

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

МАХКАМОВА Н.Э., ЯКУБДЖАНОВ Д.Д.

**ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА ҲАЛҚУМ
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ**

(МОНОГРАФИЯ)

Тошкент – 2024

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

МАХКАМОВА Н.Э., ЯКУБДЖАНОВ Д.Д.

**ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА ҲАЛҚУМ
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ**

(монография)

Тошкент – 2024

Тузувчилар:

Махкамова Н.Э. - Тошкент давлат стоматология институти, оториноларингология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

Якубджанов Д.Д. - Тошкент давлат стоматология институти, оториноларингология кафедраси ассистенти, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

Рецензентлар:

Маткулиев Х.М. - Тошкент тиббиёт академиясининг оториноларингология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори,

Амануллаев Р.А. - Тошкент давлат стоматология институти, болалар юз-жағ жаррохлиги кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Монографияда танглай туғма кемтиги бўлган болаларда халқумда юзага келадиган патологик жараёнларнинг этиологияси, патогенези, клиник кечиши ҳамда уларни ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар берилган. Муаллифлар томонидан мазкур аномалияда халқумдаги патологик жараёнларда врач-оториноларингологнинг тактикаси ишлаб чиқилган ва келтирилган.

Ушбу монография оториноларингологлар, магистрлар, клиник ординаторлар, шунингдек, умумий амалиёт шифокорлари учун тавсия этилади.

Монография ТДСИнинг умум услубий комиссияси йиғилишида (баённома №__, __ 2024 й.) ва ТДСИнинг Илмий Кенгашида (баённома №__, __ 2024 й.) кўриб чиқилди ва тасдиқланди

ТДСИ Илмий котиби,
т.ф.д., доцент

Юлдашев А.А.

МУНДАРИЖА

	СЎЗ БОШИ	4
	Қисқартмалар рўйхати	6
	КИРИШ	7
1	I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ	10
1.1.	Танглай туғма кемтиги таснифи	13
1.2.	Танглай туғма кемтиги бўлган болаларни даволашнинг замонавий жиҳатлари	14
1.3.	Танглай туғма кемтиги бўлган болаларда ЛОР-аъзолари ҳолати	18
1.4.	Танглай туғма кемтигида ҳалқум-лимфоид ҳалқаси ва ҳалқумнинг ҳолати	23
2	II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ	28
2.1.	Текширилган беморларнинг умумий тавсифи	28
2.2.	Тадқиқот усуллари	33
2.2.1.	Клиник текшириш усуллари	33
2.2.2.	Микробиологик тадқиқотлар	35
2.3.	Комплекс даволаш усуллари	38
3	III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ	42
3.1.	Клиник материал тавсифи	42
3.2.	Танглай ва юқори лаб туғма кемтикли ёки танглай туғма кемтикли болаларда ҳалқум ва ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини эндоскопик текширишнинг ўзига хослиги ва натижалари	52
3.2.1.	Танглай ва юқори лаб туғма кемтикли болаларда ҳалқум ва ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини эндоскопик текширишнинг натижалари	52
3.2.2.	Туғма нуқсонни жарроҳлик даволашдан олдин танглай ва юқори лаб туғма кемтикли ёки танглай туғма кемтикли	54

	болаларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари	
3.2.3.	Туғма нуқсонни жарроҳлик даволашнинг биринчи босқичини (хейлопластика/хейловелопластика) ўтказгандан кейин танглай ва юқори лаб туғма кемтикли болаларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари	57
3.2.4.	Туғма нуқсон бўйича жарроҳлик даволаш – вело-/уранопластикадан сўнг танглай туғма кемтикли беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари	58
3.2.5.	Операциядан кейинги иккинчи гуруҳдаги эрта даврда танглай ва юқори лаб туғма кемтикли бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари	64
3.2.6.	Операциядан кейинги иккинчи гуруҳдаги кечки даврда танглай ва юқори лаб туғма кемтиги бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари	67
3.2.7.	Танглай ва юқори лаб туғма кемтиги бўлган болаларнинг турли даврларида ҳалқум-лимфоид ҳалқаси патологик жараёнларни даволаш	70
3.2.8.	Танглай туғма яширин кемтиги бўлган беморларни эндоскопик текшириш хусусиятлари	71
3.2.9.	Танглай туғма яширин кемтиги бўлган болаларда ЛОР аъзоларини текшириш натижалари	73
3.2.10.	Танглай ва юқори лаб туғма кемтиги ёки танглай туғма кемтиги бўлган болаларда бурун-ҳалқумни микробиологик текшириш	75

4	IV БОБ. АНОМАЛИЯ КОРРЕКЦИЯСИДАН СЎНГ ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ТЕКШИРИШ	84
	Тавсиялар	96
	Адабиётлар рўйхати	97

СЎЗ БОШИ

Ушбу монография отам ва устозим, профессор Махкамов Эргаш

Убайдуллаевичнинг муборак хотираларига бағишланган.

Танглай туғма кемтиги (ТТК) бўлган болаларда ҳаётининг биринчи кунлариданоқ бурун, бурун бўшлиғи, ўрта қулоқ ва ҳалқум-лимфоид ҳалқасида (ХЛХ) сезиларли ўзгаришлар бўлади. Ушбу туғма нуқсонли болаларда ЛОР-аъзолари касалликлари болаликнинг барча даврларида аниқланади [20, 42, 45, 53, 79]. Бу факт шуни кўрсатадики, юз-жағ жарроҳлари томонидан амалга ошириладиган туғма нуқсонларни жарроҳлик даволаш етарли ҳисобланмайди ва беморларнинг ушбу гуруҳида ЛОР-азолари патологиялари муаммосини тўлиқ ҳал қила олмайди.

Кўпинча биз ривожланишида нуқсони бўлган болаларнинг ота-оналари мурожаат қиладиган амбулатория бўғини шифокорларининг муаммонинг патогенезини тушунмаслигига дуч келамиз, шу сабабли бундай беморларни даволашда нотўғри тактика танланади. Бурун-ҳалқум ва танглай муртаги одам организми иммун тизимида муҳим вазифаларни бажаришини ҳисобга олсак, ТТК бўлган болаларда ҳалқум касалликларини даволашда аъзоларни сақловчи, консерватив тактикалар муҳим аҳамиятга эга деб ҳисобланади. Шу билан бирга, ТТК бўлган болаларда ҳалқум касалликларини даволашнинг мавжуд консерватив усуллари ҳар доим ҳам самарали бўлмайди ва бу патологияни даволашда панацея ҳисобланмайди: касалликнинг қайталаниши, маҳаллий ва умумий асоратларнинг юзага келиши қайд этилади. Дори воситалари билан даволаш янги схемалар, дори воситалари, уни таҳлил қилишнинг адекват мезонларини жорий этиш орқали янада такомиллаштиришни талаб қилади. Болаликнинг турли даврларида ТТК бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқасининг муаммоларини батафсил ўрганиш, туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳар бир босқичи ҳалқум ҳолатига қандай таъсир қилишини аниқлаш керак. ТТК бўлган болаларни даволаш учун адекват алгоритм ишлаб чиқиши керак.

Ушбу масалаларни ўрганиш шифокор-оториноларингологларга ТТК бўлган болалардаги муаммоларни эрта босқичда аниқлашга, консерватив ва жарроҳлик даволашни тўғри ва ўз вақтида тавсия қилишга ёрдам беради, бу шубҳасиз болани муваффақиятли реабилитация қилиш имконини оширади.

Бундан ташқари, реконструктив жарроҳлик аралашувлар ва уларнинг сифати танглай-халқум халқаси етишмовчилиги ҳамда нутқни тиклашга таъсири ўрганилмаган. Эрта ташхис қўйиш, ўз вақтида даволаш, танглай-халқум халқаси етишмовчилигига олиб келадиган ЛОР аъзолари патологияларининг олдини олиш ҳам шубҳасиз муҳимдир.

Муаллифнинг ушбу муаммога қизиқиши 20 йилдан ортиқ вақт олдин, клиник ординатурада ишлаганда пайдо бўлган ва туғма танглай ёриғининг операциядан олдинги ва операциядан кейинги асоратларини бартараф этиш, шунингдек, эшитиш қобилиятини тиклаш бўйича олиб борилган тадқиқотлар ва амалиётлар билан янада тасдиқланган.

Вазият аста-секин яхши томонга ўзгариб бораётган бўлса-да, шу билан бирга, ҳозирги кунга қадар туғма танглай кемтигини жарроҳлик йўли билан даволашнинг оқилона тизими ва тузилмаларнинг яхлитлиги ва функцияларини анатомик тиклашга қаратилган реконструктив операциялар учун тактикани танлаш. жараёнида етакчи бўлган велофарингеал ҳалқанинг етишмовчилиги, эшитиш ва нутқ шаклланишига таъсири ҳали етарли даражада тўлиқ кўриб чиқилмаган. Буларнинг барчаси муаллифнинг йигирма олти йиллик амалий тажрибаси ва илмий изланишларини жамлаган ҳамда таклиф этилаётган ишнинг зарурлиги ва долзарблигини исботлайди.

Муаллиф ушбу ишда қайд этилган фикрлар, мулоҳазалар, шунингдек, хатолар учун жуда миннатдор бўлади.

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

БЁБ	–	бурун ёндош бўшлиқлари
БТК	–	юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама тўлиқ кемтиги
БХ	–	бурун-ҳалқум
БХС	–	бурун-ҳалқум соҳаси
ИТК	–	юқори лаб ва танглайнинг икки томонлама тўлиқ кемтиги
КТ	–	компютер томография
ЛТТК	–	лаб-танглай туғма кемтиги
ТМ	–	танглай муртаклари
ТТК	–	танглай туғма кемтиги
ТТЯК	–	танглай туғма яширин кемтиги
ТХЕ	–	танглай-ҳалқум етишмовчилиги
ТХС	–	танглай-ҳалқум соҳаси
ТХҲ	–	танглай-ҳалқум ҳалқаси
ХВП	–	хейловелоластика
ХП	–	хейлоластика
ХРП	–	хейлориноластика
ЧТК	–	чегараланган танглай кемтиги
ЮНЙ	–	юқори нафас йўллари
ЮТП	–	юмшоқ танглай пластикаси
ҚТП	–	қаттиқ танглай пластикаси
ҲЛТ	–	ҳалқумнинг лимфаденоид тўқимаси
ҲЛҲ	–	ҳалқум-лимфоид ҳалқаси
ҲМ	–	ҳалқум муртаги
ҲОД	–	ҳалқум орқа девори

КИРИШ

Танглай туғма кемтиги (ТТК) бўлган болалар муаммоларига бағишланган бир нечта нашрларда ЛОР аъзоларидаги яққол ўзгаришлар баён этилган [4, 27, 30, 57, 75, 98]. Хаётининг биринчи кунлариданоқ болада бурун, бурун бўшлиғи, ўрта кулоқ ва ҳалқум-лимфоид ҳалқасида (ХЛХ) сезиларли ўзгаришлар бўлади [8, 13, 57, 78, 124]. Ушбу туғма нуқсонли болаларда ЛОР-аъзолари касалликлари болаликнинг барча даврларида аниқланади [20, 42, 45, 53, 79]. Бу факт шуни кўрсатадики, юз-жағ жарроҳлари томонидан амалга ошириладиган туғма нуқсонларни жарроҳлик даволаш етарли ҳисобланмайди ва беморларнинг ушбу гуруҳида ЛОР-аъзолари патологиялари муаммосини тўлиқ ҳал қила олмайди.

Кўпинча биз ривожланишида нуқсони бўлган болаларнинг ота-оналари мурожаат қиладиган амбулатория бўғини шифокорларининг муаммонинг патогенезини тушунмаслигига дуч келамиз, шу сабабли бундай беморларни даволашда нотўғри тактика танланади. Бурун-ҳалқум ва танглай муртаги одам организми иммун тизимида муҳим вазифаларни бажаришини ҳисобга олсак, ТТК бўлган болаларда ҳалқум касалликларини даволашда аъзоларни сақловчи, консерватив тактикалар муҳим аҳамиятга эга деб ҳисобланади. Шу билан бирга, ТТК бўлган болаларда ҳалқум касалликларини даволашнинг мавжуд консерватив усуллари ҳар доим ҳам самарали бўлмайди ва бу патологияни даволашда панацея ҳисобланмайди: касалликнинг қайталаниши, маҳаллий ва умумий асоратларнинг юзага келиши қайд этилади. Дори воситалари билан даволаш янги схемалар, дори воситалари, уни таҳлил қилишнинг адекват мезонларини жорий этиш орқали янада такомиллаштиришни талаб қилади. Болаликнинг турли даврларида ТТК бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқасининг муаммоларини батафсил ўрганиш, туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳар бир босқичи ҳалқум ҳолатига қандай таъсир қилишини аниқлаш керак. ТТК бўлган болаларни даволаш учун адекват алгоритм ишлаб чиқиши керак. Ушбу масалаларни ўрганиш шифокор-оториноларингологларга ТТК бўлган

болалардаги муаммоларни эрта босқичда аниқлашга, консерватив ва жарроҳлик даволашни тўғри ва ўз вақтида тавсия қилишга ёрдам беради, бу шубҳасиз болани муваффақиятли реабилитация қилиш имконини оширади.

ТТК бўлган болаларда ҳалқум патологияси муаммоси бўйича адабиётлардаги маълумотларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, жарроҳлик аралашувнинг давомийлиги ва туридан қатъий назар, танглай пластикасида инфекция юқишини олдини олиш ва уларни механик шикастланишдан ҳимоя қилиш чораларини кўриш керак.

Ҳозирги вақтда ТТК бўлган болаларни комплекс реабилитация қилиш учун ягона даволаш тактикаси мавжуд эмас. Шунинг таъкидлаш лозимки, ҳозирги кунга қадар клиник амалиётда ТТК бўлган, хусусан, ҳалқум патологияси бўлган болаларнинг ЛОР-аъзоларига етарлича эътибор берилмайди. Ҳалқумдаги ўзгаришлар динамикасини тавсифловчи объектив тестлар ишлаб чиқилмаган. Бугунги кунга қадар педиатрлар, юз-жағ жарроҳлари, оториноларингологлар, логопедлар ва сурдологларнинг ушбу гуруҳдаги болаларни кузатиш бўйича ҳаракатлари аниқ мувофиқлаштирилмаган. Одатда, ушбу гуруҳ болаларини даволашда барча эътибор туғма нуқсонни бартараф этишга қаратилган бўлиб, юз-жағ жарроҳлари ЛОР-аъзоларининг мавжуд ўзгаришларига етарлича эътибор бермайдилар, ушбу болаларни текширувга йўлламайдилар.

Шу муносабат билан, танглай-ҳалқум ҳалқаси бузилишларини олдини олиш мақсадида ҳалқум функциясини баҳолаш учун текшириш ва тестларни ишлаб чиқишнинг объектив усуллари танлаш зарурати туғилади. Ҳалқум патологиясини эрта ташхислаш усуллари излаш, асослаш ва ишлаб чиқиш, бурун-ҳалқум ҳалқасининг етишмовчилигига олиб келадиган омилларни бартараф этиш учун комплекс даволаш ва олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш оториноларингологиянинг долзарб вазифалари ҳисобланади.

Монографиянинг мақсади - туғма танглай кемтиги бўлган болаларда ҳалқум патологиясини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш ва профилактика чораларини ишлаб чиқишга қаратилган.

Оториноларингология ва болалар жарроҳлик стоматологияси мутахассислиги магистрлари ва клиник ординаторларини тайёрлаш жараёнига ҳалқум ҳолатини баҳолаш протоколларини жорий этиш.

Биз томонимиздан ишлаб чиқилган ТТК бўлган болаларни даволаш-ташхислаш алгоритми амбулатория ва стационарда оториноларингологлар томонидан ушбу гуруҳдаги беморларда ҳалқум патологиясини эрта ташхислаш учун ишлатилиши мумкин.

Тадқиқотда қўлланилган замонавий, синовдан ўтган бир-бирини тўлдирувчи диагностик ва статистик усуллар, беморларнинг етарли сони, олинган натижаларнинг назарий ва амалий ҳисоб-китобларга мувофиқлиги, олинган натижаларни хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, хулосалар, олинган натижаларни ваколатли органлар томонидан тасдиқланганлиги билан тасдиқланади.

ТТК бўлган беморларда унинг даражасига қараб нафас олиш, нутқ ва эшитиш бузилишларини тиклашнинг терапевтик тактикаси ишлаб чиқилди.

Маҳаллий комплекс даволашнинг ишлаб чиқилган схемаси ТТК бўлган болаларда ҳалқум касалликларини мақсадли даволашга имкон беради, жараённинг сурункали шаклга ўтишига олиб келадиган асоратларни камайтиришга ва ушбу касалликларга чалинган болаларнинг реабилитация даражасини оширишга ёрдам беради.

ТТК бўлган болаларда маҳаллий-патологик, лаборатория, функционал хусусиятларини инобатга олган ҳолда ҳалқум касалликларини маҳаллий комплекс даволаш касаллик рецидивлари сонини камайтириш орқали даволаш натижаларини яхшилайдди.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

Танглай туғма кемтиги тиш-жағ тизимининг энг кўп учрайдиган туғма патологияси ҳисобланади [9; б. 54-55, 44; б. 50-54, 131; б. 201-208, 123; б. 19-24], организм анатомик ва функционал бузилишларининг оғирлик даражаси бўйича эса, у туғма аномалияларнинг энг оғир турларига киради [118; б. 6].

S. Singla ва ҳаммуаллифлар (2014) маълумотларига кўра, АҚШда бундай патологияси бўлган болаларнинг туғилиш частотаси 700-850 та янги туғилган чақалоққа биттани ташкил этади, бу бошқа бир қатор мамлакатлардаги маълумотларга мос келади [125; б. 585-592, 128; б. 940-943, 117; б. 95-96]. Танглай туғма кемтиги бутун туғма юз-жағ патологиясининг 70-90% ни ташкил қилади [105; б. 159-167, 108; б. 44-48, 101; б. 168-178].

Аксарият мутахассисларнинг фикрига кўра, лаб ва танглайнинг туғма кемтиги бўлган кўп болаларда асосий нутқли ташхис ринолалия бўлиб, унда нутқ товуш талаффузининг турли даражали бузилишлари билан тавсифланади. Туғма патологияси бўлган болаларда товушларнинг барча гуруҳлари, айниқса ҳуштаксимон ва шивирлаш, аффрикат ва сонор товушларнинг бузилиши кузатилади [Пулатова Б.Ж. ва бошқ., 2018]. Шунга қарамай, ҳозирги кунга қадар юқори лаб ва танглайнинг туғма бир томонлама кемтиги бўлган болаларни, юз-жағ соҳасининг ёндош патологиясига қараб, комплекс даволаш динамикасида нутқ бузилишлари масалалари етарлича батафсил кўриб чиқилмаган.

Мутахассисларнинг аксарияти замонавий тадқиқот усулларини кейинчалик таҳлил қилиш билан қўллаш тўғри ташхис қўйиш ва даволашнинг ижобий натижасини башоратлашга имкон беради деб ҳисоблашади [4; с. 262, 8; б. 37-39, 7; б. 42-45, 10; б. 20-22, 11; 57-59, 49; б. 74-79, 12; б. 114-117]. Танглай туғма кемтиги бўлган болаларда кранио-фациал комплекснинг хусусиятларини, тиш ёйлари ва жағларнинг тузилишини ҳисобга олган ҳолда, маълум бўлган ташхисот усулларининг аксарияти аниқлаштириш ва тўлдиришни талаб қилади.

Танглай туғма кемтиги бўлган болаларни комплекс даволаш стоматологиянинг долзарб муаммоси бўлиб, бу нафақат патологиянинг кенг тарқалганлиги, балки юзнинг яққол деформацияси билан ҳам боғлиқ бўлиб, унда юқори жағ бўлаklarининг фазовий силжиши, тери анатомик чизиқларининг вертикал дисбаланси, бурун қанотлари тоғайларининг ассиметрик ҳолати, тиш қаторларининг патологик окклюзияси аниқланади [5; б. 37, 16; б. 40-44].

Гуманитар парадигмада юз-жағ соҳасида туғма патология бўлган болаларнинг реабилитацияси ўзига хос хусусиятлар ва муаммоларни тушуниш зарурлигига асосланади. Ҳозирги вақтда имкониятлари шартли чекланган одам нафақат тиббий ва ижтимоий-педагогик ёрдам ва ғамхўрлик объекти, балки атрофдаги жамиятнинг фаол субъекти сифатида ҳам кўриб чиқилиши керак, бу унинг ўзини максимал даражада англаши ва жамиятга кўшилиши учун шароит яратади, бу эса ушбу муаммони янада долзарблаштиради [6; с. 42-43].

M.Abdel-Aziz (2012) [74; с. 528-532] ва P.G.Morsellib ва ҳаммуаллифлар (2012) [111; с. 434-441] маълумотларига кўра, охирги йилларда дунёнинг турли бурчакларида танглай туғма кемтигини енгил турлари кўпайган. Хусусан, бурун қанотининг текисланиши, Купидон камонининг деформацияси, бурун тўсиғининг қийшайиши, ноксимон тешик четининг гипоплазияси, қозиқ тишнинг ротацияси, тилчанинг кемтиги ва бошқалар билан намоён бўладиган туғма кемтикнинг микробелгилари бўлган ҳолатлар кўпаймоқда [59; б. 74-77, 124; б. 506-508]. Шундай қилиб, танглай туғма кемтиги энг кўп учрайдиган ривожланиш нуқсонларидан бири бўлиб, ушбу патологияга эга болаларнинг туғилиш частотаси ортиб бормоқда. Бунда унинг эмбрионал даврда юз скелети ривожланиш босқичларига асосланган пайдо бўлиш ва ривожланиш механизми ҳали батафсил ўрганилмаган.

Адабиётларда ушбу патологияни юзага келтирадиган кўплаб омиллар баён этилган. Ушбу масалани тўлиқ тушуниш ва ушбу туғма нуқсонни кўп келтириб чиқарадиган омилни аниқлаш имкони ҳали ҳам мавжуд эмас.

Бироқ, кўплаб муаллифлар ушбу патология пайдо бўлишининг асосий сабаби, шунингдек, ТТК ва бошқа ривожланиш нуқсонлари бўлган чақалоқлар сонининг кўпайиши экологик вазиятнинг ёмонлашуви деб ҳисоблашади [47]. Белорусия Республикасида ушбу патологияга эга болалар туғилиши кўпайишини 1986 йилдаги Чернобил АЭСидаги авария билан боғлашади. Статистикага кўра, Белорусия Республикасининг ҳар бешинчи аҳолиси Чернобил АЭСидаги авариядан азият чекишган.

Қуйида юз-жағ соҳасидаги ривожланиш нуқсонларининг пайдо бўлишига олиб келадиган этиологик омиллар келтирилган [2, 6, 16].

Экзоген сабаблар:

Жисмоний омиллар:

- механик (ўтказилган абортлар, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, бачадон ўсмалари, кўп ҳомилали ҳомиладорлик, ҳомиладорликнинг биринчи ойларида онанинг жароҳати ва ҳ.к.).

- термик (гипертермия)
- ионлаштирувчи нурланиш (ташқи ва ички)

Кимёвий омиллар:

- гипоксия (анемия, ҳомиладор аёлларда токсикоз, бачадондан қон кетиши, сурункали алкоголизм ва ҳ.к.).

- нотўлиқ ва мувозанатсиз овқатланиш
- гормонал номутаносибликлар (қандли диабет, ҳомиладор аёллардаги қалқонсимон без касалликлари, фенилкетонурия)
- тератоген заҳарлар (бензин, формалдегид, оғир металллар тузлари, азот оксиди, симоб буғи, спирт ва ҳ.к.).

- дори моддалари (кимёпрепаратлар, буйрак усти беги пўстлоғи гормонлари, инсулин, А витамини, салицилатлар, диазепам ва ҳ.к.).

Биологик омиллар:

- вируслар (қизилча, қизамиқ, цитомегаловирус, оддий герпес, эпидемик паротит, сувчечак)
- бактериялар ва уларнинг токсинлари

- содда жониворлар

Рухий омиллар (гиперадреналемияни келтириб чиқарадиган)

Эндоген сабаблар:

- патологик ирсият (доминант ёки рецессив йўл билан)
- жинсий ҳужайраларнинг биологик заифлиги (нотўғри турмуш тарзи; зарарли одатлар: спиртли ичимликлар, чекиш, гиёҳванд моддалар)
- ота-оналарнинг ёши ва жинси таъсири

Юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта омилларнинг ҳомилага таъсири натижасида туғма нуқсон юзага келади деб ҳисобланади, хусусан, юқори лаб ва танглай ўсмай қолади.

1.1. Танглай туғма кемтиги таснифи

Туғма кемтикларнинг морфологик хилма-хиллиги уларни битта нозологик шаклда тизимлаштириш зарурлигини белгилайди. Маҳаллий ва хорижий муаллифлар бир қатор таснифларни таклиф қилишган [93; б. 761-767, 102; б. 48-50, 113; б. 469-481]. Шаклларининг хилма-хиллиги, патологиянинг оғирлиги ва турли хил ёндош ҳолатлар барча вариантларни алоҳида ҳисобга олишни қийинлаштиради.

Танглай туғма кемтиги қисман лаб кемтигидан то тўлиқ лаб кемтигигача ёки бир томонлама, икки томонлама (нуқсон юқори лабни, қаттиқ ва юмшоқ танглайни қамраб олади) бўлиши мумкин. Танглай кемтиги чегараланган ҳолда учраши мумкин, яъни нуқсон қаттиқ ва юмшоқ танглайни ёки фақат юмшоқ танглайни қамраб олади [19; б. 306-310, 94; б. 1386-1389, 112; б. 2248-2257].

Адабиётларда юз суяклари нуқсонларининг турли таснифлари мавжуд бўлиб, уларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин. Бу таснифлар қуйидагилардир:

- юз ва жағлар ривожланиши туғма нуқсонининг анатомио-топографик хусусиятларини акс эттирувчи;
- органнинг эмбриологик ривожланиш маълумотларига асосланувчи;
- анатомио-топографик ва эмбриологик маълумотларни бирлаштирувчи.

Муаллифларининг фикрига кўра [14], энг мақбул ва истикболли тасниф эмбрион-патогенетик тамойилга асосланган ТТК таснифлари ҳисобланади.

Унинг мезони - юқори жағ алвеоляр ўсиғининг бутунлиги ҳисобланади. Ушбу тамойилга кўра, танглай кемтиги иккига бўлинади: тўлиқ ва нотўлиқ – чегараланган.

Л.Е. Фролова [26; б. 8, 79; б.175-188] нинг батафсил таснифи алоҳида амалий аҳамиятга эга, у ёриқлик даражасини кўрсатувчи кемтиклар шаклига қараб фарқлашни ўз ичига олади, деформациянинг катталиги ва табиатини акс эттиради.

Биз ишимизда Ад.А. Мамедов (1998) томонидан таклиф қилинган туғма юқори лаб ва танглай кемтигининг клиник-анатомик таснифлаш схемасидан фойдаландик. Мавжуд таснифлардан фарқли ўлароқ, ТТК нинг тавсия этилган схемаси (тизимлаштириш) амалда патологиянинг ҳар бир вариантида комплекс ёндашувни режалаштириш ва бутун реабилитация жараёнининг ҳажми ва тактикасини аниқлаш имконини беради [26; б. 8].

1.2. Танглай туғма кемтикли болаларни даволашнинг замонавий жиҳатлари

Гуманитар парадигмада юз-жағ соҳасида туғма патологияси бўлган болаларнинг реабилитацияси ўзига хос хусусиятлар ва муаммоларни тушуниш заруриятига асосланади. Ҳозирги вақтда имкониятлари шартли чекланган одам нафақат тиббий ва ижтимоий-педагогик ёрдам ва ғамхўрлик объекти, балки атрофдаги жамиятнинг фаол субъекти сифатида ҳам кўриб чиқилиши керак, бу унинг ўзини максимал даражада англаши ва жамиятга қўшилиши учун шароит яратади, бу эса ушбу муаммони янада долзарблаштиради [3; б. 410-411, 55; б. 78-81].

Беморларнинг ушбу тоифасини реабилитация қилишда муҳим жиҳатлардан бири операция учун оптимал ёшни аниқлашдир, унинг муддати турли муаллифларда жуда ҳар хил ва энг мунозарали масаладир [1; б. 57-60, 92; б. 293-300, 103; б. 71-77]. Бемор боланинг ёшидан қатъий назар,

жарроҳнинг олдида турган асосий вазифа қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг анатомик ва функционал фаолиятини тиклаш ҳисобланади. Бунда танглай юмшоқ тўқималарининг пластиклиги ҳам кам аҳамиятга эга эмас, у янги туғилган чақалоқларда ва болалар ҳаётининг биринчи ойларида яққолроқ намоён бўлади [107; б. 48-51, 130; б. 81-87]. Танглай юмшоқ тўқималарининг пластиклиги боланинг ёшига қараб кескин ўзгаради, чунки улар яллиғланиш-дистрофик ўзгаришларга учрайди [100; б. 468-472, 110; б.321-325, 122; б. 147-152, 114; б. 305-312].

I.G.Bazina (2015) ва M.P.Carlisle (2011) томонидан ўтказилган тадқиқотлар ЛТТКли болаларда эрта ёшда ороназофарингеал соҳа тўқималари соғлом болаларникидан фарқ қилмаслигини кўрсатди [83; б.39, 88; б.763-766]. Муаллифларнинг маълумотлари С.Ненгу (2014) кузатувлари билан бир қаторда танглай кемтиги бўлган болаларни эрта жарроҳлик даволаш кўрсатмаларини аниқлаш учун зарур шартлардан бири ҳисобланади [97; б.1276-1288].

ТТКда анатомик тузилмалар бутунлигини турли хил тикловчи операциялар ёрдамида тиклаш мумкин. Лаблар, қаттиқ ва юмшоқ танглай нуқсонларини пластик жарроҳлик усули асосан эрта болалик даврида қўлланиладиган “енгил” ва “радикал” усулларни ўз ичига олади [13; б.64-73, 39; б.10, 53; б. 14-15, 132; 8].

Сўнгги йиллардаги нашрлар ТТКли беморларни жарроҳлик даволаш сифатини яхшилашга бўлган уринишлардан далолат беради. Жарроҳлик реабилитация босқичларида ТТКни даволаш усуллари ва тактикаларининг кўплаб янги модификациялари таклиф қилинган [73; б. 4-6, 75; б. 1349-1354, 76; б. 78-84, 635; б. 23-25, 40; б. 16, 44; б. 50-54, 95; б. 878-885, 99; б. 135-138, 106; б. 381-391, 119; б. 39-43, 127; б. 909-914].

