

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI**

SHARIPOVA AZIZA UMAROVNA

**SURUNKALI TONZILLITNI TASHHISLASH VA DAVOLASHNI
TAKOMILLASHTIRISH**

(Monografiya)

Toshkent– 2025

TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

Muvofiqlashtiruvchi ekspert

kengashi raisi, t.f.d., professor

_____ **Q.E.Shomurodov**

« ____ » _____ 2025 y.

SHARIPOVA AZIZA UMAROVNA

**SURUNKALI TONZILLITNI TASHHISLASH VA DAVOLASHNI
TAKOMILLASHTIRISH**

(Monografiya)

Toshkent 2025

UDK:616.858- 008.6-036.22-084/.085 (575.11)

Mualliflar:

Sharipova A.U. Toshkent davlat stomatologiya instituti
dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Maxamadaminova Sh.A. TMA “Otorinolariningologiya va stomatologiya”
kafedراسي assistenti, t.f.d.

Voxidov. U.N. TDSI “Otorinolariningologiya “kafedراسي
professori, t.f.d.

Ushbu qo ‘llanma surunkali tonzillitni tashhislash va davolashning juda ko ‘p mavjud standartlari tahlili asosida yaratilgan. Unda surunkali tonzillitning tashhisi, klinik ko ‘rinishi, profilaktikasi va turli shakllardagi davolashning asosiy me'zonlari yoritilgan.

Bu qo ‘llanma umumiy amaliyot shifokorlari, otorinolarin-gologlar, terapevtlar, oilaviy shifokorlar va klinik ordinatorlar uchun mo ‘ljallangan.

TDSI muammolar komissiyasi tomonidan ko‘rib chiqildi va nashrga tavsiya etildi, 2025-yil ____ -sonli bayonnoma.

TDSI Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi, 2025 yil ____ -sonli bayonnoma

Ilmiy kotib

Yuldashev A.A.

MUNDARIJA

	Qisqartirishlar ro‘yxati va shartli belgilar.....	6
	Kirish	7
I BOB.	Surunkali tonzillitning ta'rifi.....	11
1.1.	Surunkali tonzillitning epidemiologiyasi.....	11
II BOB.	Surunkali tonzillitning etiopatogenezi.....	14
III BOB.	Surunkali tonzillitning klinik ko‘rinishi va klassifikatsiyasi.....	22
IV BOB.	Surunkali tonzillitning tashhisi.....	32
4.1.	Bakteriologik tashhis.....	32
4.2.	Streptokokk infeksiyasining ekspress tashhisi.....	42
4.3.	BGSA-infeksiyasining serologik tashhisi va unga xos markerlar.....	45
V BOB.	BGSA-uyushgan infeksiyasining asoratlari.....	49
	Паратонзиллит.....	51
VI BOB.	Surunkali tonzillit o‘tkirlashuvini konservativ davolash.....	61
VII BOB.	Surunkali tonzillitni konservativ terapiyasi.....	67
VIII BOB.	Tanglay murtaklari jarrohligida qonash asoratlarini intraoperatsion profilaktikasi.....	72
IX BOB.	Surunkali tonzillitni xirurgik davosi. Tonzilloektomiyani ananaviy usuli	81
X BOB.	Tonzilloektomiyada fizik usullarni qo‘llash.....	89
10.1	Tonzilloektomiyada lazerni qo‘llash.....	90
10.2	Paratonzillyar sohani intraoperatsion diafanoskopiyasi.....	95
XI BOB.	Tonzilloektomiyani intraoperatsion va	

	operatsiyadan keyingi asoratlari.....	
11.1.	Tonzilloektomiyadan keyingi qonash.....	98
XII BOB.	Surunkali tonzillitni tashhishlash	
	algoritmi.....	103
XIII BOB.	Surunkali tonzillitli bemorlarni dispaser	
	kuzatuv va profilaktikasi.....	106
	Xulosa.....	110
	Test masalalari.....	112
	Adabiyotlar ro 'yxati.....	117

QISQARTIRISHLAR RO ‘YXATI VA SHARTLI BELGILAR

ABV	- Antibakterial vosita
ASL-O	- Streptolizin O ga antitana
BGSA	- β - gemolitik streptokokkning A guruhi
IUA	- Ichki uyqu arteriyasi
O‘RI	- O ‘tkir revmatik isitma
TASH	- Toksiko - allergik shakli
TE	- Tonzillektomiya
UT	- Ultratovushli
ST	- Surunkali tonzillit

KIRISH

Surunkali tonzillit zamonaviy otorinolaringologiyani dolzarb muammolaridan hisoblanadi.

Hozirgi kunda ST LOR patologiyasi strukturasida yetakchi o'ringni egallab kelmoqda. Turli tekshirishlar xulosasi, ST halqum kasalliklarini 23,7%, u bilan aholini 4 dan 15% (Hamzaaliyeva R.B.) kasallanmoqda. Tonzillyar muammo hozirgi zamonda dolzarb bo'lib, u tonzillogen patologiyani mahalliy va sistemali asoratlarini o'z ichiga olib kelmoqda. Ma'lumki, ST infeksiya o'z ichiga bo'lib, organizmning turli funksiyalariga ta'sir ko'rsatadi va u ijtimoiy ahamiyatga ega.

ST xurujlari vaqtinchalik mehnat faoliyatini buzilishiga olib keladi, bu esa bog'liq kasalliklarini keltirib chiqarib, bemorni nogironlikka va xattoki uning o'limigacha olib kelishi mumkin (Preobrajenskiy B.S., 1954; Palchun V.T., 2006; Kryukov A.I. va boshq., 2005). Tonzillyar patologiyaga bag'irlangan juda ko'p ilmiy ishlar bo'lishiga qaramasdan, kasallik va uning davosi hozirgi kunda xam guda dolzarb hisoblanadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining xulosalariga ko'ra, 100dan ortiq somatik kasalliklar ST bilan bog'liq (Lazarev V.N., 2005; Kryukov A.I. i dr., 2010).

STni asoslangan bakteriologik tekshirish asosida anti-bakterial terapiyasi, β - gemolitik streptokokk A guruhi qo'zg'atuvchisi (BGSA) sababchi bo'lganda, 20% holatlarda tanglay murtaklarini sanatsiyasiga olib kelmaydi, bu esa kasallikni qaytalanishiga va paratonzillit, paratonzillyar abscess, para-faringit, bo'yin xuppozi, oldingi mediastenit, tonsillojen sepsis asoratlaridir.

ST ni chaqiruvchi bakteriyalar turlari 100 dan 160 gacha o'zgarib turadi. Bunday mikroblarning turliligiga qaramasdan, ST bo'lishi, klinik, bakteriologik va prognostik nuqtai nazaridan, eng muhim omil BGSA (piogen streptokokk) bo'lib, u ST va uning asoratlarini keltirib chiqaradi.

ST va BGSA assotsiatsiyasini bo'lishi turlarga xos belgi emas; organizmning bir xil reaktivligida ba'zi bemorlarda ST ni chaqiruvchi omil BGSA bo'lganda u izsiz o'tadi, ikkinchi bemorda esa u toksiko-allergik shakli I darajali, ST uchinchi kontingentida mahalliy va umumiy bog'liq kasalliklarni mahalliy va umumiy asoratlarini keltirib chiqaradi va bu toksiko-allergik shakli II darajasidir (TASH-II) B.S. Preobrajenskiy va V.T. Palchun klassifikatsiyasi bo'yicha.

ST ni kechishidagi va BGSA shtammini fenotipik xarak-teristikasi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash juda qiyin masala bo'lib qoladi; uning antigen strukturasi, superantigenlar ishlab chiqarish maxsulotiga va pirogen toksinlar korelyatsiyasiga ST ni klinik ko'rinishiga mos keladi.

Oxirgi o'n yillarda to'plangan faktlar shuni ko'rsatadiki, mikroblar populyatsiyasining tabiiy yashash joyida murakkab tuzilgan jamoalar, ya'ni bioplyonka hosil qilishi tasdiqlangan. Og'iz bo'shlig'i kasalliklarini chaqiruvchi bitta mikrobo'rniga mikroblar uyushmasi kasallikni qo'zg'atishi nazariyasi isbotlandi. LOR a'zolari infeksiyasida bakterial bioplyon-kalarning roli, bir necha ilmiy ma'lumotlarda isbot kilinib, bu plyonkalar aitibiotiklar sezuvchanligini pasaytirish hususiyatiga ega ekanligi aniqlandi. Juda ko'p tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, bakteriyalar turi, ya'ni planktonik yashovchi mikroblarga nisbatan bioplyonkalar tarkibidagi mikroblar antibioticlarga sezuvchanligi juda past darajada bo'lishi isbotlangan. Bu esa grammanfiy va grammusbat bakterialarga ham va boshqa turdagi streptokokklarga ham taalluqlidir. ST va tanglay murtaklari gipertrofiyasida surunkali yallig'lanish to'qimasida bioplyonkalar hosil bo'lishi ilmiy manbalarda isbot qilingan. STda antibiotiklar samaradorligini pastligi tanglay murtaklarida mikroorganizmlarning koloniyalarining bo'lishi va uning tarkibida BGSA bioplyonka ko'rinishida bo'lishi aniqlangan.

Davolash samaradorligi quyidagi faktorlar bilan baholanadi: O'tkirlashuvlar (anginalar) sonini kamayishi va yo'qolishi, faringoskopik belgilarning kamayishi va yo'qolishi, ST ni toksiko-allergik simptomlarini yo'qolishi. ST ni klinik shakliga kura davolash ham konservativ va xirurgik turga bo'linadi.

Oddiy shakli va TASH I darajasida konservativ davo cho-ralari qo'llanilib, u kompleks va etapli bo'lishi, tanglay murtaklarini sanatsiyasini o'z ichiga olishi va medikamentoz preparatlarni patogenetik asoslangan holda qo'llash (yallig'lanishga qarshi, giposensibilizatsiya, immunnostimulyatsiya, vitaminoterapiya), fizioterapiya va boshqa vositalar, ya'ni kasallikni chaqiruvchi kompleks faktorlarga qarshi qaratilgan bo'lishi kerak. Davolashdan avval og'iz bo'shlig'i, burunni yondosh bo'shliqlari va burunhalqum sanatsiyasi bajariladi. Davolash samara bermagan holatlarda (2-3 marta yiliga qayta davolanish) TE tavsiya etiladi. Konservativ davo xirurgik davoga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan holatlarda ham qo'llaniladi. ST TASH II darajasining hamma simptomlari bo'lgan holatlarda TE ga ko'rsatma hisoblanadi.

ST O'tkirlashuv davridagi (anginalar) davoning asosiy qismini sistemali antibakterial davo tashkil etadi. Unga ratsional yondoshish juda katta ahamiyat kasb etadi. Bunga esa bemorning bir necha bor antibakterial davoni nazoratsiz, ya'ni o'z o'zicha yoki tanishlarini tavsiyasiga ko'ra olganligini inobatga olishni ko'zda tutadi.

Yuqorida ta'kidlanishicha, anginalarning qo'zg'atuvchisi BGSA hisoblanib, u - laktamga yuqori sezuvchanligi bilan ajralib turadi, lekin tanglay murtaklarini surunkali yallig'lanish davrida o'tkirlashuv davriga nisbatan mikroorganizmlar butunlay boshqa sharoitda joylashgan bo'ladi. Surunkali yallig'lanish davrida tugallanmagan fagotsitoz kuzatiladi, ya'ni mikroorganizmlar, hujayra ichida joylashib, yangilanishi va ko'payishi fagotsitar hujayralarda sodir bo'ladi, ular muhofaza qilingan holatdadir. Shunday qilib ular na faqat antibiotiklardan, β - laktamlarga va antiseptiklarga ham sezuvchanligi past bo'ladi.

Har doim ham konservativ davo patogenez zvenosining tanglay murtaklaridagi patologik tiqinlardan o'z o'zidan tozalanishini yo'qota olmaydi, bu esa yallig'lanish protsessini turg'un qolishiga organizmni sensibilizatsiyasiga va intoksikatsiyasiga olib keladi.

TE ning oxirgi vaqtlardagi kamayib ketishi ST li bemorlar orasida turli xil asoratlarni kuzatila boshladi, bu mahalliy (paratonzillit, paratonzillyar abscess, bo'yinning tonzillogen flegmonasi) hamda umumiy (revmatizm, artrit, yurakning orttirilgan poroklariga, buyrakning zararlanishiga v.x.k; Kryukov A.I. va boshqalar, 2013). Yuqorida ko'rsatilgan kamchiliklar poliklinikadagi LOR shifokorlarini ushbu kontingent bemorlar bilan profilaktik ishidagi kamchiliklar hisoblanadi. To'g'ri tashhis, adekvat dispanser nazorati, rejali konservativ kurslarni olib borish, o'z vaqtida stasionarga TE yuborish ST ni asoratlarni foizini kamaytiradi.

Yuqoridagilarga asoslanib, quyidagi qo'llanmaning vazifasi shifokorlarda ST ni to'g'ri tashhis qo'yishda konservativ va xirurgik davoning metodologik yondashuvini hosil qilishdir.

I BOB. SURUNKALI TONZILLITNING TA'RIFI

Adabiyotlarda og 'iz halqumni yallig 'lanish jarayonlari «faringit», «tonzillit» va «tonzillofaringit» atamalarini uchra-tishimiz mumkin.

Chet el avtorlari «O 'tkir tonzillofaringit» va «surunkali tonzillit» deb atashadi. Rossiya nashrlarida esa ko 'pincha «angina» va «surunkali tonzillit» uchraydi. «O 'tkir tonzillo-faringit» atamasi to 'g 'ri emasligi, ya'ni bu kasalliklar etiopa-togenezi har xil bo 'lib bu xastaliklarni birlashtirib bo 'lmaydi.

ST ni turli ta'riflari bo 'lib B.S. Preobrajenskiy (1970) quyidagi ta'rifni bergan: «ST bu tanglay murtaklarini turg 'un yallig 'lanishi bo 'lib, u vaqti-vaqti bilan o 'tkirlashib «anginalar» chaqirib, ko 'pchilik bemorlarda organizmni umumiy toksiko-allergik reaksiyasi bilan kechadigan kasallikdir».

Soldatov I.B., ta'rifiga ko 'ra, «ST, infeksiyon kasallik bo 'lib, tanglay murtaklarida turgun yallig 'lanish, ya'ni morfologik alteratsiya, ekssudatsiya va proleferatsiya bilan kechadigan kasallikdir».

V.T. Palchun, L.A. Luchixin, A.I. Kryukov (2012) «ST bu umumiy infeksiyon-allergik kasallik bo 'lib, u tanglay murtak-larida turg 'un yallig 'lanish reaksiyasi bilan kechadigan kasallikdir».

1.1. Surunkali tonzillitning epidemiologiyasi

Har yili dunyda 100 mln ga yaqin birlamchi streptokokk infeksiyasi qayd etiladi (Rotta J., Faklam R.R., 1980). Ba'zi regionlarda birlamchi revmatizm kasalligi 1000 odamdan 0,1% ni tashkil etib, uning tarqalishi - 1000 odamga 17 tani (1,7%) tashkil etadi.

Hozirda streptokokkning davriy o 'zgarib turish xususiyati aniqlangan fakt. Davriy o 'zgarib turish faktining aniqligi, ya'ni 2–4 yil intervali bilan, ba'zida bu

interval 30–40 yil va undan ko‘pini tashkil etadi. Bu to‘lqinsimon o‘ziga xoslik infeksiyaning og‘ir klinik ko‘rinishlarini paydo bo‘lishini va yo‘qolib ketishini ta’minlaydi. Rossiyada skarlatina kasalligining tarqalishini yuz yil mobaynida tahlil qilinganida, uchta katta siklik ko‘tarilish - 1891–1915-yillar va 1918–1942-yillar va eng Yuqori ko‘rsatgich 1930-yil va Ikkinchi jahon urushidan keyin maksimum 1955-yildir. Shundan so‘ng bu kasallik soni pasaya boshladi. Analogik dinamika URI ga ham tegishli bo‘lib, u 1930–1960-yillarda BGSA infeksiyasining yumshoq to‘qimalarning chuqur shikastlanishi bilan kechadigan «streptokokk gangrenasi» termini bilan yuritiladigan kasallik ham tarqalishi bo‘yicha ancha kamaydi va 1980-yil o‘rtalariga kelib epidemiologik holat ancha yaxshilandi. Bu yillarda skarlatinadan keyingi o‘lim darajasi 14–20% dan 0% ga tushdi. Patogen BGSA umumiy va septik sindromlarni bermay qo‘ydi. Kasallik toksiko-infeksion xarakterda, yengil skarlatina ko‘rinishida yoki lokal (yuzaki) ko‘rinishida (angina, faringit, streptodermiya v.x z.). 1980-yil ikkinchi yarmidan boshlab URI ning avj olishi Solt-Leyk Siti shahrida, markaziy amerikaning Yuta shtatida kuzatildi.

AQSH va G‘arbiy Yevroponing bir necha davlatlarida 2–3 yildan so‘ng BGSA infeksiyasini og‘ir shakllari (septitsemiya, nekrotik fassiit va miozit, birlamchi peritonit, toksik shok sindromi) bo‘lib, ular ko‘pincha o‘lim bilan tugadi. Ushbu kasalliklarning tiklanishi «bu mikroorganizmlarning zaif-lashtiruvchi faktorlarning nazorat ostida bo‘lishidir» (Veasy L.G.,2004).

RF Sog‘liqni saqlash vazirligining ma’lumotlariga asoslanib 2000-yilda 14 yoshgacha bolalar orasida ST va adenoidit 100 ming aholidan 2976,8 tani tashkil etdi. M.R. Bogomilskiy va T.I. Garamyenko (1999) lar ta’kidlashicha, ST tarqalishi 2–3 yoshgacha bolalar orasida 1–2%, maktabgacha yoshda-5%, katta bolalar guruhida – 7,9 dan 14,4 % ni tashkil etdi. N.M. Xmel’nitskaya va ham muallif (2000), ST 1997–1999-yy 6 yoshgacha bolalar orasida 5,9 %ni, 7–15 gacha - 31,9%, 16–25 yoshda - 26,4 % tashkil etdi. ST bilan 22–40% bolalar (Setkov E.A.,2003) va 15–20 % kattalar (Gofman V.R., 1984).

ST ni o' tkirlashuvi orasidagi vaqtda va anginasiz shaklida bemorni kam va umuman bezovta qilmaydi va bu holat tarqalish foizini kamaytiradi. Ko 'pincha ST boshqa kasalliklarni tekshirish jarayonida aniqlanib, u kasallikning kechishida juda katta ahamiyat kasb etadi. Ko 'p holatlarda ST o 'z vaqtida tashhislanmay qolib, barcha tonzillyar o 'choqli infeksiyani manfiy faktorlarini yuzaga chiqarib, inson sog 'ligiga zarar yetkazib, hayot tarzini yomonlashtiradi.

