natijalarini yaxshilash. Ushbu maqsadga erishish yo‘lida biz o‘z oldimizga quyidagi vazifalarni belgilab oldik. Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlar qonining bioximik ko‘rsatkichlarining va immun statusini o‘rganish. Antibiotikoterapiya kursi olayotgan bemorlarda kasallik dinamikasiga Timogen sprej mahalliy qo‘llaniladigan immunomodulyator ta‘sirini baholash. Surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni konservativ davolashning immunomodulyatorlar bilan va ularsiz davolashning natijalarini solishtirish.

Klinik va laborator o‘rganishlar otorinologiya bo‘limlari, konsultativ poliklinika, funksional diagnostika, ilmiy-izlanish laboratoriyalari va ADTI klinikasi arxivi bazasida amalga oshirilgan. Izlanishlar otorinologlar tomonidan statsionar va ambulator ravishda davolangan bemorlar surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarning klinik- laborator tekshirishlariga asoslangan.

Otorinologlar tomonidan statsionar va ambulator ravishda davolangan bemorlar surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarning ambulator kartasi va kasallik tarixining retrospektiv tahlili o‘tkazilgan. Bunda tuzilgan anketada: bemorning ismi sharifi, kelgan sanasi, yashash manzili, yoshi, shikoyatlari, infeksiyon anamnezi, ilgari o‘tkazilgan terapiya natijalari aks etgan.

Qonning umumiy biokimyoviy tahlillari Ieykotsitar formula, hamda immunologik tekshirishlarning tahlillari yozilgan. Og'izdan olingan surtma tahlillari. Bemorlarni konservativ davolash natijalarini baholash uchun biz V.A.Popov tomonidan ishlab chiqilgan kasallikni davolashning samaradorligi belgilari shkalasidan foydalandik.

Biz bemorlarni 2 guruhga ajratib oldik. I guruh- 25 nafar bemordan iborat nazorat guruhi, bularda standart davo+ lakunalarni yuvish qo'llanilgan, 2-guruhni 25 nafar bemordan tashkil etilgan, ularni standart davo + lakunalarni yuvish+ immunomodulyatori yordamida mahaliy immunoterapiya bilan davolangan.

Mazkur izlanishlar olib borish jarayonida ishlab chiqilgan, surunkali tonzillit bilan og'rgan bemorlarni kombinatsiyalashtirilgan davolashda foydalaniladigan Timogen sprej mahalliy qo'llash immunomodulyatoridan foydalanishning sxemasi, antibiotikoterapiyaning qo'shimcha samarani susaytirish va immune tanqisligini tuzatishga yordam berdi, hamda antibiotiklardan foydalanishni 5-7 kunga kamaytirishga imkon bergan, buning natijasida bemorlarning hayot sifati belgilari yaxshilangan. Otorinologiyada, surunkali tonzillitni davolashda, antibiotikoterapiyaga yordamchi terapiya sifatida preparatdan foydalanish maqsadga muvofiq deb topildi.

Ilk bor tonzillit bilan og'rgan bemorlarning immunologik statusi o'rganilgan va kasallikni davolashda bemorning immunologik holatini hisobga olgan holda individual yondoshish ishlab chiqilgan. Izlanishlar natijasida surunkali tonzillit bilan og'rgan bemorlarni kombinatsiyalashtirilgan davolashda Timogen sprej immunomodulyatoridan foydalanish shubhasiz konservativ davolashning natijalarini yaxshilaydi, kasallik qaytalash chastotasini kamaytiradi, antibiotikoterapiya samarasini ozaytiradi hamda tonzillitni davolashning boshqa metodlariga nisbatan antibiotiklardan foydalanishni chegaralaydi.

Izlanishlarning natijalari amalda qo'llanishga kiritilgan va ADTI klinikasining otorinolaringologiya bo'limi hamda konsultativ poliklinikasida qo'llanib kelinmoqda.

Uchinchi bobda tonzillitda mahalliy immuniteti gumoral bo'g'inining xususiyatlariga baho berilgan. Surunkali tonzillit bilan og'riغان bemorlarni konservativ davolashning natijalari keltirilgan. Hamda kasallik immunomodulyatorlar yordamida va ularsiz davolash natijalarining samarasini baholash solishtirilgan.

Bemorlarning o'rtacha yoshi 21-24 yoshni tashkil qildi, ularning aksariyati 10-19 yoshda (50%), 20% 20-29 yoshda, 20⁰/0-30-39 yoshlilar va 10% bemorlar 40-49yoshda.

Zamonaviy sharoitda surunkali tonzillitning klinik o'tish xususiyatlarini aniqlash uchun bizning klinikamizga konsultatsiya uchun murojaat qilgan, surunkali tonzillit bilan og'riغان 50 nafar bemorning kasallik tarixini tahlil qildik. Tahlillar shuni ko'rsatadiki, bemorlarning faqat 1/5 qismi anamnezida angina bo'lgan, 8 nafar bemorda (surunkali tonzillit bilan og'riغان bemorlarning 13.2%) angina yiliga 2 marta kuzatilgan, yiliga — 4nafar (6.9%) bemorda yiliga 1-2 marotaba, 2 nafar bemorda (3.3%) bir marta og'riغان.

Ko'rib turganimizdek, surunkali o' tonzillit bilan og'riغان bemorlarda ko'pincha bo'g'inlardagi og'riqlar va yurak sohasidagi og'riqlar bezovta qilishiga shikoyat qiladilar, ammo subfebrilitet va pochka kasalliklari hamda lakunar probkalar kamroq uchraydi. ST bilan og'riغان bemorlarning $\frac{1}{2}$ qismi tomog'ida doimiy yoqimsiz xissiyotlaridan shikoyat qiladilar. Kardiolog va revmatolog ko'riklari bemor ichki organlari va sistemasida hech qanday organik- patologiya aniqlanmaganini ko'rsatadi, bu degani yurak va bo'g'imlardagi og'riqlar organizmda kechayotgan funksional o'zgarishlar bilan bog'liq.

Bemorlar anamnezi tahlillari shuni ko'rsatadiki, ST bilan og'riغان bemorlarning 12% hech qachon angina bilan og'rimagan, 46% bir marta angina bo'lgan (yoki bolaligida angina bo'lgan), 42% anamnezda takroriy angina bilan

og'riq bo'lsa, ularning 12%da tez-tez yiliga ikki martadan ko'proq angina kuzatilgan.

Bu ma'lumotlar ST o'tishida kasallik suratlarini klinik ko'rinishini tiniqmasligini ko'rsatadi. Bemorlarning 42% ST angina qaytalanishi bilan o'tgan klassik holatiga ega bo'lgan. Bemorlarning qolgan 58% tomog'ida periodik og'riqlar, tana harorati ko'tarilishi, lakunalarda probkalar va h.k kuzatilgan. Faqat 14% bemorda ST angina sabab bo'lgan. Tekshirilgan bemorlarda immunitetning gumoral bo'g'inidagi buzilishlar V-limfotsitlarining absolyut sonini kamayishi (CDI 9+ hujayra) $0.25 \pm 0.02 \times 10^9/l$ gacha pasayishi nazoratga nisbatan $0.35 \pm 0.03 \times 10^9/l$ ($R < 0.01$) hamda immunoglobulinlarning asosiy sinfl konsentratsiyasi bilan xarakterlangan.