Эрта операциядан кейинги яхши функционал натижалар ҳақидаги маълумотлар И.В. Нестерева ва ҳаммуаллифлар томонидан баён этилган (2020) [115]. Ушбу муаллифларнинг фикрларига кўра, танглай кемтигини бола 12 ойлик бўлганда операция қилиш керак, яъни гапириш нутқининг

бошланишига камида 6 ой вақт қолиши керак. Тадқиқот натижаларига кўра, 6 ёшгача операция қилинган беморларда нутқнинг тўлиқ тикланиши, 6-12 ёшда фақат ярмида ва 12 ёшдан кейин - 20% ҳолларда тўлиқ тикланиш кузатилган. Бола ҳаётининг биринчи йилида юмшоқ танглайда бирламчи пластик жарроҳлигини амалга оширишга асосланган E.Ju. Radtsig усули тиббий амалиётда кенг қўлланилади. Муаллифнинг фикрича, бундай пластик жарроҳлик юқори жағ ва юз суякларининг нормал ўсишига ёрдам беради, бундан ташқари, қаттиқ танглайда нуқсон қолганига қарамай, нутқ аниқ шаклланишига эришиш мумкин. Қаттиқ танглайдаги ёриқ 12-14 ёшда, жағларнинг нормал ўсиши асосан тугалланганда операция қилинади.

M. Aksu, T. Taner, P. Sahin-Veske, I. Kocadereli, E. Konas, M.E. Mavili (2012), юмшоқ танглайнинг бирламчи эрта пластик жарроҳлик амалиётидан сўнг болаларни текшириш асосида, фақат танглайнинг тор кемтигида юқори жағ деформациясини олдини олиш мумкинлигини аниқлади. Шунингдек, у юмшоқ танглайнинг эрта функционал юкламаси нутқ функциясининг ривожланишига ижобий таъсир кўрсатишини таъкидлайди [77].

Б.Ж. Пулатова (2018), Н.Э. Махкамова (2018) ўз кузатишларида танглай кемтиги бўлган беморларда танглай ва ҳалқум мушакларининг хронаксияси сезиларли даражада кучайишини таъкидлайдилар, бу катта ёшдаги болаларда кўпроқ намоён бўлади [10; б. 20-22, 26; б.11].

Қаттиқ танглай пластикасининг кўплаб усуллари таҳлил қилиш бизга ТТКни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий усуллари ўзининг техник жиҳатдан мураккаблиги, катта ҳажмли манипуляциялари ва юқори травматизми туфайли ҳали эрта жарроҳлик даволашга қўйиладиган функционал талабларга жавоб бермайди деган хулосага келишимизга имкон беради. Бу, биринчи навбатда, ТТК нинг пластик ёпилишига турли хил ёндашувлар билан боғлиқ.

Бундан ташқари, боланинг ўсиши ва ривожланиши жараёнида ТТКли болаларни тиббий реабилитация қилиш масалалари тўлиқ ҳал этилмаган ва туғма танглай кемтиги бўлган беморларни даволашнинг жарроҳлик

усулларини ўзгартириш муаммоси ҳалигача тугамаган, даволашнинг ўзи эса, тиббиёт фани ютуқлари ва замонавий технологиялар асосида мунтазам такомиллаштирилиб борилмоқда [23; б. 35-39, 78; б.1327-1333, 104; б. 1237-1244].

Бунда юзнинг туғма нуқсонлари бўлган болаларни комплекс даволаш нафақат лаблар ва танглайдаги нуқсонларни бартараф этиш, балки баркамол, соғлом боланинг ривожланиши учун шарт-шароитларни таъминлашни ҳам ўз ичига олади.

Танглай туғма кемтиги бўлган болаларни реабилитация қилиш сифати реабилитация жараёнида иштирок этадиган ва тегишли стандарт билан белгиланадиган мутахассисларнинг, яъни юз-жағ жарроҳи, шифокор-ортодонт, ЛОР-шифокори ва логопедларнинг баҳолашлари асосида аниқланади. Диспансер кузатуви босқичларида, кўрсатмаларга кўра, қўшимча тиббий-педагогик консултациялар ўтказиш, реабилитация режасини коррекциялаш, ҳукукий, психологик, ижтимоий таъминот бўйича маслаҳат олиш учун мутахассисларни жалб қилиш мумкин. Бугунги кунга қадар вилоят ихтисослаштирилган диспансеризация маркази шароитида танглайнинг туғма кемтиги бўлган болаларни комплекс реабилитация қилиш босқичларини замонавий ташхислаш усуллари ва уларни амалга ошириш муддатлари аниқ асосланмаган.

Шундай қилиб, ТТКни даволашнинг жарроҳлик усуллари бўйича адабиётларда мавжуд бўлган маълумотларни сарҳисоб қилар эканмиз, шуни таъкидлаш керакки, туғма нуқсоннинг шакли ва оғирлигига қараб, ТТКни бартараф қилишнинг оптимал усули ҳар бир ҳолатда анатомо-функционал бузилишларни коррекциялаш, жарроҳлик аралашуви усулларининг мавжудларини ва уларнинг муддатларини модернизация қилиш ва янгиларини ишлаб чиқиш учун шароитларни ижодий излашни талаб қилади [24; б. 15-18, 46; б. 36-42, 72; б. 517-518, 80; б. 49-52].

1.3. Танглай туғма кемтикли болаларда ЛОР аъзоларининг ҳолати

Танглай кемтиги билан туғилган болалар ҳаётининг биринчи кунлариданоқ ноқулай шароитда бўлади, чунки уларда нафас олиш, сўриш, ютиш, кейинчалик боланинг ривожланиши давомида нутқ, эшитиш, чайнаш, хидлаш ва бошқа функциялари бузилади. Ёш катталашган сари боланинг руҳий ҳолатида ҳам ўзгаришлар бўлади, яъни одамларга қўшилмаслик, ўзларини камситиб, бошқалардан паст тутиши ва ақлий ривожланишда орқада қолиш бўлиши мумкин [36; б. 145-146, 57; б. 86-87].

Танглай туғма кемтиги бўлган болаларда оғизда герметикликнинг бўлмаслиги ёки етарлича бўлмаслиги сабабли сўриш функцияси бузилади. Натижада, бола онанинг кўкрагини олмайди ёки эмиш пайтида тез чарчайди, тўйиб овқатланмайди, бу эса боланинг жисмоний ривожланишининг кечикишига, гипотрофия, рахит ва бошқаларга олиб келади [38; б. 368-370, 109; б. 246-252].

Оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиғининг қўшилиб кетганлиги, шунингдек оғиз бўшлиғида герметикликнинг йўқлиги сабабли танглай кемтиги бўлган болаларда ютиш функцияси бузилади. Биринчидан, ютиш пайтида овқат бурун бўшлиғига тушади, бу бурун-ҳалқумда сурункали яллиғланиш жараёнларининг (сурункали ринит, бурун чиғаноқларининг гипертрофияси, синусит, сурункали тонзиллит, евстахиит, аденоидлар ва бошқ.) ривожланиши учун шароит яратади. Иккинчидан, ютиш пайтида овқатнинг нафас олиш йўллариغا аспирацияси кузатилиши мумкин, бу уларда яллиғланиш касалликларининг ривожланишига, ўлим хавфи юқори бўлган аспирацион пневмонияга олиб келиши мумкин [68; б. 20-23, 133; б. 92-101]. Шунини таъкидлаш керакки, лаб ва танглай кемтиги бўлган болалар тезда патологик ҳолатга мослашади ва вақт ўтиши билан овқатланиш пайтида катта ноқулайлик туғдирмайди. Бироқ, лаб ва танглай кемтиги бўлган болаларда ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб нафас олиш ва ютишнинг бузилиши ушбу болаларда соғлом болаларга қараганда ёндош патология анча

юқори даражада бўлишига олиб келади, бу айниқса бола ҳаётининг биринчи 6 ойида яққол намоён бўлади [116; б. 83-92].

Лаб ва танглай кемтиги бўлган болаларда нутқ функциясининг бузилиши оғиз бўшлиғининг бурун бўшлиғи билан қўшилганлиги, лаблар ва танглай-ҳалқум клапанининг ёпилмаслиги, танглайнинг калталашиши, ҳалқум ҳалқасининг кенгайиши, тишловнинг ўзгариши, оғиз ва бурун бўшлиқлари ва бурун ёндош бўшлиқлари резонатор хусусиятининг ўзгариши ва бошқалар билан боғлиқ. Бу болаларда нафас чиқаришнинг заифлиги сабали нутқ секин ва нотиниқ бўлиб, яққол димоғда гапиради (очик ринолалия), бунда димоғдан гапириш даражаси бурун ва бурун-ҳалқум бўшлиғи кемтиги ва ҳажми катталигига қараб белгиланади. Агар бурун-ҳалқум аденоид тўқима билан, бурун бўшлиғи эса гипертрофияланган бурун чиғаноқлари билан тўлган бўлса, димоғда гапириш камроқ сезилиши мумкин [121; б. 227-234]. Очик ринолалиядан ташқари, танглай, танглай-тил шивирлаш ва бошқа товушларни талаффуз қилишда артикуляция бузилиши қайт этилган. Бундан ташқари, кўпинча юз мимика мушакларининг ноихтиёр қисқариши кузатилади, гўё маълум товушларнинг талаффузини осонлаштиради.

М. Celikoglu ва ҳаммуаллифлар (2014) фикрларига кўра, болаларда ЛТТК нинг мавжудлиги – бу нутқнинг бузилиши ва нутқ ривожланиши кечикиши хавфидир [90; б. 780-786].

Кемтик танглай бўлган беморларда вело-фарингеал тизим ва эшитиш бузилган бўлади. М.Р. Karnell (2011) танглай кемтиги бўлган беморларда бирламчи, иккиламчи ва учламчи даражали нутқ бузилишлари тизимини тақдим этди [101; б. 168-178]. Бирламчи нутқ бузилишлари вело-фарингеал клапаннинг етишмовчилиги туфайли юзага келади, бунинг натижасида гиперназаллик пайдо бўлади. Иккиламчи нутқ бузилишлари текис, бурун ва фарингеал товушлар натижасида ривожланади. Учламчи даражали нутқ бузилишлари - бирламчи ва иккиламчи нутқ бузилишлари туфайли гипер ва гипофункционал дисфониядир.

Д.А.Мусаходжаева, С.Г. Шаропов (2019) маълумотларига кўра, ТТК бўлган болаларда кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари танглай кемтиги бўлмаган болаларга қараганда 10 барабар кўп учрайди [44; б. 50-54.].

Семенченко ва ҳаммуаллифлар (1977) ТТКли беморларда эшитиш қобилятини аниқлаш бўйича фундаментал тадқиқотлар ўтказди ва ЛОР касалликлари, одатда, 3 ёшгача учраганлиги ва ёндош касаллик бўлмай, ТТК патологиясининг ажралмас қисми эканлигини таъкидлади [26; б. 19].

И.В. Нестерева (2020) маълумотларига кўра, ТТК бўлган болаларнинг 57%да юқори нафас йўллари ва нафас олиш органлари касалликлари бўлади. Пневмония, бронхит, назофарингит, ўрта отитнинг учраш частотаси йилига 5 мартагача бўлди [48; б. 117-126, 65; б. 65-70, 66; б. 84-89].

Е.Ј. Caterson (2014), N.L. Harman (2015), М.Р. Богомилский ва ҳаммуаллифлар (2017) ва Н.Э. Махкамова, Ш.К. Мусашайхова (2019) маълумотларига кўра, ТТК бўлган болаларда гепатохолецистопанкреа-дуоденал зонанинг турли ёндош патологиялари, метаболик эндокрин касалликлар, ревматик касалликлар, буйраклар, сийдик йўллариининг йирингли-яллиғланиш касалликлари аниқланган. Уларнинг фикрича, қон касалликларининг (турли генезли анемия, орттирилган ва аутоиммун тромбоцитопатиялар, гематобластозлар) дебюти ҳам бўлиши мумкин [32; б. 108, 36; б. 145-146, 56; б. 13-14, 84; б. 1052, 89; б. 2160-2163, 96].

Фақат лабларида кемтиклар бўлган болаларда ЛОР аъзолари касалликлари камроқ учрайди [129]. Туғма лаб кемтиги, туғма танглай кемтиги ва туғма танглай ва лаб кемтиги бўлган гуруҳларда ЛОР патологияси бўлган беморлар сонининг нисбати мос равишда 1:2:4 ни ташкил этди [91].

Юқори нафас йўллариининг юзага келадиган яллиғланиш касалликлари бола организмнинг номахсус чидамлилигини ўзгартиради [82; б. 101, 63; б. 68-72].

М.С. Савенкова (2013) ва бошқ., И.А. Снимщикова (2018) ва бошқалар, беморнинг ёши катталашиши билан маҳаллий антибактериал ҳимоя

тизимида етишмовчилик белгилари: сўлакда лизоцим концентрациясининг пасайиши, IgA ва IgG даражасининг ошиши аниқланганлигини таъкидладилар [20; б. 58-62, 42; б. 90-99, 45; б. 26-30, 61; б. 26-31].

Маҳаллий ҳимоя омилларини ўрганар экан, Э.У. Махкамов (1981) ва Д.М.Дусмухамедов (2019) ТТК бўлган болаларда туғилишдан бошлаб 6 ойликкача бўлган даврда сўлак лизоцими физиологик меъёрга деярли тўғри келишини ва икки ёшдан бошлаб унинг концентрацияси пасайишини таъкидлади [36; б. 20, 67; б. 119-121].

Н.Э. Махкамова (2014) танглай туғма кемтиги бўлган беморларда бурун-халқумдаги морфологик ва функционал ўзгаришлар эшитув найчаларининг бузилишига олиб келувчи омиллар бўлиб, мукосекретор кулоқ касалликлари ва унинг асоратларига олиб келишини аниқлади [25; б. 71-73]. Эшитув найининг дисфункцияси натижасида кулоқнинг мукосекретор касалликларининг ривожланиши аста-секин кондуктив эшитиш бузилишига олиб келади [29; б. 346-347].

Н. Mohd Ibrahim, F.H. Mohamed Yusoff, K. Ahmad, S. Van Dort (2015) танглай туғма кемтиги бўлган болаларнинг ретроспектив таҳлилида ўрта кулоқдаги бузилишларни аниқлади: эффузия кўринишидаги Евстахийев найчасининг дисфункцияси, ретракция чўнтаклари, адгезиялар ва оссикуляр эрозиялари, бу қайтмас асоратларнинг олдини олиш учун эрта жарроҳлик аралашувни талаб қилади [110; б. 321-325].

P.G. Morselli, V. Pinto, L. Negosanti, A. Firinu, E. Fabbri (2012) ўз тадқиқотларида m. tensor veli palatine босимининг ўзгариши интравеляр велоластикадан сўнг эшитув найчаси функциясини яхшилади [111; б. 434-441].

I. Smillie, S. Robertson, A. Yule, D.M. Wynne, C.J. Russell (2014) ўз тадқиқотларида Евстахийев найчасининг фарингеал қисми деярли барча беморларда танглай мушакларининг латерал қисми билан механик тўсилганлигини аниқлади [128; б. 940-943]. Механик обструкция даражаси

кемтикларнинг оғирлигига боғлиқ. Фарингеал қисмда камроқ обструкция бўлган болаларда қулоқнинг патологик маълумотлари камроқ аниқланган.

I.V. Pogabalo ва ҳаммуаллифлар (2016) ҳам танглай туғма кемтиги бўлган беморларда юмшоқ танглайни кўтарувчи мушакларнинг патологик бирикиши тўғрисида маълумот беришган [34; б. 28, 117; б. 95-96].

Танглай пардасини кўтарувчи мушакнинг роли унинг тоғайининг орқа ва медиал томонга жойидан силжиш орқали эшитув найининг ҳалқумга очилишини очишдан иборат [117; б. 95-96].

J.L. Perry (2011) бундай аномалияли болаларда соғлом болаларга қараганда танглай пардасини кўтарувчи мушакларнинг қалинлиги ва ҳажми кичикроқ эканлигини таъкидлайди [116]. Юмшоқ танглайни кўтарувчи мушаклар унга бойлам каби таъсир кўрсатганлиги сабабли, кемтик мушакка маълум даражада таъсир қилади, лекин эшитув найининг функциясида муҳим рол ўйнамайди.

ТТК да юмшоқ танглайнинг ажралган мушаклари қисқариб, ҳалқумнинг ён деворларини орқага тортади ва шу билан унинг ҳажмини кўндаланг йўналишда оширади. Мушакларнинг бу ҳолатда узоқ вақт туриши томирларнинг торайишига олиб келади. Бу димланишни келтириб чиқаради ва кейинчалик мушакларнинг қалинлигида бириктирувчи тўқималарнинг ривожланишига олиб келади, бу уларнинг эластиклигини камайтиради [116; б. 83-92, 117; б. 95-96].

Шунингдек, Д.П.Юмашев ва ҳаммуаллифлар (2006) ўз тадқиқотларида жарроҳликдан сўнг турли вақтларда юмшоқ танглай миоцитларининг ултраструктурасида сезиларли фарқлар бўлмаслигини аниқлашди [153]. Фарқлар фақат операция чоки чизигига яқин жойда аниқланди. Улар миоцитларнинг юпқалашиши, уларнинг полиморфизми, узунасига йўналишнинг бузилиши, гликогеннинг йўқлиги ва митохондриядаги дегенератив ўзгаришлардан иборат бўлди. Эрта велоластикадан 1,5-2 йил ўтгач, юмшоқ танглай тўқималари, бу муаллифларнинг фикрига кўра,

сезиларли ўзгаришларга дуч келмайди. Кемтикнинг четига яқин жойда деструктив-дегенератив характердаги ўзгаришлар қайд этилади.

Нутқ бузилишларининг пайдо бўлиши билан бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум, ҳалқум ва бурун ёндош бўшлиқларининг ҳолати ўртасидаги ўзаро алоқани, айниқса ТТК бўлган беморларда аниқлаштириш керак. Шу муносабат билан, оториноларингологнинг кундалик амалиётида осонлик билан қўлланилиши мумкин бўлган ёшга оид хусусиятларни, ТТК тури ва оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда, ринолалияга олиб келадиган ҳалқум касалликларини эрта ташхислаш усулларини такомиллаштириш, шунингдек, юз-жағ жарроҳлари, логопедлар билан яқин ҳамкорликда ишлаш зарур.

Буларнинг барчаси бизда ТТК бўлган болаларда ҳалқум ҳолатини ва уни тикловчи операцияларнинг турли даражалари, шакллари ва босқичларида ўзгаришини чуқурроқ ўрганишга, шунингдек, реабилитация-жарроҳлик даволашнинг турли босқичларида танглай-ҳалқум ҳалқаси (ТХХ) функциясини тиклашни коррекциялашнинг, ЛОР аъзоларининг яллиғланиш-компенсатор касалликларини олдини олишнинг янги усулини ишлаб чиқишга қизиқиш уйғотди.

1.4. Танглай туғма кемтигида ҳалқум ва ҳалқум-лимфойд ҳалқаси ҳолати

Танглай туғма кемтиги турли тузилмавий нуқсонлар билан тавсифланади, улар эса ўз навбатида нафас олиш, чайнаш, ютиш, мимика, эшитиш ва нутқ ҳосил қилиш каби ҳаётий жараёнларнинг яққол функционал етишмовчилигини шакллантиради.

Танглай-ҳалқум тизими биомеханикасини баҳолаш учун нормал ва кемтик бўлган танглайнинг анатомик хусусиятлари тўғрисида аниқ тасаввурга эга бўлиш керак. Одатий кўрик пайтида кўринадиган ТТКда тўқималарда намоён бўлган деформацияларнинг қўпол табиати бурун-ҳалқум соҳаси (БҲС) чуқур тузилмаларининг анатомо-топографик хусусиятлари ва

унинг функционал бузилишлари тўғрисида тўлиқ маълумот бермайди. Турли хил тўқималарни ўз ичига олган юз-жағ, оғиз ва танглай-ҳалқум соҳасидаги анатомик ҳосилалар мураккаблиги туфайли, уларнинг кўпчилигини баҳолаш учун янада аниқроқ визуализация воситалари талаб қилинади.

Уранопластикадан кейинги кечки босқичларда танглай туғма кемтигида танглай-ҳалқум ҳалқасининг функционал етишмовчилиги кўпинча юмшоқ танглай узунлигининг ҳалқум чуқурлигигига номувофиқлиги ва *m.levator veli palatini* параметрларининг, яъни унинг кенглиги, узунлиги, бурчагининг меъёрий параметрлардан оғиши ва ушбу кўрсаткичларнинг ўнгдан ва чапдан ассиметрияси натижасидир [54; б. 72-74, 116; б. 83-92, 117; б. 95-96].

Танглай кемтиги бўлган янги туғилган чақалоқларда нафас олиш функциясининг бузилиши ушбу болаларда нафас олишнинг бурун-оғиз аралаш тури шаклланиши билан боғлиқ. Бунда нафас олинаётган ҳаво бурун бўшлиғида ва бурун-ҳалқумда исимаиди, намланмаиди ва тозаланмаиди, балки тўғридан-тўғри оғиз бўшлиғи орқали нафас йўлларига ва ўпкага киради, бу эса юқори нафас йўллари ва ўпкада яллиғланиш касалликлари кўп учрашига олиб келади. Бундан ташқари, ушбу болаларда нафас олиш юзаки, саёз бўлиб, ёш катталашиши билан ўпка тириклик сигимининг камайишига ва болада жисмоний ривожланишнинг кечикишига олиб келади. Юза нафас олиш нафас ҳаракатлари частотасининг ошиши билан бирга кечади, бу эса юқори нафас йўлларида, ўпкада шамоллаш юзага келишига ва уларнинг сурункали шаклга ўтишига ёрдам беради. Ушбу патологияга чалинган болаларда ўлимнинг юқори даражада учрашининг асосий сабабларидан бири - бола ривожланишининг турли босқичларида ёки даволаш жараёнларида пневмониянинг ривожланиши бўлган ва шундай бўлиб қолмоқда [100; б. 468-472].

Танглай туғма кемтигида, нуқсоннинг оғирлигига қараб, турли даражада ифодаланган барча турдаги кемтиклар учун умумий бўлган анатомик бузилишлар мавжуд. Бу:

- танглай тўқималарининг кемтиги;
- юмшоқ танглайнинг қисқариши;
- ҳалқум ўрта қисмининг кенгайиши.

Юмшоқ танглайнинг яширин кемтигида фақат юмшоқ танглай мушаклари ўрта чизик бўйлаб ажралади, бунда суяк тузилмалари ва оғиз ва бурун шиллиқ қаватининг бутунлиги сақланиб қолади. Қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг яширин кемтигида қаттиқ ва айниқса, юмшоқ танглайда ўрта чизик бўйлаб орқага тортилган “а” товуши талаффуз қилинганда, бўлинган танглай мушакларининг қисқариши туфайли катталашадиган эгатча аниқланади. Ушбу эгатча устидаги шиллиқ қават кўпинча тўқималарнинг ингичкалашиши ҳисобига ҳаворангга эга бўлади. Палпацияда ўрта чизик бўйлаб қандайдир узунлик бўйича юқори жағ танглай ўсиқларининг бирлашмаганлиги аниқланади. Деярли ҳар доим танглайда тилчанинг учи “қалдирғоч думи” шаклида бўлинган бўлади. Юмшоқ танглай бироз қисқарган. Одатда кемтик туфайли прикуснинг бузилиши бўлмайди. Яширин танглай кемтиги ташхиси кўпинча сезиларли кечикиш билан, ота-оналар болаларининг бурун орқали манқаланиб гапириши ҳақида шикоят қилгандан сўнг қўйилади. Бундай болалар нутқи кўпинча юзнинг мимика мушакларининг компенсатор қисқариши билан бирга кечади [6; б. 42-43, 30; б. 67-68].

Танглай туғма кемтиги бўлган одамларда бурун бўшлиғининг топографик ва анатомик ҳолати ўзига хос хусусиятларга эга: бурун бўшлиғи тубининг бутун узунлиги бўйлаб нуқсон мавжуд бўлиб, унинг тор учи бурун даҳлизига ва кенг учи - бурун-ҳалқумга қараган бўлади [98; б. 23-26, 126; б. 258-263].

ТТКли болалар сезиларли даражада турли хил яллиғланиш касалликларига мойил бўлиб, бу табиий равишда бола организми номахсус резистентлигини ўзгартиради. Адабиётларда ТТКли болаларда номахсус ҳимоя омилларининг ҳолати ва баъзи микробиологик кўрсаткичлар бўйича алоҳида маълумотлар мавжуд. Ушбу тадқиқотлар, асосан, танглай нуқсони

соҳаси алоҳида ҳудудларидаги микрофлорани ўрганишга тегишли бўлиб, ушбу жойлардаги микрофлора ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун микробиологик тадқиқотлар ўтказилди [21; б. 61-64].

Танглай туғма кемтиги бўлган болаларда ҳалқум ҳалқаси муртагининг патологиялари ёндош касалликларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари ҳисобланади [27; 31; б. 200-201, 37; б. 250-251, 41; б. 808-809, 62; б. 70-75, 69; б. 27-29]. Эшитув найчаси дисфункциясининг, бурундан нафас олиш ва нутқ бузилишининг асосий сабаби ҳалқум ҳалқаси муртакларининг патологиялари ҳисобланади.

Соматик жиҳатдан соғлом ёш болаларда аденоид вегетацияси ва танглай муртагининг гипертрофияси, ўткир ва сурункали аденоидит ва тонзиллит кўп учрайди. Аммо ТТК бўлган болалардаги вазият ҳақида нима дейиш мумкин? Чет эл адабиётларига кўра, эрта ёшда ушбу туғма нуқсонлари бўлган беморларда ҳалқум муртагининг гипертрофияси соғлом болаларга қараганда кўп учрайди, аммо ёш катталашishi билан ҳалқум муртаги гипертрофияси ташхиси қўйилган ҳолатлар сони тахминан тенг бўлади [86; б. 666-670, 87; б. 284-291].

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 2 ойдан 16 ойгача бўлган ТТКли болаларда ҳалқум муртагининг гипертрофияси кузатилмайди, аммо овқатлантириш пайтида механик шикастланиш туфайли танглай пластикасидан олдин болаларда 100% ҳолларда ҳалқум муртагида ўртача гиперемия бўлади [17; б. 73-76, 33; б. 73-77].

3 ёшдан 13 ёшгача бўлган болалар текширилганда 78% ҳолларда ҳалқум муртаги ҳажми димоғ баландлигидан камроқ жойни, 22% ҳолларда эса ярмини ёки ундан кўпини эгаллаши аниқланди [78]. Тадқиқот шуни кўрсатдики, бу ёшда кўпчилик болаларда ҳалқум муртагининг гипертрофияси бўлмайди ёки 1-2-даражадан ошмайди.

ТТК бўлган болаларда аденотомия кўрсатмасига бағишланган ишлар кам. Бурун тўсиғининг қийшиқлиги, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг гипертрофияси, бурун даҳлизининг чандикли торайиши туфайли бурун

орқали нафас олишнинг қийинлашишини ҳисобга олсак, ҳатто кичик аденоид вегетацияси ҳам бурундан нафас олишни янада қийинлаштириши аниқ. Бурундан нафас олишни яхшилаш учун юқори нафас йўллариининг яхши ўтказувчанлигини таъминлаш керак. Бунга аденотомия орқали эришиш мумкин, аммо бу ТТК бўлган болаларда ҳар доим ҳам мақсадга мувофиқ эмас. Вело/уранопластикадан кейин танглай-ҳалқум етишмовчилиги ривожланадиган беморлар гуруҳи мавжуд. Бундай ҳолда, аденоидларни олиб ташлаш қолдиқ тешик ўлчамининг катталашишига олиб келади ва нутқ муаммоларини кучайтиради. Маълум бўлишича, бир томондан, аденоид вегетацияси нафас олиш йўллариини механик равишда торайтиради ва шу билан бурундан нафас олишни янада қийинлаштиради, бошқа томондан эса, танглай-ҳалқум етишмовчилиги клиник белгиларнинг юзага келишига ёки кучайишига тўсқинлик қилади. Бундай ҳолда қисман аденотомия муваффақиятли бажарилади [43; б. 6-9, 51; б. 47-49, 52; б. 37-39, 85; б. 99]. Бироқ, ТТКли болаларда ушбу операцияни бажариш учун аниқ шакллантирилган кўрсатмалар мавжуд эмас. ТТКни жарроҳлик даволаш ва бурундан нафас олиш ва нутқ бузилишларини бартараф этиш усуллари ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик аниқланмаган.

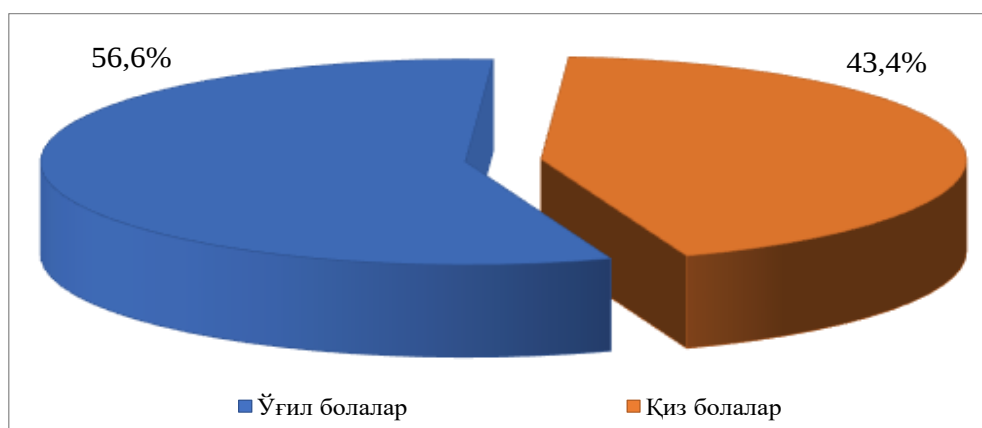
Ўтган йиллардаги кам сонли тадқиқотларга кўра, ТТК бўлган болаларда ҳалқум муртаги гипертрофиясига қараганда танглай муртаги гипертрофияси 2-3 баравар кўп учрайди. Танглай муртагининг катталашиши бурундан нафас олишнинг бузилиши билан ҳам боғлиқ. Аниқланишича, вело/уранопластикадан ва бурун бўшлиғи ва оғиз бўшлиғи ажратилгандан 1 йил ўтгач, танглай муртакларининг ўлчамлари аввалгидек қолади. Чет эл олимларининг маълумотларга кўра, ушбу гуруҳ болаларидаги микрофлорани ўрганишда оғиз бўшлиғида грам-манфий флора устунлик қилади. Кемтик худудидан олинган суртмаларни бактериологик текшириш натижалари *Candida spp.*, *E. coli*, *Klebsiella spp.* мавжудлигини кўрсатади [107; б.48-51, 113; б. 469-81, 121; б. 227-34, 131; б. 201-8].

II БОБ ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Текширилган беморларнинг умумий тавсифи

Белгиланган вазифаларни бажариш учун 2019 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда ТДСИ болалар жарроҳлиги стоматологияси клиникасида, жарроҳлик стоматологияси поликлиникасида, шунингдек, ТТА кўп тармоқли клиникасининг ЛОР касалликлари бўлимида даволанган 106 нафар танглай туғма аномалияси бўлган болаларни текширувдан ўтказдик.

Жинсга кўра таҳлил ўғил болаларнинг устунлигини аниқлади: тадқиқотда 60 нафар (56,6%) ўғил бола, 46 нафар (43,4%) қиз болалар иштирок этди (2.1-расм).