II BOB. SURUNKALI TONZILLITNING ETIOPATOGENEZI

ST ni aniqlashdagi turli farqlarga qaramasdan, asosiy etiologik faktor tanglay murtaklarini surunkali yallig 'lanishi bo 'lib, bu yallig 'lanishni chaqiruvchilar bakteriyalar, viruslar va zamburuglardir (Maltseva G.S., Grinchuk O.N., 2011). Bunda ST rivojlanishida tanglay murtaklari kriptalaridagi mikroorganizmlar bilan makroorganizmning o 'zaro ta'siri ahamiyatga molik (Plujnikov M.S. va boshq., 2010). Tanglay murtaklari normada va ST da turli xil, ba'zida patogen mikrofloralar tashuvchisiga aylanadi, deb hisoblagan B.S. Preobrajenskiy, G.N. Popova 1970-y. Sog 'lom insonlar tanglay murtaklarida doimo mikroorganizmlar bo 'lishi va aynan shu yerda antitanalar prezentatsiyasi va immun tizimi induksiyasi sodir bo 'ladi. Bu yerda antitanalar tan olinadi, fagotsitsoz va tanglay murtaklarini limfoid to 'qimasining V va T hujayralari prezentatsiyadan o 'tadi, shu tariqa antigenga ST va V hujayralar reaksiyasi sodir bo 'ladi. Tanglay murtaklari kriptalaridagi fiziologik yallig 'lanish jarayoni fiziologik angina ST nozologik shakliga kirmaydi. Ba'zi aniq sabablarga ko 'ra, (mahalliy va umumiy sovuqqotish, stress, respirator infeksiya va x.k.z lar) tanglay murtaklardagi mahalliy yallig 'lanish protsessini aktiv-lashtirib, avval (anginalar), keyinchalik bu protsess surunkaliga o 'tib u ST aylanadi (Palchun V.T., 2006).

Mikrobiologiya nuqtai nazaridan STni ko 'rib chiqishda og 'iz halqumni normadagi mikrobiotsenoziga to 'xtalish zarur bo'ladi. Bu maydon ko 'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, bu esa L gemolitik streptokokklar asosan viridans gruppasi, shuningdek Y gemolitik streptokokk, *Lactobacterium* spp., *Bifidobacterium* spp. (GurovA.V., 2012). Shuningdek mikroorganizmlarning

xarakterli turlariga *Actinomyces* spp., *Corynebacterium* spp., *Fusobacterium* spp., *Haemophilus influenzae* va *Haemophilus*, *Mycoplasma* spp., *Neisseria* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Treponema* sp, *Veillonella* spp., *Candida albicans* kiradi. Normadagi mikroflorani asosiy vazifalridan biri mezbon organizmi bilan koloniyalar rezistentligida ishtirok etib, normadagi mikrofloraga stabil sharoit yaratish va patogen mikroorganizmlar kirishiga to‘sqinlik qilishdir. Odam og‘iz-halqumning normadagi mikroflorasi epitelial hujayralarning fibronektin qobig‘iga fiksatsiya qilingan bo‘ladi va buning natijasida u yerda bioplyonka hosil bo‘ladi, bu esa nospetsifik to‘siq bo‘lib qarshilik kuchini spetsifik va nospetsifik mexanizmlarini ishga tushirishga yordam beradi (Menshikov V.V.,2003).

Odam halqumining normadagi mikroflorasi saprofitlarga va shartli patogen mikroorganizmlarga bo‘linadi. Ular sharoit o‘zgarganda (koloniyalar rezistentligini pasayishi, yashash joyini o‘zgarishi, makroorganizmning qarshilik kuchini pasayishi va x.k.) endogenn nospetsifik infeksiya sababi bo‘lishi mumkin (Menshikov V.V., 2003). Bu esa natijalarni interpretatsiya qilishda uyushmalardagi mikroorganizmlarni son jihatdan sanashni talab etadi. Quyida normadagi qiymatlar sonini tavsiya etiladi; L va Y-gemolitik streptokokklar uchun-105–106 KOYE/ml, *Lacto-bacterium* spp va *Bifidobacterium* spp. uchun-101-103-KOYE/ml tashkil etadi. Shartli patogen mikroorganizmlar *Neisseria* spp., *Staphylococcus* spp. (*Staphylococcus aureus* dan tashqari) uchun 104KOYE/ ml, *Corynebacterium* spp. va *Candida* turidagi zamburug‘lar uchun - 103 KOYE/ml gacha, va *Haemophilus* spp. 102 KOYE/ml gachadir. Normada halqum biotsenoz vakillari orasida β - gemolitik streptokokk va *Staphylococcus aureus* mikroorganizmlari uchramasligi kerak (Palchun V.T., 2009).

Yuqorida aytilgan xulosalarga tayangan holda davolovchi shifokorlar ST klinik tashhisini qo‘yishi va davolash taktikasini tanlashda tanglay murtagidagi patologik jarayonni chaqiruvchilarining mikrobiologik xususiyatlarini bilishlari kerak bo‘ladi.

Ma'lumki, streptokokklarning oilasi 38 turga bo'linadi. Bakterial hujayralar devoridagi polisaxaridlarning tuzilishidagi farqlar ularning serologik guruhlariga bo'linishini ta'minlaydi va bu guruhga xos antitana bo'lib hisoblanishi 1933-yilda R. Lancefield tomonidan klassifikatsiya yaratilishiga asos bo'ldi. Serotip asosida streptokokklar 17 ta guruhlariga bo'linadi (A, V, S, D, G va boshqalar.). Bundan tashqari qonli agarda o'sishga muvofiq streptokokklar uch guruhga bo'linadilar. Birinchi guruh mikroorganizmlari eritrotsitlar gemolizini chaqirib, koloniyalar atrofida rangsiz tiniq maydon hosil qiladi, bu β - gemolitiklardir. Aynan shu guruhga odamda kasallik chaqiruvchi patogen streptokokklar kiradi. Bularga *S. pyogenes* - BGSA R. Lancefield klassifikatsiyasi bo'yicha. Bu mikroorganizmlar sababli patologik jarayon ST ni birgalikda kechadigan kasallikni keltirib chiqaradi (Gurov A.V., 2012). BGSA o'sishiga biologik materialni olish texnikasi va ozuqa muhitini tayyorlash usuli ham ahamiyatli hisoblanadi. Streptokokklarni ajratib olishdagi qiyinchilik halqumdan olingan materialda gemolitik stafilokokklarni bo'lishi (*S. aureus*), ular juda tez o'sadi va streptokokklar koloniyalarini to'sib qo'yadi (Maltseva G.S., Grinchuk O.N., 2001). Doimo hujayralararo aylanadigan streptokokklarni kultural usullar bilan ajratib bo'lmaydi (Stepinska M. Et al., 2014; Osterlund A., 1997).

V.T. Palchunning ilmiy ishlarida (2006) ta'kidlanishicha, tirik funksional aktiv mikroorganizmlar tanglay murtaklarini na faqat devorlarida balki tomirlar ichida ham joylashib olishi va tanglay murtaklari parenximasida ko'payishi mumkinligi, infeksiya o'chog'ining tajovuzkorligidan darak beradi.

Yuqori nafas yo'llaridagi ajralmalarni standart tekshiruvni halqumdan olingan materialni 5% qonli agarda ekishni ko'zda tutadi (Boysov A.G. i dr., 2007). Ko'pincha mahalliy laboratoriyalarda mikroorganizmlar o'sishi uchun ozuqa muhitiga qo'y eritrotsitlari o'rniga donor qonidan qo'shiladi. Donor qonida BGSAga qarshi antitanalar bo'lishi va bu mikroorganizmlarni o'sishiga to'sqinlik qiladi (Maltseva G. S., Grinchuk O. N., 2011).

β -gemolitik streptokokklarga BGSA lardan tashqari *Streptococcus agalactiae*, R. Lancefield klassifikatsiyasi bo'yicha V guruhining asosiy vakillari hisoblanadi. Bu patogenning asosiy zahirasi oshqozonichak sistemasida bo'lib, u burun halqum va kindi klonlarni hosil qiladi. V guruh streptokokklari qon aylanish sistemasiga kirib, turli xil yallig'lanishlar chaqirishi mumkin. Ayniqsa respirator virusli infeksiya fonidagi streptokokk chaqirgan pnevmoniya burun halqumdagi va og'iz-halqumdagi mikroflorani aktivlashtiradi. Bakteremiyani rivojlanishi qariyalarda, qandli diabetli bemorlarda, periferik qon tomir kasalliklarida, jigar va xavfli o'smalarda kuzatiladi. Yallig'lanishning patogenezida, gematogen chaqiruvchilar disseminatsiyasida, S4 va S1 komplement komponentining tanqisligi sabab bo'ladi, ba'zida polisaxarid qobiq ham fagotsitar reaksiyalarni pasaytiradi. Oxirgisi streptokokk A guruhiga nisbatan immunnogen xususiyatlarni namoyon etadi. Neyrominidazani ham patogenetik faktor, ya'ni adgeziyani yaxshilashtirib hujayra membranasi modifikatsiyalovchi omil sifatida qabul qilish kerak bo'ladi.

β - gemolitik streptokokklarga shuningdek *Streptococcus equi* (S guruh) va *Streptococcus canis* (G guruh) R. Lancefield, bo'yicha. Ular odamda A guruh streptokokklari singari huddi shunday kasalliklar chaqiradi (angina, pnevmoniya, saramas va boshqa yumshoq to'qima kasalliklarini, yiringli artrit, infeksiya endokardit, sepsis), ularni juda kam registratsiya qilishadi. Yallig'lanish patogenezida boshqa streptokokkli infeksiyaga xos bo'lib, asosiy patogenlik faktorlari gialuronidaza, fibrinolizinlar, streptokinaza, streptolizin O va eritrogen toksinlaridir.

Ikkinchi guruhni, gemoliz turi bo'yicha, α - gemolitik streptokokklar, eritrotsitlarni jarohatlash hisobiga koloniyalar atrofida kul rang yashil oreolla hosil qilishi bilan xarakterlidir. Yashil streptokokklar (*Streptococcus viridans*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*) og'iz bo'shlig'i mikrobiotsenozi (hamma mikroflorani 30–60 %) hamda odamning ichagi, shuningdek steril maydonga kirib borsa infeksiya jarayonini ham qo'zg'atishi mumkin. Yashil streptokokklar ko'pincha qondagi neytropeniya ham uchrashini unutmaslik kerak.

Uchinchi guruhga, Y - nogemolitik streptokokklarga shuningdek koloniyalar atrofida gemoliz hosil qilmaydigan mikroorganizmlar; *Streptococcus bovis* va *peptostreptokokklar* oilasiga mansub *Peptostreptococcus magnus* kiradi.

Adabiyotlar tahlili, ST ni patogenezida *Staphilococcus aureus*ning ahamiyatini o'rganuvchi ilmiy ishlar sonini ko'-payganini bildirmoqda (Pokrovskiy V.I., Pozdneyev O.K., 1999; Kryukov A.I., 2008; Brook I., 2009).

S. aureus 15–30 % klinik sog 'lom shaxslarda ham uchrashi mumkin. Tashuvchilik bir necha haftadan bir necha oygacha bo 'lishi bilan birgalikda, aksariyat bu infeksiya endogen xarakterga ega bo 'ladi. Patogen faktorlar orasida hujayra qobig 'idagi teyxoy kislotasi neytrofillarning yallig 'lanish sitokinlarini ajralishiga sabab bo 'lib, yallig 'lanish reaksiyasini kuchaytirishga yordam beradi. Stafilokokk infeksiyasini o 'ziga xosligi shundaki, ekzotoksin to 'qimaga ta'sir etib, vazoaktiv modda - plazmokinin ajralishiga sabab bo 'ladi. Ular o 'z navbatida gistamin - serotoninga o 'xshash ta'sir ko 'rsatib, vazoplegiyani keltirib chiqaradi, buning natijasida mikrotsir-kulyatsiya buzilishi, to 'qimalardagi kislorod tanqisligiga, ya'ni lokal gipoksiyaga olib keladi. Oksidlanmagan moddalarni to 'planishi modda almashinuvida sut kislotasi, piruvik kislotalarning ko 'payishi, metabolik atsidozni keltirib chiqaradi. Geparinning kislotali muhitdagi inaktivatsiyasi natijasida trombositlar agregatsiyasi sodir bo 'ladi bu esa tomirlarda mikrotromblar hosil qiladi, bu ham mikrotsirkulyatsiyani buzilishiga olib keladi (Gurov A.V., 2011). Adabiyotlar *S.Aureus*ning tanglay murtaklari hujayralariaro aylanib yurishi (Zautner A.E., 2010), bu mikroorganizmni o 'choqdagi surunkali yallig 'lanishni ta'minlab turishini ta'kidlaydi. Tanglay murtaklarini yallig 'lanishini ekzotik patogenlaridan biri *Helicobacter pylori* (Naserpour F.T. et al., 2012), bo 'lishi mumkin, degan ma'lumotlar ham bor. Tonzillyar patologiya da adenoviruslar va Epshteyn-Barr viruslarini roli ham o 'rganilgan (Bukova V.B., 2012), atipik mikrofloralar (*Mycoplasma pneumoniae* va *Chlamydia pneumoniae*) lar bilan ham zararlanishi mumkin (Piacentini G.L. et al., 2010). ST ni atipik va virusli chaqiruvchilari asosan pediatrik amaliyotda uchraydi.

Shunday qilib, ST ni chaqiruvchi etiologik agressiv mikro-organizmlar turli xil bo'lib, ularning hususiyatlari ham turlichadir. Ilmiy tadqiqotlar, ST ni rivojlanishida, mahalliy, umumiy asoratlar kelib chikishida BGSA ahamiyati kattaligini ta'kidlaydi (Palchun V. T. i dr., 2012).

BGSA abiogen tashuvchi yuzasida bioplyonka hosil qilish hususiyati isbotlangan, bu esa tabiiy sharoitda tonzillitni xronizatsiyasiga va qaytalanishiga olib keladi. BGSA bio-plyonkasini antibiotiklarga rezistentligi (ABV) in vitro huddi shunday plankton muhitdan ustun bo'lib, antibiotiklarga rezistentlik darajasi bioplyonka hosil qilishga proporsional ravishda o'zgaradi (Tovmasyan A.S., 2009).

ST ni paydo bo'lishida va rivojlanishida tanglay murtaklarini antomo-topografik va gistologik tuzilishini ham ahamiyati katta bo'lib, lakunalaridagi mikroflorani vegetatsiyasiga sharoit qulayligi, biologik protsendlarni buzilishi va tonzillyar to'qimadagi muhofaza mexanizmlarining buzilishi sabab bo'ladi. Tanglay murtaklaridagi chuqur tirqishlar lakunalar, parenxima ichida tarqaladi ularning ichida doimo epitelial hujayralar ajratgan epitelial to'qimalar, limfotsitlar va har xil mikrofloralar mavjud bo'ladi. Lakunalarining tirqishi ba'zida Gis uchburchagi bilan yopilgan bo'ladi, halqumdagi yallig'lanish natijasida ba'zi lakunalar tirqishi chandiqlanib yopilib qoladi, bu esa lakunalar drenajini sekinlashtiradi (Gofman V.V., 2013). Patogen mikrofloraning ko'p vaqt davomida tanglay murtaklari epitelial qobig'i bilan aloqasi u y erning yupqalashishiga va epiteliyning nekroziga olib kelishi mumkin. Distrofiyaga uchragan epiteliy muhofaza funksiyasini bajara olmaydi va yallig'lanish protsessi murtakning chuqurroq tarkibiy elementlariga tarqala boshlaydi (Bondareva G.P. i dr., 2013). ST ni klinik shakliga qarab, tanglay murtaklarini ultrastrukturasining o'zgarishi A.V. Gurovning (2011) ishlarida aks ettirilgan. TASH I tanglay murtaklari parenximasida yallig'lanishni progressiv alteratsiyasi mikroblarning agressiv invaziyasiga va tirik bakterialarning qon tomirlar sohasida paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Mikroorganizmlarning funksional aktivlashishi biriktiruvchi va epitelial to'qimalarda kuzatilishi, bu hujayralarda nafaqat ribonuklein kislotasi sintezi, proliferatsiya ham kuzatiladi.

Limfoid to'qimalarda, intensiv oqsil sintetik aktivlashuv plazmotsitlarda va pastrok natija limfotsitlarda kuzatilgan. Biriktiruvchi to'qimalar funksional aktivligini oshishi (asosan fibroblastlarning) surunkali yallig'lanish natijasida parenximaning sklerozi, murtakning sitoarxitektonikasining buzilishi, limfoid va nolimfoid hujayralar orasidagi normadagi muloqot buzilishiga va kerakli sitokinlarning ajralishiga to'sqinlik qiladi. Bu esa murtak parenximasining rivojlanayotgan immunnodifitsitining yaqqol ko'rinishidir. Chandiqli murtak parenximasidagi va tomirlardagi tirik mikroorganizmlar buni isboti hisoblanadi. ST bu shaklida to'qima kompensator imkoniyatlarini uzilishiga va funksional zahirani yo'qligini bildiradi.

TASH II shaklida epiteliyning atrofiyasi va metaplaziyasi kuzatilgan, murtak parenximasida limfotsitlarning destruksiyasi yaqqol ko'zga tashlanadi; follikulalarda va ulardan tashqarida makrofagistiotsitlarni, plazmotsitlarni uchratish mumkin. Murtaklar parenximasida va limfoid follikulalarda progressiv skleroz, to'qimalardagi sezilarli vaskulirizatsiya, limfoid follikulalarda kollagen tolalarni o'sib ketishi va ularni biriktiruvchi to'qimalar bilan almashinishi. Mikrobliv invaziya uchramaydi, lekin ko'p miqdorda hujayraviy va mikrobliv detrit parenximada va tomirlarda uchraydi. Shunday qilib, yallig'lanishni gistologik ko'rinishi destruktiv atrofik bo'lib, keskin yallig'lanish fonida mikrobliv hujayralari bilan birgalikda murtaklar parenximasida ham parchalanish va progressiv skleroz jarayoni ketishi bilan xarakterlidir.

ST da yallig'lanishga uchragan to'qimada destruktiv jarayon kechishi va buning natijasida sirkulyatsiyaga to'qima antigenlarini chiqishi M.S Plujnikov va hammual. (2010) tomonidan ta'kidlangan. Mualliflar sirkulyatsiyadagi immunkomplekslar va autoantitanalar faringeal antigenlarga auto-sensibilizatsiyaga va autoimunn javobga buyruq beradi.