Immunoglobulinlarning barcha o'rganilgan sinfl ko'rsatkichlari bemorlarda, sog'lom odamlar parametrlariga nisbatan pasaygan. Masalan IgG konsentratsiyasi 12.67 ± 0.37 g/l gacha (nazoratda 15.23 ± 0.86 gli), IgA 1.89 ± 0.1 g/l (nazorat 2.58 ± 0.19 g/l) gacha IgM 1.37 ± 0.07 g/l (nazorat 1.89 ± 0.13) $R < 0.05$. Spetsifik va nospetsifik rezistentlikning miqdor jihatdan yetishmovchiligi ST og'riq bemorlarda ikkilamchi immunodefitsit rivojlanaётganligini tasdiqlash imkonini beradi.

Hujayralar immunitet tomonidan T-limfotsitlar absolyut soni tanqisligiga ortishi kuzatilgan, CDZ+ ST bilan og'riq bemorlarda $0.44 \pm 0.04 \times 10^9/l$ tashkil qilgan, nazorat guruhidagi $0.91 \pm 0.07 \times 10^9/l$ ga nisbatan ancha kam, ($R < 0.001$).

Shuningdek, V-limfotsitlarning darajasi ham sog'lom odamlarnikiga nisbatan past bo'lgan ($R < 0.05$), ammo o'tkir tonsillit bilan og'riq bemorlarnikiga nisbatan deyarli pasayishlar kuzatilmagan.

IgG konsentratsiyasi 14.76 ± 0.46 g/l ga kamaygan, bu ko'rsatkich nazorat guruhining boshlang'ich raqamlariga nisbatan statistik farq qilmagan. IgA (2.40 ± 0.18 g/l) va IgM (1.68 ± 0.13 g/l) darajalari bo'yicha ham nazorat guruhiga nisbatan deyarli o'zgarishlar kuzatilmagan - IgA (2.58 ± 0.19 g/l) va IgM (1.89 ± 0.13 g/l) ($R > 0.05$). ST bilan og'riq bemorlarda immunoglobulinlarning barcha ko'rsatkichlari belgilangan meyor darajasida bo'lganligi kuzatilgan.

Solishtirma o'rganishlar shuni ko'rsatadiki, bu ko'rsatkichlar o'tkir tonzillit bilan og'riqan bemorlanikiga qaraganda yuqori bo'lgan ($R < 0.05$).

ST bilan og'riqan bemorlar va nazorat guruhining og'iz bo'shlig'i (slgA,lgA,lgM va lgG og'iz suyuqligining) mahalliy gumoral immunitetining holatini baholaganda ham farqlar kuzatilgan. ST bilan og'riqan bemorlarning qon zardobi tarkibidagi immunoglobulin ko'rsatkichlariga nisbatan mahalliy immunitet faktorlari aksincha pasayish tendensiyasini ko'rsatkan ($R < 0.05$). ST bilan og'riqan bemorlarda mahalliy darajadagi immunoglobulinlar disbalansi mavjudligi aniqlandi.

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, ST bilan og'riqan bemorlarda sog'lom odamlarnikiga nisbatan slgA sezilmas darajada 4.53 ± 0.44 g/l dan 5.13 ± 0.41 g/l ga ko'payishi va lgAning 0.72 ± 0.07 g/l dan 1.08 ± 0.13 g/l ga aniq ko'payishi kuzatildi. ($R < 0.05$). Bu gumoral immunitetning mahalliy darajada faollashishini ko'rsatadi, va organizmda yallig'lanish jaraeni rivojlanishining belgisidir.

Shu bilan birga og'iz so'lagida lgM pasayishi ham kuzatilgan bo'lib, bu ko'rsatkich nazoratdagi 0.04 ± 0.003 g/lga nisbatan 0.02 ± 0.003 g/l bo'lsa, ($R < 0.05$), lgG esa 0.35 ± 0.06 g/l nisbatan 0.15 ± 0.04 g/l tashkil qilgan, ($R < 0.05$).

lgM va lgG larning pasayishi alohida ahamiyatga ega, chunki ular organizm immun tizimini antigenlar kirganda antito'qimalar bilan faollashtiradigan, organizmni bakterial infeksiyalar tushishidan himoyalashda asosiy vazifasini bajaradigan asosiy komplement hisoblanadi.

Ma'lumki bakterial sensabilizatsiyali ST bilan og'riqan bemorlarda fagotsitar reaksiyasi va uning singdirish qobiliyati azoblangan va bakterial sensabilizasiz bemorlarga nisbatan tugallanmagan xarakterga ega, bu organizmning zamburug'li senzabilizatsiyasiga ham taalluqli. Lekin bakterial va zamburug'li senzabilizatsiyalar birikishi to'g'risida ma'lumotlar yo'q. Shularni hisobga olib, organizmda antigenlar eliminatsiyasining biriktirilgan mexanizmlari ishdan chiqqanda, antiinfeksion himoyasining buzilishi sifatida bakterial va zamburug'li senzabilizatsiyalar o'rganilgan.

Surunkali tonzillitning katta yoshdagi bemorlarda zo‘rayishida antigenlarga bakterial —zamburug‘li sensabilizatsiya aniqlangan: S-aureus tekshirilgan bemorlarning 1/3 qismida, Streptococcusp- 1 /5 , E. Coli -1/6 , Candidasp -1/20 qismida. Surunkali tonzillitning remissiya davrida bu sensabilizatsiya S-aureus 1/6, Streptococcusp- 1/6, E. Coli -1/15 , Candidasp - tekshirilgan bemorlarning 1/6 qismida aniqlangan, ST grammusbat va gramnisbiy mikroorganizmlarga remissiyasi davrida va Candidasp sensabilizatsiya bir xilda susaymaydi, bir biridan farq qilgan holda ham musbat ham manfiy tarafga o‘zgaradi.

Shunday qilib sensabilizatsiya S.aureus 2.0 barobarga ($R < 0.001$), Streptococcusp 1.2 barobarga ($R < 0.05$) , E.soli 2.5 barobarga ($R < 0.001$) pasayadi, zamburug‘li antigenlarga (Candidasp) sensabilizatsiya esa aksincha 3.3 barobarga ($R < 0.001$) kuchayadi. Olingan natijalar katta yoshdagi bemorlar organizmi sensabilizatsiyaning turli darajasini ko‘rsatadi grammusbat va gramnisbiy mikroorganizmlar va mikroskopik zamburug‘lar.

Surunkali tonzillit bilan og‘rigan 7-14 yoshli bemor bolalarda organizm sensabilizatsiyasining grammusbat va grammanfiy mikroorganizmlar antigenlariga solishtirma ko‘rsatkichlari o‘rganilganda biroz o‘zgacha natija bo‘lgan. Zo‘rayishi jarayonida har bir o‘rganilgan mikroorganizmlarga organizmning antigenlarga sensabilizatsiyasi pasaygan, bu ko‘rsatkichlarning katta yoshdagi bemorlardagi ko‘rsatkichlariga nisbatan quyidagicha bo‘lgan S.aureus 1/5, Streptococcusp 1/6, E.soli 1/10 va Candidasp 1/10 qismida.

Shundan kelib chiqib, bakterial —zamburug‘li sensabilizatsiyaning paydo bo‘lishi (intensivligini kuchayishi va pasayishi) tonzillitlar dinamikasida jarayonning xronizatsiyasini belgilaydi. Bu fakti katta yoshdagi bemorlar va bemor bolalarda o‘tkir tonzillitni surunkali tonzillitga aylanishining immunologik belgisi deb tavsiya qilishimiz mumkin.