2.1-расм. Жинсга кўра туғма патология шаклининг таҳлили

Бунга параллел равишда, Юнусобод туманидаги шаҳар меҳрибонлик уйи ва 22-сонли меҳрибонлик уйининг кичик, мактабгача ва мактаб ёшидаги деярли соғлом болалар ($n=30$) гуруҳида (назорат гуруҳи, $n=30$; танглай-ҳалқум соҳаси патологияси белгилари ва юз соҳасида нуқсонлар, сезиларли нутқ муаммолари, уйқуда ҳуррак ва шовқинли нафас, анамнезда адено-, тонзиллэктомия ва трахеостомия бўлмаган гуруҳ) ЛОР патология мавжудлиги ўрганилди.

Беморларнинг ёши 6 ойдан 18 ёшгача. Тадқиқотимиз учун контингентни танлаш асосий тамойилга - стационар даволанаётган ёки

диспансер кузатувига бўлган болаларда ТТК мавжудлигига асосланганлиги сабабли, ишонч билан айтиш мумкинки, жарроҳлик, ортодонтик ва логопедик реабилитациянинг асосий босқичлари ушбу ёш даврида амалга оширилади. Биз томонимиздан текширилган болаларнинг энг кам сони 7 ёш ва ундан катта ёшдагилар бўлиб, улар 28 нафарни (26,4%) ташкил этди, бу ёш давларида, одатда, реабилитациянинг жарроҳлик босқичи тугаган ёки тугаётган бўлади. Бир ёшгача (6 ойликдан) бўлган 18 та (17%) болани текширдик. Бир ёшгача бўлган болаларда умумий саломатлик кўрсаткичлари пасайганлиги сабабли, улар энг оғир ёш даври ҳисобланади, бундай болалар билан кўпроқ педиатрлар ва юз-жағ жарроҳлари шуғулланишади.

Аномалиялар шаклини таҳлил қилиш бир томонлама ЛТТК ва чегараланган ТТК устунлигини аниқлади (мос равишда 43 та (40,6%) ва 37 та (34,9%)). Тадқиқот натижасида туғма лаб ва танглай кемтиклари турининг учраш частотаси ва жинс ўртасида боғлиқлик аниқланди (2.1-жадвал).

2.1-жадвалга кўра, тўлиқ туғма лаб ва танглай кемтиги орасида бир томонлама жойлашув 43 та (40,6%) болаларда (25 та ўғил ва 18 та қиз) устунлик қилди; икки томонлама нуқсон 26 та (24,5%) болада (16 та ўғил ва 10 та қиз) кузатилди; 37 та (34,9%) беморда (19 та ўғил ва 18 та қиз) танглай туғма кемтиги кузатилди. Танглай туғма кемтикларининг барча турларида эркаклар кўпчиликини ташкил этди ($P < 0,001$).

Ҳомиладорликнинг кечиши, ирсият, ёндош синдромнинг мавжудлиги, тикловчи жарроҳлик даволаш муддати ва уни ўтказиш хусусиятлари (бир ёки икки босқичда ва бошқ.), ёндош патологиянинг, шу жумладан ЛОР-азолар (отит бўлганми, неча марта ва қайси ёшда, кечиш табиати, ўтказилган даволар, эшитишнинг пасайиши) касалликларининг мавжудлиги бўйича анамнез барча беморлардан батафсил тўпланди. Беморларнинг шикоятларига: қайси ёшда бурун орқали нафас олиш ёмонлашганини сезишди, ютишда қийинчилик ҳисси борми ва ҳоказоларга алоҳида эътибор қаратилди.

2.1-жадвал

Беморларнинг туғма лаб ва танглай кемтиклари турлари бўйича жинсга боғлиқ тақсимланиши

Патология тури	Ўғил болалар		Қиз болалар		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%
Икки томонлама тўлиқ ЛТТК	16**	15,1	10	9,4	26	24,5
Бир томонлама тўлиқ ЛТТК	25***	23,6	18	17,0	43	40,6
ТТК (тўлиқ, қисман, субмукоз)	19***	17,9	18	17,0	37	34,9
Жами	60***	56,6	46	43,4	106	100

Эслатма: қизлар гуруҳи маълумотларига нисбатан сезиларли фарқ χ^2 (хи-квадрат) ёрдамида ҳисобланди (**-P<0,01, ***-P<0,001)

Танглай туғма кемтиги бўлган болаларнинг анамнестик маълумотлари ўрганилганда, ТТК бўлган болаларнинг катта қисми биринчи ва иккинчи туғруқда (мос равишда, 73% ва 24%) туғилганлиги қайд этилди. Учинчи туғруқдаги болалар 3%ни ташкил этди.

Оналарнинг туғруққача бўлган касалликларининг таҳлили шуни кўрсатдики, уларнинг кўпчилиги, яъни 62 таси (58,5%) ҳомиладорликнинг дастлабки 8 ҳафтасида шамоллаш билан касалланган. 23 нафар (21,7%) она гинекологик касалликлар, пневмония, камқонлик, ошқозон-ичак тракти касалликлари билан оғриган. Оналарнинг 3 нафарида (2,8%) туғма юрак нуқсони, 1 нафарида (0,9%) Боткин касаллиги, 5 нафарида (4,7%) холецистит, 2 нафарида (1,9%) буйрак касаллиги бўлган. 10 нафар (9,4%) она ўзларини деярли соғлом деб билишади, ҳомиладорликдан олдин уларда ҳеч қандай касаллик бўлмаган. Танглай туғма кемтиги бўлган болаларни дунёга келтирган 19 нафар (17,9%) онанинг анамнезида аборт (респондентларнинг 12 тасида (11,3%) бир марта, 7 тасида (6,6%) 2 марта ва ундан кўп) бўлганлиги ҳақида маълумотлар мавжуд. Ота томонидан танглайнинг туғма нуқсонлари 15 та (14,2%) ва она томондан 2 та (3,5%) ҳолатда кузатилган.

Боланинг ота томонидан қариндошларида ирсий касалликлар 11 та (10,4%) ҳолатда, улардан кар-соқов ва ТТК - 4 та (3,8%) ҳолатда қайд этилди. Кўкрак сути билан боқиш таҳлили шуни кўрсатдики: 15 нафар (14,2 %) она бир кун ҳам эмизмаган, 14 та (13,2 %) она 1 ойгача, 12 та (11,3%) она 3 ойгача, 7 та (6,6%) она 6 ойгача, 9 та (8,5%) она бир йилгача эмизган.

Болалар ҳаётининг биринчи йилларидаги касалланишлар таҳлили шуни кўрсатдики, фақат 4 нафар (3,8%) бола 3 ёшгача касал бўлмаган. Бу даврда болаларнинг 8 нафари (7,5%) юқумли касалликлар, 24 нафари (22,6%) ўткир респиратор касалликлар, 14 нафари (13,2%) бронхит, пневмония, 45 нафари (42,5%) ўрта отит ва ЛОР-аъзоларнинг бошқа касалликлари билан касалланган.

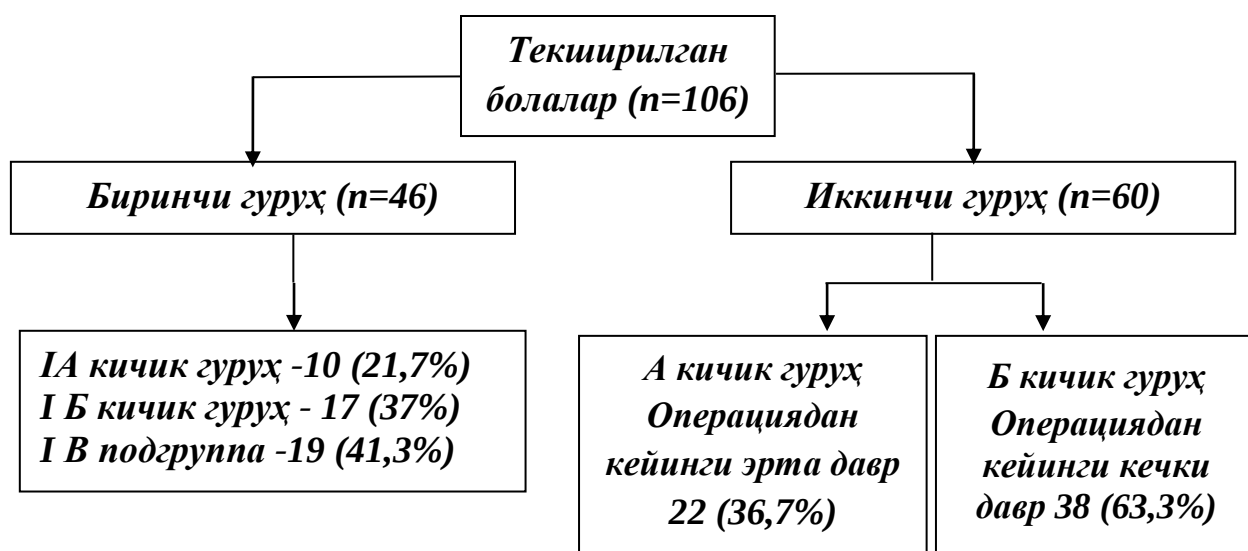
Танглай туғма кемтиги бўлган болалар қайси ёшда тез-тез касал бўлиб қолишлари ҳақида сўралганда, ота-оналар қуйидагича жавоб беришди: 1 ёшгача кўп касалланганлар 7 тани (6,6%), 1 ёшдан 2 ёшгача - 11 тани (10,4%), 2 ёшдан 3 ёшгача - 17 тани (16,3%), 3 ёшдан 4 ёшгача - 16 тани (15,1%), 4 ёшдан катталар - 6 тани (5,7%) ташкил қилди.

94% ҳолларда болаларнинг танглай туғма кемтиги билан туғилишининг аниқ сабабини аниқлаб бўлмади. 3 та (2,8%) ҳолатда бунга ирсият, 13 тасида (12,3%) - ҳомиладорликнинг дастлабки икки ойидаги касалланишлар, 1 тасида (0,9%) - касбий зарар билан боғлиқ ишда ишлаш, 5 тасида (4,7%) - ҳомиладорликнинг биринчи икки ойида дори-дармонлар қабул қилиш, 4 тасида (3,8 %) - стрессли вазиятлар, 1 тасида (0,9%) - спиртли ичимликлар истеъмол қилиш (ортиқча), 1 тасида (0,9%) - ушбу даврдаги жисмоний жароҳат сабаб бўлиши мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, кўпинча ушбу салбий омиллар бирга учрайди.

Тадқиқотда беморлар шартли равишда юз-жағ соҳасида ўтказилган реконструктив-тиклаш операциялари бўйича тиббий ёрдамга мурожаат қилишнинг турли даврлари билан боғлиқлиги асосида гуруҳларга бўлинди.

I гуруҳга коррекциялаш босқичидан ўтмаган, икки босқичли коррекциядан сўнг ўзгаришлар динамикасининг бутун даврини баҳолаш

билан аномалияларни ЛТТК бўлган болалар (n=46-43,4%) киритилди. Комплекс реабилитация асосини беморларни доимий динамик мониторинг қилиш, юз-жағ соҳасининг аномалиялари ва деформациясини ташхислашнинг ўз вақтида ва замонавий усуллари ўтказиш ташкил этди, булар бизга неонатал даврдан бошлаб турли ёш давларида биз таклиф қилган оториноларингологик даволаш усуллари тавсия қилиш имконини беради. Уларнинг 58,7%ни (n=27) ЛТТК ва 41,3%ни (n=19) ТТК бўлган беморлар ташкил этди.



2.2-расм. Юз-жағ соҳасида ўтказилган реконструктив тикловчи амалиётлар бўйича тиббий ёрдамга мурожаат қилиш муддатига кўра беморларни бўлиниши

Бунда аномалияларни коррекциялаш бошланган ёш аномалия шаклига қараб ҳар хил бўлганлигини ҳисобга олиш керак. Ушбу гуруҳга киритилган беморлар туғма нуқсонларни жарроҳлик даволаш муддатини ҳисобга олган ҳолда урта кичик гуруҳга бўлинди:

I А кичик гуруҳи - ЛТТК бўлган 10 та (21,7%) бола, уларда аномалиялар коррекцияси чақалоқлик даврида (ўртача ёши – 6,5 ой) ўтказилган;

I Б кичик гуруҳи - ЛТТК бўлган 17 та (37%) бола, аномалиялар коррекцияси эрта ёшда (ўртача ёш - 1,8 ёш) ўтказилган;

I В кичик гуруҳ – ТТК бўлган 19 та (41,3%) бола (ИТК 52,6% (n=10); ТТЯК 47,4% (n=9), уларда аномалиялар коррекцияси мактабгача ёшда (ўртача 4,3 ёш) ўтказилган.

II гуруҳ - операциядан кейинги кечки даврда ортодонто-логопедик даволашнинг реабилитация босқичида текширилган болалар (n=60 - 56,6%), уларнинг 38,9%ни (n=11) кейинчалик операциянинг такрорий босқичларидан ўтган болалар ташкил этди. 61,1% (n=49) операциянинг барча босқичларини тўлиқ якунлаган, ортодонтик ва логопедик даволаш босқичида бўлган болалардан иборат бўлди. Текширилаётган болаларнинг ўртача ёши 11,8 ёшни ташкил этди (2.2-расм).

Шундай қилиб, анамнестик маълумотларнинг таҳлили аномалиянинг полиэтиологик эканлигини, ёш ва жинсга хос хусусиятлари мавжудлигини кўрсатди. ЛОР шифокорига мурожаат қилиш вақти ва уранопластиканинг босқичлари ва вақтларидаги фарқлар ЛОР аъзоларининг умумий клиник белгилари ва функционал бузилишлари қўшилган ЛОР патологиянинг асосий шакллари аниқлашга имкон берди.

2.2. Тадқиқот усуллари

2.2.1. Клиник текшириш усуллари

Патологиянинг шакли, характери аниқлаш ва оптимал даволаш варианты танлаш учун қуйидаги текшириш усуллари ўтказилди:

- ЛОР текширувлари (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия);
- ЛОР аъзоларининг эндоскопик текшируви: қаттиқ эндоскопик риноскопия, отоскопия;
- танглай-ҳалқум соҳанинг МРТ;

ЛОР аъзоларини текширишнинг клиник усуллари умумий оториноларингологик амалиётда қабул қилинган анъанавий усуллар билан амалга оширилди.

Отомикроскопия ўрта кулоқнинг патологияси аниқланганда амалга оширилди, ноғора парданинг бутунлиги, унинг ранги, қалинлиги, ҳаракатчанлиги, бўртганлиги, ателектазлар, чандиқлар, мирингосклероз ўчоқлари каби отоскопик белгилар баҳоланди. Текширув ЛОР операцияларига мўлжалланган жарроҳлик микроскопи ёрдамида амалга оширилди (“OPTON” компаниясининг “Opti-6 – S” оптик микроскопи (Ғарбий Германия)).

Эндоскопик тадқиқотлар уранопластикадан олдин ва кейин туғма лаб ва танглай кемтиги бўлган одамларда ҳалқум анатомо-топографик ҳолатини баҳолаш учун ишлатилди.

Нафас олиш йўллариининг эндоскопияси қаттиқ эндоскоп (Karl Storz, Германия) билан амалга оширилди: тўғри олд риноскопия, орқа риноскопия. Қаттиқ эндоскопия бурун ва бурун-ҳалқум шиллиқ қаватининг ҳолатини, эшитув найларининг ҳалқумга очилишини баҳолашга, улар тузилмаларининг ўзига хос хусусиятларини, ютиш пайтида бурун-ҳалқум соҳасининг (БҲС) функционал бузилишларини аниқлашга имкон берди. Текширув Karl Storz (Германия) компаниясининг 1,9 мм диаметрда, 10 см узунликка эга ўрнатилган шиша толали ёруғлик манбаи бўлган оптикага эга, тўғридан 0°, олд-ён томондан 30° ва 45°, ён томондан 70° кўриш бурчаги бўлган қаттиқ эндоскоплар ёрдамида амалга оширилди. Зарурият бўлганда юмшоқ ларингоскоп билан риноскопия амалга оширилди (SMOIF, XN series, NO: 04703Q10130R1M). Эндоскопиядан олдин беморнинг бурун йўллари 1:5000 фурацилин эритмаси билан тозаланди ва бурун ойнаси ёрдамида олдинги риноскопия ўтказилди. Бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати пулверизатор билан анестетик (2-4%ли новокаин ёки пиромекаин, 2-4%ли ёки 10%ли лидокаин) пуркалиб, оғриқсизлантирилди. Анестезия бошлангандан сўнг, эндоскопнинг дистал учи пастки бурун йўли бўйлаб киритилди. Дистал учи эгилишини ўзгартириб, уни ўқ атрофида айлантириб, бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватининг ранги ва релефига, анатомик тузилмаларнинг

конфигурацияси ва ҳолатига эътибор бериб, бурун бўшлиғининг барча деворлари текширилди.

МРТ: БҲСнинг томографияси магнит майдон кучи 0,2 Т бўлган “Siemens” (Германия) компаниясининг Magnetom Open/Viva аппаратида ўтказилди. Текширув пайтида беморнинг позицияси нейтрал бўлиб, орқа билан чалқанча ётади. БҲСни кўриш учун бош соҳасига юқори частотали катушка қўлланилди.

Тадқиқотлар T1 spin-echo режимида коронар, сагиттал ва аксиал проекцияларда - полипроекцияларда ўтказилди. Танглай-ҳалқум соҳанинг МРТ визуализацияси ҳар бир текширилувчида сагиттал проекцияда иккита кетма-кетликда: оғиз ёпиқ ва очик ҳолатда амалга оширилди [70; б. 5-7, 81; б. 964-969].

Танглай-ҳалқум соҳасининг қуйидаги сканерлаш параметрлари миқдорий баҳоланди:

- юмшоқ танглай узунлиги ва ҳалқум чуқурлиги ўртасидаги номувофиқлик;
- юмшоқ танглайнинг қисқариши;
- ҳалқумнинг катта чуқурлиги;
- m.lvr бутунлигининг бузилиши;
- m.lvr атрофиясининг мавжудлиги;
- m.lvr узунлигининг қисқариши;
- m.lvr параметрлари ассиметриясининг мавжудлиги;
- бурун-ҳалқум майдони.

Бу туғма танглай кемтигида юзага келадиган тизимли ва функционал бузилишларни тўлиқроқ баҳолаш имконини берди. Натижалар таҳлили операциядан олдин ва кейин беморларда БҲС антропометрик ўлчамларини ҳисоблаш методологияси асосида ўтказилди (М. Nikosaka, 2013).

2.2.2. Микробиологик тадқиқотлар

Микробиологик тадқиқотлар учун суртма эрталаб оч қоринга, стерил постфарингеал пахтали тампон билан олинди. Тампон бурун тешиги орқали

бурун-халқумга эҳтиёткорлик билан киритилади. Агар бунда аксириш бошланса, тампон унинг охиригача киритилмайди. Суртма стандарт микробиологик озиқ муҳитларга эжилди (гўшт-пептонли агар, конли, тухум сариғи қўшилган тузли агар, Гисс ола-чипор катори, Сабуро, Эндо муҳитлари) ва микроорганизмларнинг соф култураси ажратиб олинди. Микробиологик, тинкториал, биокимёвий хусусиятлар ва антиген тузилмасини ўрганиш асосида материалдаги ажратиб олинган штаммларни ўрганиш билан бинар номенклатура бўйича идентификация қилинди.

Бурун-халқум шиллик қаватининг колонизацияси микрофлоранинг таркиби бўйича баҳоланди. Бактериологик тадқиқотлар учун материал танлаш ёруғлик микроскопи усули билан амалга оширилди, микрофлора Наенел (1979) усули билан С.К.Канарейкина ва бошқаларнинг модификациясида (2.2-жадвал) ўрганилди (1985).

Микрофлорани ўрганишда қуйидагилар ҳисобга олинди:

- лактобактериялар;
- сапрофит стафилококк;
- эпидермал стафилококк;
- тилларанг стафилококк;
- ногемолитик стрептококк;
- гемолитик стрептококк;
- ичак таёқчаси;
- протей;
- Candida авлоди ачитқисимон замбуруғлари

2.2-жадвал

Бурун-халқум дисбактериозини тизимлаштириш

Микроб популяцияси микробиоценозининг ўзгариши	Ҳолатнинг тавсифи
Нормоценоз	Экотизимнинг нормал функционал тузилиши. Ушбу биотопга хос бўлмаган патоген хусусиятларга эга

	микроорганизмлар бўлмайди. ЛОР аъзолари касалликларининг яққол клиник белгилари бўлмайди.
Дисбиотик силжиш	Бурун-ҳалқум микрофлорасининг меъёрий таркибини сақланган ҳолда, оппортунистик микроорганизмларнинг битта турида кичик ўзгаришлар бўлиши билан тавсифланади. Ушбу силжиш шаклини яширин ва компенсацияланмаган деб аташ мумкин, дисбактериознинг ушбу шаклида касалликнинг яққол клиник симптомлари бўлмаслиги мумкин
I-II даражали дисбактериоз	Субкомпенсацияланган шакл, микрофлора таркибидаги яққол ўзгаришлар билан тавсифланади: лактобактерияларнинг маълум даражада пасайиши фонида 2-3 та патоген тур аниқланади. I-II даражали дисбактериоз бўлган беморларда, одатда, касалликнинг клиник симптомлари ҳам бўлади
III даражали дисбактериоз	Нормал (физиологик) микрофлора вакиллари сонининг кескин пасайиши ёки тўлиқ бўлмаслигида патоген монокултура аниқланиши билан тавсифланади
IV даражали дисбактериоз	Бактерияларнинг патоген турлари ва ачитқисимон замбуруғларнинг бирга учраши билан тавсифланади

Биз дисбиотик ўзгаришларни бурун-ҳалқум микрофлорасининг ўзаро боғлиқлигига қараб тизимлаштирдик ва унинг миқдорий ва сифат ўзгаришларини, ушбу биотопга хос бўлмаган микроорганизмларнинг пайдо бўлишини, шунингдек микроорганизмларнинг сифат ўзгаришини ва уларнинг патоген шакллари пайдо бўлишини аниқлашга асосландик. Одатий хилма-хилликнинг 2,0 бирлик даражадан пасайиши ёки соғлом турларнинг бурун-ҳалқум микрофлораси учун хос бўлмаган пиоген стрептококк, гемолитик стафилококklar, энтеробактериялар, пептострептококklar ва бошқа турларнинг пайдо бўлиши микрофлора ёки дисбактериознинг декомпенсация кўрсаткичлари ҳисобланди.

Дисбактериозни тизимлаштириш қуйидаги схема бўйича амалга оширилди: нормоценоз; дисбиотик силжиш, I-II даражали дисбактериоз, III ва IV даражали дисбактериоз. Ҳар бир тур бурун-ҳалқум бўшлиғи микрофлораси таркибидаги ўзига хос ўзгаришлар билан ажралиб турди.

Тадқиқот кўп тармоқли ТТА клиникасининг бактериологик лабораторияда ўтказилди. Препаратлар бўйича тиббиёт фанлари номзоди Адилхонова Н. А. билан маслаҳатлашилди.

2.3. Комплекс даволаш усуллари

Даволаш жараёнида барча беморларга комплекс ёндашилди. Фармакология, физиотерапия соҳасидаги олдинги тажриба ва сўнгги ишланмаларни ҳисобга олган ҳолда, бизга тиш-жағ соҳасида реконструктив операцияни бошдан кечирган беморлар учун операциядан олдинги ва кейинги консерватив терапиянинг индивидуал схемаларини ўз ичига олган даволашга комплекс ёндашувни ишлаб чиқишга, шунингдек муртак безлари санацияси усулини таклиф қилишга имкон берди.

Операциядан олдинги даврда бурун-ҳалқум, шунингдек муртак безлари меъёрий флорасини тиклашга, шиллиқ микдорини камайтиришга ва иммунитетни меъёрлаштиришга қаратилган даво ўтказилди. Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошқа яллиғланишга қарши ва шишга қарши воситаларни қўллашга кўрсатма бурун-ҳалқум соҳасидаги яққол яллиғланиш белгилари эди. Антибактериал препаратлар нафас йўллари микрофлорасининг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилди.

Операциядан олдинги пухта тайёргарликдан сўнг жарроҳлик даволаш амалга оширилди. Асосий аралашув танглай пластикаси ҳисобланди. Бунда даволашнинг ягона принципи танглай-ҳалқум ҳалқаси физиологиясини максимал даражада тиклаш ҳисобланди.

Туғма аномалияси бўлган болаларни юз-жағ жарроҳи томонидан даволаш анъанвий даволаш усули деб ҳисобланди, қўшимча мутахассислар (ортодонтлар ва логопедлар) фақат операциядан кейинги даврда жалб қилинди. Биз текширган ТТК бўлган болаларда оториноларинголог кўриги жуда кам беморларда ўтказилган, шунинг учун юқори нафас йўллари (ЮНЙ) яллиғланиш жараёнларининг давомийлиги анамнез ва ЛОР органларини текшириш асосида аниқланди. Бу хорижий мамлакатларда қабул қилинган

ёндашувдан сезиларли даражада фарқ қилади, чет элда бундай болаларни реабилитация қилиш билан бош ва бўйин соҳаси мутахассис шифокори шуғулланади, у нафақат танглай-ҳалқум соҳанинг анатомик яхлитлигини тиклашга, балки қўшни аъзолар фаолиятини меъёрлаштиришга ҳам ҳар томонлама ёндошади.

Лаб ва танглайнинг туғма нуқсонлари бўлган беморларни **анъанавий даволаш** ҳозирги вақтда оториноларинголог кўригисиз операция олди текширувини, жарроҳлик даволашни, операциядан кейинги ортодонто-логопедик реабилитацияни ўз ичига олади. ЛОР шифокорининг консултацияси фақат бурундан нафас олиш қийинлашиши, ютиш, бурун-ҳалқумда оқма ёки қараш бўлиши, қулоқ оғриғи, қулоқдан йиринг оқишига шикоятлари бўлган болаларга юз-жағ жарроҳлари, ортодонтлар, логопедлар ва педиатрлар йўлланмаси бўйича буюрилди. Даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ЛОР аъзоларини текшириш, шу жумладан эндоскопик текшириш;
- ЮНЙдаги яллиғланиш жараёнларини даволаш. Ушбу ёндашувда ТТКли болаларда аденоидит ва муртак беги гипертрофиясини даволашнинг барча босқичларида, кўрсатмаларга кўра ва иложи бўлса, бурун нафасини тиклашга қаратилган юқори нафас йўлларининг санацияси (бурун ёндош бўшлиқлари санацияси, муртакларнинг крипталари ва лакуналарини ювиш, аденотомия, пастки бурун чиғаноқларининг ултратовуш дезинтеграцияси) ўтказилди. Кўпгина ҳолларда санация имконияти анатомик хусусиятлар ва реабилитация босқичи туфайли чекланди.

Клиникамизда операциядан олдинги ва кейинги даврда ЛТТК/ТТК бўлган болаларда ҳалқум-лимфойд ҳалқаси ва ҳалқумнинг яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш усули ишлаб чиқилган бўлиб, у бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум ва оғиз-ҳалқум яллиғланиш жараёнини камайтиришга, организм десенсибилизациясига ва унинг реактивлигини оширишга қаратилган. Даволаш курси - ўртача 10 кун. Барча беморлар ёшига

мос келадиган дозаларда поливитаминлар, калций глюконат ва димедрол олишди.

Комплекс даволаш усули қуйидагиларни ўз ичига олади: Клиникада биз операциядан олдинги ва кейинги даврда ЛТТК/ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум ва оғиз-ҳалқумдаги яллиғланиш жараёнини камайтиришга, организмни десенсибиллашга ва унинг реактивлигини оширишга қаратилган ҳалқум тузилмаларининг яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш усули ишлаб чиқилди. Даволаш жараёнида барча беморларга комплекс ёндашув қўлланилди. Консерватив терапия қуйидаги препаратларни ўз ичига олди:

1)Санацияловчи терапия қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин бир кунда 2 марта 15 кун давомида изотоник эритмалар препаратлари (“Линаква”) билан ўтказилди.

2)Маҳаллий яллиғланишга қарши терапия маҳаллий глюкокортикостероид - микронлаштирилган ГКС (“Авамис”) билан ўтказилди, у бурун ва БЁБ шиллиқ қавати атрофияси ва субатрофияси белгилари бўлмаган беморларга қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин 1 ой давомида буюрилди.

3)Ҳалқум тузилмаларида операциядан кейинги тикланишни ва яллиғланишни яхшилаш учун яллиғланишга қарши ва битказувчи таъсирга эга бўлган “Олифрин” препарати буюрилди.

4)Ҳалқум тузилмаларида дисбиотик ҳолатларни коррекциялаш учун қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин бир кунда 3 марта бурун спрейи сифатида бактериофаг (фагестаф) буюрилди.

Ҳалқум тузилмаларини жарроҳлик даволашни визуализация маълумотларини (МРТ) ҳисобга олган ҳолда максимал ортодонтик-логопедик коррекциядан сўнг реабилитация тадбирларининг кечки даврида ўтказиш тавсия этилади. Ҳалқум тузилмаларида жарроҳлик даволаш фақат сурункали тонзиллит ва танглай-ҳалқум соҳаси ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда танглай муртагининг оғир гипертрофияси ҳолатларида тавсия этилди. Аденоид вегетациясини олиб ташлаш ҳам уларнинг эшитув най функциясига

ва экссудатив отит ривожланишига таъсирини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Интеграциялашган ёндашувда юқори нафас йўлларини санация қилиш бурун-ҳалқум ва танглай муртакларининг крипталарини ювишни ўз ичига олади. Аденоидит билан оғриган беморлар, танглайнинг кемтиги орқали яхши кўриниши ва кириш имконияти туфайли, кўрик остида ювилади, кейин кварц тубуси қўлланилади. Ҳалқум муртаги тўқималарни ювишнинг мақсадга мувофиқлиги танглай нуқсони ёпилишидан олдин аденоид вегетациялари аниқ кўриниб туриши ва визуал назорат остида осон санацияланиши билан боғлиқ. Ювиш Линаква препарати билан амалга оширилди. Ювиш ҳар куни, кунига 2 марта ўтказилди, даво курси - 15 кунни ташкил этди. Бурунга Олифрин - 1 дозадан ҳар 12 соатда буюрилди, шунингдек, ГКС (“Авамис”) - 2 ёшдан бошлаб, 1 ой давомида ҳар бир бурун тешигига кунига бир марта 2 дозадан сепилди.

Санациядан бир ой ўтгач, ЛОР аъзоларининг клиник текшируви ва бурун-ҳалқум, ҳалқум, шунингдек, муртаклардан олинган босма-суртма микрофлораси яна текширилди. Шунингдек, юқори нафас йўлларининг санациясининг ўз ичига олган консерватив даво курси ўтказилди.

Бир ойдан кейин ва кейинги 3 ойда даврий текширув, клиник текширув ва микробиологик назорат ўтказилди, унинг асосида жарроҳлик давонинг самарадорлигини баҳолаш мумкин бўлди.

ЛТТКли беморларда анъанавий ёндашувда жарроҳлик аралашув қуйидагиларни ўз ичига олади: биринчи босқич - хейлопластика (юқори лаб пластикаси). ТТК бўлган беморларда - ЮТ ва тилчанинг табиий шаклини тиклаш билан уранопластика (танглай пластикаси) ўтказилди. Жарроҳлик аралашуви ЛОР шифокори иштирокисиз амалга оширилди.