Bu jarayonni chaqiruvchilar antigen strukturasi buzilishiga va adekvat immunn tizimidan chiqib ketgan antigenlar tarkibida bo'lishi bilan xarakterlidir. Shu sababli murtaklarda, yallig'lanishga xos produktiv elementlar bilan birgalikda murtaklar parenximasini biriktiruvchi to'qima bilan qoplanishi, kapsula ichidagi

nekrozga olib kelib regional limfa tugunlarini yallig'lanishini keltirib chiqaradi. Murtaqlarning sekvestrlangan antigenlari mikronekroz o'choqlarida va ta'qib qilingan qo'zg'atuvchilar antigeni immunnopatologik fon, murtaqlar to'qimasiga va biriktiruvchi to'qimaga nisbatan hujayraviy va gumoral immunn reaksiyasini hosil qiladi, bu esa immunn tole-rantligini buzadi va autoimunn patologik statusga olib keladi (Kryukov A. I. va boshq., 2009).

Uzoq muddatli mikroob kolonizatsiyasi, S. Bell va hammual. (2012) fikricha, tugma immunitet tizimini buzilishiga, shilliq kavatning muhofaza funksiyasini pasayishiga olib keladi. Ta'kidlanishicha, STda lizosimning mahalliy darajasini va sulakdagi sekretor IgA pasayishi sodir bo'ladi.

(Plujnikov M.S. va boshq., 2010). Mikroorganizmlardagi antilizotsimni va antilaktoferin muhofazasidagi yuqori ko'r-satgichlar organizmni shartli patogen bakteriyalar bilan kolonizatsiyasiga olib keladi (Gulneva M. Yu. va boshq., 2011).

Autoimunn kasalliklarni va immunnokomplek ST tizimidagi patogenetik mexanizmlarni nozik tomonlarini, kuzgatuv-chilarning mikrobiologik xususiyatlarini bilgan holda, orga-nismda surunkali yallig'lanish o'choqlari bo'lgan taqdirda a'zoldagi va sistemalardagi o'zgarishlarni bilgan holda amaliyot shifokorlarni o'z vaqtida sanatsiya qiluvchi tadbirlarni, adekvat davo choralarni tanlashi, metotonzillyar asoratlarni oldini olishga yordam beradi. Bu masalalarni yechishda hamma davolash bosqichlarida ST ni yagona klassifikatsiyasidan, bu patologiyani diagnostikasida va davolashda isbotlangan patogenetik yondoshuv bilan doimi va hamma bosqichlarda amalga oshirilishi kerak bo'ladi. Bu talablarga hozirgi zamonda B.S. Preobrajenskiy va V.T. Palchun klassifikatsiyasi javob beradi, surunkali o'choqli infeksiya vaqtida og'ir asoratlarni oldini olish va o'z vaqtida uni eliminatsiyasini amalga oshirishdagi tadbirlarni qo'llash kerak bo'ladi.

III BOB. SURUNKALI TONZILLITNI KLINIK KO'RINISHI VA TASNIFI

ST ni ishonchli belgilari anamnezdagi tez-tez angina bo'lishdir. ST anginasiz shakllari ham bo'lib, surunkali jarayonni faringoskopik belgilarini yaqqol ko'rinishi bo'la turib, lekin bemor angina bo'lmaydi. ST ni anginasiz shakllari turli manbalarda, 4% (Palchun V.T. va boshq., 2008), 21,7% (Chu-makov P.L. va boshq., 2009) qayd etilgan. G.S. Maltsevaning (2008) hozirda ST ni anginasiz shakllari (79,2% holatlarda) klinik ko'rinishi bilan ST dan anginalarni qaytalanishi, to-moqdagi og'riq, lakunalardan badbuy hidli tiqinlarni chiqishi, ichki a'zolardagi turli xil funksional o'zgarishlar ro'y beradi. Kasallikni bunday boshlanishi jiddiy asoratlarga masalan paratonzillyar abscesslarga olib kelishi mumkin. ST ni anginasiz shakllari bilan bemorlar, ST angina bosqichidagi bemorlarga nisbatan otorinolarologga kechrok murojaat etishadi, halqumdagi mahalliy shikoyatlar (lakunalardagi tiqinlar, tomoqdagi noxush hissiyot) umumiy shikoyatlar, uzoq muddatli subfebrilitet, yurak sohasidagi og'riq, Bo'g'imlardagi uchuvchan og'riq va xk.

ST bu shaklida mahalliy simptomlarni aniqlanishi kasallikka erta tashhis qo'yishda katta ahamiyat kasb etadi. Shuni aytish kerakki ST ni biron bir obyektiv belgisi absolyut patognomotik emas. Kasallikka tashhis qo'yishda hamma simptomlar jamlamasi, chunki alohida har bir belgi halqumning boshqa kasalliklarida ham uchrashi mumkin, tishlar, jag'lar, burun va boshqalar. ST ni obyektiv va sub'yektiv belgilari har doim ham baravar uchramaydi, lekin har bir belgini ahamiyatini va hamma simptomlar jamlamasini baholash kerak bo'ladi.

ST ni tashhishlashda uni zo'riqish davri (angina) da mumkin emas, chunki hamma shikoyatlar va faringoskopik simptomlar o'tkir jarayonni yoritadi, uni surunkali kechishini emas. Faqat 2–3 haftadan keyin esa, zo'riqish davri o'tgandan so'ng, tanglay murtaklarini surunkali yallig'lanishini ob'yektiv belgilarini baholash mumkin bo'ladi.

Surunkali o'choqli infeksiyalarda ST da toksik va allergik jarayonlarni klassifikatsiyalashda zamonaviy qarashlar B.S. Preobrajenskiy (1970), to'ldirilgan V.T. Palchun (1974) da aks ettirilgan (jadval.3.1).

Jadval 3.1.

**Surunkali tonzillitni klassifikatsiyasi
(Preobrajenskiy-Palchun bo'yicha)**

Oddiy shakli	Toksikoallergik shakli		
	I daraja	II daraja	
Oddiy shakli mahalliy belgilari va anamnezdagi anginalar bilan xarakterlanadi	Oddiy shakl belgilari + toksiko -allergik I darajasi	I daraja belgilari va yaqqol toksiko-allergik II daraja ko'rinishida	Birga kechadigan kasalliklar yani surunkali tonzilit bilan bir xil etiopatogenetik faktorlar
1.Murtak lakunalari-dagi tiqinlar 2. Zak, Gize va Preobrajenskiy belgilari. 3.Murtakni tanglay ravoqlari bilan birikishi va	1.Subfebril harorat (doimiy emas). 2.Xolsizlik, tez charchashlik, o'zini yomon his qilish.	1.Subfebril harorat (uzoq muddatli). 2.Xolsizlik, tez charchashlik, o'zini yomon his qilish.	Mahalliy 1.Paratonzi lyar absess 2.Parafarin git. 3.Faringit Umumiy 1.Revmokardit. 2.Revmatik artritis

chandiqlanishi.			
Oddiy shakli	Toksiko-allergik shakli		
	I daraja	II daraja	
4.Regionar limfa tugunlarini kattalashi-shi va og'riqliligi	3.Bo'g'imlardagi davriy og'riq 4.Bo'yin limfadeniti 5.Angina vaqtidagi yurakdagi og'riq 6.Elektrokardiogrammada o'zgarishlar yo'q	3.Yurakning tez urishi yurak ritmining buzilishi. 4.Bo'yin limfadeniti 5.Yurak sohasidagi og'riq, angina vaqtida hamda surunkali tonzilitni O'tkirlashma gan davrida ham bo'lishi. 6.Elektrokardiogrammada o'zgarishlar qayd qilinadi.	3.Glomerulo nefrit. 4.Tonzilogen sepsis.

Odatda ST ni o'tkirlashuvi bir yilda 2–3 marta, kam xollarda 5–6 marta kuzatiladi. Bir yilda 1 marta angina ham tez-tez anginalar hisoblanadi. (Palchun V.T.va boshq., 2008). Kam xollarda bemorlar har qanday haroratsiz tomoqdagi og'riqni va boshqa belgilarni angina deb uylashlari, shuning uchun har bir holatda o'tkazilgan kasallikni xarakterini, davomiy kechishini, organizmning umumiy holatini, davolash turlarini va boshqalarni aniqlash lozim bo'ladi (rasm.3.1).

Surunkali tonsillitli bemorlardagi asosiy klinik ko'rinishlar: anamnezidagi anginalar, lakunalardagi noxush hidli tiqinlarni ajralishi, haroratsiz tomoqdagi noxush holatlar, bo'g'imlardagi vaqti-vaqti bilan og'riq, yurak qon-tomir sistemasiga shikoyatlar. Tez-tez charchash shikoyatiga, bo'shashish, o'zini yomon his qilish, ish faoliyatining pasayishi, subfebril harorat. Buyrakning surunkali kasalligi bo'lishi mumkin, paratonzilyar absesslarni qaytalanishi.



Rasm 3.1. Surunkali tonsillitli bemorni ko rish

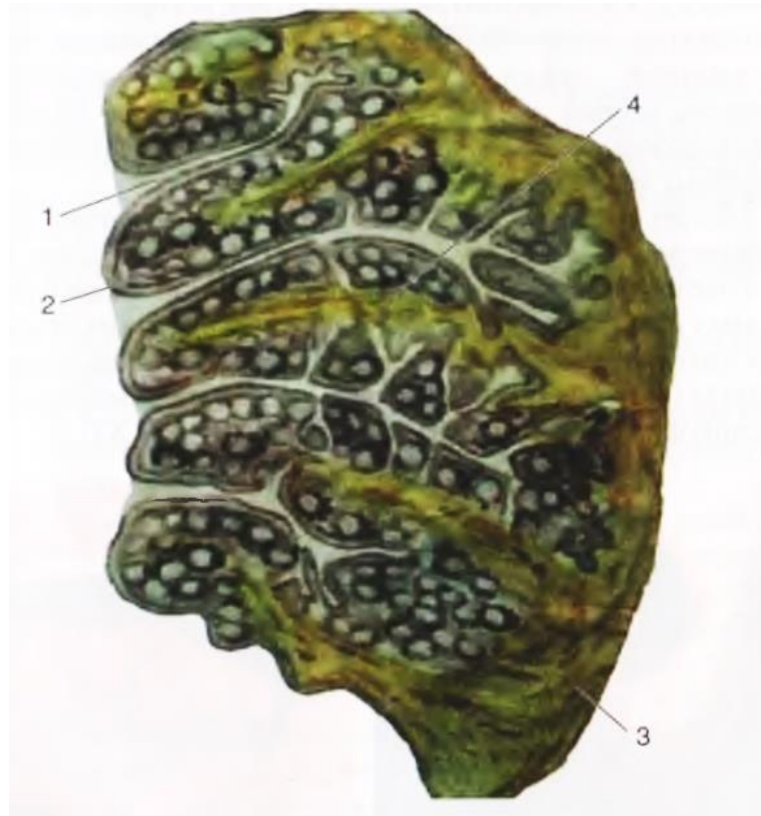
Faringoskopiya ST ni mahalliy belgilari aniqlanadi. Tanglay ravoqlarini o'zgarishi, lakunalardan ajralayotgan yiringni ta'sirida bo'lib, u erda mahalliy yallig'lanish kuzatiladi.

ST ni klinik ko'rinishini o'rganishdan avval tanglay murtaklarini o'ziga xos belgilari, ya'ni Valdeyer - Pirogov halqasiga kiruvchi murtaklardan farqlarini ko'rib chiqamiz (rasm.3.2.).

Tanglay murtaklarining hususiyatlari:

- kriptalarning bo'lishi
- follikulalarning bo'lishi
- sohta qobiqni bo'lishi (Bo'yin fassiyasini kesishgan qismi)

- sohta qobiqdan tarqalgan biriktiruvchi trabekulaning bo‘lishi



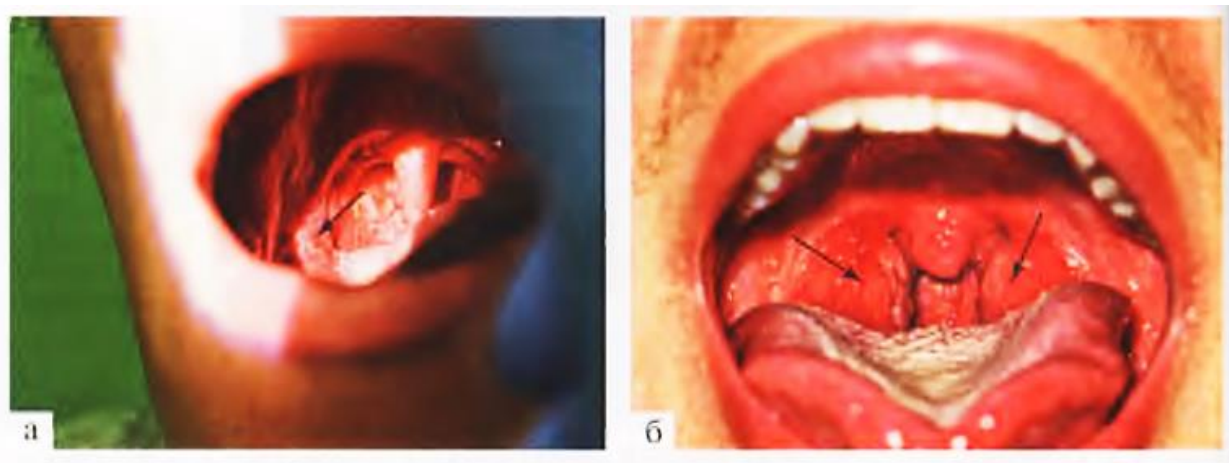
Rasm.3.2. Tanglay murtaklarini tuzilishini o‘ziga xosligi:

1-kriptalar; 2-follikulalar; 3-sohta qobiq; 4-trabekulalar

ST ni yana bir asosiy va tez uchraydigan belgilaridan biri, lakunalardagi kazeoz-yiringli tiqinlarni yoki suyuq yoqimsiz hidli yiringli ajralmani bo‘lishidir. Bunday ajralmalarni tashhis qo‘yish maqsadida ajratib olish uchun murtaklarni ustidan siqib olish usuli mavjud. Buning uchun shifokor bitta shpatel yordamida tilni pastga bosib, faringoskopiya dagidek, ikkinchi shpatel yordamida oldingi ravoqlarga sekin-asta murtakni halqumni yon devoriga birikkan joyiga bosib ko‘riladi 2–3 s, bunda murtaklar medial tomonga siljiriladi. Bu usul xavfsizlik bilan bajarilishi kerak, aks holda oldingi ravoqlarni jarohatlab qo‘yish mumkin. Murtaklar lacunasidagi yiringni bo‘lishi ST asosiy belgilaridan hisoblanadi. Normada tanglay murtaklarida epidermal tiqinlar bo‘lib, ularni patologiyadagi tiqinlar bilan almashtirishdan ehtiyot bo‘lish kerak.

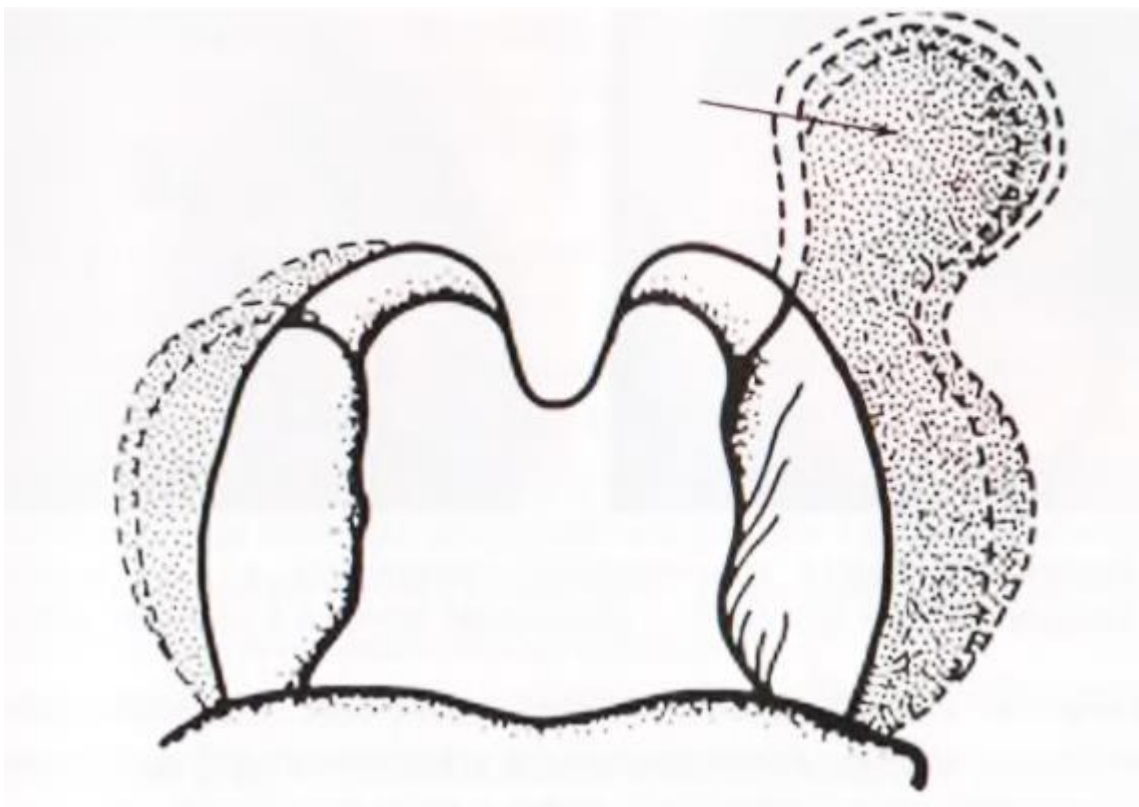
Faringoskopiyanı amalga oshirish vaqtida XIX asrda nemis anatomi W. Gis tomonidan kashf etilgan burmaga, shilliq qavatning duplikaturasini, orqa tanglaytil ravoqlari sohasi va tanglay murtagini pastki lateral sohasiga ahamiyat berilishi kerak (rasm.3.3). Ba'zida yaxshi rivojlangan Gis burmasi tanglay murtaklarini tiqinlardan bo'shatilishiga to'sqinlik qiladi va ST kechishini og'irlashtiradi.

Nemis anatomi K.Th.Tourtual (1802-1865) tomonidan kashf etilgan tanglay murtaklari Yuqori qismidagi chuqurcha (fossa supratonsillaris) - tonzillyar tokchalarning Yuqori qismida bo'lib, u Turtual sinusi deb yuritiladi va u yerda murtaklarni qo'shimcha bo'lagini ham bo'lishini (rasm 3.4), murtakni olib tashlash vaqtida bu yerdagi chuqurchada murtak bo'lagining qolib ketishi, ST retsidiviga olib keladi.