Qayd etilganki, tonzillitlarda geterogemagglyutinlar va antito‘qimalarning titrlari S.aureus sogo‘lom odamlarinikidan statistik farq qilmaydi. Antito‘qimalarning titrlari pasayishi aniqlangan S.epidermidis ($-\lg 2 \pm S_{lg} = 2.8 \pm 0.1$)- $R < 0.05$. Eshirixiozga qarshi antito‘qimalar miqdori M-17

mevor bo'yicha, 026 va 055 pasaygan ($g=3.2\pm 0.1$; $-lg2\pm Slg=3.6\pm 0.1$)- $R<0.05$
(rasm 2)

Asosan bemor bolalarda antito'qimalarni — inson tanasining mikroblarga qarshi antito'qimalarning fragmental, alohida «pasayishi bilan normal mikroflorasi fakultativ guruhining vakillari bo'lgan, nisbiy-patogen mikroorganizmlarning (NPM)antigenlariga nisbatan mevoriy miqdori belgilangan buni organizm immun sistemasining giperfunksiyasida T-xelperlar-2- Th-2, T-xelperlar-1-Th-1(sintezlgM, lgG) funksiyasiga azob berilishi bilan izohlash mumkin.

ST bilan og'rigan bemorlarda antito'qimalarning titrlarini mikrofloraning kokk antigenlariga nisbatan (Streptococcus va Staphylococcus) jinslar bo'yicha farqini o'rganilganda ma'lum bo'ldiki, titrlarning aniqlanishi ko'rsatkichlari bo'yicha ayollar va erkaklar o'rtasida deyarli farq yo'qligi aniqlandi.

ST bilan og'rigan bemorlarda antito'qimalarni mikrofloraning kokk antigenlariga titri shuni ko'rsatadiki, patologik jarayonning uzoq davom etganligiga qarab, shuni ko'rsatadiki, antito'qimalarning baland titrlari (1 : 128-1:256) kasallik patologik jarayon rivojlanishining 6 oydan so'ng qanday saqlansa, I yildan keyin ham shunday qoladi (surunkali tonzillit). Kasallikning remissiyasi boshlanishi va zo'rayishi davriga nisbatan, bu titrlarning aniqlanish miqdori pasayishi kuzatiladi. Patologik jarayon davomiyligiga qarab yuqori titrlarni aniqlanishida ko'rsatkichlar solishtirilganda deyarli farqlar aniqlanmagan ($R>0.05$). Bu kasallikni uzoq davom etganligiga qarab, patologik jarayon davomiyligini ko'rsatadi. Surunkali tonzillitda jarayonning eskirganiga qaramaym, doimiy antigen stimuli kuzatiladi, bu bemorlarning immun sistemasida doimiy kuchlanishni ko'rsatadi.

I va 2 -gurux bemorlardan olingan tekshirish natijalarini o'rganish mobaynida aniqlandiki, mikroblarga qarshi antito'qimalarning o'rtacha darajasi va indivijual ko'rsatkichlari kasallik davri 1 oydan kam bo'lgan bemorlarda yuqori bo'lgan, (mos ravishda $66.7\pm 3.6\%$ Staphylococcus ga va $33.3\pm 2.6\%$

Streptococcus) o'tkir tonzillitli umumiy guruhga qaraganda (mos ravishda $53.7 \pm 3.1\%$ Staphilococcus) ga va $25.9 \pm 2.4\%$ Streptococcus) to'g'ri keladi) - $R < 0.05$ (3.3-jadval). Asosiy guruhlarning barcha ko'rsatkichlari ($53.7 \pm 3.1\%$ 1- guruhda, $66.7 \pm 3.6\%$ 2- guruhda, $14.7 \pm 2.7\%$ 3- guruhda mos ravishda) nazorat guruhi parametrlaridan ($8.6 \pm 2.0\%$ yuqori bo'lishi e'tiborni jalb qiladi. ($R < 0.05$). Bu immunitetning antito'qimalarni antigenlarga qarshi sinteziga javob beradigan gumoral bo'g'in faolligini ko'rsatadi. Antito'qimalarning KAG Streptococcus) nisbatan yuqori titriga ega bo'lgan bemorlarning nisbiy ko'rsatkichlari o'rganilganda boshqacha natimjalarga erishilgan. Titrlarning shek shubhasiz pasayishi tekshirilgan bemorlarning 1-guruhda ($R < 0.001$) va 2-guruhda ($R < 0.001$) kuzatilgan, 4- (nazorat) guruhga nisbatan tekshirilganlarda, 3 -guruh ko'rsatkichlari esa sog'lom odamlarning ko'rsatkichlariga qaraganda farq qilmagan ($R > 0.05$).

Agar antito'qimalarning yuqori titrlar ko'rsatkichlarini Staphilococcus) Streptococcus) nisbatan solishtirilganda, antito'qimalarning aniqlanishi foizi Streptococcus)da Staphilococcus) ko'rsatkichlariga nisbatan 1- guruh bemorlarda 2.1 barobar ($R < 0.001$), 2- guruh bemorlarda 2.0 barobar ($R < 0.001$), 3- guruh bemorlarda 1.3 barobarga kamaygan ($R < 0.05$), sog'lom odamlarda (4- guruh) bu ko'rsatkichlar orasida deyarli farq aniqlanmagan. ($R > 0.05$). Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarning qon zardobida yuqori titrlarning aniqlanish foizi kazallik qo'zg'atuvchining turi, hamda asosan patogenlik darajasiga bog'liq. Bu patologik jarayonning yanada intensiv o'tishi va tekshirilgan bemorlarning immun sistemasidagi kuchlanish darajasini ko'rsatadi.

Nisbiy ko'rsatkichdan foydalanish imkoniyati(koeffitsiyent K) olingan ko'rsatkichlar orasida korrelyasion tahlillarni o'tkazishni asoslaydi. Bu tahlillar natijasida qon zardobida va mikroblarga qarshi antito'qimalar va umumiy oqsillar darajasi orasidagi to'g'ri va kuchli bog'liqlikni belgilaydi ($p = 0.7$), qon zardobidagi mikroblarga qarshi antito'qimalar va proteinuriya darajalari orasidagi teskari va o'rtacha bog'liqlikni belgilaydi ($p = -0.6$).

Mikroblarga qarshi antito‘qimalar va bemorlarda jarayonlar aktivligi orasidagi absolyut va nisbiy ko‘rsatkichlarning ortish darajasida bog‘liqlik aniqlangan. Mikroblarga qarshi antito‘qimalar va antito‘qimalarda yuqori titrlar chastotasining nisbiy ko‘rsatkichlari ni baholashda bu ko‘rsatilgan tartiblar ayniqsa aniq ko‘rinib turibdi.

Shunday qilib, surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda antito‘qimalarning nisbiy darajasi remissiya davrida $8.51 \pm 0.42\%$ ni tashkil qilgan, surunkali jaraenni zo‘rayishi kuzatilgan bemorlarda $11.42 \pm 0.40\%$ ($R < 0.001$)

Antito‘qimalar bo‘yicha individual ko‘rsatkichlarning taqsimlanishi jarayonning faolligiga nisbatan shuni ko‘rsatadiki, bu davrda yuqori titrlar chastotasi 33.6% va remissiya davrida 6.7% tashkil qilgan.

Antito‘qimalar darajasi AGpsx da nisbatan o‘rganilgan mikroorganizmlarda yuqorida ko‘rsatilgan parametrlar bilan o‘xshash natijalar aniqlangan.

Kasallikning zo‘riqish davrida antito‘qimalarning yuqori titrlari AGpsx ga nisbatan (0.8 bir. ortiq) umuman guruh bo‘yicha 17.1% bemorda aniqlangan, remissiya davrida esa bu ko‘rsatkich gacha kamaygan.