III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

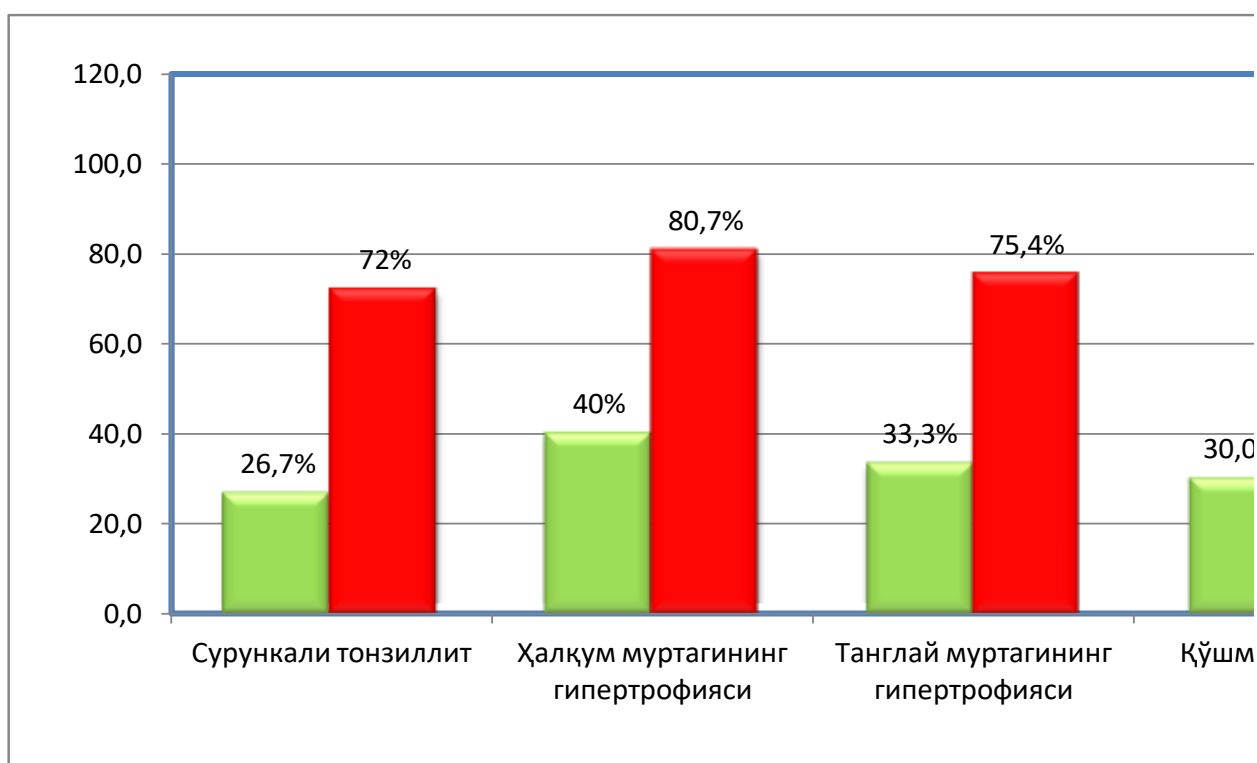
Ушбу тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ 2019-2022 йиллар давомида ТДСИ болалар жарроҳлиги стоматологияси бўлими ва жарроҳлик стоматологияси поликлиникасида, шунингдек, ТТА кўп тармоқли клиникасининг ЛОР касалликлари бўлимида даволанган туғма лаб-танглай кемтиги бўлан 106 нафар болаларни консерватив ва жарроҳлик даволаш натижаларининг клиник кузатувлари таҳлили ўтказилди. Назорат гуруҳи танглай-ҳалқум соҳасида патология ва юз соҳаси нуқсонлари, сезиларли нутк муаммолари, уйқу пайтида хуррак отиш ва шовқинли нафас белгилари бўлмаган Юнусобод туманидаги шаҳар меҳрибонлик уйи ва 22-сонли меҳрибонлик уйи тарбияланувчилари (n=30)дан иборат бўлди.

3.1. Клиник материал тавсифи

Тадқиқот гуруҳи - 0,6 ойликдан 18 ёшгача бўлган ТТКли 106 нафар бола юз-жағ реабилитация даврида қабул қилинган. Беморлар шифохонага тушганда аномалия шаклига кўра ЛОР аъзолари патологияси мавжудлиги ўрганилди. Шу билан бирга, назорат гуруҳида (n=30) кулоқ, бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқ патологияси борлиги ҳам ўрганилди.

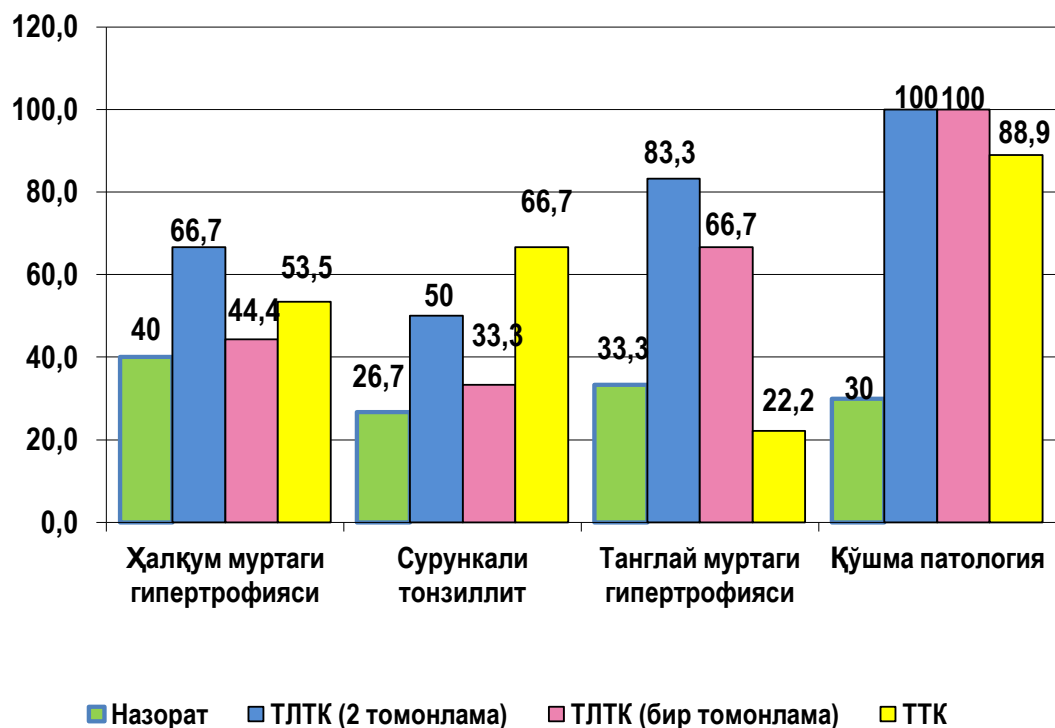
Нazorat гуруҳида ЛОР аъзолари патологиясининг учраш частотаси куйидагича бўлди: бурун-ҳалқум муртагининг гипертрофияси - 12 та (40,0%), сурункали тонзиллит - 8 та (26,7%), танглай муртагининг гипертрофияси - 10 та (33,3%), қўшма патология - 9 та (30,0%).

Текширилаётган гуруҳда ҳалқум патологиясининг учраш даражаси куйидагича бўлди: ҳалқум муртагининг гипертрофияси - 46 та (80,7%), сурункали тонзиллит - 41 та (72%), танглай муртагининг гипертрофияси - 43 та (75,4%), қўшма патология - 55 та (96,5%) болада. Қўшма патология ва ҳалқум муртагининг гипертрофияси назорат гуруҳидаги болаларга қараганда уч барабар, танглай муртагининг гипертрофияси ва сурункали тонзиллит икки барабар кўпроқ кузатилди. Юқорида баён этилганларнинг умумий натижалари 3.1-расмда келтирилган.



3.1-расм. Тўғма юқори лаб ва танглай кемтикли болаларда ва назорат гуруҳидаги болаларда ҳалқумдаги ўзгаришлар

Биз тўғма лаб ва танглай кемтиги турининг ҳалқум патологияси учраш частотасига таъсирини ўргандик. Тўлиқ ЛТТКда ЛОР аъзоларининг касалликлари қуйидагича тақсимланди: икки томонлама – бурун-ҳалқум муртагининг гипертрофияси 66,67%, танглай муртагининг гипертрофияси 83,33%, сурункали тонзиллит - 50,0%, қўшма патологиялар - 100,0%; бир томонлама - бурун-ҳалқум муртаги гипертрофияси 44,44%, танглай муртаги гипертрофияси, асосан, кемтик томонида 66,7%, сурункали тонзиллит - 33,33%, қўшма касалликлар - 100,0%. Чегараланган танглай кемтигида ҳалқум патологияси қуйидагича бўлди: 66,67% болаларда ҳалқум муртаги гипертрофияси, 22,2% танглай муртаги гипертрофияси, 66,7% сурункали тонзиллит, 88,89% ҳолларда қўшма патология (3.2-расм).



3.2-расм. Туғма юқори лаб ва танглай кемтикли болаларда ҳалқум касалликлари

Сурункали тонзиллит ЛТТК бўлган болаларда ТТК бўлган болаларга қараганда 8% кўпроқ учрайди. Қўшма патологиянинг табиати беморларнинг ёшига қараб ўзгариб турди: 1-3 ёшли болаларда ҳалқум ва танглай муртаги гипертрофиясининг комбинацияси устунлик қилди (53,3%); 3-6 ёшли беморларда пастки бурун чиғаноқлари гипертрофияси ва ҳалқум муртаги гипертрофияси комбинациясининг нисбати ошди (61%); 7 ёшдан ошган болаларда танглай муртагининг гипертрофияси бурун тўсиғининг қийшиқлиги (40,6%) билан кечди ва латерал гипертрофик фарингит билан бурун тўсиғи қийшиқлиги (23,8%) комбинацияси ҳам кўпайди.

ЛТТКли болалар муружаатининг турли даврларига кўра, ЛОР патологияси спектри сезиларли даражада ўзгарди.

Биринчи гуруҳ болаларида бир томонлама тўлиқ ЛТТК ҳолатларида танглай муртагининг бир томонлама гипертрофияси бурундан нафас олиш

қийинчилигисиз кузатилди. Бунинг сабаби шундаки, улар кемтик томондан бурун қанотининг текисланиши, шунингдек, бурун тўсиғининг қийшиқлиги жуда яққол бўлиб, у бурун йўлларида бирини бутунлай тўсиб қўяди (3.3-рasm, 3.4-рasm), икки томонлама ЛТТК ва алоҳида танглай кемтигида танглай муртаги кўпинча равоқлар даражасида бўлди. Аммо деярли барча беморларда ҳалқум муртаги гипертрофияси кузатилди, бу эса танглай-ҳалқум ҳалқаси етишмовчилигининг компенсацион механизмлари билан боғлиқ.



3.3-рasm. Бемор В. – ташки бурун деформацияси, бурун тўсиғининг қийшайиши, чап томонлама тўлиқ ЛТТК (хейлопластикадан олдин)



3.4-рasm. Бемор В. – ташки бурун деформацияси, бурун тўсиғининг қийшайиши, чап томонлама тўлиқ ЛТТК (хейлопластикадан кейин)

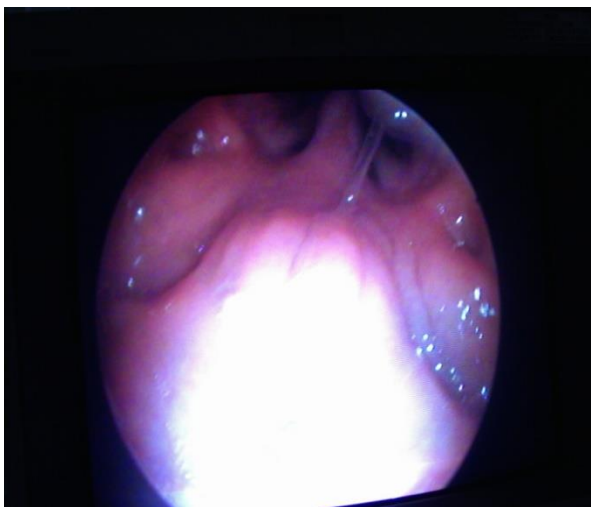
Иккинчи гуруҳда яққолроқ ўзгаришлар кузатилди – бунда қийшиқлик винтсимон кўринишга эга бўлди ва қарама-қарши томондаги ҳалқум

муртагининг компенсатор гипертрофияси билан бирга кечди, барча беморларда бурун тўсиғининг қийиқлиги ва қандайдир даражадаги бурундан нафас олиш қийинлиги мавжуд эди, буни ЛОР патологияси бўлмаган ЮЖСдаги жарроҳлик аралашувлари билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз.

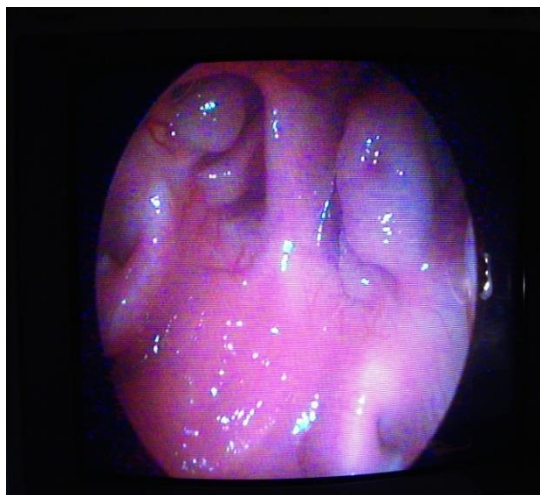
Эшитув найларининг ҳалқумга очилиши текширилганда, болаларнинг деярли ярмида (54%) эшитув найлари шиллиқ қавати атрофияланган, юпқалашган, эшитув найининг очиклиги аниқланди, бу кўпинча иккинчи гуруҳда кузатилди. Эшитув найи тешиги найча атрофининг гипертрофияланган шиллиқ қавати (30,1%), гиперплазияланган лимфоид тўқима (17,3%) ва чандиқлар (8,6%) билан ёпилган ҳолатлар бўлди, улар иккинчи гуруҳда ҳам кўп кузатилди (3.5- ва 3.6-расмлар).

Биз анамнез, олд ва орқа риноскопия, бурун-ҳалқумнинг эндоскопик текшируви, МРТ, КТ ва рентгенография асосида ҳалқум муртаги гипертрофияси ташхисини қўйдик. Сурункали тонзиллит ташхиси анамнез ва клиник ва лаборатория маълумотлари асосида қўйилди.

Бурун-ҳалқумнинг эндоскопик текшируви туғма лаб ва танглай кемтиги бўлган 73 нафар беморда (3-18 ёш) биринчи гуруҳда операциядан олдин ва кейин, иккинчисида - реабилитация даврида ўтказилди.



3.5-расм. Найча гардиши шиллиқ қавати гипертрофияланган



3.6-расм. Лимфоид тўқималар гиперплазияси

Ҳалқум-лимфоид ҳалқаси ва ҳалқум ҳолати тиббий ёрдамга мурожаат қилиш вақтига ва беморнинг ёшига боғлиқ. 1 ёшгача бўлган танглай кемтиги бўлган болаларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси ва ҳалқумнинг морфологик ва функционал ҳолати соғлом тенгдошлариникидан деярли фарқ қилмайди, чунки патологик ўзгаришлар ривожланишга улгурмайди. Биринчи гуруҳнинг катта ёшдаги гуруҳларида ҳалқум-лимфоид ҳалқасида ва ҳалқум шиллик қаватида функционал ва морфологик ўзгаришлар кучаяди ва қайтмас хусусиятга эга бўлади: бошида шиллик қават қизаради, юзаки томирлар кенгаяди, осон шикастланидиган, қон кетадиган бўлади. Кейинчалик, ҳалқум муртагининг гипертрофияси кузатилди, кейин бемор 7 ёшга тўлгунга қадар операция қилинмаса, танглай муртагининг гипертрофияси ривожланди.

Иккинчи гуруҳдаги эрта ёшдаги беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси ва ҳалқум шиллик қаватининг ҳолати соғлом болаларникидан фарқ қилмади; ва ўрта ёшдаги худди шундай гуруҳда – бурун-ҳалқум соҳада у кўкимтир-бинафша ранг бўлиб, осон шикастланиш ва қон кетиши кузатилди. Катта ёшли гуруҳда шиллик қават нотекис, рельеф тузилишига эга бўлди, унинг гипертрофияси кузатилди, унинг юзасида бўртмалар ва бурмалар учради.

Бурун-ҳалқум релефидаги ўзгариш юқори жағда ва танглай пластинкалари ҳолатида деформацияларнинг мавжудлигига боғлиқ бўлди. Танглай кемтиклари операция қилинмаган болаларда юқори жағ танглай

пластинкасининг тик қиялиги ёшга қараб, айниқса мактабгача ёшдан бошлаб ортди.

Иккинчи гуруҳдаги ЛТТК бўлган болаларда нуқсон томонидаги бурун-ҳалқумнинг эндоскопияси бурун тўсиғи ўрта қисмининг эгрилиги туфайли хоананинг торайганлигини кўрсатди.

7 ёшдан ошган иккинчи гуруҳнинг деярли барча беморларида ҳалқум муртаги гипертрофияси кузатилди. Унинг даражаси танглай пластикаси ўтказилган вақтдаги беморнинг ёшига бевосита боғлиқ бўлиб, кўпинча бурундан нафас олишнинг бузилишига сабаб бўлди.

ЛТТК ва ТТК бўлган 46 нафар болада МРТ усули билан танглай-ҳалқум ҳалқаси (ТХХ) визуализацияси ўтказилди. Тўлиқ ЛТТК бўлган беморларда нуқсон бўлганлиги сабабли қаттиқ танглайнинг узунлиги аниқланмади; қолганларида қаттиқ танглайнинг сақланган қисми 16 мм дан 38 мм гача бўлди, бу эса патологиянинг оғирлигига кўра юқори тескари статистик боғлиқликни аниқлади ($P < 0,01$).

Аксиал кесмаларда ўлчанган қаттиқ танглайнинг нуқсони 2 мм дан 22 мм гача. Коронар кесмаларда аниқланган юмшоқ танглай нуқсони барча ҳолатларда 5 мм дан 26 мм гача ўзгариб турди, патологиянинг оғирлигига боғлиқлик камроқ намоён бўлди.

Беморларда, айниқса, кичик ёш гуруҳларида ҳалқум орқа деворининг (ХОД) қалинлиги меъёрга нисбатан 29,4% га қалинроқ эди. Жарроҳликдан олдин ТТК бўлган беморларда бурун-ҳалқум майдони учта ёш гуруҳи бўйича ўртача кўрсаткичлардан мос равишда 32,5%, 50,1% ва 88,6% га ошиб кетди. m.LVP ўлчамлари ўнг ва чап томонда 1 мм дан 8 мм гача фарқ қилди. 7 та текширилувчида (50% ҳолларда) m.LVP йўли бурчагининг ассиметрияси ўнг ва чап томонда 1-4 градус оралиғида қайд этилди. Ушбу кўрсаткичнинг ўртача қийматлари назорат гуруҳидаги маълумотлардан сезиларли фарқларни аниқламади, ўртача 1,9-4,7% га фарқ қилди.

3-6 ёш гуруҳида m.LVP кенглиги 10,8% га, 7 ёшдан ошган беморлар гуруҳида 21,2-47,4% га камайди, бу катта ёшдаги гуруҳда мушак атрофияси каттароқ даражада бўлишини кўрсатади.

Чегараланган ТТК бўлган мактабгача ёшдаги болаларда юмшоқ танглайнинг ўрта қисмида нуқсон бор - m.LVPдаги узилиш ўртача 10 мм, унинг узунлигининг кескин асимметрияси 3-7 мм фарқ билан, юмшоқ танглай бир хил структурали, бурун-ҳалқумнинг майдони катта. Юз-жағ нисбатан танглай-ҳалқум соҳаси (ТХС) меъёрдан катта. Танглай-ҳалқум ҳалқаси (ТХХ) овал шаклда, симметрик.

ТТК бўлган мактаб ёшидаги болаларда қаттиқ танглай ва m.LVP нуқсони 10 мм дан катта, бурун-ҳалқум (БХ) майдони сезиларли даражада катталашган ва юмшоқ танглай бир хил тузилишга эди. Юз-жағ ва бурун-ҳалқум соҳаси (БХС) нисбати нормадан анча юқори - 95%. Бурун ёндош бўшлиқларида ўзгаришлар – гаймор бўшлиғининг медиал девори шиллиқ қаватининг гиперплазияси ва уларда аэрация бузилиши билан боғлиқ кисталар қайд этилди. Бурун аэрациясини, унинг шиллиқ қаватининг дренаж функциясини тиклаш, шунингдек, яллиғланиш белгиларини бартараф этиш учун ўтказилган консерватив даволашдан сўнг тасвирларда меъёрлашиш кузатилди. Танглайнинг бир томонлама кемтигида m.LVP унинг узунлиги асимметрияси (3.7-расм) аниқроқ (10 мм дан ортиқ) ва бурун тўсиғининг деформацияси мавжуд эди. ТХХ овал шаклда.

Уранопластикадан кейинги кечки босқичларда ТТК бўлган барча беморларда ўтказилган МРТ текшируви асосида БХС тузилмаларининг антропометрик таҳлили ўтказилди.

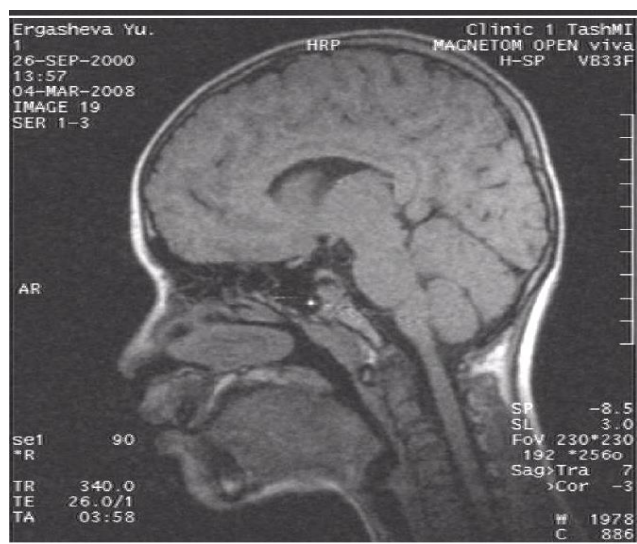
Уранопластикадан кейинги кечки муддатларда ТТКли беморлардаги қаттиқ танглай узунлиги кўрсаткичи бўйича назорат гуруҳи билан солиштирганда статистик ишонарли фарқлар аниқланмади ($P>0,05$). 50% ҳолларда қаттиқ танглай нуқсони кўзга ташланди, бу асоратларнинг сезиларли фоизини ташкил қилди.

Юмшоқ танглай узунлигининг ўртача кўрсаткичлари барча 3 та ёш гуруҳида назорат гуруҳи билан солиштирганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилди ($P < 0,05$). Юмшоқ танглайнинг узунлиги кичик ёш гуруҳида 21,9% га, мактабгача ёш гуруҳида 22,6% га ва мактаб ёши гуруҳида 20,6% га калтароқ бўлди. Юмшоқ танглай мушакларидаги нуқсон 29,2% ҳолларда ва юмшоқ танглай мушакларининг атрофияси 41,6% да қайд этилди. Катта фоизда - 66,6% ҳолларда юмшоқ танглай мушак тузилмаларининг гетерогенлиги қайд этилди, бу мушакларни тайёрлаш ва тикишдан кейинги чандиқлар натижасида мушак бўлмаган (бириктирувчи) тўқималарнинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

ТТК бўлган беморларда бурун-ҳалқум майдони ўлчами бўйича ҳам соғлом одамларга нисбатан ишонарли фарқлар аниқланмади ($P > 0,05$). Оғиш 3,8% дан 12,1% гача бўлди. Ушбу кўрсаткичнинг индивидуал қийматлари кичик ёш гуруҳларида жуда катта ораликда - 30 мм² дан 212 мм² гача ўзгариб турди, ўрта ва катта ёшдаги гуруҳларда эса ўзгаришлар унчалик кескин бўлмади.



3.7-расм. МРТ – танглай-ҳалқум етишмовчилиги



3.8-расм. МРТ - юмшоқ танглайнинг гетерогенлиги



3.9-расм. МРТ - юмшоқ танглай мушакларининг атрофияси

Юмшоқ танглай узунлиги ва ҳалқум чуқурлиги ўртасидаги мувофиқлик коэффиценти барча ёш гуруҳларида ($P < 0,05$) назорат гуруҳига солиштирганда сезиларли даражада юқори бўлди. Кичик ёш гуруҳида у назорат гуруҳи маълумотларидан 36,4% га, ўрта ёш гуруҳида 29,9% га ва катта ёш гуруҳида 30,7% га ошиб, назорат гуруҳидаги ушбу кўрсаткичнинг ёш динамикасини такрорлади.

Олинган маълумотлар уранопластикадан кейинги кечки муддатларда ТТК бўлган беморларда юмшоқ танглай узунлиги ва ҳалқум чуқурлиги ўртасида тафовут мавжудлигини кўрсатди, бу эса танглай-ҳалқум

ҳалқасининг тўлиқ ёпилмаслигига ва танглай-ҳалқум етишмовчилиги мавжудлигига мойил бўлган омиллардан бири ҳисобланади (3.7-3.9-расм).

Барча текширилган беморларда оғиз орқали нафас олиш пайтида 5 мм дан 12 мм гача, ўртача $8,35 \pm 0,43$ мм бўлган ёпилиш нуқсони бор эди, бу ТТК бўлган беморларнинг ушбу гуруҳидаги 100% ҳолларда танглай-ҳалқум етишмовчилиги мавжудлигидан далолат беради (3.9-расм).

3.2. Танглай ва юқори лаб туғма кемтикли ёки танглай туғма кемтикли болаларда ҳалқум-лимфойд ҳалқаси тузилмаларини эндоскопик текширишнинг ўзига хослиги ва натижалари

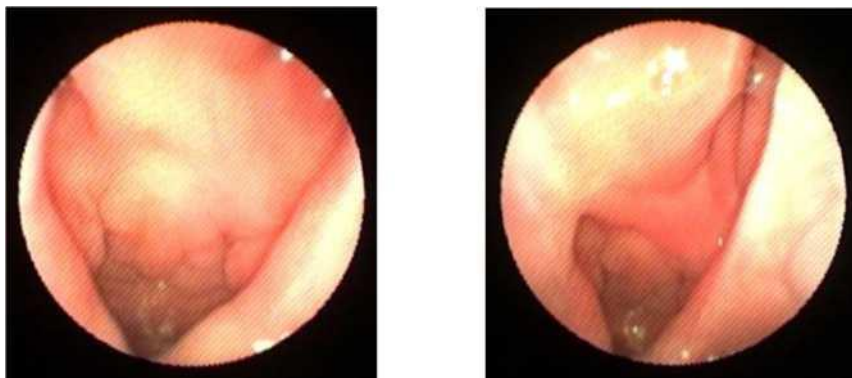
3.2.1. Танглай ва юқори лаб туғма кемтикли болаларда ҳалқум ва ҳалқум-лимфойд ҳалқаси тузилмаларини эндоскопик текширишнинг натижалари

Ҳалқум-лимфойд ҳалқаси (ХЛХ) тузилмаларини эндоскопик текширишнинг хусусиятлари кемтик турига, танглай нуқсони ҳажмига ва текшириш вақтида амалга оширилган жарроҳлик аралашувларга боғлиқ бўлди. Барча беморларда нафақат ҳалқум, танглай ва най муртақларининг ҳолати, балки қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг ҳолати ҳам баҳоланди.



3.10-расм. Мезофарингоскопияда танглай нуқсони орқали бурун-ҳалқум тузилмаларини текшириш

БТК, ИТК ва ЧТК бўлган барча беморларда юмшоқ танглай (I гуруҳ) пластик жарроҳлиги ўтказилишидан олдин мезофарингоскопияда ҳалқум муртагини текшириш мумкин бўлди (3.10-расм).



3.11-расм а, б. Туғма нуқсон бўйича оператив даврдан олдин БТК бўлган бемор. Текшириш кўриш бурчаги 45° бўлган қаттиқ эндоскоп ёрдамида амалга оширилди.

Шунингдек, барча болалар (БТК, ИТК, ЧТК) бурун-ҳалқумнинг диагностик эндоскопияси ўтказилди. Эндоскопия 45° ва 70° кўриш бурчаги бўлган қаттиқ эндоскоп ёрдамида трансорал ўтказилди (3.11-расм а, б).

Олинган натижаларни назорат қилиш учун биз диаметри 2,5 мм, кўриш бурчаги 0° ва апертура бурчаги 90° бўлган мослашувчан эндоскоп ёрдамида трансназал усул билан диагностик эндоскопия ўтказдик. Тадқиқот давомида олинган натижаларимиз 3.1-жадвалда келтирилган.

3.1-жадвал

ЛТТК (n=27, 100%) бўлган болаларда бурун-ҳалқумнинг трансорал ва трансназал эндоскопиясини ўтказишда олинган натижалар

Усул Аниқланган белги	Трансназал Эндоскопия	Трансорал эндоскопия
I даражали аденоидлар	n = 18 (66,7%)	n = 18 (66,7%)
II даражали аденоидлар	n = 9 (33,3%)	n = 9 (33,3%)
III даражали аденоидлар	n = 0	n = 0

Олинган маълумотларга асосланиб, ҳалқум муртагининг гипертрофия даражаси иккала усул қўлланилганда ҳам мос келди, шунинг учун ЛТТК бўлган беморларда трансорал усулни қўллаш мумкин (чунки у объектив ва камроқ инвазив).

Бир томонлама тўлиқ танглай кемтиги (БТК) бўлган болаларнинг кўпчилигида ташқи бурун, бурун даҳлизининг деформацияси қайд этилди, бурун тўсиғининг яққол қийшиқлиги мавжуд бўлиб, бу эндоскопик текширувни ўтказишни анча қийинлаштирди. Кўпинча, ўнгдан ва чапдан най муртаги ва эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешиги ҳолатини баҳолаш, эндоскопни буруннинг фақат ярмидан ўтказиш ёки трансорал усулдан фойдаланиш керак бўлди. Диаметри 2,5 мм ва апертура бурчаги 90° (трансназал эндоскопия учун) ёки турли кўриш бурчакларига эга бўлган каттиқ эндоскопни (трансорал техника учун) ишлатиш афзалроқ ҳисобланди.

3.2.2. Туғма нуқсонни жарроҳлик даволашдан олдин танглай ва юқори лаб туғма кемтикли ёки танглай туғма кемтикли болаларда ҳалқум-лимфойд ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари

Барча текширилган болаларда (n=46, 100%) ҳалқум муртаги гипертрофияси I даражадан ошмади. БТК, ИТК ва ЧТК бўлган бир хил ёшдаги кўпчилик болаларда (28 та бола, 60,87%), овқатлантириш пайтида оғиз бўшлиғидан овқатнинг бурун бўшлиғига тушишига олиб келадиган яққол танглай нуқсони мавжудлиги ҳисобга олинган ҳолда, шунингдек, бундай болаларда аралаш нафас олиш бўлганлиги сабабли назофарингит белгилари бор эди. Аденоид вегетацияси юзасида шиллиқ ажралма, озиқ-овқат қолдиқлари кўринади, ўртача шиш ва бурун-ҳалқум шиллиқ қаватининг енгил ёки ўртача гиперемияси қайд этилди. Бу ўзгаришлар каттароқ танглай нуқсони бўлган болаларда кўпроқ намоён бўлди.