Rasm 3.3. Gis burmasi: a - rivojlanmagan;

b - yaxshi rivojlangan



Rasm 3.4. Turtual sinusi

Ko‘pincha murtaklarning orqa va oldingi ravoqlari tanglay murtaklari bilan birikib chandiklanib ketganligini ko‘rish mumkin. Zond va elevator yordamida ravoqlar va tanglay murtaklari orasi kirilganda chandiklanish va murtaklarning yuqori qutbida bu to‘qimaning obliteratsiyasi kuzatiladi.

ST ni bir qator xarakterli belgilari:

- Gize simptomi (Guisez, 1920) - oldingi ravoqlarning qi-zarishi (rasm.3.5);
- V.N. Zak (1933) simptomi - oldingi va orqa ravoqlar hosil qilgan yuqori burchakdagi shish;
- B.S. Preobrajenskiy (1938) simptomi - oldingi va orqa ravoqlarni oldingi qismlarining valiksimon qalinlanishi (giperplaziya va infiltratsiya);
- O‘mrovto‘shsurgichsimon mushaklarini va pastki jag‘ning burchagi palpatsiyasida regional limfadenit. Bu belgi boshdagi boshqa yallig‘lanish jarayoni bo‘lmaganda asosiy va xal qiluvchi belgi hisoblanadi.

ST da murtakning o'lchamlari katta ahamiyat kasb etmaydi, u konstitutsional va individual ravishda o'zgarib turadi. Bolalarda va kamdan kam kattalarda tanglay murtaklari gipertrofiyasi rivojlanishning bir varianti bo'lishi mumkin, limfatik konstitutsiyaning va allergik holatning bir ko'rinishi bo'lishi mumkin. Murtaklardagi giperplaziya ST ni rivojlanishiga moyillik ko'rsatadi.



***Rasm. 3.5. Surunkali tonsillitni mahalliy belgilari:
a-tanglay murtaklarini shishi, qizarishi, infiltratsiyasi;
b-murtak lakunalarida kazeoz tiqinlarni bo'lishi***

Tashhisni laborator usullari, qonning tahlili, bakteriologik, sitologik tekshiruvlar va boshq., ST ni tashhishlashda katta rol uynamaydi, biroq surunkali o'choqli infeksiyani organizmdagi organ va sistemalariga ta'sirini aniqlashda yordam berishi mumkin.

Shunday qilib, ST ni tashhishlashda aniq biron bir simptomni emas, u simptom yerkin ko'rinishga ega bo'lsa ham, mahalliy va umumiy belgilarning yig'indisi; anamnez ma'lumotlari, obyektiv simptomlar va boshq., to'g'ri tashhis qo'yishga imkoniyat beradi.

STni differensial tashhisini o'tkaziladi:

· birlamchi o'tkir tonsillit, ya'ni 2-3 haftadan so'ng STni organik belgilari aniqlanmaydi;

· ikkilamchi sifilisni gipertrofik tonzillyar shakli, Pirogov-Valdeyer halqasiga kiruvchi hamma solitar limfoid hosilalarni qisqa muddatda va tez kattalashuvi, sifilisning shu bosqichidagi teri toshmalari bilan namoyon bo‘ladi.

· murtaklar tuberkulezining oddiy gipertrofik shakli (ko‘pincha bir tomonlama) xarakterli qobiq bilan, bo‘yin va mediastenal limfadenit bilan;

· tanglay murtaklari va halqum giperkeratozi (leptotrikoz);

· faringomikoz, bunda murtaklar ustidagi zamburug ko-loniyalari bo‘lib ular konusni eslatuvchi oq rangdagi hosila bo‘lib, faringokeratozni eslatadi;

· sust rivojlanayotgan murtak abscessini, tanglay murtaklari gipertrofiyasi ta'surotini qoldiradi;

· murtaklar petrifikatini, murtaklar abscessidagi kalsiy tuzlarini surilishi natijasida kuzatiladi, bu holat murtakni punksiya qilish vaqtida igna bilan aniqlanadi;

· murtaklar sarkomasida yoki rakning infiltrativ bosqichi-ning boshlang‘ich davrida; odatda bunday jarohatlanish bir tomonlama bo‘ladi. Yakuniy tashhis biopsiyadan keyin qo‘yiladi;

· limfogranulematoz (Xodjkin kasalligi) murtak va hal-qumning boshqa murtaklari bilan bir qatorda bo‘yin limfa tugunlarini kattalashuvi, taloqning zararlanishi va organizmning boshqa lifoid to‘qimalarining zararlanishi;

· limfoleykoz, halqum limfadenoid halqasidagi murtaklar giperplaziyasi, ayniqsa tanglay murtaklari kattalashib bir biriga to‘qnashib qoladi. Ularning tashqi ko‘rinishi ko‘kimtir, g‘adir-budir; juda tez organizmning limfotsitar tizimini zaralantiradi, qonda limfotsitozning yuqori ko‘rsatgichlari;

· bigizsimon o‘siqning gigant o‘lchamlari, tanglay murtaklari qobig‘ini ichkaridan turtib chiqishi, yutinishdagi va boshning kattalashgan o‘siq tomonga burishdagi og‘riq. Agar bigizsimon o‘siq apofizi tilhalqum va til nervlari bilan to‘qnashsa, paresteziya va og‘riq hissiyoti tilda, halqumda va shu nervlar innervatsiya qiladigan boshqa maydonlarda ham seziladi. Tashhis murtaklar pastki

qutbini halqum orqali bimanual palpatsiya va jag‘lar orti sohasi, shuningdek rentgen tekshiruvi orqali (Babiyak V.I. va boshq., 2012) amalga oshiriladi.

IV BOB. SURUNKALI TONZILLITNING TASHHISI

Kattalarda tanglay murtaklari mahalliy immunnitetni hosil qilishi va bunda ishtirok etishi, ya'ni ulardagi plazmatik IgA sekretor hujayralar sonini ko'pligidandir. Bolalarda bu murtak ikki xil vazifani bajaradi; hujayra tarkibiga kura, mahalliy va umumiy immunn reaksiyalar sodir bo'ladi. Bu bolalardagi plazmatik hujayralarning IgA ishlab chiqaruvchi hujayralaridir. Anamnezdagi anginalarning va O'tkir respirator infeksiyani boshlanishini va rivojlanishida infeksiyani roli kattadir. ST ni genezida miroorganizmlar va ularning uyushmasi asosiy omil hisoblanadi va murtakdagi yaliglanish jarayonning og'irligini va asoratlarini bashorat qilish uchun bakteriologik tekshiruvlar va serologik testlar, ya'ni mikroba antigenlariga qarshi antitanalarni aniqlash lozim bo'ladi (Plujnikov M. S. va boshq., 2010). ST rivojlanishida tanglay murtaklari va og'iz bo'shlig'i mikroflorasi katta rol uynaydi. Tekshirib ko'rilgan aksariyat bemorlarda murtak lacunalaridan ajralayotgan yiring yoki kazeoz tiqinlarni bo'lishi ST ni patognomotik belgilaridan biri deb hisoblasa bo'ladi. ST ni davolash taktikasi esa kasallikni klinik kechishiga (latent kechishi yoki o'tkirlashuvi) va uning shakliga qarab o'tkaziladi. Umumiy antibakterial terapiya ST da faqat o'tkirlashuv davrida qo'llaniladi. O'tkirlashmagan davrdagi antibakterial davo maqsadga muvofiq emas, chunki antibiotiklar og'iz bo'shlig'idagi va oshqozon-ichak traktidagi mikroflorani o'zgartirib yuboradi (Plujnikov M. S. va boshq., 2010). Antibiotiklarni noto'g'ri tanlab uni qo'llanilishi va uning muddatlariga amal qilmaslik o'choqdagi infeksiyani saqlanib qolishiga va unda rezistent mikroflorani paydo bo'lishiga va keyinchalik o'tkir jarayon surunkalikka o'tadi. O'tkir tonsillitda va ST da asosiy infeksiyon agent BGSA (Belov B. S., 2002; Kryukov A.I., 2005; Plujnikov M.S. va boshq., 2010). BGSA-tonzillit og'ir asoratlar keltirib chiqarishi bilan xavfli hisoblanadi, bu erta infeksiyon, kasallikni birinchi kunidayek (paratonsillyar abscess, lifadenit, o'tkir yiringli otit va sinuitlar), va kechki noinfeksiyon, ST o'tkirlashuvidan yoki anginadan keyin bir necha haftadan so'ng rivojlanadigan (glomerulonefrit, revmatik isitma va boshq.).

4.1. Bakteriologik tashhis

Streptokokk infeksiyani tashhishlashda epidemiologik anamnez yig'ilishi va laborator tekshiruvlar o'tkazilishi: murtak va halqumdan bakteriologik surtma olish, BGSA ni aniqlashda ekspress test otkazish (Geppe N.A. va boshq., 2008). Hujayra devoridagi polisaxaridlarning antigen hususiyatiga (polisaxaridlar guruhida) qarab 13 ta seroguruhga ajratilgan. BGSA ni serologik identifikatsiyasi A guruhining antigenini aniqlashga asoslangan. Polisaxarid antigen hujayraning tashki devori hisoblanmaydi, uni ajratib olish lozim. Uni ajratib olinganidan so'ng antigen bilan antitanani reaksiyasini o'tkaziladi, rang o'zgarishini (immunoferment analiz, immunoxromotografiya, optik immun analiz), yoki ko'zga ko'rinadigan agglyutinatsiya (koagglyutinatsiya yoki lateks - agglyutinatsiya), yoki boshqa test sinamalari (Shpynev K. V., Krechikov V.A., 2007) bo'yicha aniqlanadi.

Hozirgi kunda ST ni tashhishlashda anamnez va klinik ma'lumotlar, tanglay murtaklarining surunkali yallig'lanishini tekshiradigan omillardan biri hisoblanadi. ST ni laborator tashhisida qiyinchiliklar hali mavjud. Kultural tekshiruv ST ni tashhishlashda «oltin standart» hisoblanadi.

Hozirgi kunda markerlarning axborot ma'lumotini isbotlangan meditsina parametrlarini ishlatgan holda sezuvchanlik (%): sezuvchanlik uslubi - ijobiy sonlar ulushi, spetsefik (o'ziga xoslik) - solishtirilayotgan guruhdagi manfiy sonlar ulushi. Kultural tekshiruvda sezuvchanlik 90 % ga oshadi, spetsefikda esa 95-99 %. Bakteriologik tekshiruvning asosiy kamchiligi uning davomiyligidir, u BGSA ni 24-48 soatgacha aniqlaydi. Kultural tekshiruv shuningdek tashuvchi va infeksiyani o'tkirlashuv davrini differensiatsiya qilishda qiyinchilik tug'diradi (Belousov Yu.B. va boshq., 2010).

BGSA ni bemorning halqumidan ajratib olishda bir necha faktorlar ta'sir qilishi mumkin. Birinchidan, streptokokklarning ajratib olish ular bilan bir qatorda gemolitik stafelokokklarning (*S.aureus*) bo'lishi va ularning juda tez o'sib

streptokokklar koloniyasini «to'sib» qo'yadi. Ikkinchidan, kultural uslub bilan hujayra ichida aylanib yuruvchi streptokokklarni ajratib bo'lmaydi, ya'ni bu ST da va o'tkir tonzillitni noadekvat antibakterial davolashga xosdir. Ularni ajratib olish uchun maxsus mikrobiologik usullar kerak bo'ladi. Uchinchi faktorning mohiyati shundaki, mamlakatimizdagi barcha laboratoriyalar mikroorganizmlarning ekilishi uchun ozuqaviy muhitga donor qonini qo'shish (qo'y eritrotsitlarini qo'shish o'rniga), donor qonida esa BGSA ga antitanalar bo'lishi mumkin va bu mikroorganizmlarni o'sishiga to'sqinlik qilishidi (Maltseva G. S., 2009). Bundan tashqari, ambulator sharoitdagi antibiotiklarni qabul qilish (bir marotaba qabul qilinishi ham) bakteriologik usul bilan qo'zg'atuvchini ajratib olish ehtimolini keskin pasaytiradi.

ST ni oddiy shaklidagi bemorlarda BGSA uchramaydi, BGSA ni uchrashi lokal va umumiy toksiko-allergik reaksiyalar sodir bo'lishi va bu ST ni TASH to'g'ri kelib, ST TASH II birgalikda kechadigan kasalliklarni keltirib chiqaradi.

ST ni TASH II bemorlarda, paratonzillyar abscess o'tkazgandan keyin BGSA ustirilishi 2,4 marta, STni TASH I bemorlarga nisbatan (39,7 qarshi 16,7%). Shunday qilib, ST ni tashhislashda bakteriologik tekshirish uslublarini optimal-lashtirish (Kryukov A.I., 2008) BGSA o'stirish adabiyotlardagi ma'lumotlarga tayangan holda (Kryukov A.I., Luchixin Yu.V., 2005) 10,9 dan 16,7% C T ni TASH I va ST ni TASH II da 11,5 dan 39,7% gacha BGSA guruhiga mansub mikroorganizmlarni o'stirish darajasini ko'tarish mumkin. Ma'lumki, ST ni bakteriologik tashhisini aniqligini oshiruvchi omil, laboratoriya ichidagi va tashqarisidagi preanalitik tekshirish bosqichini optimallashtirishdir. Bundan tashqari, ST ni TASH I da S.aureus ni xukmronligi -24,3 dan 5,8 % ni, ST ni TASH II tashkil etadi. Agar BGSA TASH I da monokulturada va boshqa mikroorganizmlarning uyushmasida uchrasa bu nisbat (54 va 46 mos ravishda), TASH II esa monokulturaning aniq hukmronligini ($r < 0,05$) (77 qarshi 23%) tashkil etadi.

Klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, CT ni TASH II bemorlardagi paratonzillyar abscesslarning qaytalanishi BGSA uyushmasi bilan ko'proq uchraydi, BGSA topilmagan bemorlarga nisbatan (26 va 18% mos ravishda).

BGSA ni bioqobiq hosil qilish qobiliyati har xil tashuvchilarda umumiy qabul qilingan tekshirish usullari bilan (Tets G. V., 2007; Steiner I., Sedlacek B., 1997). Tashuvchilar sifatida qo'llaniladi:

- steril yog'sizlantirilgan shisha qopqoqlar;
- standart disklar 6 mm va 2 mm balandligi, zanglamaydigan po'latdan yasalgan;
- plastikdan yasalgan, tekis tubli mikrotitrldigan 6 mm diametrli planshetlar.

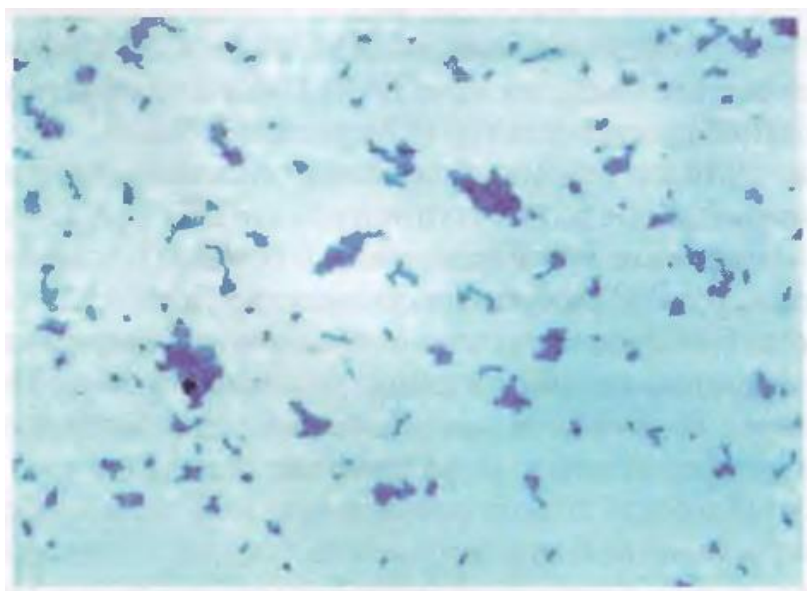
Hamma ajratib olingan BGSA kulturalari shisha tashuvchi ustida oz va ko'p miqdorda bioqobiq hosil qilish qobiliyatiga egadir. BGSA ni shisha tashuvchi ustidagi bioqobiq hosil qilish hususiyati, yarim miqdoriy tahlil sistemasini ishlab chiqilishiga imkoniyat yaratib berdi. Eksperimental tarzda A.S. Tovmasyan (2009) bioqobiq hosil qilishdagi to'rt xil darajani ajratib berdi:

- I daraja (1+) - alohida bir biri bilan bog'lanmagan bioplyonka 2-3 mm o'lchamdagi orolchalar, uchta vizual maydonda bo'lib, bir tekis qobiq qatlamini hosil qilmaydi (rasm.4.1);

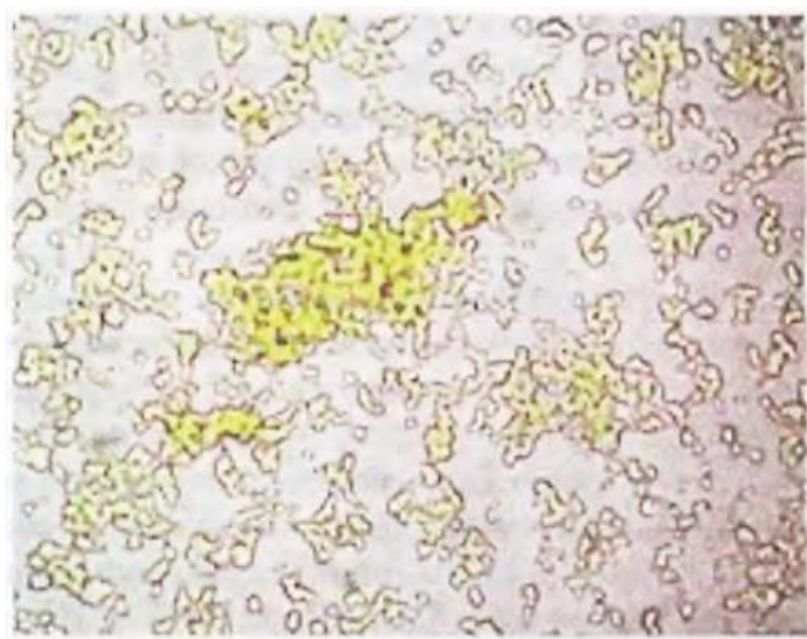
- II daraja (2+) - alohida, ko'pincha bir biri bilan bog'langan holda, bir tekis qobiq qatlamini hosil qilmagan holdagi 2-3 dan 6-10 mm gacha bioqatlam hosil qilib, u o'rnatilgan vizual maydonda bo'ladi (rasm.4.2.);

- III daraja (3+) - yirik, bioqobiqlar bir-biri bilan bog'langan holda, uzluksiz qobiqning strukturasiga yetib bormagan bo'ladi: fragmentlarning o'lchamlari nuqsonlarning o'lchamlariga mos keladi (rasm.4.3);

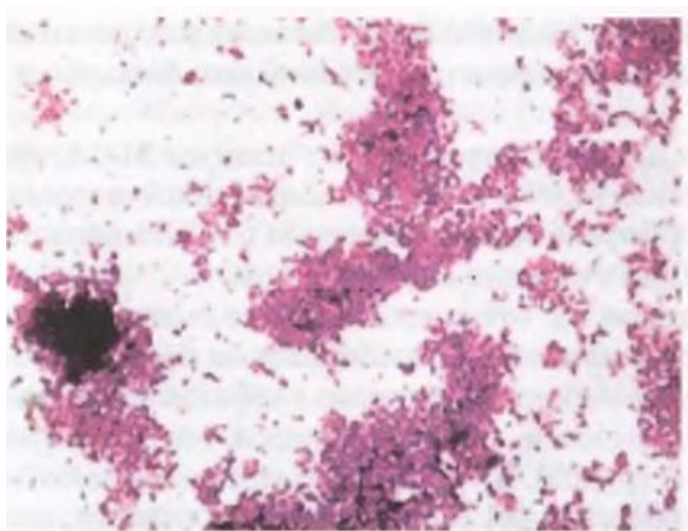
- IV daraja (4+) - bir tekisda, bioqobiq qatlami uzluksiz, shisha qopqoq yuzasini batamom bir tekisda qoplab, qobiqning kichkina nuqsonlari artifak xarakterga egadir (rasm.4.4).