Bunday imkoniyatni quyidagi olingan natijalar nazariy asoslab beradi; Etiologik agent, masalan A guruh streptokokklari (*S.pyogtntz*) yoki p- gemolitik streptokokklar bilan birinchi kontakdan so‘ng tekshirilayotgan bemorning tanglay murtaklarida o‘zgarishlar uzoq saqlanib turadi va ular infeksiyon agent bilan yangi kontaktda yallig‘lanish jarayonini zo‘riqishiga olib keladigan sharoitni yaratib beradi. Bunday sharoitda antigenlarga chorasiz ta’sir mexanizmi surunkali tonzillitni zo‘riqishining asosiy mexanizmi hisoblanadi.

B-gemolitik streptokokklarning patogenezda va tonzillitlarda jarayonlarini xronizatsiyalashdagi muhim o‘rnini hisobga olib, ST bilan og‘rigan turli yoshdagi bemorlarda streptokokklarga qarshi antito‘qimalarni aniqlash darajasi o‘rganilgan.

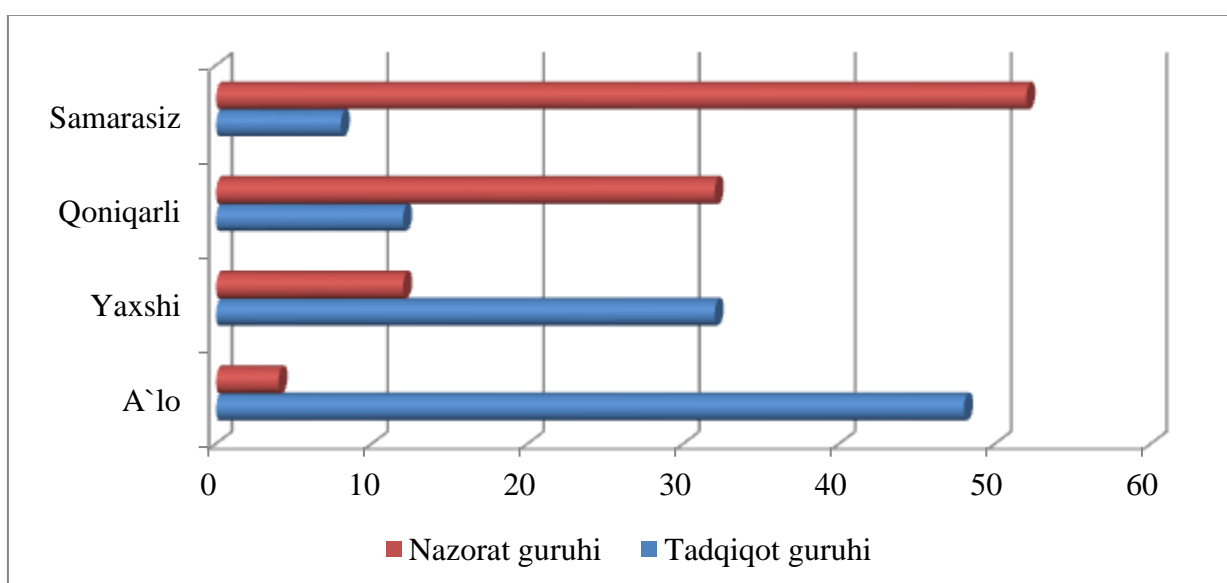
ST bilan og‘rigan bemorlarning qonida streptokokklarga qarshi antito‘qimalar aniqlanish chastotasi kasallikning birinchi kunlarida $63.6 \pm 3.0\%$ ga teng, $38.6 \pm 2.7\%$ holat simptomlar susaygan davrida. Streptokokko antito‘qimalarning kuchaytirilgan titrlari, normaga nisbatan o‘rganilgan bemorlarning $2/3$ qismida aniqlangan.

Tekshirilgan bemorlarning qon zardobida streptokokklarga qarshi antito‘qimalarni aniqlash ko‘paygan sonini aniqlash, ayniqsa bemor bolalarda o‘tkir tozillitni surunkali formasiga o‘tishining immunologik kriteriyalaridan biri sifatida taklif qilinadi. Olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, kasallikning remissiya davrida kattalarda antito‘qimalarni aniqlanishi 1.65 barobar kamaysa, shu ko‘rsatkich bolalarda 3.1 barobarga teng bo‘ladi. Bu holat remissiya davri bolalarda kattalarga qaraganda tezroq boshlanishini ko‘rsatadi. ($R < 0.05$)

Angina ko‘rinishidagi surunkali tonzillitning zo‘riqishida, Timogen sprej mahalliy immunomodulyator preparatidan foydalanilganda kasallikning yengilroq o‘tishiga erishilgan. Shunday qilib, bizning kuzatuvlarimiz shuni ko‘rsatadiki. O‘rganilgan guruhdagi bemorlarning 7 nafarida bir yil davomida anginaning o‘rtacha og‘irlikda o‘tishi kuzatilgan, bir nafarida yengil o‘tishi, bir nafarida og‘ir o‘tishi kuzatilgan. Febril bezgak va qattiq og‘riq sindromi bilan o‘tgan o‘tkir davr ularda 5.7 ± 1.6 kunni tashkil qilgan. Bunday bemorlarga 10 kundan kam bo‘lmagan antibakterial terapiya o‘tkazilgan. Aksariyat bemorlarda postangin davrida tonzillogen intoksikatsiya holatlari kuzatilgan. Asosiy guruh bemorlarida anginaning qaytalanishi yengilroq shaklda, subfebril istima bilan va tomoqdagi sust og‘riq simptomlari kuzatilgan, bu simptomatika ularda 2.8 ± 1.3 kun davom etgan.

Mahalliy immunomodulyator preparatidan foydalanish, antibakterial terapiya o‘tkazishni inkor etmaydi, antibiotiklardan foydalanishni chegaralab ozaytirishga imkon beradi. Tonzillogen intoksikatsiya holatlari postangin davrda guruhning 2 nafar bemorida kuzatilgan. Keyinchalik bu bemorlarga ikki tomonlama tonzilektomiya o‘tkazilgan. Asosiy guruh bemorlarida mehnatga layoqatsizlik davri kamroq bo‘lgan. (7 ± 1 kun) nazorat guruhi bemorlariga

nisbatan (12 ± 4 kun). Shunday qilib, ushbu preparatdan foydalanilganda nafaqat yaxshi klinik natijaga erishiladi, balki iqtisodiy nuqtai nazardan ham qulayligi isbotlangan. Surunkali dekompensir tonzilit bilan og‘rigan bemorlarga kompleks konservativ terapiya o‘tkazishda spreylar mahaliy immunomodulyatordan foylanilganda, sezilarli immunomodulyar effekt kuzatilgan. Immunologik status bo‘g‘inlarida pasayib ketgan boshlang‘ich ko‘rsatkichlarning ko‘tarilishi va ko‘tarilib ketgan ko‘rsatkichlarning normallanishi kuzatilgan. Hujayralarning CD4+ nisbiy miqdor ko‘rsatkichi kompleks terapiya o‘tkazilgandan keyin 1 oydan so‘ng normallashtirilgan 43.2 ± 2.2 .



11 -rasm. Davolash samaradorligini P.Popov bo‘yicha baholash. Guruhlardagi natijalarni solishtirish.