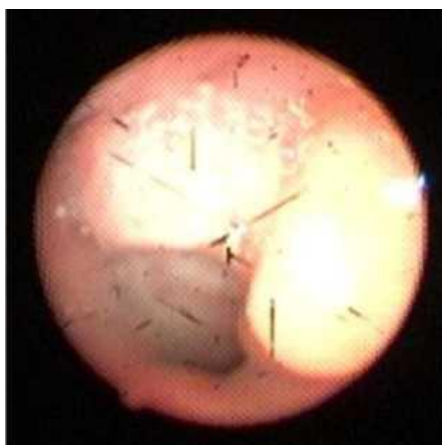
II б даражали ЧТК бўлган болалар текширилганда, биз ушбу болаларда назофарингит белгилари III а, III б даражали БТК, ИТК ва ЧТК бўлган болаларга нисбатан сезиларсиз намоён бўлишини ёки бўлмаслигини

аниқладик. Биз бу фактни II б даражали ЧК бўлган болаларда танглайнинг яққол бўлмаган нуқсонини ҳисобга олиб, бурун-ҳалқумнинг шиллик каватига, хусусан, ҳалқум муртагига овқатнинг таъсири унчалик тажовузкор эмаслиги билан изоҳладик.



3.12-расм а, б. ЛТТК бўлган беморда эшитув найининг ҳалқумга очилиш тешиги

БТК бўлган 2 та (11,1%) ва ЧТК бўлган 3 та (20%) болада биз икки томонлама эшитув найлари тешикларининг очиқлигини аниқладик (3.12-расм а, б).



3.13-расм. ЛТТК бўлган беморда чап най муртагининг гипертрофияси

Най муртагининг гипертрофияси биз томонимиздан 4 та (8,7%) болада аниқланди (1 та болада БТК, 3 та беморда ЧТК). Биз бу фактни танглайда яққол нуқсон мавжудлиги ва юқорида айтиб ўтилганидек, аралаш нафас

олиш, шунингдек, озиқ-овқат таъсири билан боғладик. Гипертрофияланган найча муртаги эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларини қоплаб, уларнинг визуализациясини чеклайди (3.13-расм).

Биз томонидан текширилган барча болаларнинг танглай муртаги олдинги танглай ёйларидан ташқарига чиқмади ва уларга ёпишмаган эди. Шиллиқ қават пушти рангда, лакуналар кенгаймаган.

3.2-жадвалда болаларнинг нозология бўйича тақсимланиши кўрсатилган.

3.2-жадвал

Туғма нуқсонлар (I гуруҳ) бўйича ўтказилган жарроҳликдан олдин ЛТТК/ТТК бўлган болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати

Кемтик тури Патология	ЛТТК		ТТК	Жами
	10 (21,7%)	17 (37%)	19 (41,3%)	46 (100%)
Назофарингит	5	10	9	24
I даражали аденоид	0	2	2	4
II даражали аденоид	0	0	2	2
Эшитув найи тешигининг очиклиги	0	3	4	7
Найча муртаги гипертрофияси	0	2	4	6

Шундай қилиб, ЛТТК бўлган болаларда кўпинча бирламчи пластикадан олдин назофарингит кузатилди. Айрим ҳолларда I -даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси, эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешигининг очиклиги, шунингдек, найча муртаги гипертрофияси деб ташхис қўйилган бўлса, ТТК бўлган болаларда назофарингит 9 та болада, I -II даражали аденоид вегетацияси, 2 та болада эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларининг очиклиги ва 4 та болада найча муртагининг гипертрофияси аниқланди.

3.2.3 Туғма нуқсонни жарроҳлик даволашнинг биринчи босқичини (хейлопластика/хейловелопластика) ўтказгандан кейин танглай ва юқори лаб туғма кемтикли болаларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари

Кейинчалик, I гуруҳдаги болаларда бирламчи хейлопластика (1А кичик гуруҳи)/ хейловелопластика (1Б кичик гуруҳи) дан кейин ХЛХ тузилмаларини баҳоладик. Бизнинг кузатишларимизга кўра, 1А кичик гуруҳидаги текширилган болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати аввалгидек қолди. Бирламчи хейлопластикани ўтказиш ҳалқум, най ва танглай муртакларининг ҳолатига таъсир қилмади, чунки 1Б кичик гуруҳидаги болаларда бўлгани каби, бирламчи хейловелопластикадан кейин ХЛХ тузилмалари ва бурун-ҳалқум шиллиқ қавати ҳолати яхшиланиш томон ўзгарди.

Агар ҳаётининг 1 ойида текширилганларнинг 55%да (6 та бола) назофарингит аниқланган бўлса, 6 ойга келиб, беморларда юмшоқ танглай пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилаётганда, уларнинг сони деярли 1,7 барабарга кўпайди ва 10 та ҳолатни ташкил қилди (77,5%) ($\chi^2=4,528$, $p<0,05$).

3.3-жадвал

Хейловелопластикадан кейин ЛТТК бўлган болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати (1Б кичик гуруҳи)

Кемтик тури	БТК 12 (70,6%)	ИТК 5 (29,4%)	Жами 17 (100%)
Патология			
Назофарингит	3	0	3
I даражали аденоидлар	0	0	0
Эшитув найи тешиклари очиқлиги	0	1	1
Ҳалқум муртаги гипертрофияси	0	0	0

Хейловелопластика (юқори лаб ва юмшоқ танглайнинг пластикаси) ўтказилгандан сўнг 1Б кичик гуруҳидаги барча болаларда қаттиқ танглайнинг

мавжуд нуқсони орқали аденоид вегетациясини текшириб бўлмади. Шунинг учун биз ҳалқум муртагини трансназал эндоскопия ёрдамида баҳоладик.

Баъзи болаларда (80%), танглай нуқсони қисман ёпилганлиги туфайли, бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқумга озиқ-овқатнинг қайтиши камроқ қайд этилди, бу эса ҳалқум ва найча муртакларига салбий таъсир камайишига олиб келди. 3.3-жадвалда кўрсатилганидек, юқори лаб ва юмшоқ танглайнинг бир вақтнинг ўзида ўтказилган пластик жарроҳлик амалиётидан сўнг ЛТТК ва назофарингит белгилари бўлган болалар сони ушбу жарроҳлик даволашдан олдинги болалар сонига (17 та бола, 36,96%, $\chi^2=26,467$, $p<0,01$) нисбатан сезиларли даражада камайди (8 та бола, 47,1%).

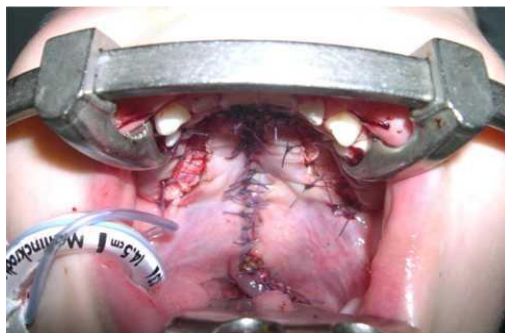
Бу гуруҳдаги болаларда ҳалқум муртагининг гипертрофияси кузатилмади. ИТК бўлган 1 та (5,9%) болада биз эшитиш найларининг ҳалқумга очиладиган тешиклари очиқлигини аниқладик. БТК бўлган 3 та (17,6%) беморда назофарингит белгилари кузатилди.

3.2.4 Туғма нуқсон бўйича жарроҳлик даволаш – вело- /уранопластикадан сўнг танглай туғма кемтикли беморларда ҳалқум- лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари

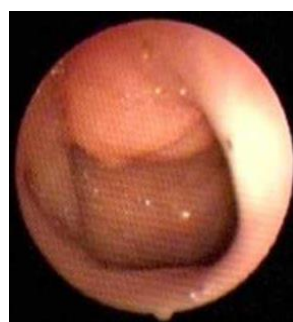
Кейинчалик, қаттиқ танглайнинг пластик жарроҳлигидан кейин IB гуруҳидаги болаларда ХЛХ ни баҳолаш ўтказилди. Жарроҳлик даволаш пайтида танглай нуқсони тўлиқ ёпилганлигини ҳисобга олган ҳолда (3.14-расм), биз барча беморларда ХЛХ тузилмаларини баҳолашни фақат трансназал эндоскопия ёрдамида амалга оширдик.

Бизнинг маълумотларга кўра, ХЛХ органларидаги энг яққол ўзгаришлар 3-5 ёшлиларда аниқланди. Бу ёшда лимфоид тўқималар фаол ўсишни бошлади ва болалар текширилганда, биз ҳалқум ва танглай муртагининг гипертрофияланган ҳолатини аниқладик. Эндоскопик текширув натижаларига кўра ҳалқум муртагининг I даражали гипертрофияси биз томонимиздан 4 та (22,2%) БТК билан, 1 та (20%) ИТК билан ва 11 та (40,74%) ТТЯК билан касалланган болаларда ташхисланди (3.15 а, б - расм).

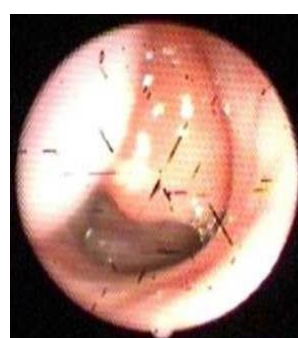
II даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси БТК бўлган 3 та (16,6%) ва ТТЯК бўлган 4 та (14,8%) болада аниқланди (3.16-расм а, б).



3.14-расм. Танглай пластикадан кейин мезофарингоскопик манзара



3.15 а, б-расм. I даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси



3.16 а, б-расм. II даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси

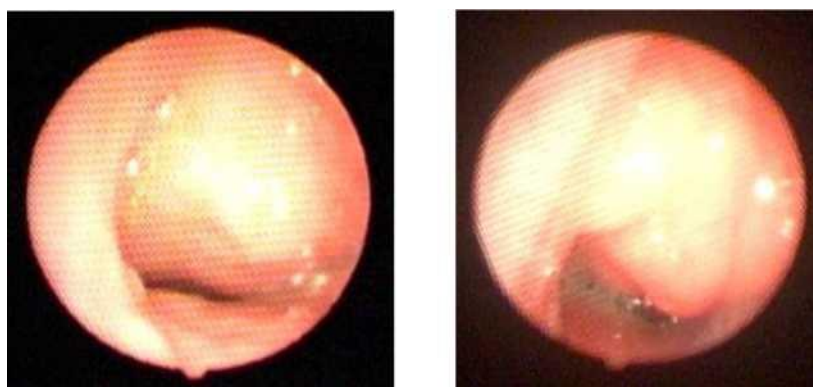
Ҳалқум муртагининг II даражали гипертрофияси бўлган 3 нафар беморда иккала томондан эшитув найларининг ҳалқумга очилиши берклиги қайд этилди (3.17-расм).

III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси 5 та (10%) болада (БТК бўлган 1 та болада, ТТЯК бўлган 4 та болада) аниқланди, барча беморларда

эшитув найларининг ҳалқумга очилишини лимфоид тўқималар қоплаб олган эди (3.18 а, б-расм).



3.17-расм. Ҳалқум муртагининг II даражали гипертрофияси



3.18 а, б-расм. III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси

Ҳалқум муртаги юзаси кўп ҳолларда оч пушти рангга эга бўлиб, юзаси патологик ажралмасиз. Қаттиқ танглайнинг пластик жарроҳлигидан сўнг аденоидит белгилари бўлган беморлар сони анча камайди. Биз бу фактни ушбу жарроҳлик даволашдан сўнг оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиғининг тўлиқ ажратилиши билан боғладик. Аммо ёш катталашиши билан аденоидит билан оғриган болалар сони яна кўпайди, бу бурун тўсиғининг қийшиқлиги, бурун йўллариининг торайиши ва бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши билан боғлиқ бўлиб, охир-оқибатда бурун-ҳалқумда яллиғланиш жараёнларининг ривожланишига олиб келди. Най муртагининг гипертрофияси бўлган болалар сони бироз ошди - 16% (БТК бўлган 3 та болада, ТТЯК бўлган 5 та болада).

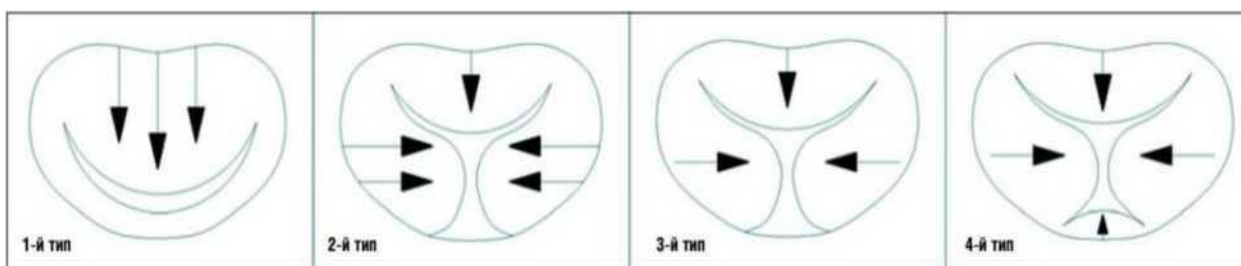
Эшитув найларининг ҳалқумга очиладиган тешикнинг очиклиги 14% ҳолларда аниқланди (БТК бўлган 2 та болада, ТТЯК бўлган 5 та болада).

Танглай муртагига келсак, биз асосан I ва II даражали гипертрофияни аниқладик. Ҳеч бир ҳолатда III даражали гипертрофия аниқланмади. 5-7 ёшдаги 12 нафар (24%) болага сурункали тонзиллит (оддий шакл) ташхиси қўйилди. Танглай муртаги чандикли ўзгарди, ёйларга ёпишган бўлиб, лакуналар катталашди, олд танглай ёйларининг димланишли гиперемияси қайд этилди. Сурункали тонзиллитнинг ривожланиши бурун тўсиғининг яққол қийиқлиги бўлган беморларда бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши билан боғлиқ бўлди, бу ҳалқум лимфоид тўқималарининг яллиғланишига олиб келди.

Уч ёшдан катта беморларда нутқ ривожланиши даврида биз танглай-ҳалқум етишмовчилигини (ТХЕ) аниқлай бошладик. ТХЕ нинг клиник кўринишлари: очик ринофония ва овқатланиш пайтида оғиз бўшлиғидан озиқ-овқат ёки суюқликнинг бурун бўшлиғига қайтиб тушиши бўлди. Танглай-ҳалқум ёпилишини баҳолаш учун биз мослашувчан эндоскопдан фойдаландик, уни бурун бўшлиғидан бурун-ҳалқум даражасига ўтказдик ва бизни қизиқтирган бурун-ҳалқум соҳасининг эндоскопик манзарасини аниқ кўрсатадиган тарзда ўрнатдик.

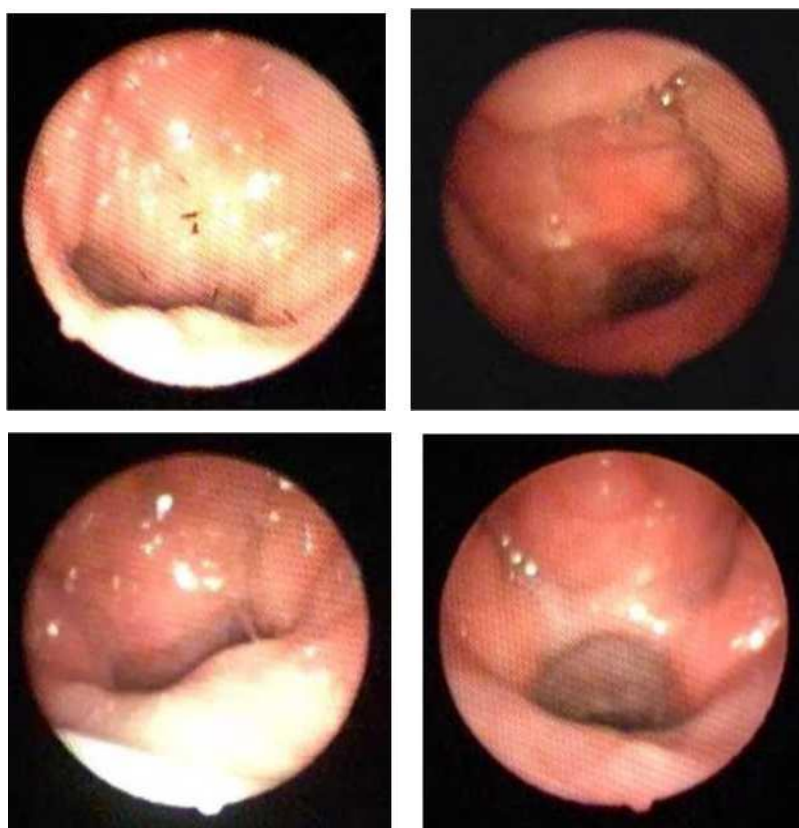
Анъанавий равишда танглай-ҳалқум ёпилишнинг 4 та тури фарқланади (3.19-расм):

- 1- коронар, унда юмшоқ танглайнинг яхши ҳаракатчанлиги ва ҳалқум ён деворларининг минимал ҳаракатчанлиги қайд этилади;
- 2 - сагиттал, бунда ҳалқум ён деворларининг яхши ҳаракатчанлиги ва юмшоқ танглайнинг минимал ҳаракатчанлиги қайд этилади;
- 3 - циркуляр (юмшоқ танглай ва ҳалқум ён деворларининг бир хил фаоллиги ҳисобига ҳосил бўлади);
- 4 - атипик (Пассаван валикли циркуляр), бунда танглай-ҳалқум ҳалқасининг ишига ҳалқумнинг орқа девори қўшилади.



3.19-расм. Танглай-ҳалқум ёпилиш турлари

Бурун-ҳалқумни эндоскопиясини ўтказишда биз танглай-ҳалқум ҳалқаси тузилмаларининг ҳаракатчанлиги ва ҳолатига (юмшоқ танглай, ҳалқумнинг ён ва орқа деворлари), юмшоқ танглайнинг ҳалқум орқа девори билан ёпилиш интенсивлигига эътибор қаратдик, танглай-ҳалқум ёпилиш турини аниқладик ва танглай-ҳалқум ҳалқасининг ўлчамини баҳоладик.



3.20-расм а, б, в, г. ЛТТК ва ТХЕ бўлган беморлар

Эндоскопияни ўтказиш пайтида беморлардан алоҳида сўзлар ва жумлаларни талаффуз қилиш сўралди ва параллел равишда, ҳалқум

деворларининг бир-бирига нисбатан ҳаракати - 0 дан 1,0 гача, яъни тўлиқ ҳаракатсизликдан тўлиқ ёпилишгача баҳоланди. Танглай-ҳалқум ҳалқа тузилмалари орасида уларнинг энг яқин яқинлашиш пайтида ҳосил бўлган қолдиқ тешикнинг майдони (қолдиқ тешикнинг ўлчами) ҳам баҳоланди.

Болаларни текширганда, биз 36% ҳолларда турли оғирликдаги танглай-ҳалқум етишмовчилигини (ТХЕ) аниқладик (3.20-расм а, б, в, г).

3.4-жадвал

Қаттиқ танглай пластикаси ўтказилгандан кейин ЛТТК бўлган болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати (III гуруҳ)

Кемтик тури Патология	БТК 18 (36%)	ИТК 5 (10%)	ЧТК 27 (54%)	Жами 50 (100%)
I даражали аденоидлар	4 (22,2%)	1 (20%)	11 (40,74%)	16 (32%)
II даражали аденоидлар	3 (16,6%)	0	4 (14,8%)	7 (14%)
III даражали аденоидлар	1 (5,5%)	0	4 (14,8%)	5 (10%)
Аденоидит белгилари	5 (27,7%)	1 (20%)	5 (18,5%)	11 (22%)
Танглай муртагининг I-II даражали гипертрофияси	7 (38,8%)	2 (40%)	10 (37%)	19 (38%)
Сурункали тонзиллит	7 (38,8%)	0	5 (18,5%)	12 (24%)
Най муртагининг гипертрофияси	3 (16,6%)	0	5 (18,5%)	8 (16%)
Эшитув найи тешиклари очиклиги	2 (11,1%)	0	5 (18,5%)	7 (14%)
ТХЕ	5 (27,7%)	1 (20%)	12 (44,4%)	18 (36%)

Чегараланган танглай кемтиги (ЧТК) ва танглай-ҳалқум етишмовчилиги (ТХЕ) бўлган 4 та (14,8%) болада қолдиқ тешик ўлчами 50% дан катта. 11 та (22%) болада (БТК бўлган 3 та бемор ва ЧТК бўлган 8 та бола) қолдиқ тешик ўлчами 30-40% бўлган ТХЕ аниқланди. Қолдиқ тешик ўлчамининг энг кичик фоизи (10-20%) ТХЕ бўлган 3 нафар беморда (ИТК

бўлган 1 та болада ва БТК бўлган 2 та беморда) аниқланди. Болаларнинг нозология бўйича тақсимланиши 3.4-жадвалда келтирилган.

Шундай қилиб, қаттиқ танглай пластикаси ўтказилгандан ва оғиз ва бурун тўлиқ ажратилгандан сўнг, назофарингит билан оғриган беморларнинг сони камайди. Бироқ, бурун орқали нафас олиш қийинлашишига олиб келадиган бурун бўшлиғининг патологияси вақт ўтиши билан яна бурун-ҳалқумда яллиғланишли ўзгаришлар бўлган болалар сонининг кўпайишига олиб келди. Текширилаётган беморлар ёши ҳисобга олинган ҳолда, аденоид вегетацияси ва танглай муртагининг гипертрофияси бўлган болалар сони кўпайди.

3.2.5. Операциядан кейинги иккинчи гуруҳдаги эрта даврда танглай ва юқори лаб туғма кемтикли бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари

Катта ёшдаги болалар (7 ёшдан 14 ёшгача бўлган беморлар, ўртача ёш 10 ёш) текширилганда, биз барча ҳолатларда мослашувчан эндоскопдан фойдаландик ва ХЛХ тузилмаларини трансназал текширдик. Биз қуйидаги маълумотларни олдик: I даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси БТК бўлган 5 та болада, ИТК бўлган 1 та болада ва ЧТК бўлган 4 та болада аниқланди, бу умумий болалар сонининг 25% ни ташкил қилади. II даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси БТК бўлган 2 та (10%) беморда ва ЧТК бўлган 1 та (5,8%) болада аниқланди. III даражали ҳалқум муртагининг гипертрофияси ҳеч қандай ҳолатда аниқланмади. Шунингдек, текширилган баъзи болаларда аденоидит сақланиб қолди (БТК бўлган 4 та беморда ва ЧТК бўлган 3 та беморда).

Най муртаги гипертрофияси 12,5% ҳолларда аниқланди (БТК бўлган 1 та болада, ЧТК бўлган 4 та болада). Эшитув найлари ҳалқум тешикларининг очиқлиги 2 та (5%) беморда ташхисланди (БТК бўлган 1 та болада, ЧТК бўлган 1 та беморда). 7 та (17,5%) беморда I-II даражали танглай муртаги

гипертрофиясини аниқладик (БТК бўлган 2 та беморда, ИТК бўлган 1 та беморда, ЧТК бўлган 4 та беморда).



3.21-расм. Юмшоқ танглай деформацияси (БТК, бирламчи хейлопластикадан, юмшоқ ва қаттиқ танглай пластикадан кейинги ҳолат)

Бу ёшда сурункали тонзиллит билан оғриган беморлар сони кўпайди. 16 та (40%) болада танглай ёйларининг қирравий димланган гиперемияси, бодомсимон безлар лакуналарида кенгайиш ва чандиқли ўзгаришлар кузатилди, танглай муртаги равокларга ёпишган (3.21, 3.22, 3.23 - расм). 16 нафар бемордан 4 нафарида анамнезда қайталанган тонзиллит мавжуд эди.



3.22-расм. Сурункали тонзиллит (БТК, бирламчи хейлоринопластикадан, юмшоқ ва қаттиқ танглай пластикадан кейинги ҳолат)



3.23-расм. Танглай муртаклари гипертрофияси ва юмшоқ танглай деформацияси (ИТК, бирламчи хейлоринопластикадан, юмшоқ ва қаттиқ танглай пластикасидан кейинги ҳолат)

Беморларнинг аксариятида (67,5%) турли даражадаги юмшоқ танглай деформацияси қайд этилди, шунингдек, 3-бобда айтиб ўтилганидек, IV гуруҳдаги 5 нафар (12,5%) беморда танглай нуқсони бор эди 3.24-расм).



3.24-расм. ЧТК бўлган бемордаги танглай нуқсони

ТЛТКни юқори жағ алвеоляр ўсиғининг суяк пластикаси ва логопедик машғулот курси ҳамда зарурият бўлганда танглай-ҳалқум ҳалқасини яхшилаш учун фарингопластика ўтказилгандан сўнг танглай-ҳалқум етишмовчилиги бўлган болалар сони 22,5% га камайди.

IV гуруҳга киритилган болаларда ХЛХ тузилмалари ўрганилганда биз томонимиздан олинган натижалар 3.5-жадвалда келтирилган.

**Операциядан кейинги эрта даврда ЛТТК/ТТК бўлган болаларда
ҲЛХ тузилмаларининг ҳолати (II А гуруҳи)**

Кемтик тури Патология	БТК 20 (50%)	ИТК 3 (7,5%)	ЧТК 17 (42,5%)	Жами 40 (100%)
I даражали аденоидлар	5 (25%)	1 (33,3%)	4 (23,6%)	10 (25%)
II даражали аденоидлар	2 (10%)	0	1 (5,8%)	3 (7,5%)
Аденоидит	4 (20%)	0	3 (17,6%)	7 (17,5%)
Танглай муртагининг I-II даражали гипертрофияси	2 (10%)	1 (33,3%)	4 (23,6%)	7 (17,5%)
Сурункали тонзиллит	11 (55%)	0	5 (29,4%)	16 (40%)
Най муртагининг гипертрофияси	1 (5%)	0	4 (23,6%)	5 (12,5%)
Эшитув найи тешиклари очиклиги	1 (5%)	0	1 (5,8%)	2 (5%)
Юмшоқ танглай деформацияси	14 (70%)	3 (100%)	10 (58,8%)	27 (67,5%)
Танглай нуксони	0	0	5 (29,4%)	5 (12,5%)
ТХЕ	4 (20%)	0	5 (29,4%)	9 (22,5%)

Олинган натижаларни таҳлил қилиб, операциянинг ўзи шиллик ва суяк тўқималарни шикастлайди, операциядан кейинги шиш пайдо бўлишига олиб келади ва бу билан ҲЛХ тузилмаларининг ҳолатига таъсир қилади деган хулосага келдик.

3.2.6 Операциядан кейинги иккинчи гуруҳдаги кечки даврда танглай ва юқори лаб туғма кемтиги бўлган беморларда ҳалқум-лимфоид ҳалқаси тузилмаларини ўрганиш натижалари

Биз ўртача ёши 14 ёш бўлган II Б гуруҳидаги беморларни текшириш ва ҲЛХ тузилмаларини баҳолаш учун трансназал эндоскопиядан фойдаландик.

Барча болалар мослашувчан эндоскоп ёрдамида эндоскопик текширувдан ўтказилди.

Биз ХЛХ тузилмаларининг ҳолати бироз яхшиланганини аниқладик. ҳалқум муртагининг гипертрофияси бўлган беморларнинг сони камайди, бу боланинг ўсиши ва лимфоид тўқималарнинг ривожланиши билан боғлиқ эди. I даражали аденоид вегетацияси болаларнинг 17,5%ида, II даражали беморларнинг 7,5%ида аниқланди. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида бурун нафасини яхшилаш учун септопластика ва пастки бурун чиғаноқларининг вазотомияси ўтказилганлигини ҳисобга олсак, бурун-ҳалқумда яллиғланиш ўзгаришлари бўлган беморларнинг сони камайди. Афсуски, сурункали тонзиллит 47,5% ҳолларда сақланиб қолди, аммо бурун нафасини тиклаш сурункали тонзиллит қўзиши сонининг камайишига олиб келди. Ушбу гуруҳга киритилган болаларда най муртагининг гипертрофияси ҳеч қандай ҳолатда аниқланмади. Эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларининг очиқлиги 2 та (5%) беморда сақланиб қолди. ИБ гуруҳига кирувчи болаларни текширишда олинган натижалар 3.6-жадвалда келтирилган.

3.6-жадвал

Операциядан кейинги кечки даврда ЛТТК бўлган болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати (II Б гуруҳи)

Ёриқ тури	БТК	ИТК	ЧТК	Жами
Патология	17 (42,5%)	7 (17,5%)	16 (40%)	40 (100%)
I-даражали аденоидлар	3 (17,6%)	1 (14,3%)	3 (18,75%)	7 (17,5%)
II-даражали аденоидлар	2 (11,7%)	0	1 (6,25%)	3 (7,5%)
Сурункали тонзиллит	14 (82,3%)	2 (28,5%)	3 (18,75%)	19 (47,5%)
Эшитиш найи тешикларининг очиқлиги	0	0	2 (12,5%)	2 (5%)
Юмшоқ танглай деформацияси	13 (76,5%)	6 (85,7%)	10 (62,5%)	29 (72,5%)
ТХЕ	1 (5,8%)	0	4 (25%)	5 (12,5%)

ТХЕни аниқлаш ҳолатлари камайди ва 12,5% ни ташкил этди. Барча ҳолатларда қолдиқ тешикнинг ўлчами 30% дан ошмади.

Биз юмшоқ танглайнинг ҳолатини ҳам баҳоладик. Бизнинг текширувимизга кўра, беморларнинг 70% дан ортиғи турли оғирликдаги юмшоқ танглай деформациясига эга эди. Кўпинча тилчанинг калталашиши ёки йўқлиги, ассиметрик юмшоқ танглай учради (3.25, 3.26-расм).



3.25-расм. ЧТК бўлган беморда юмшоқ танглай деформацияси



3.26-расм. ЧТК бўлган беморда тилчанинг бифуркацияси

Турли ёш давларидаги ЛТТК бўлган болаларни эндоскопик текширишда олинган маълумотларни таҳлил қилиб, биз аденоидит/назофарингит белгилари бўлган болалар улуши ҳаётнинг биринчи олти ойида, болаларда ҳали юмшоқ танглайнинг пластик жарроҳлиги ўтказилмаган ва озиқ-овқатнинг таъсири ҳалқум муртағи яллиғланишига

олиб келган вақтда кўпроқ бўлишини аниқладик. Танглай нуқсони ёпилгандан кейин аденоидит билан оғриган болалар сони камайди, аммо ёш катталашини билан ушбу болаларда бурун билан нафас олишда қийинчилик борлигини ҳисобга олиб, аденоидит билан касалланганлар сони яна кўпайди. Барча ёш даврларида II-III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси бўлган болалар сони 30% дан ошмади. Бурун бўшлиғининг ёндош патологиясини (бурун тўсиғининг қийшиқлиги, сурункали вазомотор ринит) ҳисобга олган ҳолда, сурункали тонзиллитли болалар сони ёшга қараб доимий равишда ошиб бори.