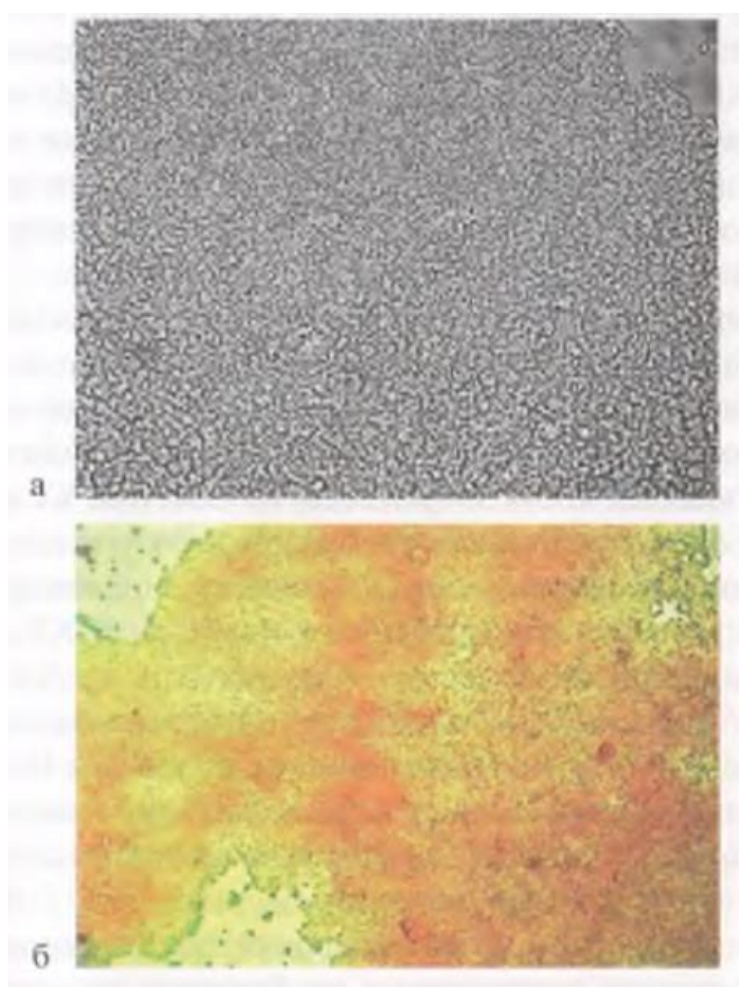
Rasm.4.1. bioqobiq hosil bo‘lishining I darajaci (S.pyogenes shtammi 83/09, metilen kuki kraskasi bilan, x 960)



Rasm.4.2. bioqobiq hosil bo‘lishininig II darajasi (S. Pyoge-nes shtammi 2301/08, Lyugol eritmasi kraskasi bilan, x 960)



Rasm. 4.3. bioqobiq hosil bo‘lishining III darajasi (*S. Pyo-genes* shtammi 1774/08, Gramm kraskasi bo‘yicha, x 960)



Rasm.4.4. bioqobiq hosil bo‘lishini IV darajasi (*S. pyogenes* shtammi 98/08: a- Lyugol bo‘yicha buyalganida; b - akridin tuk sarigi bilan buyalganda, x 960)

ST ni har xil shakllarida ajratib olingan BGSA shtamlari shisha qopqoq ustida bioqobiq hosil qilish hususiyatiga qarab bo'lingan.

CT TASH I bemorlarda BGSA shtamlarining bioqobiq hosil qilish hususiyati I va II darajali bo'lib, ST TASH II bemorlarda BGSA shtamlarining bioqobiq hosil qilish hususiyati III va IV darajali bo'lishi kuzatiladi.

Klinik nuqtai nazaridan BGSA shtamlarini bioqobiq hosil qilish hususiyatini inobatga olgan holda ularni ikki guruhga ajratish mumkin: shtammlar past darajada bioqobiq hosil qilib, I va II daraja bioqobiq hosil qiluvchilar (I guruh) bo'lib, shtammlar yuqori darajadagi bioqobiq hosil qilish hususiyatiga ega bo'lganlarga (II guruhga) ajratiladi. BGSA shtamlarini shishadagi tashuvchilarining I guruhi, ya'ni kuchsiz rivojlanganlar deb ajratiladi, bioqobiq hosil qiluvchi BGSA shtamlarining II guruhi - kuchli rivojlanganlar deb xarakterlanadi. ST TASH I sida BGSA shtammining kuchsiz rivojlangan bioqobiq hosil qiluvchi hususiyati, kuchli bioqobiq hosil qiluvchi shtammlardan ustun turadi bu (66,7 qarshi 33,3%) bo'lib, ST TASH II sida bunga qarama-qarshi BGSA shtamlarining kuchli rivojlangan bioqobiq hosil qiluvchi hususiyati ustun bo'ladi (75 qarshi 25%).

Shunday qilib, STni kechishida va BGSA ni shisha qopqoq ustidagi bioqobiq hosil bo'lishining darajasi o'rtasida aniq bog'liqlik borligi ko'rinadi. BGSA shtammining Yuqori darajadagi bioqobiq hosil qilish hususiyati STni og'ir kechishi bilan bog'liqlikdir.

ST da Streptococcus viridansning o'sishi 56% ni, bioplyonka hosil qilish hususiyati boshqacha bo'lgan mikroorganizmlar, S.pyogenes turidan farqli ravishda Streptococcus-S. mutans, S.parasangvinus, S. oralis, S. salivarius, S.pneumoniae, ST ni TASH II da paratonzillyar abscess asoratidan keyin uchraydi. Streptokokklarning bu guruhida bioqobiq hosil qilish hususiyatini III-IV darajasi kuzatilmaydi. Bioqobiq qilish hususiyatini II darajasini faqat S. Salivarius va S.parasangvinus lar namoyish qiladi.

S.Pneumoniae ni adabiyotlarda klassik bioqobiq hosil qilishni modeli sifatida qabul qilish mumkin (Tets G.V., 2007). Bunday hususiyat pnevmokokklarning pnevmoniyali be-morlardan «o'pkadan» olingan shtammlariga xosdir. ST TASH II sida «halqum» dan olingan pnevmokokklarning shtammlari A.S. Tovmasyan (2009) ilmiy ishlarida qayd etilganidek, bioqobiq hosil qilish hususiyati tamoman yo'q: tashkil qilingan modelda bioqobiq hosil qilish hususiyati I darajadan oshmagan. Shunday qilib, pnemokokkning «hal-qum» shtammining bioqobiq hosil qilish hususiyatining pastligi sababli S T patogenezida katta rol uynamaydi.

BGSA ni shisha tashuvchilar ustida bioqobiq hosil qilishini o'rganishdan tashqari, BGSA ni bioqobiqlarini plastik tashuvchi ustida fotometrik usul bilan ham tekshirishga harakat qilingan. (A) bioqobiqni optik zichligini nisbiy ko'rsatgichlariga qarab BGSA uch guruhga bo'lingan:

- optik zichligi past - 0, 110 A gacha;
- optik zichligi o'rta - 0, 110 dan 0, 120 A gacha;
- optik zichligi yuqori - 0, 120 A dan yuqori;

STni TASH I da BGSA shtammlarining bioqobig'ini optik zichligi past bo'lgan shtammlaridan ustunlik qilib, 75 ga qarshi 8,3%, bioqobiqni optik zichligi yuqori BGSA shtammlaridir.

ST TASH II BGSA shtammlarining bioqobig'ining optik zichligi yuqori bo'lib (75%), BGSA shtammlarini bioqobig'idagi past miqdordagi optik zichligi umuman uchramagan.

Bundan, BGSA bioqobig'ini past optik zichligi ST kechi-shidagi qulay prognostik omil deb hisoblashimiz mumkin. ST TASH II ni o'tkirlashuv va remissiya davrida aniq ishonchli ($r < 0,05$) BGSA shtammlarining optik zichligi yuqori darajada bo'lgan bioqobiqni ustunligi, optik zichligi past darajadagi bo'lgan bioqobiq shtammlaridan ancha ustun turadi.

Shunday qilib, ST ni kechishida BGSA shtammlarininig yuqori darajadagi optik zichligini hosil qiluvchi bioqobiqni bo'lishi, uni og'ir kechishini prognostik omili deb hisoblash mumkin.

ST TASH II bemorlarda BGSA shtammlari bioqobig'ini optik zichligini Yuqori darajada bo'lishi, bioqobiqni shisha tashuvchilar ustida yaxshi rivojlangan bioqobiqni hosil bo'lishi bilan korrelyatsiya qilinadi, BGSA shishi tashuvchilar ustida past darajada rivojlangan bioqobiqni hosil bo'lishi, plastik tashuvchilar ustida past darajadagi optik zichligi bo'lgan bioqobiqni tashkil etishi bilan xarakterlanadi.

ST TASH I va ST TASH II paratonzillyar abscess asoratini o'tkazgan bemorlardan olinga surtmalarni bakterioskopik tekshiruv, ST kechishi infeksiyon jarayonni faolligi bilan bog'liqligini quyidagi omillar ko'rsatadi:

- murtaqlarni BGSA bilan zararlanish darajasi;
- adgeziya o'choqlarini mavjudligi;
- bioqobiqni bo'lishi.

Qo'l ostimizdagi adabiyotlarda ST da infeksiyon jarayon faoliyatining darajasini aniqlashdagi yarim miqdoriy baholash o'lchovlarini yo'qligi uchun, ST ni yallig'lanish jarayonini ko'rsatish maqsadida original o'lchov birligini bir necha, yallig'lanish jarayonini bir-biriga bog'liq bo'lmagan erkin, omillar asosida ballarda ifodalangan (jadval 4.1). **Jadval 4.1.**

ST dagi infeksiyon jarayonni mikrobiologik faolligini aniqlashdagi o'lchovlar

Belgi	1 ball	2 ball	3 ball
Bakteriyalarning zararlanish darajasi	Past	O'rta daraja	Yuqorida darajada
Bakteriyalar adgeziyasi o'choqlarining bo'lishi	Yo'q	Yakka holda	Ko'p miqdorda
Bioqobiq orollarining bo'lishi	Yo'q	Yakka holda	Ko'p miqdorda

Yallig'lanish jarayonining umumiy mikrobiologik faolligi ballar yig'indisi yordamida aniqlanadi: past ball-3-4, o'rta darajadi - 5-6 ball, yuqorida darajada - 7-8 ball.

ST TASH II guruh bemorlarda yallig‘lanish jarayonini faolligi Yuqorida darajada (65%) bo‘lib, bu ko‘rsatgich ST TASH I esa - past darajadagi (60%) bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayonini faolligini sezuvchanligi 65%, o‘ziga xosligi - 80%, aniqligi - 96,7%.

Yuqoridadagilarni inobatga olib, bunday bakterioskopik tekshiruvlar, tanglay murtaklarini ustidagi infeksiyani tarqalishi, adgeziya va bioqobiq o‘choqlarini bo‘lishi, abiogen tashuvchilarda bioqobiq hosil qilish hususiyati, bularning hammasi, ST ni kechishida prognostik omillar hisoblanib, konservativ davolash samaradorligini ham aniqlaydi.

O‘z tadqiqot natijalari, ilmiy tekshirishlar va mikro-biologik parametrlarning xulosalarini tizimlashtirish, ST ni kechishidagi prognostik mezonlarni rivojlantirishga olib keldi. BGSA shtamlarini qobiq hosil qilish hususiyatini obyektiv baholash yuqoridadagi barcha kriteriylarni hisobga olishni taqozo qiladi. Shu maqsadda BGSA shtamlarining qobiq hosil qilish hususiyatini turli ko‘rsatgichlari quyidagi o‘lchovlari ballarda aks ettirilgan (jadval. 4.2.).

Jadval 4.2.

***β gemolitik streptokokk A guruhini bioqobiq hosil qilish hususiyatini
baholash shkalasi***

Belgi	1 ball	2 ball	3 ball
Shisha tashuvchi ustida bioqobiq hosil qilish hususiyatini darajasi	Yo‘q	Zaif	Kuchli rivojlangan
Plastik tashuvchida ustidagi bioqobiqning optik zichligi	Past	O‘rta	Yuqorida
Infeksion yallig‘lanishni faollik davri	Past	O‘rta darajada	Yuqorida

BGSA bioqobiq hosil qilish hususiyati ballar yig'indisi bilan baholanadi: past - 3-4 ball (yaxshi bashorat), o'rta darajada - 5-6 ball (o'rta darajadagi bashorat), yuqorida urta 7 urta 9 ball (yomon bashorat).

Tajribadagi BGSA shtammlarining dinamik kultivasiyasi shuni ko'rsatadiki, bu shtammlarni ABV rezistentligi, ularga tegishli plankton kulturalariga nisbatan kuchli darajada rivojlangandir. Shu bilan birga, bu ko'rsatgichlar bir necha faktorlarga bog'liq bo'ladi: BGSA shtamlarining hususiyatlariga, bioqobiq hosil qilish va antibakterial vositani turiga bog'liq bo'ladi.

Plankton kulturasiga nisbatan, BGSA guruhi bioqobiq tarkibi bilan, ABV β laktam (penitsillin, ampitsillin, sefatoksim) qatoridagi ABV larga yuqorida darajadagi antibiotik rezistentligini ko'rsatadi.

BGSA o'sish egri chiziqlarini Bio Track 4250 mikrobiologik analizatorida bir necha turdagi ABV lar bilan o'rganilganda shuni ko'rsatdiki, na faqat BGSA ayrim shtammlari, plankton kulturalari va bir xil shtammlarning bioqobiqlarining antibiotikka rezistentligi ABV har xil bo'ladi: BGSA bioqobig'ini ABV rezistentligi, planktonik kulturaga nisbatan 2-4 marta yuqorida bo'lib, BGSA shtammlarining in vitro va in vivo sharoitida uning bioqobig'ining ABV rezistentligi bilan to'g'ri proporsionaldir.

Shunday qilib, klinik amaliyotda mikrobiologik tekshiruvlar natijalari, TE ga ko'rsatmalarga qo'shimcha omil bo'lib xizmat qiladi va davolashni optimal usullarini tanlashga yordam beradi.

4.2. Streptokokk infeksiyasini ekspress tashhisi

Kultural tekshiruvlarning kamchiliklari shundaki, tekshiruv natijalari material olinganidan keyin faqat 1-2 sutkadan keyingina amalga oshiradi, (Shpynev K.V., Krechikov V.A., 2007). Bunday kamchiliklarni bartaraf etish, ekspress usullarni rivojlantirish, ya'ni og'iz-halqumdan olingan surtmadan BGSA aniqlash usulini ishlab chiqishga majbur qildi.

Murtaklar yuzasidan yoki halqum orqa devoridan olingan surtmadagi streptokokk antigenini ekspres ST tashhishlash usulini ishlab chiqilishi (streptotest) natijalarni 15-20 minutdayoq olinishini ta'minlaydi. Yuqorida darajadagi o'ziga xosligi (95–100%) ga qaramasdan, juda past sezuvchanlikka (60–80%) kultural tekshiruvga nisbatan, shuning uchun ekspres tashhishlashning natijalarini manfiyligi BGSA tonzillitni etiologiyasini inkor etmaydi (Tatochenko V.K., 2012).

Hozirgi kundagi mavjud bo'lgan testlarni uchta avlodga bo'lish mumkin. Birinchi ikki avlod testlari BGSA ni guruhdagi polisaxarid antigenini aniqlashga asoslangan. Ularning farqi shundaki, I avlod testlarida agglyutinatsiya reaksiyasi (koagglyutinatsiya yoki lateks-agglyutinatsiya), II avlod test-larida esa immunoferment analiz, immunoxromotografiya yoki optik immuno-analiz yotadi.

III avlod testlari BGSA ni o'ziga xos DNKsini aniqlashga (DNK-gibridlash, polimeraz zanjir reaksiyasi). Har xil avlod testlari o'zini sezuvchanligi va o'ziga xosligi bilan ajralib turadi. Eng past darajadagi sezuvchanlik va o'ziga xoslik I avlod testlarida - 55 va 90% ga mos ravishda (Lieu T.A. et al., 1988). II avlod testlarida bu ko'rsatgichlar ancha yuqoridarok bo'lib- 87 va 97% ni tashkil qiladi (Needham C. A., 1998; Chapin K.C. et al., 2002; Armengol C.E. et al., 2004). Keltirilgan xarakteristikalar kultural tekshiruvlar bilan taqqoslash asosida olingan. Faqatgina III avlod tizimi 98% sezuvchanlikka va spetsefikligi 100% kultural tekshiruvga taqqoslaganda (Shprynev K.V., Krechikov V.A., 2007; Steed L.L. et al., 1993) aniqlanadi.