Bir yildan so‘ng, surunkali dekompression tonzillit bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashda Timogen sprej immunomodulyatoridan foydalanish natijasida, aksariyat ko‘rsatkichlarga nisbatan immunomodulyar effekt saqlanib qolgan, limfotsitlar miqdorining nisbiy oshishi ko‘rsatkichlari, yuzasida retseptorlari mavjud bo‘lgan CDI 6+ hujayralari, hamda CD25+ hujayralarining IL-2 ga nisbiy va absolyut miqdorlari normallashtirilgan. Shu bilan birga SIK miqdorlarining va fagotsitar sonlarning oshishi ham kuzatilgan va V-limfotsitlarning nisbiy miqdorlari pasayishi IgA va IgG (8- jadval). Aksariyat immunologik ko‘rsatkichlarning normallanishi bemorlarning holatini yaxshilanishi va mazkur kompleks davolash natijalarining ijobiy klinik effekti

bilan tuzatilgan. Davolashdan so'ng immun statusining aksariyat ko'rsatkichlarining meyorlashishi kuzatilmaydi. Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlarni kompleks konservativ davolashda Timogen sprej mahalliy immunomodulyator preparatidan foydalanish hamda lakunalarni antiseptik vositalar bilan yuvish natijasida yaxshi klinik va immunologik samara berishi isbotlangan: davolangandan keyin 1 oydan so'ng u bemorlarning 72%, bir yildan so'ng esa 68% kuzatilgan. Terapiya sxemasiga Timogen sprej preparatidan foydalanishni kiritish mehnatga layoqatsizlik davrining 12 ± 4 dan 7 ± 1 kunga kamayishi, va antibiotikoterapiya kursini davomiyligini 10 kundan 5-7 kunga ozaytirishga imkon beradi, bu esa iqtisodiy nuqtai nazardan juda qulaydir (11 -rasm).

ILMIY YANGILIK

Surunkali yiriringli o'rta otit kasalligi bilan kasallangan bemorlarda zamonaviy davolash usullaridan foydalangan holda davolash samaradorligi oshirish amalda isbotlandi.

Surunkali yiringli o'rta otit bilan kasallangan bemorlarda milgamma kompozit preparatini amaliyotda qo'llab eshituv zaifligining oldini olishga erishildi.

Miringoplastika amaliyotini o'tkazgan bemorlarda milgamma kompozit preparatini qo'llash orqali eshitishni tiklash milgamma qo'llanmagan bemorlarga nisbatan tez bo'lishi birinchi marta amalda isbotlandi.

AMALIY TAVSIYALAR

Zamonaviy endoskopik texnikani amaliyotga keng joriy qilish hozirgi otorinologiyani yutug'idir. Chunki endoskopik tashxislash aniq va mukammal. Zamonaviy tashxislashni birlamchi tizimga joriy qilish surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda kasallikni asoratlanishi oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Bunday zamonaviy kompleks tekshiruvlar qoshimcha laborator tekshiruvlar tashxisni to'liq bo'lishiga xizmat qiladi.

Surunkali tonzilit bilan og'riqan bemorlarni davolash rejasi tuzilganda yuqoridagi kompleks zamonaviy tekshiruvlar va laborator tekshiruvlar asoslanib ikki turga ajratiladi. Konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolanishga muhtoj bemorlar. Jarrohlik amaliyotiga qarshi korsatmalar bo'lganda faqat konservativ davolash olib boriladi.

Surunkali tonzillit bilan og'riqan bemorlarda o'tkaziladigan jarrohlik amaliyotlarini hozirgi kunda ikkita yo'nalishda olib borilmoqda.

-Ananaviy jarrohlik (tonzilloektomiya)

-Zamonaviy jarrohlik (Endoskopik tonzillaektomiya, tonzillatomiya, lakunotomiya).

Bu tashrix usullarining bir-birdan afzalliklari zamonaviy jarrohlikda an'anaviy usulga qaraganda og'riqsiz, qonsiz, asoratlanish darajasi juda kam foizni tashkil etadi. Bemorning reabilitatsiya qavri va ish qobilyatini tiklash davri qisqa bo'lishi bilan farqlanadi.

MAVZUGA OID MASALALAR.

1-vaziyatli masala.

Bemor 6 yoshda. Kasalxonaga mahalliy poliklinika pediatri tomonidan surunkali tonzillit tashxisi bilan tonzilektomiyaga yuborilgan.

Bemorning kelgandagi tashxisi-surunkali tonzillit

Bemorning kelgandagi shikoyatlari: tomoqda yot jism borligi hissiyoti, yutinishni va gapirishni qiyinligi, ovqat luqmasini yutinishda o'tishining qiyinligiga.

Lor bo'limda tekshirilganda: Onasining aytishicha bola anamnezida o'tkir angina bilan hech qachon og' rimagani, ammo bola doim tomoqda yot jism borligi hissiyotiga, yutinishning qiyinligiga, gapirganda ping' illab qolishiga shikoyat qilib kelgan.

Faringoskopiya: og' iz ochish bemalol, bodomcha bezlari 111 darajada kattalashgan, bir-biriga tegib turadi, yuzalari tekis, lakunalari keng va toza.

Bo'limda bola tashxisi bodomcha bezlarining yo'g' onlashuvi (111 daraja) Tonzillotomiyaga tayyorlash maqsadida qoni va siydigi tekshirildi, stomatolog va pediatr ko'rigidan o'zkazildi. Kelgan kunining ertasiga tonzillotomiya jarrohligi o'tkazildi, muolajadan so'ng qon ketish kuzatilmadi, 2 soat nazoratdan so'ng mahalliy pediatr nazoratida uyga javob berildi.

2-vaziyatli masala.

Bemor 63 yoshda. Kasalxonaga mahalliy QVP bosh hakimi tomonidan yarali-pardali angina tashxisi bilan davolanishga yuborilgan.

Bemor shikoyatlari: Tomoqda og' riq, yutinishning qiyinligi, og' izdan noxush hid kelishi, umumiy quvvatsizlik, ishtaha va uyquning buzilishi.

Kasallik 3 oy avval boshlangan, dastlab tomoqda yot jism borligi hissiyoti bezovta qilgan, keyinchalik, og' riq qo'shilgan, so'ngra og' izdan noxush hid kelgan va jag' osti va bo'yin limfatik tugunlari kattalashgan.

Davolanish maqsadida: antibiotiklar, antigistamin dorilar qabul qilgan, tomoqni antiseptik dorilar bilan chayqagan, ammo foyda bo'lmagan.

Faringoskopiya: Og'iz ochishi bemalol, bodomcha bezi chap tomonda, bez oldi to'qimasi bilan qizarib shishgan, bez yuzasida, qirg'oqlari notekis, yuzalari sarg'imir karash bilan qoplangan yara ko'rinyapti. Jag' osti va bo'yin limfatik tugunlari kattalashgan, ushlab ko'rilganda og'riqli.

Bemorni tekshirish va davolash bo'yicha siz qanday ishlarni olib borasiz?

3-vaziyatli masala.

Bemor A. 17 yosh. Klinikaga yashash joyidagi LOR vrach tomonidan lakunar angina tashxisi bilan jo'natilgan.

Kelgandagi shikoyatlari: Tomoqda og'riq, yutinishning qiyinligi, tana haroratining ko'tarilishi, og'iz ochishning qiyinligi, umumiy quvvatsizlik.

Faringoskopiya: Bemor bo'yni o'ng tomonga qiyshaygan, og'iz ochishi keskin qiyinlashgan, og'izdan noxush hid keladi. O'ng tanglay bezi, bez oldi to'qimalari bilan keskin qizargan, shishgan va bo'rtib chiqqan. Bezning bo'rtgan joyi -markazi oqish rangda. Kichik til sog' tomonga surilgan.

Bemorga tashxis qo'ying va davolash choralarini belgilang.

4-vaziyatli masala.

Bemor 5 yoshda, tana harorati 37,6°S, halqum sohasidagi shilliq qavati qip qizil rangda va qattiq va yushoq tanglay bilan ranglari keskin farq qiladi, bodomchalar oq, kulrang parda bilan qoplangan, ba'zi joylarda nekrozlar bor, til, burun halqum va atrofdagi shilliq qavatlar qip -qizil, regionar limfa tugunlari kattalashgan va og'riydi

Tashxis qo'ying va davolang.