3.2.7 Танглай ва юқори лаб туғма кемтиги бўлган болаларнинг турли даврларида ҳалқум-лимфойд ҳалқаси патологик жараёнларни даволаш

ҲЛҲ тузилмаларининг патологияси бўлган ЛТТК бўлган беморлар консерватив ёки жарроҳлик даволашга муҳтож эди. Текширувимиз натижалари шуни кўрсатдики, жарроҳлик даволашни талаб қиладиган ҲЛҲ билан боғлиқ муаммоларнинг аксарияти беморларда юмшоқ танглай пластикадан кейин пайдо бўлди.

I ва II гуруҳларга киритилган беморларнинг ҳеч бирида (бирламчи хейлопластикадан олдин ва кейин ва хейловелопластикадан кейин) ҲЛҲ тузилмаларида операция ўтказилмаган.

Эшитув найларининг ҳалқумга очилиши тўсилган, III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси бўлган барча болаларда (III гуруҳдан 5 нафар бола, 10%) ва II даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси бўлган 3 та (6%) беморда бурун нафасини яхшилаш ва эшитув найларининг ҳалқумга очилишини “бўшатиш” учун биз томонимиздан комплекс даволаш амалга оширилди. Маълумки, ЛТТК/ТТК бўлган барча болаларда танглай-ҳалқум етишмовчиги ривожланиш хавфи бўлади. Юмшоқ танглай мушакларининг нотўғри бирикиши уларнинг нотўғри ишлашига олиб келади, бунинг натижасида юмшоқ танглай спонтан нутқ пайтида ҳалқумнинг орқа девори билан ёпилмайди, бу танглай-ҳалқум етишмовчилик деб ҳисобланади, клиник

жиҳатдан нутқнинг бузилишида намоён бўлади ва оғир ҳолатларда ютиш пайтида оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига овқат тутишига олиб келади. Бундай беморларда бурун-ҳалқумнинг кўп қисмини эгаллаган гипертрофияланган ҳалқум муртаги юмшоқ танглайни ўзининг юзаси билан маҳкам ёпилишига имкон берди, бу танглай-ҳалқум етишмовчиликнинг клиник кўринишини компенсациялади. Шу муносабат билан, II ва III даражали аденоидлар гипертрофияси ва эшитув найларининг ҳалқумга очилиши блокланган барча беморларга протарголнинг 2% эритмаси кўшилган ҳолда комплекс даволаш амалга оширилди.

Най муртагининг гипертрофияси бўлган болаларга (III гуруҳдан 8 та бемор, 16% ва IV гуруҳдан 5 та бемор, 12,5%) 10 кун давомида кунига 3 марта 2%ли протаргол эритмаси транстубар юборилди (даволаш курси 6 ой).

I Б, II А ва II Б кичик гуруҳидаги сурункали тонзиллит бўлган беморларга биз маҳаллий иммунитетни оширишга қаратилган консерватив даво курсларини (муртаклар лакуналарини хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш, витаминли терапия, иммунокоррекция) тайинладик. IV гуруҳдаги сурункали тонзиллит билан оғриган, анамнезида қайталанувчи ангина бўлган ва қон биокимёвий таҳлилида О-антистрептолизин 200 ХБ/л дан ортиққа ошган 4 та (10%) беморда икки томонлама тонзиллэктомия ўтказдик.

3.2.8 Танглай туғма яширин кемтиги бўлган беморларни

эндоскопик текшириш хусусиятлари

Фролова Л.Е. (1974) нинг ЛТТК таснифида яширин танглай кемтиги (ТТЯК) бўлган болаларда танглайдаги анатомик нуқсоннинг оғирлиги бўйича охирги ўринни эгаллайди ва IA даража сифатида белгиланади. Маълумки, ТТЯК горизонтал танглай пластинкаси орқа қисмининг ўрта чизиги бўйлаб суяк нуқсонининг мавжудлиги, шиллиқ қаватнинг яхлитлиги сақланиб қолган ҳолда юмшоқ танглай мушакларининг бир-биридан ажралиши ва тилчанинг бифуркацияси билан тавсифланади. Ушбу турдаги кемтикда

танглай шиллик қавати яхлитлигининг бузилмаслиги ва бевосита мезофарингоскопияда танглай нуқсони аниқланмаслигини ҳисобга олсак, ушбу касалликнинг ташхиси ҳар доим ҳам осон эмас ва узоқ вақт давомида ота-оналар ўзларининг болаларида ушбу касалликнинг мавжудлигини сезмайди.

Бурун-ҳалқум эндоскопияси ТТЯК ташхисини қўйиш учун энг муҳим тадқиқот бўлиб, бу шиллик қават бутунлиги сақланганлиги ҳисобга олинган ҳолда танглай мушакларида ажралишлар мавжудлигини аниқлаш имконини берди. Эндоскопик текширув диаметри 2,5 мм, кўриш бурчаги 0° , апертура бурчаги 90° трансназал усулда мослашувчан эндоскоп ёрдамида амалга оширилди. Танглай туғма яширин кемтиги (ТТЯК) бўлган барча болаларда юмшоқ танглайнинг ўрта чизигида шиллик қаватнинг чуқурлашиши ва юмшоқ тўқималарнинг латерал бўртиши қайд этилди, бу танглай мушакларининг бир-биридан ажралиб туришини тавсифлайди (3.27-а, б - расм).



3.27-расм а, б. ТТЯК бўлган болаларда юмшоқ танглай мушакларининг ажралиши

Эндоскопик текширув ўтказилаётганда биз диафаноскопия қилдик, у ТТЯК мавжудлигини тасдиқлашга ёрдам берди. Ёруғлик манбаи юмшоқ танглай орқасидан бурун-ҳалқумга жойлаштирилган эндоскоп бўлиб, тўғри

мезофарингоскопия ўтказилди ва танглай ҳолати баҳоланди. ТТЯК бўлган барча беморларда диафаноскопия ўтказилганда юмшоқ танглай мушакларининг ажралганлиги ва қаттиқ танглайдаги нуқсон аниқ кўринди. Бизнинг фикримизча, бу усулни бажариш осон, қўшимча жиҳозларни талаб қилмайди, бурун-ҳалқум эндоскопияси ўтказилганда бир вақтда амалга оширилади ва ТТЯК борлигига шубҳа қилинган болаларда муваффақиятли кўлланилиши мумкин.

Шунингдек, ТТЯК мавжудлигини юз ўрта зонасининг компютер томографияси натижалари билан ҳам тасдиқлаш мумкин. Компютер томограммаларида ўрта чизик бўйлаб қаттиқ танглай нуқсони аниқ кўринди.

3.2.9 Танглай туғма яширин кемтиги бўлган болаларда

ЛОР аъзоларини текшириш натижалари

Бизнинг ишимизда ТТЯК бўлган 9 нафар болани текширдик. Улар алоҳида гуруҳга (VI гуруҳ) киритилди. Текширувдан ўтган беморларнинг ёши 3 ёшдан 7 ёшгача (ўртача 5 ёш) эди. ТТЯК бўлган болалар, кемтикнинг бошқа шакллари бўлган беморлардан фарқли ўлароқ, туғма нуқсоннинг операцияси ўтказилмади, шунинг учун биз ушбу беморларда ЛОР аъзоларининг ҳолатини улар катталашган сари динамикада баҳоладик.

Анамнез ва шикоятлар йиғилганда 6 та (67%) беморда нутқ бузилиши (очиқ ринофония) қайд этилди. Фақат нутқ бузилишидан шикоят қилган беморлар (2 та бола, 22%), патологияни истисно қилиш учун логопед томонидан оториноларингологга ва юз-жағ жарроҳига юборилди.

Олинган маълумотларни таҳлил қилиб, нутқнинг бузилиши билан боғлиқ муаммолар кўп ҳолларда ТТЯК билан бирга кечиши маълум бўлди.

ТТЯК бўлган беморларни ҳам бизнинг ишимизга киритилган барча болаларда ўтказилган тўлиқ текширувлардан ўтказдик.

Кейин, биз ҳалқум-лимфоид ҳалқасининг (ХЛХ) тузилмаларини баҳоладик. Тўғри мезофарингоскопия барча болаларда тилчанинг турли даражада бифуркацияланганини, танглай шиллиқ қаватининг бутунлиги

бузилмаганлигини кўрсатди. 2 та (22%) болада танглай муртагининг III даражали гипертрофияси, 3 та болада (33%) - I-II даражали гипертрофияси кайд этилди. Бурун-ҳалқум эндоскопияси ўтказилганда қизиқарли маълумотлар олдик. Барча беморларда трансназал усулда бурун-ҳалқум эндоскопияси ва бир вақтда диафаноскопия ўтказилганда ўрта чизик бўйлаб юмшоқ ва қаттиқ танглайдаги нуқсон яққол аниқланди, бу бизга ТТЯК ташхисини тасдиқлаш имконини берди.

Кейинчалик, ҳалқум ва най муртаклари ҳолатини баҳоладик. 3 та (33%) беморда ҳалқум муртагининг III даражали гипертрофияси ва эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларининг блокланиши, 2 та (22%) болада - II даража, 3 та (33%) болада – I даражали гипертрофия аниқланди. Ҳеч бир болада най муртагининг гипертрофияси аниқланмади. 4 та (45%) болада иккала томондан эшитув найларининг очиклиги аниқланди. 3.7-жадвалда болаларнинг нозология бўйича тақсимланиши кўрсатилган.

3.7-жадвал

ТТЯКли болаларда ХЛХ тузилмаларининг ҳолати (VI гуруҳ)

Аниқланган белги	ТТЯК (n=9, 100%)
Тилчанинг кемтиги	9 (100%)
I даражали аденоидлар	3 (33%)
II даражали аденоидлар	2 (22%)
III даражали аденоидлар	3 (33%)
I-II даражали танглай муртаги	3 (33%)
III даражали танглай муртаги	2 (22%)
Эшитув найларининг ҳалқумга очиладиган тешикларининг очиклиги	4 (45%)

Текширув давомида олинган маълумотларни таҳлил қилиб, биз ТТЯКли болаларда кўпинча ХЛХ патологияси бўлишини аниқладик. ХЛХ

муаммолари бўлган болалар консерватив ёки жарроҳлик даволашга муҳтож эди.

2 та (22%) болада ҳалқум муртагининг III даражали гипертрофияси III даражали танглай муртаги гипертрофияси билан бирга кечди, уларда жарроҳлик даволаш ўтказилди (қисман аденотомия, икки томонлама тонзиллотомия). ТТЯК бўлган болаларнинг 67% ҳолларда оториноларингологга ташриф буюришдан олдин нутқ бузилиши бўлганлигини ҳисобга олсак, қисман аденотомияни ўтказишда жуда эҳтиёт бўлиш керак эди. Бизнинг вазифамиз бурун-ҳалқумнинг ўрта зонасида тўқималарнинг асосий қисмини сақлаб қолиб, фақат эшитув найларининг ҳалқумга очиладиган тешикларини очишни ўз ичига олади. Ушбу услуб бизга ушбу болаларда ТХЕ кўринишларини кучайтирмаслик ва нутқ сифатини бир хил даражада сақлашга имкон берди. 1 та (10%) болада III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси I даражали танглай муртаги гипертрофияси билан бирга учради, бу ҳолда биз фақат қисман аденотомия қилдик. I-II даражали аденоидлар ва танглай муртагининг гипертрофияси бўлган болалар учун биз ХЛХ томонидан жарроҳлик даволашни амалга оширмадик.

ТТЯК билан оғриган болалар текширилганда, юмшоқ танглай мушакларининг сезиларли даражада ажралганига қарамай, кемтикнинг ушбу шакли бўлган беморларда ҳалқумда дарҳол ҳал қилишни талаб қиладиган кўплаб муаммолар мавжудлиги аниқ бўлди. ТТЯК бўлган болаларга танглай-ҳалқум ҳалқаси етишмовчилиги характерли эканлигини ҳисобга олсак, нутқ бузилиши бўлган барча беморлар ТТЯК ни истисно қилиш учун диафаноскопия билан бирга эндоскопик текширувдан ўтишлари керак.

3.2.10. Танглай ва юқори лаб туғма кемтиги ёки танглай туғма кемтиги бўлган болаларда бурун-ҳалқумни микробиологик текшириш

Бурун-ҳалқумнинг шиллиқ қавати маҳаллий бактериал флора ва организм ҳимоя кучлари ўртасидаги мувозанат жойи ҳисобланади. Умумий

ва маҳаллий чидамлилик заифлашганда мувозанат бузилади, бу бурун-халқум шиллиқ қаватида инфекция ўчоғининг ривожланишига ёрдам беради.

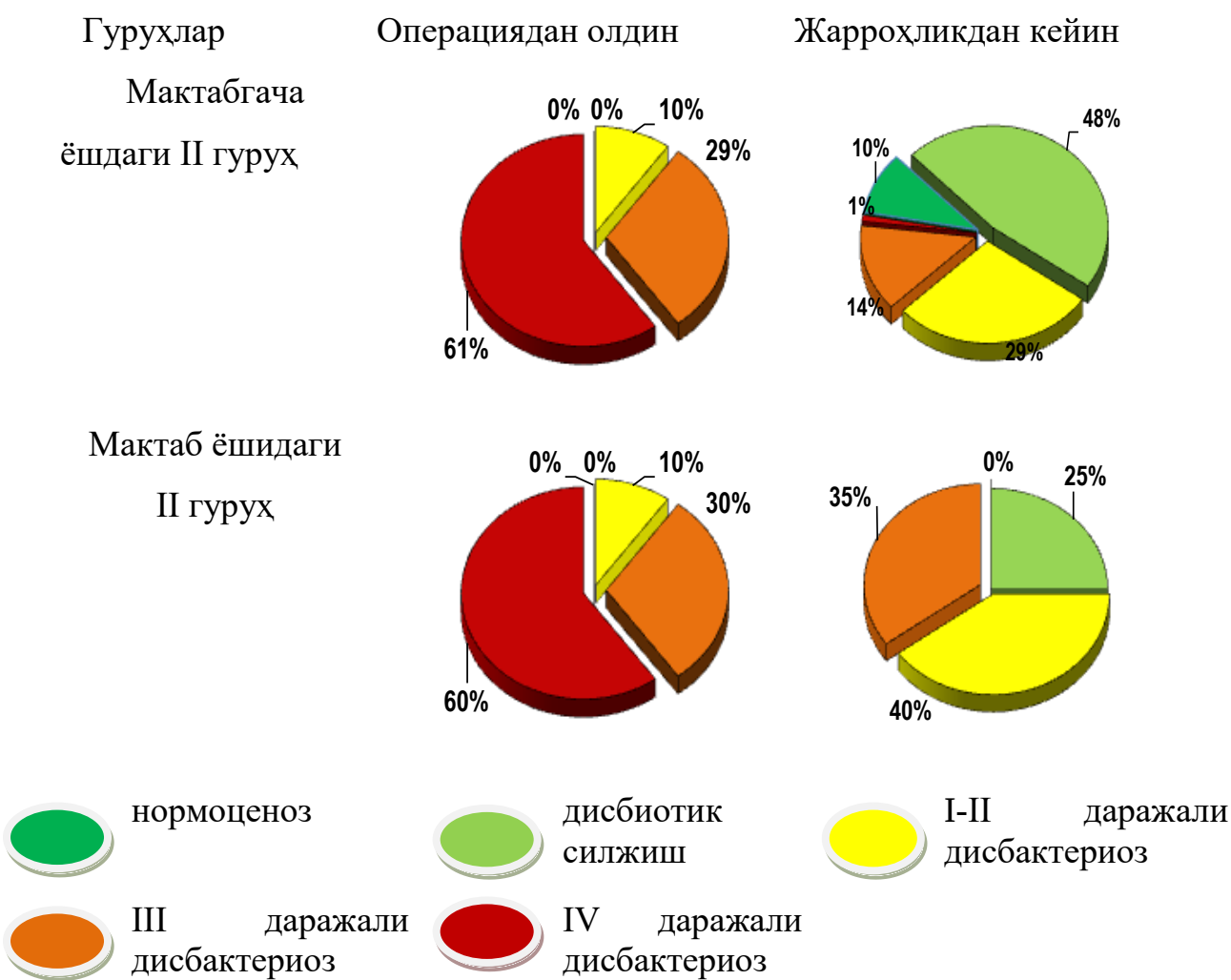
Туғилган пайтдан бошлаб болаларда оғиз бўшлиғи ва буруннинг қўшилиб кетганлиги ушбу биотопнинг сапрофитлари бўлмаган микроорганизмларнинг (гемолитик стрептококклар, энтеробактериялар ва бошқалар) контаминацияси учун қулай шароит яратади. Ушбу патологиянинг доимо мавжудлиги нафақат юзага келишига, балки бурун-халқум дисбактериозининг оғирлашишига ҳам ҳисса қўшади. Маълумки, туғма нуқсон даражаси қанчалик оғир бўлса ва бола қанчалик катта бўлса, бурун ва оғиз шиллиқ қаватидаги дисбактериал силжишларнинг намоён бўлиши шунчалик чуқурроқ бўлади (Махкамов Э.У., 1981).

ЛТТК/ТТК бўлган болалар бурун бўшлиғидан олинган суртмалар микробиологик текширилганда, натижалар 100% ҳолларда оғиз бўшлиғи микробиоценозининг бузилганлигини аниқлади. Операциядан кейин вақт ўтиши билан дисбиотик ўзгаришлар даражаси ошди. Шундай қилиб, иккинчи гуруҳдаги ЛТТК бўлган беморларда (танглай пластикадан кейин), дисбактериознинг энг оғир шакли (4 даража) текширилган беморларнинг 30%да учради, учинчи гуруҳ беморларида (танглай операциясидан кейинги даврда чеилопластикадан кейин) IV босқичли дисбактериознинг учраш частотаси 17,65% ни ташкил этди (3.8; 3.9-жадвал;). Шунини таъкидлаш керакки, мактаб ёшидаги болалар орасида I гуруҳ беморларида операциядан олдинги даврда дисбактериознинг IV даражали оғир даражаси - 17,4% болаларда учради (3.10-жадвал).

Операциядан олдинги даврда мактаб ёшидаги болалар ўртасида текширилган III гуруҳ беморларида тез-тез учрайдиган дисбактериоз шакллари - III даражали дисбактериоз ва I-II даражали дисбактериоз мурожаат қилганларнинг мос равишда 23,5% ва 40% да қайд этилди (3.28; 3.29-расм).

ЛТТК бўлган иккинчи гуруҳ беморларда бурун шиллиқ қаватида дисбиотик бузилишларнинг ривожланиши ўсиш частотасининг ортиши ва

патоген хусусиятларга эга ва ушбу биотоп билан боғлиқ бўлмаган микроорганизмлар спектрининг кенгайиши билан бирга кечди. 96,6% ҳолларда гемолитик стрептококкни аниқлашнинг юқори фоизи катта аҳамиятга эга. Ушбу биотопга хос бўлмаган микроорганизмларнинг миқдорий спектри ичак таёқчаси (86,67%), протей (40,5%) ажратиб олиш частотасининг ошиши ва Candida авлоди замбуруғларининг аниқланиш частотасининг кескин ошиши (90,5% гача) билан тўлди (3.8; 3.9-жадваллар).



3.28-расм. ЛТТК бўлган болаларнинг дибиотик ўзгаришлар оғирлигига қараб хейлопластикадан олдин ва кейин тақсимланиши

Бурун шиллиқ қавати чидамли микрофлорасининг кескин пасайиши ҳам аниқланди. ТТК бўлган барча беморларда лактобактерияларни ўсиш частотаси 58,82% ни ташкил этди (соғлом одамларда 95% дан ортиқ емлаш

билан), сапрофит стафилококк аниқланиш частотасининг мос равишда пасайиши 11,76%ни (назорат гуруҳида 70,0% га аниқланиш частотаси билан) ташкил этди, ногемолитик стрептококкнинг ўсиш частотасининг камайиши эса 19,05% га етди.

3.8-жадвал

Операциядан олдинги ва кейинги даврда иккинчи гуруҳ беморларининг бурун-ҳалқум микрофлораси (ўсиш %)

Микроорганизм	Хейлопластикадан олдин (n=19)		Хейлопластикадан кейин (n=19)	
	операциядан олдин	операциядан кейин	операциядан олдин	операциядан кейин
Лактобактериялар	8,0±2,63	63,0±5,36***	7,5±2,58	40,9±5,73***
Сапрофит стафилококк	23,0±4,68	53,0±5,68**	17,1±4,13	50,4±5,8**
Эпидермал стафилококк	28,0±0,24	41,5±5,65	26,6±5,06	26,6±5,06
Тилларанг стафилококк	98,0	24,1±4,78***	98,0	31,3±5,36***
Ногемолитик стрептококк	18,0±0,05	48,0±5,72***	17,1±4,13	55,1±5,73***
Гемолитик стрептококк	88,0±2,63	19,7±4,36***	88,5±2,58	26,6±5,06***
Ичак таёқчаси	78,0±0,05	28,4±5,09***	79,0±4,13	36,1±5,58***
Протей	83,0±3,51	19,7±4,36***	88,5±2,58	31,3±5,36***
Кандида авлоди замбуруғи	88,0±2,63	45,8±5,71***	88,5±2,58	26,6±5,06***

Эслатма: * - хейлопластикадан олдинги ва кейинги маълумотларга нисбатан сезиларли фарқлар (** - P<0,01, *** - P<0,001)

ЛОР аъзоларининг сурункали касалликлари, иккиламчи иммунтанқислик ривожланишига олиб келади, оғиз ва бурун шиллиқ қаватида оппортунистик ва патоген микроорганизмларнинг ўсишига ёрдам беради ва уларнинг тўқималарга кириб боришини осонлаштиради.

Юқори лаб кемтиги бўйича операция қилинган ЛТТК бўлган беморларда операциядан сўнг дисбиоценознинг IV даражали оғир даражаси учрамади; танглайнинг пластик жарроҳлигидан сўнг III гуруҳда I-II даражали

дисбиозенос иккинчи гуруҳга нисбатан 2,45 ва 1,40 марта камроқ аниқланди, аксинча, III-гуруҳда дисбиотик силжиш ва нормоценос частотаси мос равишда 1,90 ва 9,52 марта кўп аниқланди.

3.9-жадвал

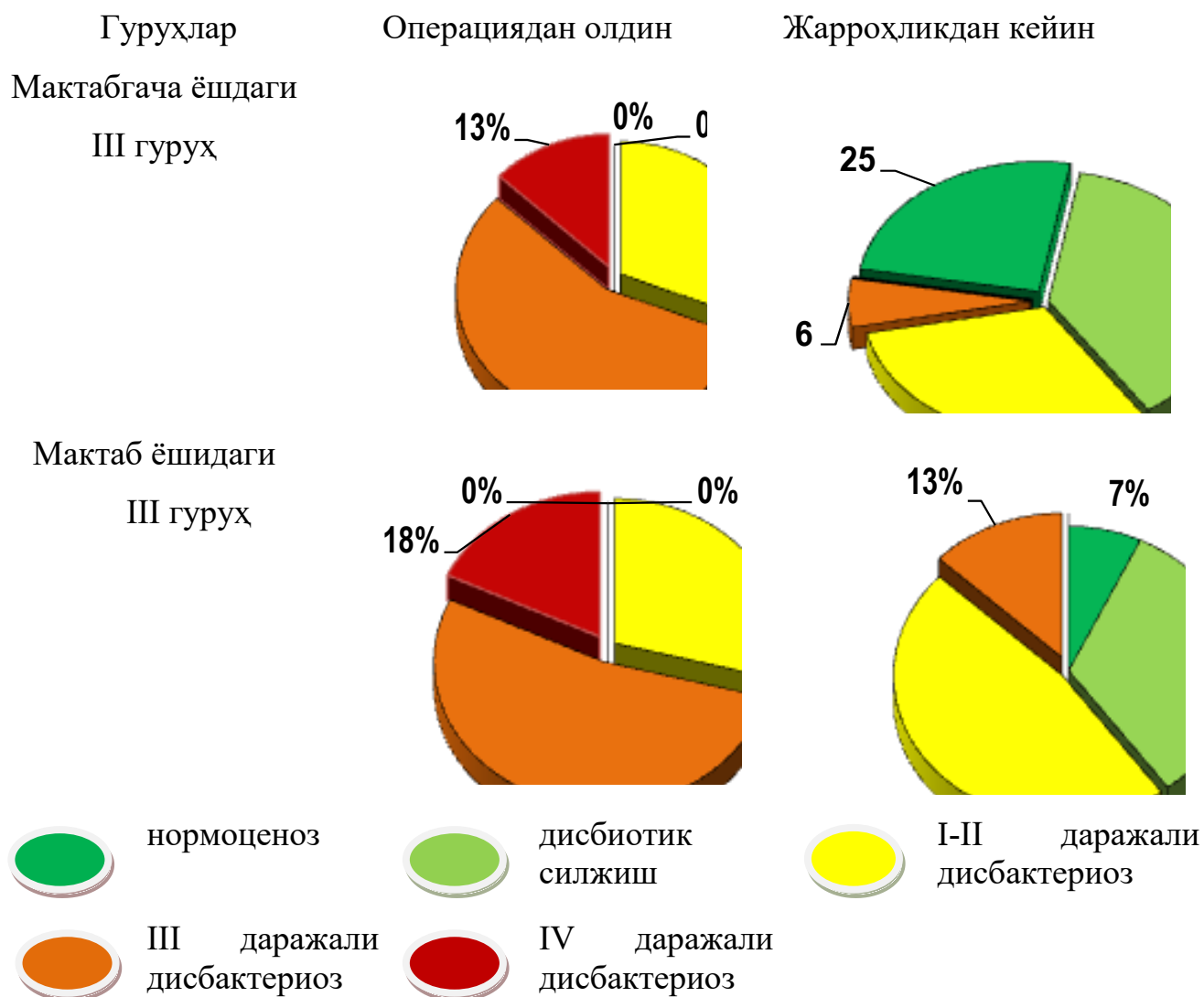
Хейлопластикадан кейин ва вейлопластикадан олдин ва кейин ЛТТК бўлган болаларда бурун-ҳалқум микрофлораси (ўсиш %)

Микроорганизм	ЛТТК бўлган болаларнинг хейлопластикадан кейинги ва вейлопластикадан олдинги ҳолати (n=15)		ЛТТК бўлган болаларнинг хейлопластикадан ва вейлопластикадан кейинги ҳолати (n=15)	
	комплекс даводан олдин	комплекс даводан кейин	комплекс даводан олдин	комплекс даводан кейин
Лактобактериялар	38,0±6,53	42,7±4,68	39,2±6,57	56,8±6,57
Сапрофит стафилококк	18,0±4,96	29,3±4,21	21,5±5,38	35,1±6,32
Эпидермал стафилококк	64,7±6,21	56,0±4,53	62,7±6,32	50,9±6,69
Тилларанг стафилококк	84,7±3,92	56,0±4,53*	80,4±4,64	39,2±6,57***
Ногемолитик стрептококк	24,7±5,70	36,0±4,53	31,3±6,21	56,8±6,57*
Гемолитик стрептококк	91,3±2,34	36,0±4,53***	92,1±2,09	27,4±5,93***
Ичак таёқчаси	84,7±3,92	49,3±4,68**	86,2±3,61	39,2±6,57***
Протей	51,3±6,68	36,0±4,53	50,9±6,69	33,3±6,32
Кандида авлоди замбуруғи	64,7±6,21	56,0±4,53***	62,7±6,32	50,9±6,69

Эслатма: * - вейлопластикадан олдинги ва кейинги маълумотларга нисбатан сезиларли фарқлар (** - P<0,01, *** - P<0,001)

Шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейинги даврда III гуруҳдаги беморларда II гуруҳга қараганда анча яққол таъсир кўрсатди: мактабгача ва мактаб ёшидаги гуруҳларда экстремал, IV даражали дисбактериоз бўлган беморлар йўқ. Вейлопластикадан сўнг мактабгача ёшдаги болаларда III гуруҳда III ва I-II даражали дисбактериознинг мактаб ёшидаги болаларга нисбатан камайиши (2,4 ва 1,20 марта содир бўлган) ва шунга мос равишда

дисбиотик силжиш учраш частотасининг 1,11 ва 2,5 мартага кўпайиши кузатилди.



3.29-расм. Мактабгача ва мактаб ёшида дисбиотик ўзгаришларнинг оғирлигига қараб вейлопластикадан олдин ва кейин, хейлопластикадан кейин ЛТТКли болаларнинг тақсимланиши.

III гуруҳдаги мактабгача ва мактаб ёшидаги беморларда бурун-ҳалқум шиллиқ қаватнинг бузилган микробиоценозини тикланиш тенденцияси мавжуд бўлиб, юқори клиник-микробиологик манзара III ва I-II даражали дисбактериоз учраш частотасининг камайиши билан, дисбиотик силжиш

улушининг ортиши ва мактабгача ёшда нормоценозли беморларнинг пайдо бўлиши намоён бўлди.

Тегишли пасайиш III ва I-II даражали дисбактериозлар бўйича - 2,27 ва 1,32 мартани, дисбиотик силжиш ва нормоценознинг ўсиши мос равишда 1,24 ва 2,65 мартани ташкил этди.

3.10-жадвал

Танглай пластикасида олдин ва кейин ТТК бўлган болаларда бурун-ҳалқум микрофлораси (ўсиш %)

Микроорганизм	Операциядан олдин ва кейин ТТК бўлган болалар (n=12)		P
	операциядан олдин	операциядан кейин	
Лактобактериялар	32,78±3,65	76,26±2,89	<0,001
Сапрофит стафилококк	19,74±2,89	67,57±3,46	<0,001
Эпидермал стафилококк	58,87±3,79	32,78±3,65	<0,01
Тилларанг стафилококк	89,30±1,34	11,04±1,99	<0,001
Ногемолитик стрептококк	24,09±3,21	6,70±1,34	<0,01
Гемолитик стрептококк	93,65±0,42	0	<0,001
Ичак таёқчаси	50,17±3,93	6,70±1,34	<0,001
Протей	58,87±3,79	2,35±0,42	<0,001
Кандида авлоди замбуруғи	80,61±2,49	15,40±2,49	<0,001

Шундай қилиб, мактабгача ёшда танглай пластикаси, шунингдек, ЛТТКли болаларда юқори лаб ва танглайда бир вақтнинг ўзида ўтказилган пластик жарроҳлиги амалга оширилганда юқори клиник ва микробиологик эффектга эришилди (3.11-жадвал). II гуруҳ беморларида жарроҳликдан олдин бурун-ҳалқум шиллиқ қаватидан олинган суртмаларни микробиологик текшириш микробиоценознинг операциядан сўнг дарҳол ёмон томонга силжишини кўрсатди (3.28-расм). Жарроҳлик аралашуви шиллиқ қаватни

шикастлаши ва натижада бурун-ҳалқум шиллиқ қавати микробиоценозининг бузилишига олиб келиши аниқ.