Birinchi ikki avlod ekspres testlarining sezuvchanligi belgilangan o'lchov birligida bo'lmasdan, u olingan material-dagi mikroorganizmlarning soniga, klinik ko'rinishning jiddiyligiga bog'liq bo'ladi. Klinik shkaladagi baholash qancha past bo'lsa va BGSA ning soni qancha past bo'lsa, sezuvchanlik tizimi ham, shuncha past bo'ladi (Kurtz B. et al., 2000; Hall M.C. et al., 2004). Har xil sharoitda ekspres - test sezuvchanligi 10-95 % atrofida o'zgaradi, o'ziga xosligi, ya'ni spetsefiklik darajasi - 90-100% (Bisno A. L. et al., 2002; Morandi P.A. et al., 2003). To'plamda ekstragir eritma A (nitrit natriya) va ekstragir eritma V (sirka kislotasi), bular

namunadan (og'iz halqumdan olingan surtma) A guruh spetsifik streptokokklarni ajratib olishda ishlatiladi.

Test-chizig'i membranasida xromotografik tizim orqali sendvich prinsipiga asoslangan immun reaksiya hosil bo'ladi. Test chizig'i membranasiga streptokokk A guruhi (immo-bilizatsiya qilingan antitana), antigeniga qarshi poliklonal antitana surtilgan bo'ladi, nazorat chizig'iga esa - ekstraksiya qilingan reaktiv (streptavidin). Test chizig'ini botirish zonasi-ning pastki qismida sun'iy matritsa bo'lib, ularda ikkita belgilangan reaktiv joylashtirilgan bo'ladi:

- A guruhi spetsifik streptokokklari antigenlariga binafsha lateks zarralari bilan aralashtirilgan, poliklonal antitanalar;

- Biotin, binafsha lateks zarralari bilan aralashtirilgan.

A guruhi spetsifik streptokokklari antigenlarini namunasi, nitrotsellyuloz membrana bo'ylab kapillyar kuchlar ta'sirida harakatlanadi va poliklonal antitanalar orqali spetsifik streptokokk A guruhi belgilangan lateks zarralar orqaliga ta'sir etadi. Hosil bo'lgan murakkab «antigen-antitana» test chizig'ida harakatlanishni davom ettirib, u yerda immobilizatsiya qilingan antitana yordamida, immobilizatsiya bo'ladi. Bu immobilizatsiya binafsha chizig'i test zonasida moddiylashadi. Bunday bo'yalgan chiziqning paydo bo'lishi ijobiy, yo'qligi esa manfiy natijani bildiradi. Streptotest bemorning tanglay murtaklaridan olingan surtmadagi tirik va tirik bo'lmagan mikroorganizmlarning bo'lishini aniqlashni va test javoblari natijasini 5 minutdan keyin berilishini ta'minlaydi.

4.3. BGSA infeksiyasining serologik tashhisi va o'ziga xos markerlar

Murtaklarning kultural tekshiruvi natijasida, BGSA dan tashqari odam uchun patogen bo'lgan streptokokkning boshqa turlari ham uchrashi mumkin, bu S va G serologik guruhlaridir. Streptokokklarning bu guruhleri angina va mahalliy asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin, bu klassifikatsiya bo'yicha streptokokklar turiga kiradi, lekin immun asoratlar keltirib chiqarmaydi (glomerulonefrit, URI) va BGSA - infeksiyasiga o'xshab, antibakterial terapiya muddatiga qat'iy rioya qilishni taqozo etmaydi.

Bu guruh streptokokklar, ustirilish jarayonida kommen-sallarga, ya'ni o'choqli infeksiyani rivojlanishiga, yangi tug'ilgan bolalardagi invaziv infeksiyani etiologik faktorlari (sepsis, meningit), xomiladorlardagi siydik chiqarish tizimi infeksiyasi, kateterli bemorlardagi bakterial endokardit, shuntli, sun'iy klapanlarda uchraydi.

Laborator natijalar shuningdek bakterial infeksiyani virusli infeksiyadan ajratishga imkoniyat bermaydi. Bakterial infeksiyani markerlari deb leykotsitozni, ya'ni $15 \times 10^9/l$ dan oshsa, neytrofiliya $10 \times 10^9/l$ dan oshsa va tayokchalarni $1,5 \times 10^9/l$ dan oshsa, 30–70 mg/l va prokaltsitonin 2 ng/ml oshsa. Pastroq natija yoki bu ko'rsatgichlarning birontasining oshishi virusli infeksiyalarda uchraydi. V.K. Tatochenko (2012), ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda O'tkir respirator virusli infeksiya davrida leykotsitoz $10\text{--}15 \times 10^9/l$ $1/3$ larda, $1/4$ larda S-reaktiv oqsil 15–30 mg/l va prokaltsinonning miqdori 0,5–2,0 ng/ml- $1/5$ bemorlarda uchraydi. Bolalarning $1/3$ qismida adenoviruslar va Epshteyn - Barr viruslari chaqirgan tonzillitlarda leykotsitoz $15 \times 10^9/l$ dan oshiq, S-reaktiv oqsil - 60 mg/l, prokaltsitonin - 2 ng/ml bo'ladi. Bu markerlarni pastligi har doim ham bakterial infeksiyani inkor etmaydi: yiringli otit va pnevmoniyada 40% bemorlarda leykotsitoz $15 \times 10^9/l$ dan oshmaydi. Shunday qilib, yallig'lanishni laborator markerlari streptokokk infeksiyani tashhishlashda har doim ham aniq ma'lumot bermaydi.

BGSA – infeksiyasini serologik tashhisi keng tarqalgan. Umumiy klinik laboratoriyalarda faqatgina uni antitanalar titrini streptolizinga 0(ASL-0) ta'siri

aniqlanadi. Hakikiy BGSA - infeksiyasi har doim spetsifik immun reaksiyasini hosil qilib - ASL-0 titrini oshishiga, bu ko'rsatgich tashuvchilar holatini tashhislashda (bunday hollarda antitanalarning titrlarini oshishi kuzatilmaydi).

Venalardagi ASL-0 ni bo'lishi yuqorida sezuvchan va spetsifik (80% atrofida) reaksiyasi enzimlar neytra-lizatsiyasida va streptokoklarning boshqa turlari bilan o'zaro reaksiyalar bermaydi. Kapillyar qon tomirlardagi ASL-0 ni aniqlanishi kamroq ishonchlidir. Kasallik boshlanishidan 1-2 haftadan keyin antitanalarning titri osha boshlaydi, shuning uchun streptokokk infeksiyasini birinchi kunlarida ASL-0 ko'rsatgichlari me'yorida bo'lib, juft zardobni tekshirishni (kasallikning 1-3 chi va 8-14 kunlari) talab qilinadi. Maksimal titr 3-6 haftadan keyin qayd etiladi, keyin (infeksion jarayon tuxtatilishi) ASL-0 ning titri kamayib asta sekin 3-8 oydan so'ng me'yoriga keladi.

ASL-0 bu antigenni tanuvchi antitanadir, uni eliminatsiya qiluvchi emas, har xil antibiotiklar bilan bemorlarni davolash, bu ko'rsatgichlarni normaga olib kelmaydi. Immun reaksiyasini bir necha bosqichlari bo'lib, u patogenning o'limidan keyin ham rivojlanadi. Infeksiyani davolash lozim, ASL-0 ning ko'rsatgichlarini balandligini emas! O'tkir davrdagi ASL-0 ning ko'rsatgichlari immun asoratlar berilishini bildirmaydi va kasallikni og'irligi bilan ham bog'liq emas. Uzoq muddat (> 4-5 haftadan) va sezilarli (>1000 E D) angina keyingi ASL-0 ko'rsatgichini balandligi revmatik jarayonni borligini bildiradi. ASL-0 ning ko'rsatgichini kardiorevmatologiyada, nefrolo-giyada yurak va buyrakdagi streptokokk infeksiya etiologiya-sini, shuningdek TE ni hal etish uchun ham aniqlanadi (Maltseva G.S., 2009; Orlova S.N., 2012).

Klinik streptokkli tonsillit viruslidan yo'talning yo'qligi bilan ajralib turadi, rino - kon'yuktival simptom, jag' burchagi limfa tugunlarining og'riqliligi va kattalashuvi, yumshoq tanglay va tilchadagi qizarish, ko'pincha petexiyalar bilan, antibiotiklar qabul qilgandan 12-24 soatdan keyin haroratni pasayishi. Yiringli qoplamalarga keladigan bo'lsak, ular bir xil chastotada virusli (Ayniqsa adenovirusli va gerpetik) va streptokokkli infeksiyada uchraydi, lekin streptokokkli tonsillitlarda

qoplamalar birinchi kunidayoq bo‘lib, viruslida esa 3-4 kunda paydo bo‘ladi (Tatochenko V.K.,2012).

Kanadalik olimlar (Mclsaac W.J. et al.,1998) tonzillitni ko‘p sonli bemorlarni tekshirish va aprobatiya qilish, bemorning yotog‘i oldida tashhislash samaradorligini oshirish maqsadida, streptokokkli tonzillitga xos bo‘lgan klinik belgilarga asoslangan shkala ishlab chiqdi. Bu shkala bolalar va kattalarga mo‘ljallangan. Bu shkalada harorat 38°S dan oshganda, yo‘talning yo‘qligi, bo‘yin limfa tugunlarini og‘riqliligi va kattalashuvi, murtaklarning shishi, shuningdek bemorning yoshi (jadval. 4.3). Ballar yig‘indisining ortib borishi, BGSA tonzillitni xavfi oshib boradi. Juda yuqori darajalarda ham BGSA ajratib olish 51-53% tashkil qiladi. Shunga qaramasdan, bolalardagi >3 balda bakterial asoratlarni oldini olish maqsadida antibakterial terapiyani tavsiya qilish kerak bo‘ladi (jad.4.4).

Jadval 4.3.

β gemolitik streptokokk A guruhi tashhisi uchun tonzillit/faringitni Mclsaas (1998) shkalasi

Ko‘rsatgichlar	Ballar
Harorat 38°S dan ortiq	1
Yo‘talning yo‘qligi	1
Jag‘ osti limfa gugunlarini kattalashuvi va og‘riqliligi	1
Murtaklardagi shish va ekssudatning bo‘lishi	1
Yoshi:	1
• 3-15;	0
• 15-45;	-1
• > 45 ;	

Jadval 4.4

O‘tkir tonsillofaringit klinik simptomlarini jami bahosi, BGSA - infeksiyasini aniqlash xavfi

Ballar	BGSA-infeksiyasini xavfi, %	Bemorni olib borish taktikasi
0	1-2,5	Tekshirish shart emas
1	5-10	Antibiotiklar shart emas
2	11-17	Kultural tekshiruv, antibakterial terapiya, agar BGSA test musbat bo‘lsa
3	28-35	
4	51-53	Emperik antibakterial terapiya va kultural tekshiruv

V BOB. BGSA – UYUSHGAN INFEKTSIYASINING ASORATLARI

BGSA – infeksiyasini erta va kechki (immun) asoratlari farqlanadi. Erta asoratlar bo'yindagi limfadenit, halqum orti va paratonzillyar absessdir. Bu asoratlar etiologiyasi negizida aralash mikroflora (BGSA va anaerob infeksiya), paratonzillyar to'qimaga va limfa tugunlariga og'ir turdagi tonzillitlarda lakuna ichidan yoki murtakalar jarohatidan keyin tushishi yotadi. Bunday bemorlarda, davolashga qaramasdan, harorat saqlanib qoladi, yutinishdagi og'riq, boshni burganda, yutinganda. Ko'ruv vaqtida halqum assimetriyasi va uning devorlarini bo'rtib chiqishi kuzatiladi (Svetkov E.A., 2003).

Klinitsistlarga ma'lumki BGSA - infeksiyani immun asoratlari, streptokokkli glomerulonefrit va O'RI. BGSA - tonzillitni davolamaslik 0,3% bemorlarda O'RI olib keladi, bulardan 40% da yurakning surunkali revmatik kasalligi rivojlanadi. Adekvat antibakterial davo 80% O'RI, 85% paratonzillyar absessni va 70%-o'tkir o'rta otitni rivojlanish xavfini kamaytiradi (Wessels M.R., 2011).

Antigen BGSA revmatogen shtammlari o'ziga xos husu-siyatga ega bo'ladi. M - protein - turga xos antigen bo'lib, hujayraning tashqi qobig'ida joylashgan bo'ladi. M – proteinga qarshi antitanalar xo'jayin organizmidagi turli to'qimalar bilan qarama-qarshi ta'sir ko'rsatib; miozin, sinoviy, miya bilan, sarkolem membrana bilan. Bu hususiyatlar M - 3, M - 5 va M - 18. Bularning hammasi molekulyar mimikriya konsepsiyasini, BGSA - infeksiyasini immun asoratini patogenetik mexanizmi hisoblanadi. Bundan tashqari, M - protein superantigen hususiyatiga ega bo'lib, limfotsitlarning poliklonal aktivligini chaqiradi va pastafinnli antitanalarning o'z egasi to'qimalari antigenlariga nisbatan tolerantlikni o'zgartirib, aksariyat genetik moyil bemorlarda autoagressiya holatini keltirib chiqaradi (Nasonova V.A., 2004; Il'yerbakova M.Yu., Belov B.S. 2009).

BGSA - infeksiyasining immunopatologik asoratlari tuzalish bosqichida rivojlanadi. Glomerulonefrit kasallikning 7-10-kuni namoyon bo'ladi, anginani

to'g'ri adekvat terapiyasi uni rivojlanish xavfini pasaytirmaydi (Orlova S.N., 2012). O'RI ni klinik belgilari 2 – 3 haftadan keyin, tonzillitni symptomlari yo'qolgandan so'ng, kasallikni nomiga qaramasdan, 30% dan ko'p bo'lmagan bemorlarda uchraydi. Kasallikning O'tkir davrida ham ichki a'zolarida o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Yurak - qon tomir tizimi kasalliklarida taxikardiya, yurak urishi tonlarini bo'g'iqligi yoki susayishi kuzatiladi. Harorat me'yorga kelganda taxikardiya bradikardiya bilan almashadi, yurak tonlarining bo'g'iqligi yanada kuchayadi. Bemorlarning 1/3 qismida kasallikning O'tkir davrida mikrogematuriya aniqlanadi, u intoksikatsiya sindromi to'xtashi bilan yo'qoladi. Bu patologik o'zgarishlar streptokokk toksinlarini ichki a'zolariga to'g'ridan to'g'ri ta'siri natijasida (kardiogepatik toksin, streptokinaza, gialuronidaza va boshqalar.) sodir bo'lib, u immunopatologik reaksiyalarga hech qanday aloqasi bo'lmay, yallig'lanishga qarshi va immunosuppressiv terapiyaga hojat qoldirmaydi (Orlova S.N., 2012).

Oxirgi yillarda markaziy nerv tizimini autoimmun kasalliklari to'g'risidagi ma'lumotlar ko'payib bormoqda. Bu kasalliklarining spektri juda keng bo'lib, u nerv tiklarni va obsessiv - kompulsiv kasalliklarni o'z ichiga oladi. Streptokokk infeksiyasidan keyin kichik xoreya 15% bolalarda 2-4 oydan so'ng (ba'zida 12 oydan) keyin ham uchraydi, O'RI ni rivojlanishida asosiy kriteriy bo'lib, yoki mustaqil kasallik bo'lib ham rivojlanishi mumkin. Distoniya, parkinsonizm, psixik o'zgarishlar va uyquning buzilishi xarakterlidir. Bu streptokokk infeksiyasining asoratlari ko'pincha bolalarda uchraydi va ularni streptokokk infeksiyasi bilan bog'liq bo'lgan bolalar auto-immun neyropsixik o'zgarishlar maxsus guruhga ajratilgan (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections-PANDAS). Neyrodisfunktsiyani patogenetik mexanizmi ostida, bilvosita neyroproteinlarga antitanalarni antigen mimikriyasi prinsipi yotadi. Bu kasalliklarni autoimmun xarakteri endi o'rganilishiga qaramasdan, TE keyin, psixonevrologik symptomlarni yaxshilanishi bunga isbot bo'ladi (Maltseva G.S., 2009).

O'tgan asrning 90-yillarida AQSH va G'arbiy Yevropada juda og'ir kechuvchi BGSA - infeksiyasini invaziv turi qayd etilgan, u gipotenziya, koagulopatiya va ko'p a'zolar yetishmovchiligi bilan kechadigan streptokokkli toksik shok sindromi bilan yuritiladigan, juda yuqori darajadagi letal holatga olib keladigan streptokokkli toksik shokdir. Bunday hayot uchun xavfli BGSA - infeksiyasining kirish eshigi, teri va yumshoq to'qimalar hisoblanishi bilan bir qatorda, 10-15 % kasallik burun halqum limfoid to'qimalar tizimidagi birlamchi o'choqlarda ham bo'lishi mumkin (Ilyerbakov M.Yu., Belov B.S., 2009).

Metatonzillyar asoratlari umumiy va mahalliy bo'lishi mumkin. Umumiy asoratlari orasida revmatizm va yurak xastaligi (tonzillokardial sindromi), birinchi urinni egallaydi. Yurak asoratlari (tonzillorenal sindromi), Bo'g'imlardagi, gematopoyetik a'zo, oshqozon - ichak tizimi kasalliklarini va sepsisni keltirib chiqarishi mumkin. Anginalarni umumiy asoratlari hosil bo'lishida va ST ni kechishida infeksiya agent - BGSA va sherikli mikrofloralarning makroorganizm bilan o'zaro ta'siri yotadi.

Paratonzillit. Tonzillitni mahalliy asoratlardan biri, juda ko'p uchraydigan paratonzillitdir (paratonzillitis). Bu kasallik, paratonzillyar kletchatkada - murtaklar qobig'i va halqumning fassiyasi orasida, halqum konstriktorlarini yopib turuvchi sohadagi yallig'lanishni rivojlanishi (shish, infiltratsiya yoki abscess) bilan xarakterlanadi. Paratonzillyar kletchatkaga tanglay murtaklaridan ajralgan virulent infeksiya paratonzillyar kletchatkaga tanglay murtaklaridagi virulent infeksiya kirib borishi natijasida, shunga xos klinik ko'rinish vujudga keladi. ko'p xollarda paratonzillit ST li bemorlarda anginani asorati sifatida rivojlanadi; 80% bemorlarda paratonzillit tash-hislanadi. Paratonzillit ko'pincha yoshlar va yetuk yoshdagilar (15 dan 30 gacha), tez-tez ayol va erkaklarda barobar uchraydi.