5-vaziyatli masala.

Bemor 25 yoshda, anamnezida tez tez angina bilan og'riydi. Faringoskopiya: lakunalarda suyuq yiring va yiringli probkalar, yiringlagan follikullar, yo'lar infiltrativ o'zgargan, qizargan, shishgan, bodomchalar bilan birlashib ketganligi aniqlandi

Tashxis qo‘ying va davolang.

6-vaziyatli masala.

Bemor 30 yoshda: 2 kun LOR bo‘limida tonzillektomiya tashrihi qilingan. Tovushning ping‘illab chiqishi, suyuklik ichganda qaqab ketishiga shikoyat qilmogda.

Tashxis qo‘ying.

7-vaziyatli masala.. Bemor 20 yoshda tonzillektomiya tashrihidan so‘ng qon ketmogda. Mezofaringoskopiya: chap tomonda pastki qutbda bodomcha bez qoldig‘ i bor.

Tashxis qo‘ying.

8-vaziyatli masala.. Bemor 5 yoshli. Onasi so‘zidan: bolasida ovqat o‘tishi qiyinlashganligini aytdi. Faringoskopiya: halqum bodomchalari kattalashib bir biriga tegib turganligini ko‘rinadi.

Tashhisni ko‘ying va davolang.

9-vaziyatli masala.. Bemor faringoskopiya: xalkum orqa devori shilliq qavati va yumshoq tanglay qizargan, bodomchalar yuzasi parda bilan qoplangan. Tana harorati 38,9°S.

Tashhisni ko‘ying va davolang.

10-vaziyatli masala.. Bemor og‘izdan ko‘lansa hid kelishiga, yutinganda og‘riq bo‘lishiga shikoyat qiladi. Faringoskopiya: halqumning o‘ng bodomchasi yuqori kutbida parda bilan qoplangan yara ko‘rinadi.

Tashhisni ko‘ying va davolang.

11-vaziyatli masala.. 51 yoshli bemorda jag‘ osti sohasi kattalashgan, og‘riq yuq, lekin kattalashish davom etmogda. Paypaslab ko‘rganda o‘ng limfa tugunlari kattalashib qattiqlashgan, kam xarakatchan, chap tomonidagi limfa

tugunlari kattalashmagan. Faringoskopiya: halqumning o'ng bodomchasi kattalashib, uning erkin yuzasida yaralar bor.

Tashhisni ko'ying va davolang.

12-vaziyatli masala.. 48 yoshli bemor doimo tomog'i qurib, yot jismlar turganligini sezib turibdi. Ko'rik o'tkazilganda halqumning orqa devori shilliq pardasi quruq bulib, yupqalashgan va qotmalar bor.

Tashhisni ko'ying va davolang.

13-vaziyatli masala.. 31 yoshli bemor og'izni to'la ocholmaslikka, so'lak oqishiga, tomoqda og'riqqa, tana xarorati ko'tarilishiga shikoyat qiladi. Faringoskopiya: shilliq qavatlar qizarishi, yumshoq tanglayning bo'rtibchiqqanligi, oldingi yoyning shishganligi ko'rinadi.

Tashhisni ko'ying va davolang.

11-vaziyatli masala.. 17 yoshli bemor shikoyatlari: lablar, og'iz va qizilo'ngachda kuchli og'riqqa, qonli qusish, umumiy bo'shashish va tana haroratining ko'tarilishiga. Bir soat oldin 1 stakan sirka ichgan. Faringoskopiya: shilliq qavatlar, tanglay yoylari, bodomcha bezlari oqish parda bilan qoplangan.

Tashhisni ko'ying va davolang.

Testlar

1. Pirogov-Val'deyr limfoid halqasi qaysi bezlardan tashkil topgan?

A)Hiqidoq va ko'ks oralig'idagi limfatik tugunlardan

B)Halqum ortidagi limfatik tugunlardan

V)Halqum (1, 2), burun-halqum (3) bezlari

G)Til ildizi (4) bezi

D) Eshituv nayi teshiklari oldidagi (5-6) bezlardan.

2. Bodomcha bezlari qaysi arteriyalardan tarmoq oladi?

- A) Tashqi uyqi arteriyasi, til arteriyasidan
- B) Yuz arteriyasi, ko'tariluvchi tanglay arteriyasidan
- V) Hiqildoqning yuqori arteriyasidan
- G) Ko'tariluvchi halqum arteriyasidan
- D) Pastki burun arteriyasidan

3. Halqum vazifalari quydagilardan iborat.

- A) Nafas olishda ishtirok etish
- B) Ovqat hazm qilish va ovqat o'tkazish
- V) Tovush va ovoz hosil qilish
- G) Himoya vazifasi

4. Anginaning qanday turlari tafovut qilinadi?

- A) Kataral, lakunar, folikulyar
- B) Flegmanoz, yarali-pardali
- V) Gerpetik, aralash
- G) Surunkali, odontogen turlari
- D) Hamma javob to'g'ri

6. Surunkali tonzillitni B. S. Preobrojenskiy (1964 y.) tasnifi bo'yicha qanday klinik shakllarga bo'linadi?

- A) Surunkali tonzillitning oddiy shakli
- B) Murakkab shakli
- V) Kompensatsiya, subkompensatsiya shakli
- G) Toksik-allergik 1 va 2 -darajasi
- D) Oddiy va gipertrofik shakli

7. Tonzillektomiya vaqtida qanday asoratlar kutilishi mumkin?

- A) Xushidan ketish

- B) Qon ketish
- V) Sepsis
- G) Nafas olishning to'xtab qolishi
- D) Teri osti emfizemasi, pnevmoniya, o'pka atelektazi

8. Tonzillektomiyadan so'ng birinchi kunda qanday parxez buyuriladi?

- A) Suvni ko'p miqdorda ichish
- B) Odatdagi kunlik ovqatlardan tanovul qilish
- V) Issiq choy
- G) Suyuq va iliq ovqatlar tavsiya etiladi
- D) 15-stol

9. Surunkali tonzillitni konservativ davolash qanday olib boriladi?

- A) Lakunalarni yuvish va ichidagi ajralmalarni so'rib olish
- B) Lakunalar ichiga antibiotiklarni yuborish
- V) Lakunalarni uch xlorli sirka kislota bilan kuydirish
- G) 5 % li yod eritmasi bilan halqumni artish
- D) Glyukoza eritmasi bilan tomoqni chayish

10. Tonzillektomiyadan so'ng birinchi kunda qanday parxez buyuriladi?

- A) Suvni ko'p miqdorda ichish
- B) Odatdagi kunlik ovqatlardan tanovul qilish
- V) Issiq choy
- G) Suyuq va iliq ovqatlar tavsiya etiladi
- D) Stol №15

11. Surunkali tonzillitni konservativ davolash qanday olib boriladi?

- A) Lakunalarni yuvish va ichidagi ajralmalarni so'rib olish

- B) Lakunalar ichiga antibiotiklarni yuborish
- V) Lakunalarni uchxlorli sirka kislota bilan kuydirish
- G) 5 % li yod eritmasi bilan halqumni artish
- D) Glyukoza eritmasi bilan tomoqni chayish

12. Simonovskiy-Vensen qo‘zg‘atuvchisi qanday kasallik chaqiradi?

- A) Halqum bo‘g‘masini keltirib chiqaradi
- B) Halqum orti absessini keltirib chikaruvchi gerpetik virusi
- V) Anginani yarali-pardali turini chaqiruvchi leptospira
- G) YUqori nafas yo‘llarida yallig‘lanish keltirib chikaruvchi pnevmokokk
- D) Streptokokk

13. Tizimli qon kasalliklarida anginani qaysi turlari uchraydi?

- A) Monotsitar angina, alementar-toksik alekitsyadagi angina
- B) Simonovskiy Vensen anginasi
- V) Leykozidagi angina, agronilotsitar angina
- G) Folikulyar angina
- D) Difteriya

14. Quyidagi bemor tomonidan qilinadigan shikoyatlar qaysi kasallikka xos: og‘izdan noxush xid kelishi, tomoqni qurishi, tomoqda yot jism borligi xissiyoti?