3.11-жадвал

ЛТТКли болаларда юқори лаб ва танглайда бир вақтнинг ўзида ўтказилган пластик жарроҳлигидан олдин ва кейин бурун-ҳалқум микрофлораси (ўсиш %)

Микроорганизм	ЛТТК ли болалар икки этапли пластика (n=15)	ЛТТК ли болалар бир вақтдаги пластика (х/в/пл.) (n=20)	Танглай пластикаидан кейин ТТК (n=25)
Лактобактериялар	39,2±6,57	50,2±6,33	67,6±5,78*
Сапрофит стафилококк	21,5±5,38	37,1±6,13	50,2±6,44*
Эпидермал стафилококк	62,7±6,32	45,8±6,67	28,4±5,78**
Тилларанг стафилококк	80,4±4,64	58,9±6,13*	19,7±4,97***^^^
Ногемолитик стрептококк	31,3±6,21	41,5±6,26	50,2±6,44
Гемолитик стрептококк	92,1±2,09	58,9±6,13***	41,5±6,38***
Ичак таёқчаси	86,2±3,61	63,2±5,94*	45,8±6,44***
Протей	50,9±6,69	37,1±6,13	19,7±4,97**
Кандида авлоди замбуруғи	62,7±6,32	67,6±5,67	32,8±8,05*^^

Эслатма; * - биринчи гуруҳ маълумотларига нисбатан сезиларли фарқлар (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001),

* - иккинчи гуруҳ маълумотларига нисбатан сезиларли фарқлар (^^ - P<0,01, ^^^ - P<0,001)

Бироқ, мактабгача ёшдаги болалар ўртасида операциядан олдинги даврда биринчи гуруҳ ва III гуруҳ беморларида микробиоценознинг қиёсий таҳлили эрта вейлопластиканинг юқори самарасини аниқлади. Бунда агар III гуруҳда операциядан кейинги даврда 4-даражали дисбактериоз кузатилган бўлса, биринчи гуруҳда - 1-2 ва 3-даражали дисбактериоз кузатилди.

Дисбиотик силжишнинг частотаси 1,79 маротабадан юқори бўлди (3.30-расм).

Шундай қилиб, операциядан олдинги даврда биринчи гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда бурун-ҳалқум шиллиқ қаватнинг микробиоценоз ҳолати III гуруҳдаги беморларни қабул қилишдаги ҳолатдан сезиларли даражада ошиб кетди. Бунда биринчи гуруҳда операциядан кейинги даврда I-II даражали дисбактериоз, IV гуруҳда III ва I-II дисбактериоз кузатилди. I-II даражали дисбактериознинг частотаси IV гуруҳда I гуруҳга нисбатан 1,42 марта фарқ қилди, I гуруҳда 30,8% ҳолларда дисбиотик силжиш, I гуруҳда эса 50,0% ҳолларда дисбиотик силжиш қайд этилди, нормоценоз 8,33% ҳолларда пайдо бўлди.

Шу сабабли, оғиз бўшлиғининг бурун бўшлиғи билан алоқаси ва ЛТТК ва ТТК бўлган болаларда бурун-ҳалқумдаги дисбиотик ўзгаришлар иккиламчи иммунтанқислик ривожланишига олиб келади, оғиз ва бурун шиллиқ қаватида оппортунистик ва патоген микроорганизмларнинг ўсишига ёрдам беради ва уларнинг тўқималарга кириб боришини осонлаштиради. Тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатдики, мактабгача ёшда операция қилинган ушбу аномалия бўлган болаларда микробиоценознинг тикланиш тенденцияси бошланади: патоген ва шартли патоген микроорганизмларнинг аниқланиши нормал микрофлора учраш частотасининг ошиши фониде камаёди. Операциядан кейинги даврда бу болаларда бурун-ҳалқум микрофлорасининг сифатли таркиби чидамли микрофлоранинг пайдо бўлиш частотасини камайтиришга мойил бўлди.

Микробиологик тадқиқотлар бурун-ҳалқум микрофлорасида (шартли патоген ва патоген микроорганизмларнинг вегетацияси) аниқ микдорий ва сифатли дисбиотик ўзгаришларни аниқлади, уларни даволаш учун эрта ёшда, шунингдек, ЛТТК бўлган болаларда пластик жарроҳликни жуда эрта ўтказиш керак, бу бир вақтнинг ўзида, бурун-ҳалқум микробиоценозининг тикланишига олиб келади.

IV БОБ. АНОМАЛИЯ КОРРЕКЦИЯСИДАН СЎНГ ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Туғма танглай кемтиги бўлган болаларда эрта ёшда пайдо бўладиган бурундан нафас олишнинг узоқ муддатли бузилиши ҳам маҳаллий ва ҳам умумий характердаги меъёрдан бир қатор оғишларни келтириб чиқаради. Бу юқори нафас йўлларида яллиғланиш жараёнлари пайдо бўлишининг сабабларидан бири бўлиб, ҳалқумнинг лимфаденоид тўқималарида патологик жараёнларнинг ривожланиши билан бурун йўлларининг ўтказувчанлигини бузади. Бурун-ҳалқум инфекцияси ва механик омил (пастки бурун чиғаноқлари орқа учларининг гипертрофияси, аденоидлар, танглай муртагининг гипертрофияси, ҳалқум ён деворидаги операциядан кейинги чандиқлар) туғма танглай аномалияларида ЛОР аъзолари меъёрий фаолиятининг бузилишига олиб келади. Ҳалқум лимфаденоид тўқималарининг патологиясини ўз вақтида ташхислаш тўғри даволаш тактикаси билан биргаликда болани муваффақиятли реабилитация қилиш имкониятини оширади.

Шу муносабат билан олиб бораётган ишимиздан кўзланган мақсад туғма танглай кемтиги бўлган болаларда ҳалқум патологиясини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш ҳамда профилактика чораларини ишлаб чиқишдан иборат бўлди.

Тадқиқот 6 ойликдан 18 ёшгача бўлган ЛТТК/ТТКли 106 нафар болада (60 та (56,6%) ўғил бола, 46 та (43,4%) қиз бола) ҳалқум лимфаденоид тўқималари патологиясини текшириш ва даволаш натижаларига асосланди. Тадқиқот ТДСИ Болалар жарроҳлиги стоматологияси клиникасида, жарроҳлик стоматология поликлиникасида, шунингдек, ТТА кўп тармоқли клиникасининг ЛОР касалликлари бўлимида 2018 йил октябр ойидан 2022 йил сентябр ойигача олиб борилди. Беморларни текшириш туғма нуқсонларни жарроҳлик даволашдан олдин ва ҳар бир кейинги босқичдан кейин амалга оширилди. ЛТТК/ТТКли бўйича жарроҳлик даволаш

қуйидагиларни ўз ичига олади: 1,5-2 ойликда ўтказилган хейлопластика; 6 ойликда - хейловелопластика; 12 ойликда - уранопластика; шунингдек, иккита гуруҳ: операциядан кейинги эрта даврда ва операциядан кейинги кечки даврда ЛТТК/ТТКли болалар (7 ёшдан 18 ёшгача).

Текширилувчилар тўлиқ оториноларингологик текширувдан ўтказилди, яъни нафақат стандарт ЛОР текшируви, балки махсус тадқиқот усуллари: юмшоқ танглайнинг диафаноскопияси, танглай-ҳалқум соҳасининг МРТ, бурун-ҳалқумнинг микробиологик текшируви ва ЛОР аъзоларининг эндоскопик текшируви ҳам ўтказилди.

Сўров натижаларига кўра, аксарият ҳолларда ота-оналар нутқ ва интеллектуал ривожланишнинг бузилишини фақат артикуляция аппарати функциясининг бузилиши билан боғлашди. Тажрибали логопед 8 та болада нутқ бузилишларини (товушларнинг нотўғри талаффузи, ноаниқ ва ифодасиз нутқ, сўз заҳирасининг камлиги) эшитиш қобилиятининг бузилиши билан боғлади.

Биз туғма танглай кемтиги бўлган болаларда ва бундай нуқсонли бўлмаган беморларда ЛОР аъзоларининг патологиясини ўргандик. ТТКли болаларда ЛОР аъзоларининг комбинацияланган патологияси ва бурун-ҳалқум муртаги гипертрофияси назорат гуруҳидаги болаларга қараганда уч баравар, танглай муртагининг гипертрофияси ва сурункали тонзиллит икки баравар кўп кузатилди. Бундан ташқари, қўшма патологиянинг табиати боланинг ёшига ва туғма лаб ва танглай кемтиги турига қараб ўзгаради: мактабгача ёшдаги болаларда ҳалқум ва танглай муртаги гипертрофиясининг комбинацияси барча турдаги туғма лаб ва танглай кемтикларида устунлик қилади. 7-14 ёшда ҳалқум муртаги гипертрофияси улуши ошди. Ҳалқум ва танглай муртагининг гипертрофияси, айниқса икки томонлама тўлиқ танглай кемтигида, барча болаларда учради, бу аномал бўшлиқни кичрайтириш учун компенсация механизмлари билан боғлиқ. Бурундан нафас олишнинг қийинлашишида ва оғиз-бурун нафасининг ривожланишида сурункали инфекция қўшимча ўчоғининг ривожланиши билан ҳалқум муртаги

гипертрофияси муҳим рол ўйнайди. Ушбу маълумотлар шуни кўрсатадики, ЛТТК/ТТКли болаларда ҳалқум-лимфоид ҳалқа ва ҳалқум касалликлари ушбу нуқсони бўлмаган болаларга қараганда кўп кузатилади. Бундан келиб чиқадики, ЛТТК/ТТКли болаларда лимфоид-фарингеал ҳалқа ва ҳалқум касалликларининг профилактикаси қўшни органларда патологик жараённинг ривожланишига ва уларнинг сурункали бўлишига йўл қўймаслик учун бола туғилгандан кейин дарҳол амалга оширилиши керак. Шу муносабат билан, биз туғма танглай кемтикли болалар билан ишлайдиган барча мутахассислар ушбу тоифадаги беморлар доимо ҳалқум-лимфоид ҳалқаси ва ҳалқум патологиясига эга эканлигини ва оториноларинголог томонидан динамик мониторингга муҳтожлигини ёдда тутишлари керак деб ҳисоблаймиз.

МРТ тадқиқоти натижалари болаларнинг ушбу контингентида танглай-ҳалқум етишмовчилигини 100% ҳолларда аниқлади, танглайдаги реконструктив-тикловчи операциялардан сўнг, оғиз орқали нафас олишда ёпилиш нуқсони ўртача $8,35 \pm 0,43$ мм ни ташкил этиб, тўлиқ тикланмади, шунингдек, мушак толаларининг гетерогенлиги аниқланди. Юмшоқ танглай мушакларининг яққол атрофияси текширилган 24 та бемордан 10 тасида кўрилган, бу 41,6%ни ташкил қилади, бу мушак ҳажми ёки массасининг камайишини билвосита акс эттириб, m. LVP кенглигининг кичрайишида намоён бўлди, бу қисқариш пайтида мушакларнинг кучини камайтирадиган атрофия мавжудлигини кўрсатади.

Юз-жағ соҳасида ўтказилган реконструктив тикловчи операцияларга нисбатан мурожаатларнинг турлича даври нуқтаи-назаридан беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинди: биринчи ва иккинчи (II боб, 2.2-расм).

I гуруҳга барча мутахассисларни жалб қилган ҳолда комплекс даволаш усуллари ўтказилган болалар ($n=46$ - 43,4%) киритилди. Комплекс реабилитациянинг асосини беморларни узлуксиз динамикада кузатиш, юз-жағ соҳасининг аномалиялари ва деформацияси ташхисотининг замонавий усуллари ўз вақтида ўтказиш ташкил этди, бу бизга чақалоқлик даврдан бошлаб турли ёш давларида биз таклиф қилган оториноларингологик

даволаш усуллари тавсия қилиш имконини беради. Уларнинг 50%ни ЛТТКли (n=23) ва 50%ни ТТКли (n=23) болалар ташкил этди.

Ушбу гуруҳга киритилган беморлар туғма нуқсонларни жарроҳлик даволаш вақтини ҳисобга олган ҳолда учта кичик гуруҳга бўлинди:

II А кичик гуруҳи - ЛТТКли 10 та (21,7%) бола, улар хейлопластикадан олдин ва комплекс даволаш билан ушбу жарроҳлик даволашдан кейин текширилди. Текширувдан ўтган болаларнинг ёши 1 ойликдан 4 ойликкача (ўртача ёши - 2,5 ойлик);

II Б кичик гуруҳи - ЛТТКли 17 та (37%) бола, улар комплекс даволаш билан хейловелопластикадан олдин ва кейин текширилди. Текширилаётган беморларнинг ёши 8 ойликдан 11 ойликкача (ўртача ёши 9,5 ойлик);

I Б кичик гуруҳи - ТТКли 19 та (41,3%) бола, улар велопластикадан олдин ва комплекс даволаш билан ушбу жарроҳлик даволашдан кейин текширилди. Тадқиқотда иштирок этган ЧТКли 10 та беморнинг ёши (52,6%) 1,5-7 ёшни (ўртача ёши - 4 ёш 3 ойлик), ТТЯКли 9 та (47,4%) бола 3-7 ёшни (ўртача 5 ёш) ташкил этди.

Иккинчи гуруҳ болалари (n=60 - 56,6%) даволаш босқичида бўлди, турли сабабларга кўра комплекс реабилитациядан ўтмади, уларда умумқабул қилинган усуллар бўйича даволаш ўтказилди. Улар иккита кичик гуруҳга бўлинди:

II А кичик гуруҳи - 36,7% (n=22), булар юз-жағ соҳасида ўтказилган операциядан кейинги биринчи кунда мурожаат қилган беморлар (ЛТТКли 54,5% (n=12) ва ТТКли - 45,5% (n=10). Болаларнинг ёши 8 ёшдан 12 ёшгача бўлди (ўртача 10 ёш);

II Б кичик гуруҳи - 63,3% (n=38) операциядан кейинги кечки даврда ортодонто-логопедик даволашнинг реабилитация босқичида текширилган болалар, улардан 36,8% (n=14) кейинчалик такрорий операция босқичларидан ўтишди. 63,2% (n=24) операциянинг барча босқичларини тўлиқ якунлаган ва ортодонто-логопедик даволаш босқичида бўлган

болалардир. Текширувдан ўтган болаларнинг ёши 13-18 ёшда (ўртача 15 ёш). Бу болалар асосан катта ёшдаги болалар эди.

Беморларга қуйидаги даволаш тадбирлари қўлланилди: комплекс даволаш: операциядан олдинги ва кейинги даврда ЛТТК/ТТК бўлган болаларда бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум ва оғиз-ҳалқумдаги яллиғланиш жараёнини камайтиришга, организмни десенсибиллашга ва унинг реактивлигини оширишга қаратилган ҳалқум тузилмаларининг яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш усули ишлаб чиқилди. Даволаш жараёнида барча беморларга комплекс ёндашув қўлланилди. Консерватив терапия қуйидаги препаратларни ўз ичига олди:

1)Сонацияловчи терапия қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин бир кунда 2 марта 15 кун давомида изотоник эритмалар препаратлари (“Линаква”) билан ўтказилди.

2)Маҳаллий яллиғланишга қарши терапия маҳаллий глюкокортикостероид - микронлаштирилган ГКС (“Авамис”) билан ўтказилди, у бурун ва БЁБ шиллиқ қавати атрофияси ва субатрофияси белгилари бўлмаган беморларга қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин 1 ой давомида буюрилди.

3)Ҳалқум тузилмаларида операциядан кейинги тикланишни ва яллиғланишни яхшилаш учун яллиғланишга қарши ва битказувчи таъсирга эга бўлган “Олифрин” препарати буюрилди.

4)Ҳалқум тузилмаларида дисбиотик ҳолатларни коррекциялаш учун қўзиш даврида ва/ёки операциядан олдин ва кейин бир кунда 3 марта бурун спрейи сифатида бактериофаг (фагестаф) буюрилди.

Анъанавий даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади: юмшоқ танглай ва тилчанинг табиий шаклини тиклаш билан танглай пластикаси, бурун бўшлиғи, ҳалқум ва ўрта қулоқдаги яллиғланишни даволаш фақат мурожаат қилинганда амалга оширилди. Режали тарзда ЛОР шифокорининг динамик кузатуви ўтказилмади.

Биз ЛТТК/ТТКли болаларда бурун-ҳалқум тузилмаларини трансорал усулни қўллаган ҳолда эндоскопик текширишни ўтказишни ва танглайдаги нуқсон орқали бизни қизиқтирган тузилмаларни текширишни таклиф қилдик. Бизнинг ишимизда трансорал усулдан фойдаланган ҳолда болаларни текшириш пайтида олинган маълумотлар анъанавий трансназал эндоскопия натижаларидан фарқ қилмаслигини исботладик. Трансорал эндоскопия усули кам инвазив ва оғриқсиз эканлигини ҳисобга олиб, ЛТТК/ТТКли болаларни текширишда танлов усули сифатида тавсия этилиши мумкин.

Биринчи босқичда биз 1 ойликда ($n=23$) туғма нуқсонни (бирламчи хейлопластика) жарроҳлик йўли билан даволашнинг биринчи босқичидан олдин ЛТТКли болаларда ЛОР аъзоларини текширдик. Барча ҳолатларда текширув трансорал эндоскопия ёрдамида амалга оширилди. Биз БТК ва ИТК бўлган барча болаларда ташқи буруннинг яққол деформацияси борлигини аниқладик. 65% ҳолларда турли оғирликдаги бурун тўсиғининг қийшиқлиги ташхиси қўйилди. I гуруҳдаги барча болаларда мавжуд нуқсон орқали оғиз бўшлиғидан бурун бўшлиғига овқатнинг тушиши ва аралаш нафас билан боғлиқ ринит бор эди.

Назофарингит 55% ҳолларда аниқланди. 3 та (30%) болада ҳалқум муртагининг I-II даражали гипертрофияси қайд этилди. Найча муртагининг гипертрофияси 10% ҳолларда, 5 та (50%) беморда эндоскопик текширув маълумотларига кўра иккала томондан эшитув найлари тешигининг очиклиги аниқланди.

Кейинчалик, бирламчи хейлопластикадан ($n=13$) кейин I А гуруҳидаги ЛТТКли болаларда ЛОР аъзоларининг ҳолатини баҳоладик. Ушбу жарроҳлик даволаш фақат БТК ва ИТК бўлган болаларда амалга оширилди. Текширувимиз давомида фақатгина ташқи бурун томонидан сезиларли ўзгаришлар аниқланди. БТК ва ИТК бўлган барча болаларда жарроҳлик даволашдан сўнг ташқи бурун шакли тикланди. Бурун бўшлиғининг синехияси операциядан кейинги даврда бурун қўшимчаларини қўллаш

натижасида 2 та (20%) беморда ташхисланди. Синехиялар аниқланганда, биз уларни кесишни амалга оширдик.

Назофарингит билан оғриган беморларнинг сони кўпайди (77,5%), бу озиқ-овқатнинг бурун-ҳалқум шиллиқ қаватига салбий таъсир қилиш вақтининг узайиши билан боғлиқ. Бошқа ЛОР аъзолардаги ўзгаришлар аввалгидек қолди.

Кейинги босқичда биз хейловелоластикадан кейин IB гуруҳидаги ЛТТК/ТТКли болаларни текширдик (n=10). Беморларнинг ёши 8 ойликдан 11 ойликкача бўлди. Юмшоқ танглайнинг пластик жарроҳлигидан сўнг, ҳалқум муртагини танглайнинг мавжуд нуқсони орқали текширишнинг иложи бўлмади, шунинг учун биз трансанал эндоскопия ёрдамида унинг ҳолатини баҳоладик. Биз трансанал усул ёрдамида бурун бўшлиғининг тузилмаларини баҳоладик. Танглай нуқсони қисман ёпилгандан кейин ринит ва назофарингит билан касалланган болалар сони камайди ва мос равишда 87,5% ва 20% ни ташкил этди. Текширувдан ўтган болаларнинг ярмидан кўпида бурун тўсиғининг қийшайиши аниқланди (55%).

Юмшоқ танглайнинг пластикасидан сўнг I даражали ҳалқум муртагининг гипертрофияси фақат 1 та (2,5%) беморда аниқланди. 2 та болада (5%) най муртагининг гипертрофияси ташхисланди. Эндоскопия натижаларига кўра 15% ҳолларда биз эшитув найлари тешикларини аниқладик.

Кейинчалик, I Б гуруҳидаги (n= 23) ТТКли болаларни велоластикадан сўнг текширдик. Текширувдан ўтган беморларнинг ёши 1,5 ёшдан 7 ёшгача бўлди. Танглай нуқсонининг тўлиқ ёпилиши ҳисобга олинган ҳолда, бурун бўшлиғи ва ХЛХ тузилмаларини трансанал эндоскопия ёрдамида текширишнинг имкони бўлмади, шунинг учун танлов усули трансанал эндоскопия бўлди. Бизнинг маълумотларга кўра, бурун ва юқори лаб даҳлизининг чандикли деформацияси бўлган болалар сони биров ошди (26%), бу боланинг ўсиши билан боғлиқ бўлди. Танглай нуқсонининг тўлиқ ёпилиши ринофарингитли болалар сонининг камайишига олиб келди ва 22%

ни ташкил этди. ТТЯК (n=9) бўлган болаларни текширишда ТТЯКни ташхислаш учун эндоскопик текширув ва диафаноскопия самарали ҳисобланди. Беморларнинг ҳеч бирида ташқи буруннинг деформацияси ва бурун тўсиғининг қийшайиши аниқланмади. Барча болаларда орқа қисмларда димоғнинг қисқариши мавжуд эди. 9 та боладан 6 нафар (67%) беморда нутк бузилиши кузатилди. Тўғри мезофарингоскопияда барча текширилган беморларда турли оғирликдаги тилча бифуркацияси қайд этилди, танглай шиллиқ қаватининг бутунлиги бузилмади.

3 та (33%) болада эшитув найларининг ҳалқумга очилишининг беркилиши билан III даражали, 2 тасида (22%) - II даражали, 3 тасида (33%) - I даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси ташхисланди. Беморларда 22% ҳолларда танглай муртагининг III даражали, 33% ҳолларда - I-II даражали гипертрофияси қайд этилди. Барча беморларда трансназал усул бўйича бурун-ҳалқумнинг эндоскопияси ўтказилганда ва бир вақтнинг ўзида диафаноскопия амалга оширилганда ўрта чизик бўйлаб юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг нуқсони аниқланди. 4 та (45%) болада иккала томондан эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларининг очиклиги аниқланди. III даражали ҳалқум муртаги гипертрофияси бўлган барча беморларда (3 та бола, 33%) комплекс консерватив даво ўтказилди ва III даражали танглай муртаги гипертрофияси (2 та бола, 2%) бўлганларда биз жарроҳлик даволашни -тонзиллотомияни амалга оширдик.

Текширувдан ўтган беморларнинг ёшини ҳисобга олиб, биз ҳалқум ва танглай муртакларининг гипертрофияси бўлган болалар сонининг кўпайишини аниқладик. Аденоидларнинг I, II ва III даражали гипертрофияси мос равишда 32%, 14% ва 10% ҳолларда ташхисланди. I гуруҳдаги барча беморларда ҳалқум лимфаденоид тўқималари патологиясининг комплекс терапиясини ўтказдик. Ушбу даволаш усули БХҲени олдини олиш учун зарур бўлган бурун-ҳалқумнинг ўрта зонасида тўқималар ҳажмини сақлаб қолиб, эшитув найларининг ҳалқумга очилиш ҳудудида лимфоид тўқималарнинг яллиғланишли шишини йўқотишга имкон берди. 19 та (38%) беморда I-II

даражали танглай муртаги гипертрофияси қайд этилди. Бурун орқали нафас олиш қийинлашиши билан бирга кечадиган бурун тўсиғининг қийшайиши ЛТТК/ТТКли болаларда (24%) сурункали тонзиллитнинг ривожланишига олиб келди. Сурункали тонзиллит бўлган беморларга биз маҳаллий иммунитетни оширишга қаратилган консерватив даво курсларини (муртакларнинг лакуналарини хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш, витаминли терапия, иммунокоррекция) тайинладик. 16% ҳолларда найча муртагининг гипертрофияси аниқланди. 14% ҳолларда эшитув найларининг ҳалқумга очилиш тешикларининг очиклиги қайд этилди. БХЕ ва очик ринофония (36%) ҳолатлари бўлган болалар аниқланди.

Кейинги босқичда биз операциядан кейинги эрта даврда (n=22) II А гуруҳининг кичик гуруҳига киритилган беморларни текширдик. Текширувдан ўтган болаларнинг ёши 7-12 ёшни ташкил этди. Текширилган беморларнинг ярмида ташқи буруннинг қолдиқ деформацияси мавжуд эди. Барча болаларда ушбу туғма нуқсонли болаларга хос бўлган хусусият, яъни димоғнинг қисқариши яққол кўринди. Ушбу ёшга келиб 5 та (12,5%) беморда танглай нуқсони шаклланди.

ХЛХ томонидан қуйидаги ўзгаришлар олинди: ҳалқум муртагининг I даражали гипертрофияси 45,5% ҳолларда (10 та болада), II даражали гипертрофияси - 13,6% ҳолларда (3 та беморда), танглай муртагининг I-II даражали гипертрофияси - 31,8% ҳолларда (7 та бола), сурункали тонзиллит - 72,7% ҳолларда (16 та бемор), най муртаги гипертрофияси - 22,7% ҳолларда (5 та бола) ташхисланди. Анамнезида қайталанган ангина ва қоннинг биокимёвий таҳлилида антистрептолизин-О нинг ошиши кузатилган сурункали тонзиллит билан оғриган 4 та (18,2%) беморда икки томонлама тонзиллэктомия ўтказдик. 2 та (9,1%) болада эшитув найлари оғзининг очиклиги аниқланди. БХЕ белгилари 9 та (40,9%) беморда кузатилди.

Кейинчалик, операциядан кейинги кечки даврда мурожаат қилган ЛТТК/ТТК бўлган II Б кичик гуруҳи болаларини - 63,3% (n=38) текширдик. Текширувдан ўтган болаларнинг ёши 13-18 ёшни ташкил этди. Барча

беморларнинг эндоскопик текшируви трансанал усул бўйича ўтказилди. 3 та (7,9%) болада бурун бўшлиғининг полиплари бор эди (полипотомия ўтказдик). БҒБ КТ маълумотларига кўра, 8 та (21,1%) беморда комплекс даволашдан олдин ўрта бурун чиғаноғининг олдинги учиди пневматизация кучайган, 4 та (10,5%) беморда юқори жағ бўшлиғининг кисталари ва полиплари аниқланди.

Ҳалқум муртагининг гипертрофияси бўлган болалар сони камайди. I даражали аденоид вегетацияси 18,4% ҳолларда (7 та бола), II даражали аденоид вегетацияси - 7,9% ҳолларда (3 та бола) учради. Сурункали тонзиллит 19 та (50%) беморда аниқланди. Сурункали тонзиллитли барча болаларга, касалликнинг компенсацияланган шаклини ҳисобга олган ҳолда, биз фақат консерватив даво курсларини буюрдик. 2 та (5,3%) беморда эшитув найларининг ҳалқумга очиладиган тешикларининг очиқлиги сақланиб қолди. Текширувдан ўтган болаларнинг катта қисми (72,5%) ҳар хил оғирликдаги танглай деформациясига эга эди. БҲЕ 5 та (13,2%) беморда аниқланди.

Тадқиқот натижаларини ҳисобга олган ҳолда, биз турли хил кемтикли болаларни текшириш ва даволаш алгоритмининг ишлаб чиқдик (4.1-расм). Ушбу алгоритмда БТК, ИТК, ЧТК ва ТТЯК бўлган болаларда туғма нуқсонларни жарроҳлик даволашнинг ҳар бир босқичидан олдин ва кейин қандай текшириш усули ва қайси даволаш тури кўпинча қўлланилиши аниқ кўрсатиб берилган.

Шунингдек, биз бурун-ҳалқум микрофлорасидаги дисбиотик ўзгаришларни ўрганиш учун микробиологик тадқиқотлар ўтказдик ва унинг асосида миқдорий ва сифат ўзгаришларини, яъни бу биотопга хос бўлмаган микроорганизмлар ва уларнинг патоген шакллариининг пайдо бўлишини аниқладик. 80-100% ҳолларда назорат гуруҳида бўлмаган патоген тилларанг стафилококклар, 80-96,6% ҳолларда гемолитик стрептококклар аниқланди. Ушбу биотопга хос бўлмаган микроорганизмларнинг миқдорий спектри ичак таёқчаси (86,67%), протей (40,5%) ажратиб олиш частотасининг ошиши ва

Candida авлоди замбуруғларининг аниқланиш частотасининг кескин ошиши (90,5% гача) билан тўлди. Операциядан олдинги даволанишдан сўнг микробиоценознинг тикланиш тенденцияси кузатилди: патоген ва шартли патоген микрофлоранинг аниқланиши камайди. Операциядан кейинги даврда комплекс даво қабул қилган беморларда бурун-ҳалқум микрофлорасининг сифат таркиби ўзгарди: чидамли микрофлоранинг учраш частотаси камайди. Шундай қилиб, ҳалқум лимфаденоид тўқималарининг патологияси иккиламчи иммунтанқислик ривожланишига олиб келади, оғиз ва бурун шиллиқ қаватида оппортунистик ва патоген микроорганизмларнинг ўсишига ёрдам беради ва уларнинг тўқималарга кириб боришини осонлаштиради. Бурун-ҳалқумдаги дисбиотик ўзгаришларни коррекциялаш ЛОР аъзолардаги яллиғланиш жараёнларини даволашда самарали бўлди.

Шундай қилиб, текширувлар натижалари асосида ҳалқум лимфаденоид тўқималарида патологик жараённинг ривожланиш частотаси билан аномалияни батараф қилиш вақти ўртасида боғлиқликни аниқланди, ЛОР шифокорига қанчалик кеч мурожаат қилинса ва танглайда пластик жарроҳлик кеч ўтказилса, ХЛТ патологияси шунчалик кўп ва қайтмас даражада ривожланди. Ишлаб чиқилган комплекс ёндашув, хусусан, унинг консерватив компоненти ижобий таъсир кўрсатади, экссудация жараёнларини камайтиришга ёрдам беради, бу беморларни танглай-ҳалқум ҳалқасини реконструкция қилиш учун операциядан олдинги тайёргарликнинг умумий комплексида қулай лаҳза ҳисобланади, шунингдек, БХСнинг олдини олишга ёрдам бериб, нутқ бузилишининг олдини олиб, ҳалқум лимфаденоид тўқималарида патологик ўзгаришлар ривожланишига тўсқинлик қилади.

Юқорида айтилганлардан хулоса қилиш мумкинки, оториноларингологларни юз-жағ жарроҳларининг мувофиқлаштирилган фанлараро ҳамкорлигига эрта қўшиш ХЛТ патологиясини эрта олдини олиш ва нутқ бузилишининг ривожланишининг олдини олиш имконини беради.

Тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатдики, танглай ва лабда реконструктив операциялар ва уларнинг ЛОР аъзоларига, хусусан, ҳалқум

лимфаденоид тўқималарига таъсири ноаниқ бўлиб, ҲЛТ, нутқ ва бурундан нафас олиш патологиясини даволашга, хусусан, ва умуман олганда, бу болалар контингентининг тўлиқ реабилитациясига комплекс ёндашувни ишлаб чиқиш учун қўшимча тадқиқотларни талаб қилади. Шунинг таъкидлаш керакки, ЛТТК/ТТК ни даволашда операциялар орасидаги вақтнинг, яъни ҳейло-, вело - ва уранопластика ўртасидаги муддатнинг қўзилиши бурун-ҳалқум ва ҳалқум муртагида қайтмас ўзгаришларга олиб келиб, бурун-ҳалқум соҳасида ноқулай шароитларни оғирлаштиради. Бундан келиб чиқадики, БҲҲ, нутқ ва бурун орқали нафас олиш бузилишининг олдини олишнинг асосий нуқталаридан бири - юмшоқ танглайнинг анатомик ва функционал яхлитлигини тиклаш учун жарроҳлик усулларини такомиллаштириш зарурати ҳисобланади.