Murtaklardan paratonzillyar kletchatkaga infeksiyani tushishiga sabab, murtaklardagi kriptalarni, ayniqsa ST da murtaklar yuqori qutblaridagi kriptalardagi infeksiya o'chog'i aniq ajralib turadi. Patogen mikroflora – percontinuitatem davom ettiriladi. Yuqoridagi qutbdagi murtaklarda, qobiq bo'lmagan joyda, Veber shilliq

ajratuvchi bezlar bo'lib, ular ST da yallig'lanadi va infeksiyani paratonzillyar kletchatkaga, ya'ni yuqorida qutbga, tarqalishiga sabab bo'ladi. Ba'zan murtaklar tepasida, yumshoq tanglay ichida, qo'shimcha tanglay murtagi bo'lishi mumkin; TE da uni saqlab qolish ham abscess rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Odontogen paratonzillyar abscessning sababi, infeksiyani limfatik tomirlar orqali murtaklar oldi kletchatkasiga karioz jarayon tufayli, ya'ni pastki jag'ning 7 - 8 tishlar, alveolyar qismdagi periostit hisobiga bo'lishi mumkin.

Paratonzillyar abscessning paydo bo'lishining yana bir sababi jarohat, o'tkir infeksiyon kasalliklarda paratonzillyar sohaga gematogen yo'l bilan infeksiyani tushishi. Kliniko - morfologik o'zgarishlar asosida paratonzillitni uch xil shakli ajratiladi: shish bilan (5% xollarda), infiltrativ (20%) va abscesslashgan (75%). Odatda bu shakllar paratonzillyar sohadagi yallig'lanish jarayonini bosqichlari hisoblanadi.

Paratonzillyar kletchatkadagi yallig'lanish ko'pincha bir tomonlama bo'ladi. Odatda anginadan keyin yoki ST ni navbatdagi o'tkirlashuvidan keyin sog'ayish davrida rivojlanadi. Bir tomonlama og'riqning juda zo'rayishi jarayonni rivojlanishini bildiradi.

Paratonzillitni lokalizatsiyasi har xil bo'lishi mumkin:

- oldingi yuqorida (supratonzillyar) - murtaklar yuqorida qismida, murtaklar qobig'i va tanglaytilcha yoylari orasidagi;
- orqa paratonzillyar lokalizatsiya - murtaklar va tanglay-tilcha yoylar orasi;
- yon bosh (lateral) - murtaklar o'rta qismi va halqumni yon devori orasi;

Tarqalishi bo'yicha birinchi o'rinda supratonzillyar abscess (>70%), ikkinchi - orqa (16%), uchinchi - yon tomondagi (4%).

Oldingi yuqorida paratonzillitni rivojlanishiga moyillik qiluvchi omil, bu joyda murtak qobig'i bo'lmasligidir, kripta-larning juda chuqurligi va yuqori qismdagi kletchatkaning yaxshi rivojlanganlidir.

Kasallikning umumiy va mahalliy belgilari bor. Umumiy belgilari: nisbatan og'ir holat, intoksikatsiya hisobiga xolsizlik, haroratning 39-40°S dan oshishi.

Umumiy ahvoli tomoqdagi og‘riq hisobiga va yutinishni qiyinligi tufayli og‘ir, uyqu buzilgan, ovqatni va so‘lakni yutinish qiyinligi. Halqum mushaklarini va qisman bo‘yin mushaklarining yallig‘lanishi, bo‘yin limfadeniti sababli boshni burilganda keskin og‘riq bo‘lishi, boshni yon tomonga qaratib turish, kerak bo‘lganda boshni butun gavdasi bilan burilishini taqozo etadi.

Klinik ko‘rinishi. Mahalliy belgilari: Bir tomonlama keskin og‘riq, quloq va tishlarga irradiatsiya bilan. Bemorning yutinishi shunchalik qiyinki, u ovqatlanishdan va suv ichishdan voz kechadi, so‘lak esa og‘iz burchagidan sizib turadi. Har xil darajada rivojlangan trizm bilan - chaynov mushaklarini tonik spazmi, shuning uchun ham og‘izni ochilishi qiyin 1-2 sm bo‘ladi. Faringoskopiya qilish juda qiyin bo‘ladi. Bemorlardagi paratonzillitda trizmni paydo bo‘lishi jarayon abscess-slashganligini bilvosita belgilari hisoblanadi. Paratonzillyar abscess odatda kasallikni 3-4 kuniga kelib rivojlanadi, lekin ba'zi bemorlarda birinchi kunidayoq boshlanishi mumkin. Tanglay mushaklarini parezi tufayli, ochiq manqalanish, gapirish burun orqali, tushunarsiz bo‘ladi.

Kasal tomondagi regionar limfa tugunlari kattalashgan va og‘riqli, shish hisobiga pastki jag‘ burchagining palpasiyasini imkoni bo‘lmaydi. Qonda leykotsitoz $10-15 \times 10^9/l$, qonning formulasi chap tomonga surilgan, eritrotsitlarni cho‘kish tezligi oshadi.

O‘z-o‘zidan abscessni ochilishi 4-6 kunda sodir bo‘ladi, shundan so‘ng ahvoli yaxshilanadi va tana harorati pasayadi. Ammo, ko‘p xollarda o‘z-o‘zidan abscessning ochilishi kuzatilmay, jarayon atrofga, parafaringeal sohaga tarqala boshlaydi. Bunday natija yon tomonlama lokalizatsiyada kuzatiladi va og‘ir asoratlarga - parafaringitga olib kelishi mumkin.

Faringoskopiya ko‘rinishi infiltratni lokalizasiyasiga bog‘liq bo‘ladi. Oldingi yuqorida lokalizatsiyada (rasm. 6.1) murtaklar yuqori qutblaridagi sharsimon bo‘rtib chiqish, oldingi yoylar va yumshoq to‘qima bilan birgalikda o‘rta chiziqli yaqinlashib, tilcha qarama-qarshi tomonga surilgan bo‘ladi.

Orqa lokalizatsiyada keskin boʻrtib chiqish tanglay - halqum yoylari va halqumning yon devorlarida boʻladi. Tanglay murtaqlari va tilcha shishgan, infiltratsiyalangan va oldinga qarab surilgan. Paratonzillitni pastki lokalizatsiyasida shish pastga xiqildoqning yuqori devorigacha borib, uni stenozigacha olib boradi. Faringoskopiya bunday paratonzillit belgilari yaxshi rivojlangan boʻlmaydi. Pastki yoylardagi, murtaqlarning pastki qutbidagi va til oʻzagining bir qismidagi shish va infiltratsiya kuzatiladi.

Tashhishlash, yaqqol rivojlangan va patognomotik simp-tomlarga asoslanib, qiyinchilik tugʻdirmaydi.

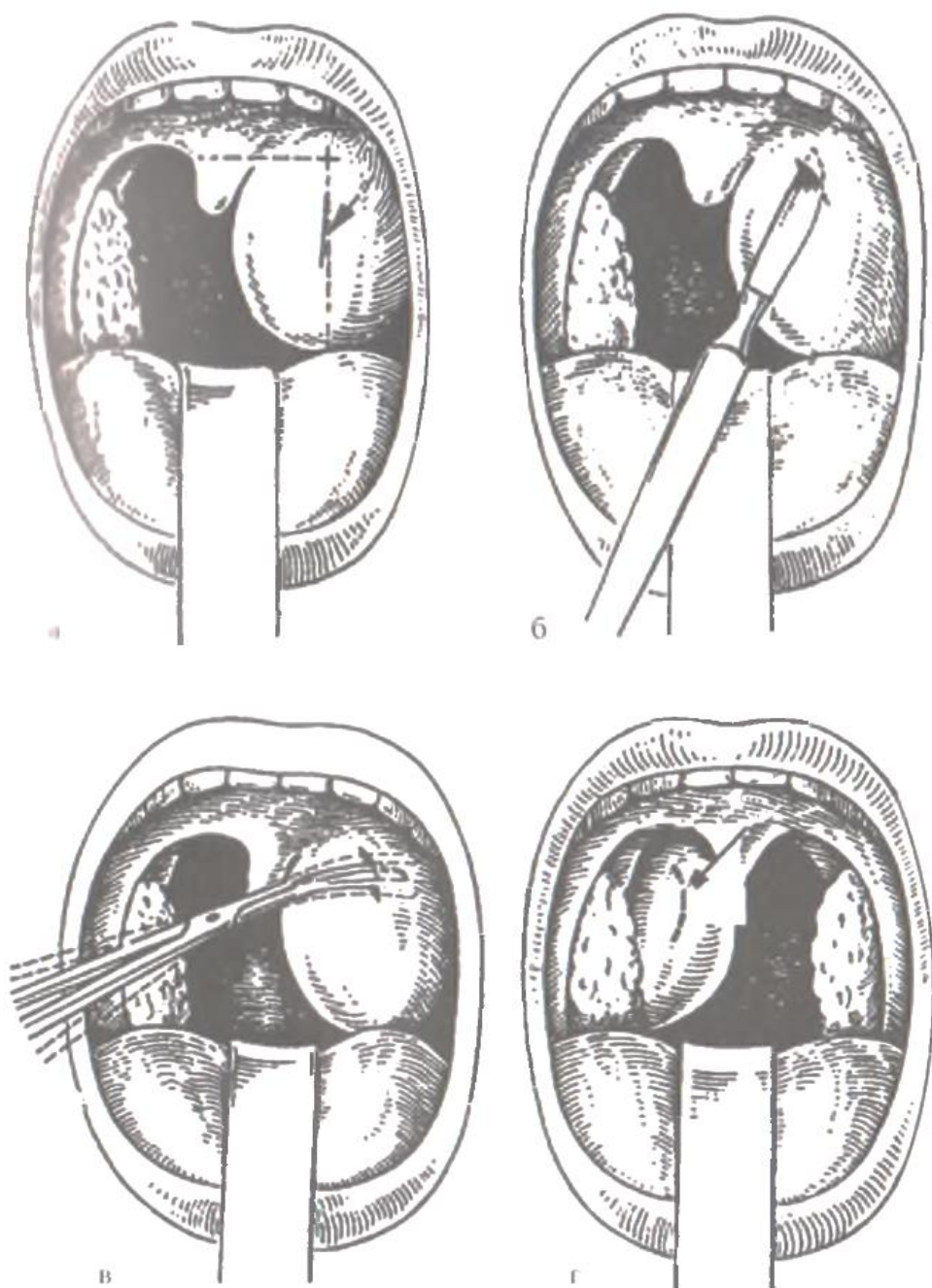
Davolash paratonzillitni bosqichiga bogʻliq boʻladi. Shish va infiltratsiya bosqichida kasallikni birinchi 2-3 kunida tizimli antibakterial terapiya [penitsillin qatoridagi (muhofaza qilingan β laktamlar) yoki sefalosporinlar II-III avlod vakillari, makrolidlar, metronidazol (anaerob mikroflora aralashganda)], dezintoksikatsion, yalligʻlanishga qarshi va simptomatik terapiya.

Baʼzi hollarda paratonzillitni infiltratsiya bosqichida ochish ham maqsadga muvofiq boʻladi, bu toʻqimalar tarangligini pasaytirib, drenajni yaxshilaydi, yalligʻlanish jarayonini kamaytiradi va uni abscess bosqichiga oʻtishining oldini oladi.



Rasm 5.1. O'ng tomonlama paratonzillyar abscess

Paratonzillitni abscess bosqichi favqulotda operativ davoga ko'rsatmadir, bu paratonzillyar abscessni ochish yoki abs-sesstonzillektomiya va yallig'lanishga qarshi terapiya buyu-riladi. Abscessni ochish mahalliy og'riqsizlantirish applikatsion va infiltratsion anesteziya orqali olib boriladi. Kesimni eng bo'rtib chiqqan joydan qilinadi, unday joy mo'ljali bo'lmasa, odatdagi o'z-o'zidan ochiladigan joydan kesim o'tkaziladi; bu ikki chiziq kesimi - gorizontaal, sog'tomondagi yumshoq tanglayning pastki tomonidan tilcha asosidan, va vertikal, kasal tomondagi oldingi yoylarning yuqorisidan o'tkazilgan kesmadir (rasm. 5.2). Bu yerda qilingan insiziya yirik qon tomirlar jarohati xavfini tug'dirmaydi. Skalpel yordamida qilingan sagital yo'nalishdagi kesim chuqurligi 1 - 1,5 sm va uzunligi 2 sm, kesim qilingan joyga qon to'xtatuvchi zajim yoki Gartman instrumenti kirgizilib, to'mtoq usulda uni 4 sm gacha kengaytiriladi, bir vaqtda abscessni ichidagi bo'lishi mumkin devorlarini ham ajratib tashlanadi. Huddi shunday qilib lokalizatsiyasi boshqa joyda bo'lgan abscesslarni ham ochiladi. Bir sutkadan keyin abscess bo'shlig'ini yanada yaxshiroq bo'shatish maqsadida, jarohat atroflari kengaytiriladi.



Rasm. 5.2. Paratonzillyar abssessni ochish:

a – oldingi yuqori paratonzillyar abssessni ochish sxemasi;

b – oldingi yuqori paratonzillyar abssessni ochish joyi

Anamnezdagi tez-tez bo‘ladigan anginalar, yoki jarayonnig uzoq davom etishi, bir necha bor abssesslarni ochilganidan so‘ng, abssess ochishda uning noqulay lokalizatsiyasi (masalan, yon boshdagi), asorat belgilari boshlanganda

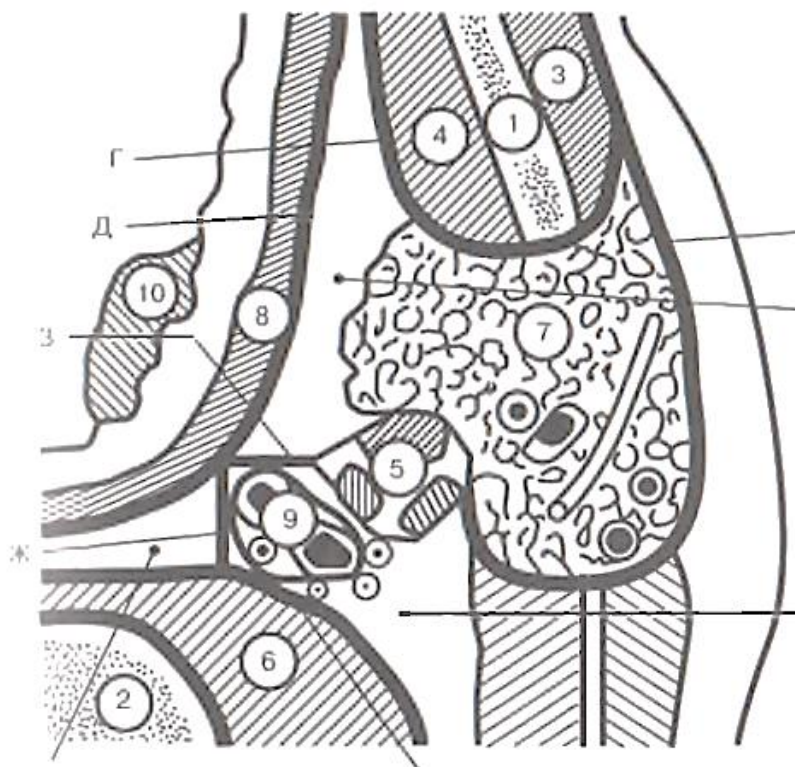
(sepsis, parafaringit, bo'yin flegmonasi, mediastenit va boshqalar.) abssestonzilloektomiya operatsiyasiga ko'rsatmadir.

ST da murtaklarni ikki tomondan olib tashlanadi, birinchi bo'lib jarohatlangan murtak olinadi. Bunday taktikaning us-tunligi shundaki, har qanday lokalizatsiyali o'choqdagi yiring eliminatsiya bo'ladi va sog'ayish tezda ta'minlanadi, nafaqat paratonzillitdan, balki ST dan ham va kasallikni qaytalanishi-dan va uning og'ir asoratlaridan xalos bo'ladi. Operatsiyani texnik qiyinligini va og'irligini yengsa bo'ladi. TE mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Tanglay-til va tanlay-halqum yoylaridan murtaklar yuqori qutblarini ajratib olinganidan so'ng odatda abssest o'zi ochiladi, bunda murtaklar o'z-o'zidan atrof to'qimadan ajralib qoladi. Murtaklarni qolgan qismlari ajratilib, pastki qutblariga Bahon sirtmog'i o'rnatilib olib tashlanadi. Instrumentlarni o'zgartirilganidan keyin (yiringli birinchi operatsiyadan so'ng) TE boshqa tarfdan bajariladi. Paratonzillitni o'zini ochilganiga nisbatan bemorlar bu operatsiyani qoniqarli o'tkazishadi, ularning ahvoli juda tez normaga keladi.

Parafaringeal (halqumoldi) abssest - parafaringeal klet-chatka sohasidagi yiringli jarayon (rasm. 5.3.), og'ir va hayot uchun xavfli kasallik hisoblanadi. Ko'pincha yiringni sababi paratonzillitni, anginalarni ikkilamchi asorati, ST ni, odontogen jarayonlar, burun bo'shlig'i va yondosh bo'shliqlari va halqumni shilliq pardalari jarohatidir.

Klinik ko'rinishi. Tomoqdagi bir tomonlama keskin og'riq, yutinishdagi og'riqni zo'rayishi, chaynov mushaklarini trizmi (bemor og'zini zo'rg'a ochadi). Bosh kasallik tomonga burilgan. Palpatsiyada bo'yinning yon tarafida qattiq og'riq va infiltratsiya, kasallik tarafdagi limfa tugunlarini kattalashuvi va og'riqliligi. Umumiy ahvoli og'ir, harorat yuqori darajada - 39-40°S. yiringli jarayonni qon - tomir tutami yo'li orqali koks sohasiga tarqalish xavfi borligi, qontomirlardagi o'zgarishlar - flebit, umrov venasi tromboflebiti, eroziyaga uchragan yirik tomirlardagi qonashning kuzatilishi.

Faringoskopiya halqumni yon devoridagi shish va qi-zarish yumshoq tanglayga, tilchaga tarqalgan bo‘lib; murtaklar oldinga bo‘rtib chiqadi.