- A) Flegmonoz angina
- B) Atrofik faringit
- V) Yarali-pardali angina
- G) Paratonzilyar absess
- D) Murtaklar flegmonasi

15. Bemorni quyidagi shikoyatlari qaysi kasallika xos: Tomoqda qattiq og‘riq, yutinishni qiyinligi, chaynash mushaklarini trizmi xisobiga og‘iz ochishni qiyinligi, tana xaroratini yuqoriligi va og‘izdan so‘lak oqish.

- A) O‘tkir faringit
- B) Lakunar angina
- V) Halqum bo‘g‘masi
- G) Paratonzilyar absess
- D) Halqumorti absessi

16. Paratonzilyar absessni yorishni qanday turlarini bilasiz?

- A) O‘tmas yo‘l bilan yoriladi
- B) Uchli qaychi yordamida yoriladi
- V) Umuman yorilmaydi
- G) Avval punksiya qilinadi
- D) Punksiya qilingandan so‘ng skalpel yordamida yoriladi.

17. Paratonziyalar absessni yorish vaqtida qanday xavfli asoratlar kuzatilishi mumkin?

- A) Uyqu arteriyasini jaroxatlanishi
- B) Kovak venani jaroxatlanishi
- V) Adashgan nervni jaroxatlanishi
- G) Yuz arteriyasini jaroxatlanishi
- D) YUz nervini jaroxatlanishi

18. Surunkali tonzillitni B.S.Preobrojenskiy (1964 y.) klassifikatsiyasi bo‘yicha qanday klinik shakllarga bo‘linadi?

- A) Surunkali tonzillitni oddiy shakli
- B) Murakkab shakli
- V) Kompensatsiya, subkompensatsiya shakli
- G) Toksiko-allergik 1 va 2 darajasi

D) Oddiy va gipertrofik shakli

19. Tonzillektomiya vaqtida qanday asoratlarni kutilishi mumkin?

A) Xushdan ketish

B) Qon ketish

V) Sepsis

G) Nafas olishni to'xtatib qolishi

D) Teri osti emfizemasi, pnevmoniya, o'pka atelektazi

20. Folikulyar anginani faringoskopik ko'rinishini tasvirlang ?

A) Halqum shilliq qavati va bodomcha bezlar qizargan,shishgan

B) Bodomcha bezlar shishgan, yuzasida serozli ajralma bor

V) Bodomcha bezlar yuzasida kulrang ifloslangan ajralma bor

G) Bodomcha bezlarining yuzasida engil ko'chuvchi, oq-sarg'ish rangdagi ajralmalar mavjud

D) Bezlardan qon ketish, yuzasida sariq nuktasimon ajralmalar kuzatiladi

21. Angina bilan o'rtacha qaysi yoshda ko'p uchraydi ?

A) 30 yoshgacha

B) Yosh bolalarda

V) Yoshga bog'liq emas

G) 10 yoshgacha bolalarda

22. Angina lor a'zolariga kanday asorat berishi mumkin?

A) Paratonzilyar abscess

B) Paratonzillit,tonzillogen mediastenit va tonzillogen sepsis

V) Mezofaringit

G) Stomatit

D) Sepsis

23. Halqum orti abscessini yorish uchun qancha chuqurlikda kesish kerak?

- A) 1 sm.
- B) 2,5 sm.
- V) 0,5 sm.
- G) 3,5 sm.
- D) 4 sm.

MAVZULASHTIRILGAN SAVOLLAR

1. Halqum qanday anatomik chegaralar bilan chegaralangan?
2. Og‘iz-yutqun sohasida nechta yo‘llar bor va ular qaysilar?
3. YUmshoq tanglayning uzunchoq erkin qismi nima deb ataladi?
4. YUtqunning o‘rta va pastki qismlari qanday chegaralanadi?
5. Hiqildoq yutqunning pastki chegarasini nima hosil qiladi?
6. Hiqildoq yutqunda qanday anatomik hosilalar bor?
7. Og‘iz va hiqildoq yutqun sohasining shilliq qavati qanday epiteliy bilan qoplangan?
8. Surunkali tonzillitda faringoskopiya qanday belgilar ko‘rinadi?
9. Surunkali tonzillitga xos qanday belgilar bor?
10. Surunkali tonzillitni qanday patologo-anatomik shakllari bor?
11. B.S.Preobrajenskiy bo‘yicha surunkali tonzillitlar qanday klinik turlarga bo‘linadi?
12. Surunkali tonzillitlarni asosan qaysi kasaliklardan farqlash kerak?
13. I.B.Soldatov bo‘yicha surunkali tonzillitlarni qanday turalari bor?
14. Surunkali tonzillitlarni davolashni qanday usullari bor?
15. Surunkali tonzillitlarni davolashda qanday umumiy ta’sirlar o‘tkaziladi?
16. Surunkali tonzillitlarni davolashda qanday maxalliy ta’sirlar o‘tkaziladi?
17. Surunkali tonzillitlarni davolashda qanday fizioterapevtik usullar o‘tkaziladi?

18. Surunkali tonzillitlarni davolashda qanday jarroxlik va yarim jarroxlik usullar qo'llaniladi?
19. Surunkali tonzillitlarni lakunar shaklida qanday maxalliy ta'sirlar o'tkaziladi?
20. Surunkali tonzillitlarni parenximatoz turida bodomchalarga qanday maxalliy ta'sirlar o'tkaziladi?
21. Surunkali tonzillitlarni toksiko-allergik turida davolashning qanday usuli qo'llaniladi?
22. Tonzillektomiya paytida qanday asoratlarni kuzatiladi?
23. Tonzillektomiyadan so'ng qanday asoratlarni kuzatiladi?
24. Tonzillektomiya qilish uchun asosiy moneliklar?
25. Surunkali tonzillitni bor bemorlar nima uchun dispanser nazoratida turadi?
26. Surunkali tonzillitni bor bemorlar "dispanserizatsiya" qilishda qaysi asosiy majburiy elementlar ko'zda tutilgan?
27. Surunkali tonzillitni olini olish yo'llari qanday bo'ladi?
28. Surunkali tonzillitni oldini olish yo'llarining ommaviy usullari qanday bo'ladi?
29. Surunkali tonzillitda faringoskopiya qanday belgilar ko'rinadi?
30. Surunkali tonzillitga xos qanday belgilar bor?
31. Surunkali tonzillitni qanday patologo-anatomik shakllari bor?
32. B.S.Preobrajenskiy bo'yicha surunkali tonzillitlar qanday klinik turlarga bo'linadi?
33. Yutqunning orqa devoridagi yiringlar orqa ko'ks oralig'i qaysi bo'shliq orqali tarqalishi mumkin?
34. Go'daklarda yutqun orti sohasidagi qanday to'qimalar joylashadi?
35. Yutqundagi limfoid to'qimalar nima deb ataladi?
36. Yutqun soxasidagi eng katta bodomchalar qaysilar?
37. Pirogov-Valdeyer yutqun halqasini qaysi bodomchalar hosil qiladi?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. Adam, S. Different pattern and aging of immune system in tonsils compared to peripheral blood / S. Adam, W. Bergler, R. Schwartz-Albiez et al. // 4-th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Abstracts, 2000. P. 1 .
2. Agren, K. What is wrong in chronic adenoiditis/tonsillitis immunological factor] K. Agren, K. Lindberg, A. Samulesson et al. // Int J Pediatr Otorhinolaryngol.-1999.-Oct 5; 49 suppl I.-P. 137-9.
3. Aleszc2yk, J. Evaluation of vitamin and immune status of patients with chronic palatal tonsillitis / J. Aleszczyk, W. Mielarijin, T. Chomicz et al]/ Otolaryngol POI.2001-NQ 65-7.
4. Aleszczyk, J. Connection between changing the vitamin and immune status and the character of the throat microflora in patients with chronic tonsillitis / J. Aleszczyk // Otolaryngol Poi.-2003.-N2 221-4.
5. Andratschke, M. Chronic tonsillitis pathogenesis, symptomatology and therapy / M. Andratschke, H. Hagedorn // Fqrtschr Med.-2005.-N2 147(39).-P. 33-4, 36.
6. Baharudin, H. Shahid, M.z. Rhendra 1 1 Med. J. Malaysia.-2006.-N2 61 (3).-P.377-9.
7. Barnas, S. The assessment of chosen results of biochemical and immunologic parameters in patients before and after treatment with chronic tonsillitis / S. Barnas // Otolaryngol Poi.-2002.-NQ 519-20.
8. Baumann, I. Benefit from tonsillectomy in adult patients with chronic tonsillitis / I. Baumann, H. Kucheida, G. Blumenstock et al]/ Eur. Arch. Otorhinolaryngol.-2006.Jun.-N2 556-9.
9. Chole, R. A. Anatomical evidence of microbial biofilms in tonsillar tissues: a possible mechanism to explain chronicity / R. A. Chole, B. T. Faddis // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.-2003,Jun.-N2 634-6. Doi, A. Blood vascular architecture of the palatine tonsil in the musk shrew (*Suncus murinus*):