4.1-расм. Танглай туғма кемтиги бўлган болаларда ҳалқум патологиясини даволаш-ташхислаш алгоритми

ТАВСИЯЛАР

1. Трансорал эндоскопия ЛТТК/ТТКли болаларда бурун бўшлиғи ва ҳалқум-лимфoid ҳалқасининг патологиясини ташхислаш учун танглай нуқсони ёпилгунча қўлланилиши; ЛТТК/ТТКли беморларда танглай нуқсони ёпилгандан сўнг, бурун тўсиғи қийшайиши мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, мослашувчан оптикадан фойдаланган ҳолда трансназал усул ёрдамида эндоскопик текширув ўтказилиши; ТТЯК бўлган болаларда диафаноскопия қилиш керак;

2. Жарроҳлик даволашни талаб қиладиган ЛТТК/ТТКли болаларда юқори нафас йўлларининг патологияси аниқланса, жарроҳлик аралашуви туғма нуқсонларни жарроҳлик даволашнинг кейинги босқичи билан бир вақтда амалга оширилиши керак.

3. Эшитув найларининг ҳалқумга очилиши блокланган, II, III даражали аденоид вегетацияси, ЛТТК/ТТКнинг турли шакллари бўлган барча беморларни консерватив даволаш ва БХЕни ҳисобга олган ҳолда муртакни иложи бориचा сақлаб қолиш керак.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Асманов А.И., Пивнева Н.Д. Применение комплексных препаратов катионных пептидов в терапии острых фарингитов // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 5. - С. 57-60
2. Бабаханов Г. К. Ахроров М. М. Современное состояние диагностики и лечения острых ринофарингитов в практике оториноларинголога (обзор)// Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2015. - N2. - С. 41-47
3. Бадриддинов Б.Б., Мирзамурадов М.М., Атамурадов С.С. Роль иммунологических маркеров у детей с врожденной расщелиной губы и неба //В сборнике: Молодежь, наука, медицина. материалы 61-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой отечественной войне с проведением открытого конкурса на лучшую студенческую научную работу. ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России; Совет молодых ученых и студентов. 2015. С. 410-411.
4. Базина И.Г., Лопатин А.В., Мкртумян Э.С., Васильева Е.В. Реабилитация больных с небно-глоточной недостаточностью после уранопластики // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» (Серия медицина) 2012, том 14 [1] - с. 262.
5. Базина И.Г., Лопатин А.В., Мкртумян Э.С., Мызин А.В. Применение назофарингоскопии для определения тактики оперативного лечения небно-глоточной недостаточности и оценки его эффективности у детей после уранопластики // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» 2015.- с. 37
6. Базина И.Г., Лопатин А.В., Мкртумян Э.С., Мызин А.В. Реабилитация детей с гиперназальностью речи после уранопластики // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» 2015, том 17 [1]-с. 42-43.

7. Биология полости рта у детей, страдающих с врожденной расщелиной губы / Д. М. Дусмухамедов [et al.] // Stomatologiya. - 2018. - N1. - С. 42-45
8. Богородицкая А.В. [и др.] Хирургическое лечение патологии лимфоглоточного кольца у детей, оперированных по поводу врожденной расщелины верхней губы и неба // Российская ринология. - 2016. - Том 24, N4. - С. 37-39.
9. Влияние хронических очагов инфекции в носоглотке и легких на функциональное состояние тромбоцитов у детей с врожденной расщелиной нёба / М.З. Дусмухамедов [и др.] // Stomatologiya. - 2017. - Том 69, N4. - С. 54-55
10. Внедрение в клиническую практику основных принципов комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Б.Ж. Пулатова [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. - 2018. - N4. - С. 20-22
11. Гвоздева, Л. М. [и др.] Оценка прогностических факторов, влияющих на качество жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба // Стоматология: научно-практический рецензируемый журнал. - 2020. - Том 99, N 3. - С. 57-59.
12. Далиев А. Г. [и др.] Основные функциональные нарушения со стороны ЛОР органов у больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Педиатрия : научно-практический журнал. - 2020. - N 2. - С. 114-117
13. Дефекты функционирования иммунной системы при рецидивирующих респираторных инфекциях у иммунокомпрометированных детей с врожденной расщелиной губы и нёба / И. В. Нестеров [и др.] // Иммунология: Двухмесячный научно-практический журнал. - 2020. - Том 41, N 1. - С. 64-73.
14. Дусмухамедов М.З. [и др.] Современные аспекты диагностики нёбно-глоточной недостаточности у детей после уранопластики (обзор литературы) // Stomatologiya: научно-практический журнал. - 2019. - N 2. - С. 92-97
15. Значение персистирующей вирусной инфекции семейства Herpes viridae и Papilloma viridae при хронических воспалительных заболеваниях глотки / Н.

Д. Ющук [и др.] // Вестник оториноларингологии. - 2017. - Том 82, N4. - С. 25-28

16. Икрамов, Г.А. Кулдашев А.А. Современные представления о комплексном лечении детей с врождёнными расщелинами верхней губы и неба после уранопластики // Stomatologiya: научно-практический журнал. - 2019. - N 1. - С. 40-44.

17. Иммунологические последствия и риски аденотомии: обзор [Текст]: научное издание / Ю. Ю. Русецкий [и др.] // Вестник оториноларингологии. - 2018. - Том 83, N2 - С. 73-76.

18. Инояттов А.Ш., Замонова Г.Ш. Факторы риска рождения, виды расщелины губы и неба у детей с пороками челюстно-лицевой области // Научная дискуссия: инновации в современном мире. 2016. № 8 (51). С. 91-96.

19. Использование тубулированного лоскута задней стенки глотки у пациентов с небно-глоточной недостаточностью после уранопластики / И. Г. Базина [и др.] // Детская хирургия. - 2017. - Том 21, N 6. - С. 306-310.

20. Клинико-диагностическое значение метода масс-спектрометрии микробных маркеров при рецидивирующем течении хронического фарингита / И. А. Снимщикова [и др.] // Лечащий врач. - 2018. - N7. - С. 58-62

21. Крюков, А. И. [и др.] Роль микобиоты при хроническом фарингите // Вестник оториноларингологии. - 2018. - Том 83, N3. - С. 61-64

22. Кугушев А.Ю. Оптимизация хирургического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. - Автореф. дисс. канд. мед наук. - М., 2012.

23. Лопатин А.В., Базина И.Г. Мкртумян Э.С., Мызин А.В. Применение назофарингоскопии для определения тактики оперативного лечения небно-глоточной недостаточности и оценки его эффективности у детей после уранопластики // Детская больница. - 2013. - №3(53). - С. 35-39.

24. Матвеев К.А. Особенности патологических состояний ЛОР-органов у больных после уранопластики - Автореф. дисс. канд. мед наук. – М 2009., 2012.

25. Махкамова Н.Э. Клинические особенности и лечение экссудативного среднего отита у детей ВРН. // Вестник КазНМУ, №2(3)-2014, с.71-73.
26. Махкамова Н.Э. Совершенствование методов диагностики и лечения тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба // Монография, Ташкент. 2018, 195с.
27. Махкамова Н.Э. Сравнительная характеристика изменений микрофлоры и показателей местного иммунитета полости рта после операции на небе. // «Апробация» ежемесячный научно-практический журнал, №3, 2014, Махачкала.
28. Махкамова Н.Э. Ультраструктурные особенности мышц мягкого неба у детей с врожденной расщелиной неба.// Stomatologiya Среднеазиатский научно-практический журнал № 1, 2014 (55) с.39-41.
29. Махкамова Н.Э., Фозилова Л.Г. Состояние функции евстахиевой трубы у детей с врожденной расщелиной неба. // Материалы 1-ой международной конференции стоматологов. ТГСИ 4-5 май 2017 года. Стр. 346-347.
30. Махкамова Н.Э., Абдураимов З.К. Қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг туғма кемтиклариди ЛОР аъзолари патологияси. // Сборник 2-ой научно-практической конференции «Дни молодых ученых» Ташкентского Государственного стоматологического института. 26 апреля 2016 года. Стр. 67-68.
31. Махкамова Н.Э., Балтабаев О.К. Встречаемость патологии ЛОР органов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба и определение // Сборник тезисов V-международного конгресса стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», 3-4 июня 2022 г.Ташкент, Стр. 200-201.
32. Махкамова Н.Э., Бобоев Р.И. Состояния глоточного лимфаденоидного кольца у детей с врожденной расщелиной неба. // Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана «Современные направления в оториноларингологии», Ташкент 12-13 мая 2015г., с.108.

33. Махкамова Н.Э., Махкамова Д.Э., Зияев С.М. Современный подход к лечению хронического тонзиллита у детей с врожденной расщелиной неба.// Новый день в медицине. Научно-реферативны, духовно-просветительский журнал. №4, 2018. – С.73-77.
34. Махкамова Н.Э., Махкамова Д.Э., Ходжаева Д.Х., Исломов А.И., Атажанов Ш.Д. Стадии лечения с учетом ультроструктурных особенностей мышечной ткани мягкого неба у детей с врожденной расщелиной неба. // «Апробация» ежемесячный научно-практический журнал, №1 (28), 2015, Махачкала.
35. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник оториноларингологии. - 2007. - №5.- С. 23-25.
36. Махкамова Н.Э., Мусашайхова Ш.К. Танглай тугма кемтикли болаларда экссудатив отитни даволашни такомиллаштириш. // «Фаол инвестициялар ва ижтимоий ривожланиш йили»га бағишланган ЁШ ОЛИМЛАР КУНЛАРИ Республика илмий-амалий анжумани. Тошкент 2019. 145-146 б.
37. Махкамова Н.Э., Олимжонов Т.А., Эшбадалов Н.Х. Состояние носовой полости и придаточных пазух носа у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.// Сборник научно-практической конференции “Дни молодых ученых” посвященный году Поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий. Ташкент -2018, С. 250-251.
38. Махкамова Н.Э., Хасанова Ш.Д. Микробиоциноз полости рта у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.// Сборник научно-практической конференции “Дни молодых ученых”посвященный году Поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий. Ташкент -2018, С. 368-370.
39. Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д. Лечение и профилактика заболеваний глотки у детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба. // Методическое рекомендація Ташкент 2022 г, 22 с.

40. Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д. Микробиологическая картина носоглотки у детей с врождённой расщелиной верхней губы и неба. // Методическое рекомендация Ташкент 2022 г, 16 с.
41. Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д. Микрофлора носоглотки до и после пластики у детей с врожденной расщелиной губы и неба // Сборник тезисов V-международного конгресса стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», 3-4 июня 2022 г.Ташкент, Стр. 808-809.
42. Мескина, Е. Р. Как снизить антибактериальную нагрузку при лечении острого тонзиллита и фарингита? Возможная тактика и практические подходы: обзор // Е.Р. Мескина, Т.В. Сташко // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 6. - С. 90-99
43. Митропанова, М.Н. Локальная интерферонотерапия у детей с врожденными расщелинами губы и неба на разных этапах хирургического лечения // Лечащий врач. - М., 2018. - N1. - С. 6-9
44. Мусаходжаева Д.А., Шаропов С.Г. Цитокиновый профиль у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба //Евразийский союз ученых. 2019. № 8-1 (65). С. 50-54.
45. Нестерчук, В.И. Местная антибактериальная терапия: максимум эффективности в очаге поражения, минимум негативных системных эффектов // Stomatologiya. - 2017. - Том 67, N2. - С. 26-30
46. Обоснование применения лазерно-флюоресцентной спектрометрии в идентификации воспалительных заболеваний глотки / А.Б. Тимурзиева [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 3. - С. 36-42
47. Овчинников А.Ю. [и др.] Боль в горле. Современные подходы к лечению // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 4. - С. 35-39

48. Патогенетическое обоснование применения иммунотерапии в лечении рекуррентных ко-инфекций верхних дыхательных путей у детей с врожденными расщелинами губы и неба / И. В. Нестерова [и др.] // Инфекционные болезни: научно-практический журнал. - 2020. - Том 18, N 4. - С. 117-126
49. Пискунов В.С., Никитин Н.А. Симптоматическая терапия тонзиллофарингита при острой респираторной вирусной инфекции у часто болеющих детей // Medical express: Медицинский специализированный научно-практический социально-рекламный журнал. - 2020. - N 3. - С. 74-79
50. Пулатова Б.Ж. Врожденные расщелины верхней губы и неба у детей - современное состояние проблемы: обзор // Медицинский журнал Узбекистана. - 2018. - N5. - С. 54-58
51. Пулатова Б.Ж. Применение биологически активных точек в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Stomatologiya. - 2018. - N4. - С. 47-49.
52. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В. Хирургическое лечение патологии лимфоглоточного кольца у детей, оперированных по поводу врожденной расщелины верхней губы и неба // Российская ринология. – 2016. - №4. –том 24. – С. 37-39
53. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е. Ведение пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба, оперированных по поводу врожденного порока на первом году жизни, с небно-глоточной недостаточностью // Материалы XIV Научнопрактической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». – 2016. – С. 14-15.
54. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е. Взгляд оториноларинголога на проблемы детей со скрытой расщелиной неба // Медицинский совет. – 2015. - №15. - С. 72-74.
55. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е. Тактика ведения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба:

- междисциплинарная проблема // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. – 2015. - том 94. - №3. – С. 78-81.
56. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е. Тактика ведения пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и твердого неба врачом – оториноларингологом // Материалы XIII Научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». – 2015. – С. 13-14.
57. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е. Эндоскопическая диагностика патологии ЛОР-органов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Материалы XIX съезда оториноларингологов России. – 2016. – С. 86-87.
58. Радциг Е.Ю., Притыко А.Г., Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е., Орлова О.С., Голованева К.Д. Тактика ведения детей с разными формами ринофонии // Педиатрия. – 2016. - №2. – С. 37-40
59. Реальные и потенциальные надежды лечения аденоидов у детей [Текст]: научное издание / Е.П. Меркулова [и др.] // Medicaexpress-2017.-N5.-С.74-77
60. Роль бактериотерапии в предотвращении аденоидэктомии / I. La Mantia [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал-2019-Том.84, N5.-С.100
61. Савенкова М.С., Притыко А.Г., Гончаков Г.В., Гончакова С.Г., Печникова Ю.В., Саидова Г.Б. Антибактериальная терапия: выбор у детей с расщелиной твердого неба в предоперационном и постоперационном периодах // Эффективная фармакотерапия. - 2012. - №1.-С. 26-31.
62. Старикова Н.В., Надточий А.Г., Агеева М.И. Пренатальная диагностика расщелины неба по структурным особенностям и функции языка // Стоматология. - 2013. - № 1. - С.70 - 75.
63. Таджиева Н.У. Клинические и эпидемиологические аспекты инфекций, вызванных *Streptococcus pyogenes*: обзор // Медицинский журнал Узбекистана: научно-практический медицинский журнал. - 2020. - N 1. - С. 68-72.

64. Тактика консервативного лечения хронического аденоидита у детей / Г. С. Мальцева [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2019. - Том 84, N 2. - С. 36-39.
65. Тарасова Г.Д. [и др.] Значение фитотерапии в лечении острого тонзиллофарингита не стрептококкового генеза // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 5. - С. 65-70
66. Топические препараты для лечения не стрептококкового острого тонзиллофарингита у детей: результаты многоцентрового исследования: обзор / Н.А. Геппе [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2020. - Том 85, N 6. - С. 84-89.
67. Характеристика колонизационной резистентности микробов полости рта у детей с врожденной расщелиной губы и неба / Д.М. Дусмухамедов [и др.] // Журнал теоретической и клинической медицины - 2019. - N 1. - С. 119-121.
68. Шайхова Х.Э. [и др.] Особенности боли в глотке при хроническом фарингите и методы лечения // Медицинский журнал Узбекистана. - 2018. - N1. - С. 20-23
69. Шамсиев Р.А. Дифференцированный подход к лечению детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - 2017. - N3. - С.27-29
70. Шомуродов К.Э. Визуализация небно-глоточной области после уранопластики методом магнитно-резонансной томографии // Медицинский журнал Узбекистана. - 2017. - N5. - С. 5-7.
71. Юмашев Д.П. Комплексная оценка небно-глоточной недостаточности у детей 12-15 лет после устранения врожденной полной расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. - Автореф. дисс. канд. мед наук. - М., 2006. 50.
72. Якубджанов Д.Д., Абдул-Кодир З.Б., Шофайзиева Л.Н. Клинико-функциональные особенности заболеваний носоглотки у детей с врожденной расщелиной нёба и оптимизация их лечения.// Сборник тезисов

Республиканской научно-практической конференции с международным участием “ Дни молодых ученых”. 29 апреля 2022 г. Стр. 517-518.

73. Ясонов С.А., Шахматова Е.В., Мкртумян Э.С., Лопатин А.В. Реабилитация детей дошкольного и раннего школьного возраста с расщелиной верхней губы и неба // Методические рекомендации для родителей. - 2003. -С 4-6.

74. Abdel-Aziz M. Hypertrophied tonsils impair velopharyngeal function after palatoplasty. Laryngoscope. 2012 Mar;122(3):528-32

75. Agarwal R., Chandra R. Alar web in cleft lip nose deformity: study in adult unilateral clefts. J Craniofac Surg. 2012 Sep;23(5):1349-54

76. Agrawal K. Classification of cleft lip and palate: an Indian perspective. J.Cleft Lip palate Craniofac Anomal 2014;1;78-84.

77. Aksu M., Taner T., Sahin-Veske P., Kocadereli I., Konas E., Mavili M.E. Pharyngeal airway changes associated with maxillary distraction osteogenesis in adult cleft lip and palatepatients. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Feb;70(2):e133-40

78. Alef M., Irwin C., Smith D., Afifi A., Jiang S., Vecchione L., Ford M., Decesare G.E., Deleyiannis F.W., Losee J.E. Nasal tip complications of primary cleft lip nasoplasty. J Craniofac Surg. 2009 Sep;20(5):1327-33

79. Allori A.C., Mulliken J.B., Meara J.G., Shusterman S., Macrus J.R., Cleftkit Collaboration. Classification of cleft lip/palate: then and now. Cleft Palate Craniofac J. 2015;54(2) 175-88.

80. Amanullaev, R. A. The role of studying local immunity in children with congenital cleft lip and palate: обзор / R. A. Amanullaev, G. A. Ikramov, E. T. Shomurodov // Stomatologiya: научно-практический журнал. - 2019. - N 1. - С. 49-52

81. Argenta A., Petropoulou K., Cray J., Ford M., Jiang S., Losee J., Grunwaldt L. Magnetic resonance imaging as a predictor of submucous cleft palate severity and guide for surgical intervention. J Craniofac Surg. 2013. May;24(3):964-9.

82. Bazina I.G., Lopatin A.V., Mkrumyan E.S. Surgical treatment of cleft palate ehildren with velopharyngeal insufficiency after palatoplasty//Book of abstracts

9th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation, 31 August - 04 September, 2015, Moscow, Russia - I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. -e. 101.

83. Bazina I.G., Lopatin A.V., Mkrtumyan E.S., Vasilyeva E.P. Speech examining of cleft palate children with velopharyngeal insufficiency after palatoplasty //Book of abstracts 9th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation, 31 August - 04 September, 2015, Moscow, Russia - I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. - с.39.

84. Bogomilsky M.R., Radtsig E.Ju., Pritiko A.G., Bogoroditskaya A.V. Auditory function status in different periods of childhood in patients operated on congenital cleft lip and palate in the first ear of life // Материалы 18 Всемирного ринологического конгресса (Гонконг, 2017) – Р.1052

85. Bowers Аденоидит [Текст]: научное издание / Bowers I., Shermetaro C. // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал. - 2019. - Том 84, N5. - С. 99

86. Brigger MT, Ashland JE, Hartnick CJ. Injection pharyngoplasty with calcium hydroxyapatite for velopharyngeal insufficiency: patient selection and technique. Arch otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136(7):666-70.

87. Cao Y, Ma T, Wu D, et al. Autologous fat injection combined with palatoplasty and pharyngoplasty for velopharyngeal insufficiency and cleft palate: preliminary experience. Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 149(2): 284-91.

88. Carlisle M.P., Sykes K.J., Singhal V.K. Outcomes of sphincter pharyngoplasty and palatal lengthening for velopharyngeal insufficiency: a 10-year experience. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Aug;137(8):763-6

89. Caterson E.J., Tsai D.M., Cauley R., Dowdall J.R., Tracy L.E. Transillumination of the occult submucous cleft palate. J Craniofac Surg. 2014 Nov;25(6):2160-3.

90. Celikoglu M., Buyuk S.K., Sekerci A.E., Ucar F.I., Cantekin K. Three dimensional evaluation of the pharyngeal airway volumes in patients affected by

- unilateral cleft lip and palate. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014 Jun;145(6):780-6
91. Chang C.S., Por Y.C., Liou E.J., Chang C.J., Chen P.K., Noordhoff M.S. Long-term comparison of four techniques for obtaining nasal symmetry in unilateral complete cleft lip patients: a single surgeon's experience. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Oct;126(4):1276-84.
92. Gawrych E., Janiszewska-Olszowska J. Primary correction of nasal septal deformity in unilateral clefts during lip repair-a long-term study. *Cleft Palate Craniofac J*. 2011 May;48(3):293-300.
93. Gosla-Reddy S., Nagy K., Mommaerts M.Y., Reddy R.R., Bronkhorst E.M., Prasad R., Kuijpers-Jagtman A.M., Berge S.J. Primary septoplasty in the repair of unilateral complete cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Feb;127(2):761-7.
94. Gritli-Linde A. p63 and IRF6: brothers in arms against cleft palate. *J Clin Invest*. 2010 May;120(5):1386-9.
95. Ha K.M., Cleland H., Greensmith A., Chong D., Macgill K., Verhoeven A., Hutson J.M. Submucous cleft palate: an often-missed diagnosis. *J Craniofac Surg*. 2013 May;24(3):878-85.
96. Harman N.L., Bruce I.A., Kirkham J.J., Tierney S., Callery P., O'Brien K., Bennett A.M., Chorbachi R., Hall P.N., Harding-Bell A., Parfekt V.H., Rumsey N., Sell D., Sharma R., Williamson P.R. The Importance of Integration of Stakeholder Views in Core Outcome Set Development: Otitis Media with Effusion in Children with Cleft Palate. *PLOS One*. 2015 Jun 26;10(6): e0129514.
97. Henry C., Samson T., Mackay D. Evidence-based medicine: The cleft lip nasal deformity. *Plast Reconstr Surg*. 2014 May;133(5):1276-88
98. Hikosaka M., Nagasao T., Ogata H., Kaneko T., Kishi K. Evaluation of maxillary sinus volume in cleft alveolus patients using 3-dimensional computed tomography. *J Craniofac Surg*. 2013 Jan;24(1): e23-6.

99. Hubbard B.A., Rice G.B., Muzaffar A.R. Adenoid involvement in velopharyngeal closure in children with cleft palate. *Can J Plast Surg.* 2010 Winter; 18(4):135-8
100. Janiszewska-Olszowska J., Gawrych E., W^drychowska-Szulc B., Stepień P., Konury J., Wilk G. Effect of primary correction of nasal septal deformity in complete unilateral cleft lip and palate on the craniofacial morphology. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013 Sep;41(6):468-72
101. Karnell MP. Intrumental assessment of velopharyngeal closure for speech. *Semin Speech Lang* 2011;32(2):168-78.
102. Khan M, Ullah H, Naz S, Iqbal T, Ullah T, Tahir M, Ullah O. A revused classification of the cleft lip and palate. *Can J plast Surg.* 2013;21;48-50.
103. Koskova O., Vokurkova J., Vokurka J., Brysova A., Senovsky P., Cefelinova J., Lukasova D., Dorociakova P., Abelovsky J. Treatment outcome after neonatal cleft lip repair in 5-year-old children with unilateral cleft lip and palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016 Aug; 87:71-7.
104. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J., Berge S.J., Vissink A., Pazera P. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients. *Clin Oral Investig.* 2014 May;18(4):1237-44
105. Kummer AW. Perceptual assessment of resonance and velopharyngeal function. *Semin Speech Lang* 2011;32(2):159-67.
106. Luijsterburg AJ, Rozendaal AM, Vermeij-keers C. Classifying common oral clefts: a new approach after descriptive registration. *Cleft palate Craniofac J.* 2014; 51:381-91.
107. Lypka M, Bidros R, Rizvi M, et al. posterior pharyngeal augmentation in the treatment of velopharyngeal insufficiency: a 40-year experience. *Ann plast Surg* 2010;65(1):48-51.
108. Makhkamova N.E., Makhkamov M.E., Baltabaev O.K., Nabieva J.M., Patkhiddinov J.Sh. Differential approach to the treatment of children with cleft lip and palate in the period of neonatal development // *Journal of Medicine* Vol. 2, No. 3 (2022): Issue 1 44-48p.

109. Makhkamova N.E., Yakubdjanov D.D., Kxamrayev Y.S. Structural features of the soft palate muscles on congenital cleft in different ages.// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2021,11(3)246-252.
110. Mohd Ibrahim H., Mohamed Yusoff F.H., Ahmad K., Van Dort S. An exploratory study on speech and hearing outcomes in children with cleft lip and palate. Med J Malaysia. 2015 Dec;70(6):321-5.
111. Morselli P.G., Pinto V., Negosanti L., Firinu A., Fabbri E. Early correction of septum JJ deformity in unilateral cleft lip-cleft palate. Plast. Reconstr. Surg. 2012 Sep; 130(3): 434e-41e
112. Nakamura N., Okawachi T., Nishihara K., Hirahara N., Nozoe E. Surgical technique for secondary correction of unilateral cleft lip-nose deformity: clinical and 3-dimensional observations of preoperative and postoperative nasal forms. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Sep;68(9):2248-57
113. Nakamura N., Okawachi T., Nozoe E., Nishihara K., Matsunaga K. Three dimensional analyses of nasal forms after secondary treatment of bilateral cleft lip-nose deformity in comparison to those of healthy young adults. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Nov;69(11): e469-81
114. Nakamura N., Sasaguri M., Okawachi T., Nishihara K., Nozoe E. Secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity - Clinical and threedimensional observations on pre- and postoperative outcome. J Craniomaxillofac Surg. 2011 Jul;39(5):305-12
115. Nesterova I.V., Mitropanova M.N., Chudilova G.A., Kovaleva S.V., Khalturina E.O. The local interferon-corrective therapy in children with congenital cleft lip and palate, suffering from the recurrent respiratory infections //Russian Journal of Infection and Immunity. 2020. T. 10. № 2. С. 368-374.
116. Perry JL, Anatomy and pharysiology of the velopharyngeal mechanism. Semin Speech Lang 2011;32(2) 83-92.
117. Pogabalo I.V., Rassadina A.V., Guslinskij O.S., Nadtochij G.A., Starikova N.V., Nadtochij a.g.применение электромиографии у пациентов с расщелиной губы и неба //Stomatology. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 95-96.

118. Radkevich A.A., Vakhrushev S.G., Gantimurov A.A., Ivanov V.A. Cleft palate surgery with ENT-pathology correction. *Stomatologija* (Mosk). 2014;93(2):33-6.
119. Radtsig E.Ju., Pritiko A.G., Bogoroditskaya A.V., Sarafanova M.E. The results of the study of the nasal cavity and paranasal sinuses in children with congenital cleft upper lip and palate. *Материалы IX Конгресса Международного фонда "Расщелина Губы и Неба" (Москва, 2015) – С. 93.*
120. Radtsig E.Ju., Pritiko A.G., Bogoroditskaya A.V., Sarafanova M.E. Status of auditory function in different periods of childhood in patients operated on congenital cleft lip and palate in the first ear of life // *Материалы 7 конференции «Превосходство в педиатрии» (Лондон, 2015) – С. 135136.*
121. Rajion Z.A., Al-Khatib A.R., Netherway D.J., Townsend G.C., Anderson P.J., McLean N.R., Samsudin A.R. The nasopharynx in infants with cleft lip and palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012 Feb;76(2):227-34
122. Reddy S.G., Devarakonda V., Reddy R.R. Assessment of nostril symmetry after primary cleft rhinoplasty in patients with complete unilateral cleft lip and palate. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013 Mar;41(2):147-52
123. Ridgway E.B., Andrews B.T., Labrie R.A., Padwa B.L., Mulliken J.B. Positioning the caudal septum during primary repair of unilateral cleft lip. *J. Craniofac Surg.* 2011 Jul;22(4):1219-24
124. Rilo B, Fernandez-Formoso N, da Silva L, et al. A simplified palatal lift prosthesis for neurogenic velopharyngeal incompetence. *J Prosthodont* 2013; 22(6):506-8.
125. Singla S., Utreja A., Singh S.P., Lou W., Suri S. Increase in Sagittal Depth of the Bony Nasopharynx Following Maxillary Protraction in Patients With Unilateral Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2014 Sep;51(5):585-92
126. Siver AL, Nimkin K, Ashland JE, et al. Cine magnetic resonance imaging with simultaneous audio to evaluate pediatric velopharyngeal insufficiency. *Arch Otolaryngol Head Neck Syrg* 2011;137(3)258-63

127. Skladman R., Grames L.M., Skolnick G., Nguyen D.C., Naidoo S.D., Patel K.B., Marsh J.L., Woo A.S. Adult Quality of Life Post Cleft Palate Repair: A Comparison of Two Techniques. *J Craniofac Surg.* 2017 Jun; 28(4): 909-914.
128. Smillie I., Robertson S., Yule A., Wynne D.M., Russell C.J. Complications of ventilation tube insertion in children with and without cleft palate: a nested case-control comparison. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014 Oct;140(10):940-3.
129. Tan E.E., Hee K.Y., Yeoh A., Lim S.B., Tan H.K., Yeow V.K., Daniel L.M. Hearing Loss in Newborns with Cleft Lip and/or Palate. *Ann Acad Med Singapore.* 2014 Jul;43(7):371-7.
130. Tuna SH, Pekkan G, Gumus HO, et al. Prosthetic rehabilitation of velopharyngeal insufficiency: pharyngeal obturator prostheses with different retention mechanisms. *Eur J Dent* 2010;4(1):81-7
131. Wakami S., Fujikawa H., Ozawa T., Harada T., Ishii M. Nostril suspension and lip adhesion improve nasal symmetry in patients with complete unilateral cleft lip and palate. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011 Feb;64(2):201-8
132. Wermker K., Jung S., Joos U., Kleinheinz J. Nasopharyngeal development in patients with cleft lip and palate: a retrospective case-control study. *Int Journal of Otolaryngology* Volume 2012, Article ID 458507, 8 pages
133. Yoshihara M., Terajima M., Yanagita N., Hyakutake H., Kanomi R., Kitahara T., Takahashi I. Three-dimensional analysis of the pharyngeal airway morphology in growing Japanese girls with and without cleft lip and palate. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012 Apr;141(4 Suppl): S92-101