scanning electron microscopic study of corrosion casts / A. Doi, M. Okano, H. Akagi et al.// Anat. Sci. Int.-2003, Mar.-Ng 780).-P. 62

10. Dost, P. Histological examination following adenoidectomy and tonsillectomy in children. Surprising results are very rare / P. Dost // HNO.-2006, Jan.-M 54(1).-P. 169.

11. Графская Н. А. Отдаленные результаты лечения больных хроническим фарингитом магнитолазерофорезом с гепарином / Графская Н. А // Новости оторинолар. и логопат.-2000.-№ 1 (21).-S. 35-37.

12. Дадвани С.А. Окисляемость липидов плазмы больных ишемической болезнью сердца и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / С. А. Дадвани, А. Л. Сыркин, О. А. Азизова и др. // Кардиология.-2005.- Т. 45.-№ 4.-S. 55-60.

13. Дёмина, Э. Н. Биохимическое исследование микрофлоры ротоглотки у детей с хроническим тонзиллитом / Э. Н. Дёмина, О. А. Кондророва, Н.П. Владимирова // Новости оторинолар. и логопат.-2001 .-№ 2 (26).-С. 115.

14. Дергачев, В. С. Состояние иммуно-эндокринных взаимоотношений у больных хроническим тонзиллитом / В. С. Дергачев, М. А. Рымча, А. В. Эфремов и др. // Новости оторинолар. и логопат. 1997.-№ 4 (12).-S. 50-51.

15. Джамалутдинов, Ю. А. Оценка гуморального звена иммунитета у часто болеющих детей с патологией ЛОР-органов / Ю. А. Джамалутдинов, М. З. Саидов, А. М. Асмалова и др. / Российская оториноларингология-2007.Приложение.- С. 120-126.

16. Дяконов, А. В. Эффективность сочетания общей магнитотерапии и местного магнитолазерного воздействия в консервативном лечении хронического тонзиллита / А. В. Дяконов, Ю. М. Райгородский // Вестн. оторино-лор.-2006.-№ z.-s. 19-22.

17. Эмеляненко, Л. М. Регуляция процессов перекисного окисления липидов при хронических синуситах воздействием гелий-неонового лазера /

- Л. М. Эмеляненко, В. А. Доровских, А. А. БЛОЦКИЙ и др. // Новости оторинолар. и логопат.-1997.-№ 90-91.
18. Ерёмин, М. В. Влияние дисплазии соединительной ткани на течение хронического тонзиллита / М. В. Ерёмин, В. И. Кошел, М. Э. Эвсева // ХВИИ съезд оториноларингологов России: Тез. докл. Нижний Новгород, 2006.-С. 177178.
19. Жуманкулов, М. С. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости: Автореф. дис.канд. мед. наук М. С. Жуманкулов.-Л., 1990.-15 с.
20. Журавлева, К. И. Статистика в здравоохранении / К. И. Журавлева.- М.: Медицина, 1984. 176 с.
21. Заболотный, Д. И. Вопросы иммунодиагностики хронического тонзиллита /
22. Д. И. Заболотный, О. Ф. Мелников, ВВ. Кичук // Вестн. оторинолар.- 1999.-№5.-с. 17-20.
23. Зарубина, И. В. Роль перекисного окисления липидов в механизмах посттравматических серебрастений в эксперименте / И. В. Зарубина,
24. А. С. Ходченков, Ф. Н. Нурманбетова и др. // Медицинский академический журнал. -2005.-т. 5.-№ 1.-С. 62-66.
25. Збычко, Я. Б. Сравнительный анализ тонзиллэктомии и аблации небных миндалин углекислотным лазером / Я. Б. Збычко // Вестн. оторинолар.-2007.-№ 4.-с. 15-17.
26. Збычко, Я. Б. Эффективность применения углекислотного лазера в лечении больных хроническим тонзиллитом / Я. Б. Збычко // Вестн. оторинолар.-2007.№ 5.-с. 57-59.
27. Зубкова, С. М. Состояние антиоксидантной системы крови больных ишемической болезнью сердца при лазеротерапии. / С. М. Зубкова, Э.
28. 30 Иванова, С. З. Полимер дигидрокверсетина из древесины лиственницы / С. З. Иванова, Т. Э. Федорова, Л. А. Остроухова и др. // Химия растительного сырья.2001 4.-с. 21-24.

29. Илларионов, В. Э. Сочетанное магнито-лазерное воздействие на суставы в лечении и профилактике прогрессирования остеоартроза (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. . док. мед. наук.-М., 1990.-27с.
30. Исаев, В. М. Передовые лазерные технологии в оториноларингологии / В. М. Исаев, В. Г. Зенгер, Л. Ю. Мусатенко, и др. // Вестн. оторинолар.-2001 .-№ 5.-С. 33-35.
31. Камычников, В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В. С. Камычников.-М.: МЭДпресс-информ, 2004.920с.
32. Кандауров, И. Ф. Иммунологические аспекты заболеваний верхних дыхательных путей при ревматизме у детей / И. Ф. Кандауров, С.Г. Серебрякова // Новости оторинолар. и логопатол.-1997.-№ 4 (12).-С. 51-52.
33. Караулов, А. В. Клиническая иммунология / А. В. Караулов.- М.: Медицинское информационное агенство, 1999.- 604 с.
34. Конторщикова, К. Н. Влияние низко энергетического лазерного излучения на некоторые метаболические показатели крови постреанимационного периода / К.Н. Конторщикова, С. В. Перетягин // Бюлл. эксп. биол. мед,-1992.-Т.114, № 10.-с. 357-359.
35. Коренченко, С. В. Методы лазерной хирургии небных миндалин / С. В. Коренченко // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической оториноларингологии»: Сб. тр. / Иркутск, 1992.-С. 127128.