Rasm.5.3. Halqumoldi va halqumorti kletchatkasi sohasi:

1 - pastki jag‘ shoxi; 2 - II Bo‘yin umurtka tanasi; 3 - chaynov mushagi; 4 - medial kanotsimon mushak; 5 - bigizsimon o‘siq va mushaklar tutami; 6 - umurtka oldi mushaklari; 7 - kulok oldi so‘lak bezi; 8 - halqum; 9 - qon - tomir tutami; 10 - tanglay murtaklari.

v - kulok oldi chaynov fassiyasi; g - kanotsimon fassiya oraligi;

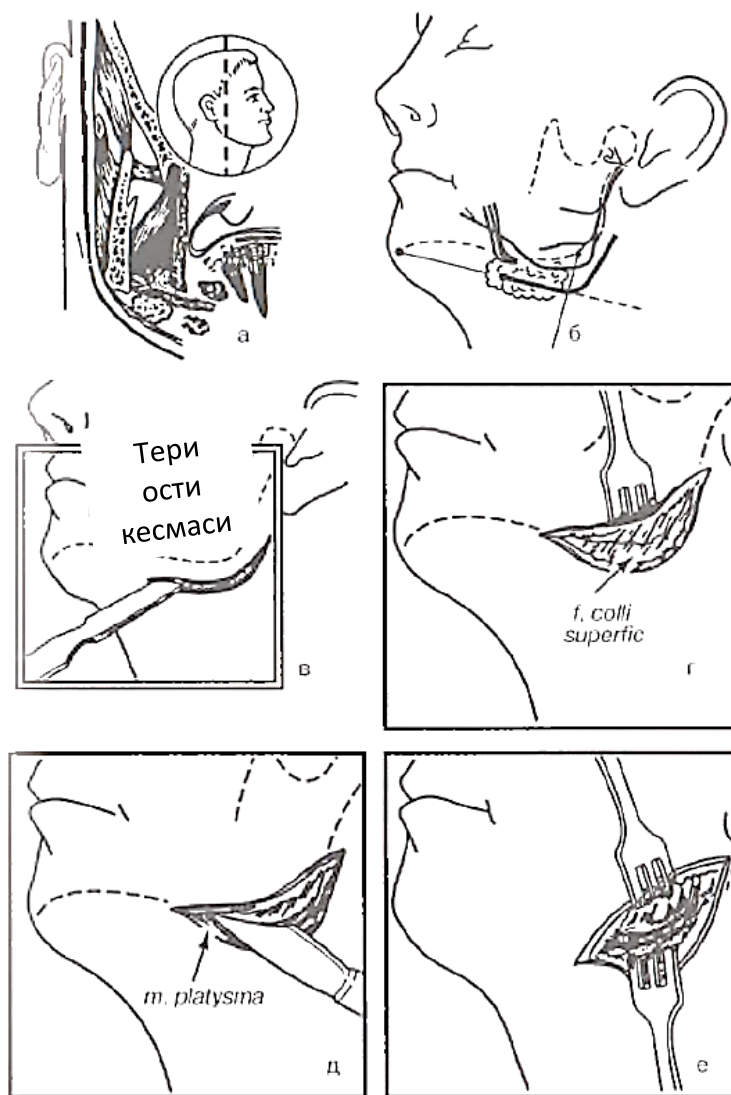
d - halqumoldi fassiyasi; ye - umurtkaoldi fassiyasi; j - halqumumurtka fassiyasi; z - bigizsimonhalqum fassiyasi.

Davolash. Parafaringeal absessda favkulotda operativ usul qo‘llaniladi, bu ikki xil yo‘l bilan olib boriladi. Tashqi usul jarayon tarqalgan vaqtda (rasm. 5.4). Kesim to‘sho‘mrov-surgichsimon mushakning oldingi tomonidan qilinib, so‘ngra bu kesim pastki jag‘ning burchagidan, qavatma-qavat ken-gaytirilib parafaringeal sohagacha ochiladi. Yiringli o‘choqni ochishda kengroq ochilishini ta‘minlash va har tomonlama kesmani qilish drenajni yaxshilaydi. Absessni ochilganidan keyin bo‘shliq antibiotiklar eritmasi bilan yuviladi va rezinali drenaj qo‘yiladi. Bog‘lam

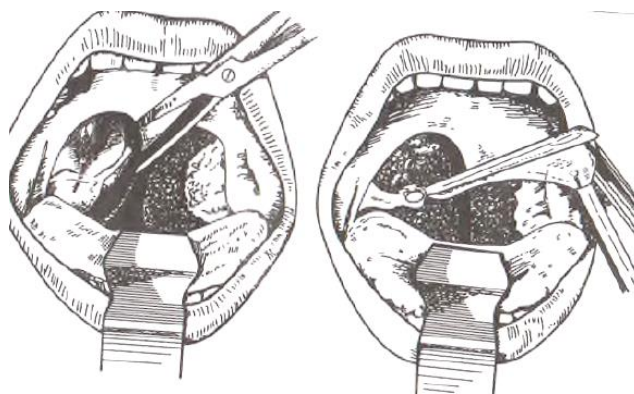
qo'yiladi. Qayta bog'lov sutkasiga ikki marotaba qilinadi. Operativ davodan so'ng antibakterial, detoksikatsion terapiya, simptomatik dori vositalari buyuriladi.

Og'iz orqali usulida - parafaringeal abscessni TE keyingi holatda tonsillar tokcha orqali to'mtoq usulda, eng bo'rtib turgan qismidan, Gartman qisqichlari yoki tomir qisqichlari yordamida ochiladi. Yirik qon tomirlarni jarohatlash xavfi bo'lishi mumkin, shuning uchun bu juda katta extiyotkor-likni talab etadi. Tonsillar tokcha orqali yiringni ochish drenajni qiyinlashtiradi va yiringni bo'shlig'i katta bulganda maqsadga muvofiq emas. Ba'zi hollarda tashki usul, tonsillar tokcha orqali, kontrapertura o'tkazilish bilan olib boriladi. Bir vaqtning o'zida yallig'lanishga qarshi antibakterial, simptomatik dori vositalari buyurish lozim bo'ladi.

Parafaringeal abscessni o'z vaqtida ochilishi va antibiotik-larni aktiv buyurish yaxshi natijalarga, tez sog'ayishga olib keladi.



Rasm. 5.4. Parafaryngeal abssessni tashki usul bilan ochish: a - Bo'yin va yuzdagi parafaryngeal sohani proyeksiyasi; b - anatomik yo'naltirish va kesmaning sxemasi; v - teri va teri osti kletchatkasi kesmasi; g - Bo'yinning ustki fassiyasi; d - Bo'yin teri osti mushagini kesish; ye - kesim atroflarini kengaytirish.



Rasm.5.5. Parafaryngeal abssessni og'iz orqali ochish

VI BOB. SURUNKALI TONZILLIT O‘TKIRLASHUVINI KONSERVATIV DAVOLASH (ANGINALAR)

Surunkali tonzillitning O‘tkirlashuv davridagi asosiy davo usuli, bu sistemali antibakterial terapiya, mahalliy davo esa yordamchi davo vositasidir. Antibakterial davoga ko‘rsatma, bu isbotlangan yoki gumon qilingan streptokokkli infeksiyadir. Antibakterial terapiyani tomoqdagi og‘riq shikoyati bilan murojaat qilgan 95% bemorlarga tavsiya etiladi, bunda 71% holatlarda preparatni tanlash zamonaviy tavsiyalarga to‘g‘ri kelmaydi. AQSH da antibiotiklarni O‘tkir tonzillof-arinitda 70% kattalarga va bolalarga, bunda 40% xollarda ularni noto‘g‘ri tavsiya qilinadi (Spichak T.V., 2010; Shulman S.T., 2012).

Antibakterial terapiyaning asosiy vazifasi nafaqat kasallikni klinik alomatlarini yo‘qotish, balki BGSA ni og‘iz-halqumdan eradikatsiyasini, ya‘ni qo‘zg‘atuvchini tarqalishini va asoratlarni oldini olishdir.

Streptokokklar, ayniqsa BGSA xususan, mikroorganizmlar orasidagi eng klinik ahamiyatga ega bo‘lgan mikroorganizmlar qatoriga kirib, ular β - laktomaz ishlab chiqarmaydiganlar va β laktamli antibiotiklarga preparatlar sinfini tashkil qiladi, chunki ulargagina bu streptokokklarda turg‘un barkarorlik hosil bo‘ladi. Boshqa streptokokklarga nisbatan, BGSA β - laktamlarga nisbatan harakat maqsadini o‘zgartirish xususiyatiga ega emasligi, penitsillinni standart dozasini ko‘tarishga hojat qolmaydi (Strachunskiy L.S. va boshq., 2002). Shunga qaramasdan, BGSA - infeksiyasida penitsilino-terapiyani muvaffaqiyatsizligi 24-30 foizini tashkil qiladi (Matseva G.S., 2009). Buning bo‘lishi mumkin bo‘lgan sabablarini quyidagi omillarda ko‘rish mumkin (Maltseva G. S., 2009; Pichichero M.E., 2007).

· Davolanishga ahamiyatsiz bo‘lish. Antibakterial terapiyani 2-3-sutkasida kasallikni simptomlari yo‘qolib borishi sababli, patsiyentlar davolanishni to‘xtatishadi. Ba‘zi ma‘lumotlar natijalariga ko‘ra, 10 kunlik standart penitsillinoterapiya sxemasidan buyurilganidan so‘ng, 9-sutkada faqatgina 8%

bemorlar davolanishni davom ettirishadi. Halqum BGSA - infeksiyasini davolashda, penitsillinning qabul qilish muddat-lariga ahamiyat bermaslik, URI (10-15% xollarda) ni rivojla-nishini sabablaridan biri bo'lishi mumkin.

- Penitsillinni β - laktomazali gidrolizi, og'iz bo'shlig'idagi kopatogen mikroflorani ishtirokida amalga oshiriladi. Soglom odamlarda murtaklar normada og'izhalqum mikroflorasi bilan kolonizatsiyalashgan, bu taxminan 200 turdagi mikroorganizm - kommensallardir. Antibiotiklarni kontrolsiz qabul qilish (Ayniqsa ST bo'lganda) shunga olib keladiki, og'izhalqum mikroflorasini o'zgarib ketishi, ya'ni β - laktamaz ishlab chiqaruvchi bakteriyalar shtammlarini ko'payishiga olib keladi. Oxirgi yillarda bunday bakteriyalarni aniqlanish darajasi surunkali tonzillitli bolalarda 94% gacha oshdi.

- BGSA reinfeksiyasi. Reinfeksiyani xavfi yarim yopiq va yopiq kollektivlarda (bolalar bog'chalarida, maktablarda, mehribonlik uylarida va boshq.). Reinfeksiya yuqtirgan odam bilan muloqotda rivojlanishi, ayniqsa infeksiyani klinik ko'rinishi bo'lmagan xollardagi, BGSA tashuvchisi bilan. Maktab o'quvchilari orasida BGSA - tashuvchilikni tarqalishi mo'tadil iqlimli viloyatlarda 20% ga, issiq mamlakatlarda 40% dan oshadi. Bundan tashqari, reinfeksiya muammosi ifloslangan narsalar orqali ham bo'lishi mumkin. BGSA - tonzillitga qarshi adekvat antibakterial terapiya qabul qilgan 104 ta bolalar orasida qayta infeksiya 19 foiz hollarda ifloslangan ortodontik moslamalar bilan va 11% - tish cho'tkalar bilan bog'liq bo'lgan.

- Antibiotiklarni murtaklar to'qimasiga yetarli darajada kirmaganligi.
- Streptokokkning hujayra ichidagi joylashuvi.

Antibakterial terapiya BGSA - infeksiyasini davolashda asosiy omillardandir. Bir qancha izlanishlar β - laktamlar va makrolidlarning qisqa samarali kurslari (3 - 5 kun) (Altamimi S., 2009, lekin bunday usul klinik amaliyotda asosli bo'lmaganligi tufayli tavsiya etilmaydi. Preparatlar va ularning tavsiya qilinadigan dozalari 6.1 jadvalda namoyon etilgan (Nasonova V.A. va boshq., 1999; Strachunskiy L.S., 2007). BGSA - tonzillitli bemorlarda bitsillinoprofilaktikaning o'tkazilishi, antibakterial terapiyani to'liq kursini qabul qilgandan so'ng, u asossiz bo'lib, bunda

streptokokkning tashuvchiligi xavfi juda kam bo‘ladi. Benzatin benzilpenitsillin (Bitsillin*) ikkilamchi profilaktika maqsadida, anginani adekvat davolashdan so‘ng, faqat revmatik kasalligi bo‘lgan bolalarga tavsiya etiladi.

Jadval 6.1.

O‘tkir streptokokkli tonsillitda antibiotiklarni dozalari va ularni yuborish rejalari

Antibiotiklar	Kattalar	Bolalar	Qabul qilishni ovqatga bog‘liqligi	Davolanish-ning davomiyligi, kunlarda
	Sutkali doza			
Preparatlar tanlovi				
Penitsillinlar				
Fenoksime-til-penitsillin	1,5 g dan 3 marta	0,375 g 2 marta(<25kg); 750 mg 2 marta (>25 kg)	Ovqatdan 1 s oldin	10
Benzatin-penitsillin	2,4 mln ED m/o	600 ming ED m/o (<25 kg); 1,2 mln ED m/o (>25 kg)	-	Bir marotaba
Amokcitsillin	1,5 g 3 marta	0,375 g 3 marotaba (<25kg); 750 mg 3 maro-taba (>25kg)	Farqi yo‘q	10
Tsefalocporin				

Tsefadroksil	1 g 2 marotaba	30 mg/kg bir marotaba	Farqi yo‘q	10
β laktam antibiotiklarni qabul qila olmaslik				
Makrolidlar				
Eritromitsilin	1,5 g 3 marotaba	40 mg/kg 3 marotaba	Ovqatdan 1 s oldin	10
Azitromitsin	0,5- 1 kuni, keyin 0,25 g 1 marta	12 mg/kg 1 marotaba	Ovqatdan 1 s oldin	5
Antibiotiklar	Kattalar	Bolalar	Qabul qilishni ovqatga bog‘liqligi	Davolanish- ning davomiyligi, kunlarda
	Sutkali doza			
Spiramitsin	6 mln ED 2 marotaba	3 mln ED 2 marotaba	Farqi yo‘q	10
Klaritromitsilin	0,5 g 2 marotaba	15 mg/kg 2 marotaba	Farqi yo‘q	10
Poksitromitsin	0,3 g 2 marotaba	5 mg/kg 2 marotaba	15 min ovqatdan oldin	10
Medikamitsin	1,2 3 marotaba 50 mg/kg 2 marotaba Ovqatdan oldin			10
B – lactam antibiotiklarni va makrolidlarni ko‘tara olmaslik hollarda				
Linkozamidlar				
Linkomitsin	1,5 g 3 marotaba	30 mg/kg 3 marotaba	Ovqatdan 1–2 s keyin	10

Klindomitsin	0,6 g 4 marotaba	20 mg/kg 3 marotaba	Ko'p miqdorda suv bilan ichish	10
--------------	---------------------	------------------------	---	----

¹ Asosan bolalarni davolashda tavsiya etiladi, suspenziya ko'rinishidagi dori vositalarini inobatga olgan holda.

² Bemorlarni peroral antibiotiklarni o'z vaqtida qabul qilishiga shubxa kilinganida; anamnezidagi revmatik isitma bo'lgan bemorlar va ularning karindoshlaridagi; yashash sharoitining yomonligi; maktabgacha muassasalarda, maktablarda, internatlarda, harbiy qismlardagi va boshq, A - streptokokk infeksiyasining tarqalishi yuz berganda.

³ Boshqa makrolidlarga nisbatan, ko'pincha eritromitsin uchun xarakterli bo'lgan salbiy reaksiyalar, bu oshqozon ichak tizimidagi reaksiyalardir.

BGSA penitsillinlarga va sefalosporinlarga nisbatan yuqori sezuvchanligi bilan ajralib turadi. Yagona antibiotiklar sinfiga kiradigan, BGSA infeksiyasiga ta'sir etadigan antibiotiklar, bu β laktamlardir. Makrolidlarga barkarorlik Rossiyada 13 - 17% ni tashkil etadi, bunda eng tarqalgan M - fenotip barkarorligidir, ba'zi makrolidlarga va linkozidlarga sezuvchanligi (linkomitsin va klindomitsinga) bilan xarakterlanadi. Tetratsiklin va sulfanilamidlarga 60% dan oshadi. Qolaversa, bular BGSA eradikatsiyasini ta'minlamaydi va ular streptokokkli tonzillitlarni o'tkirlashuv davrida qo'llanilmaydi, in vitro shtammlari bu jarayonni chaqiruvchisi bo'lsa ham. Antibakterial terapiyani shuningdek, BGSA ni epiteliy ichiga internalizatsiyani (kirib borishini) ham qiyinlashtirib, an'anaviy antibakterial terapiyaning aktivligini pasaytiradi. Aytilganlarga tayanib, patogen (BGSA) qarshi preparatlarni tavsiya etish, fagotsitlar ichida ularning to'planish xususiyati, epiteliy va bioplyonka strukturasiga kirishi, terapevtik qonsentratsiyasida bakteriotsid effektini berishini inobatga olish kerak bo'ladi. Antibiotiklar kursini 14 kungacha olib borish lozim.

Boshqa tavsiyalar zarur bo'lmaydi. Shu vaqtgacha bemorlarga yallig'lanishga qarshi nesteroid va antigistamin vositalar birga tavsiya etilgan. Nesteroid yallig'lanishga qarshi vositalar infeksiyon yallig'lanishni tarkatmaslik va uni yo'qotish uchun infeksiyon yallig'lanishga ta'sir ko'rsatadi va immunopatologik reaksiyaga ta'sir ko'rsatmaydi. Nesteroid yallig'lanishga qarshi vositalar anginalarda, qattiq og'riq bo'lgan xollarda (og'riqni qoldiruvchi vosita sifatida birinchi 1 - 3 kun) va isitmani tushiruvchi vosita, tana haroratini yuqorida darajalarida ($>38,5 - 39^{\circ}\text{S}$).

BGSA - infeksiyasida antigistamin vositalarini tavsiya etishdagi ko'rsatmalar yo'q, patologik jarayonni vujudga kelishida gistamin va immunopatologik reaksiyalarni hech qanday aloqasi yo'q (ko'plab yallig'lanish mediatorlari kabi).

Mahalliy medikamentoz terapiya, bizning mamlakatimizda juda keng tarqalgan, yordamchi vosita bo'lib hisoblanadi. shilliq pardalarni jarohatlash xavfi bo'lganligi sababli yallig'langan va qoplama bilan qoplangan murtaklarni paxtali tampon bilan artish tavsiya etilmasligini sababi, og'riqni zurayishi, infeksiyani ichkariga kirishi mumkinligi va tonzillojen asoratlarni keltirib chiqarishidir.

Turli xil spreylarning qisqa muddatli ta'siri tufayli ularning ham samaradorligi juda kam bo'ladi: so'lak bilan yuvilib ketishi va yutinishdan so'ng ular aniqlanmasligi.

Tonzillitlarda turli xil pastilka va tabletkalar ham juda keng qo'llaniladi. Ularning tarkibidagi og'riqni qoldiruvchi komponent, ko'pincha mentolni bo'lishi va ularning asosidagi antiseptiklar og'izda va og'iz-halqumdagi disbiozni keltirib chiqarishi mumkin. Analogik og'riqni qoldiruvchi ta'sir iliq ichimlik (choy, asal, sut va malina bilan va boshq.), shuning uchun butunjaxon sog'liqni saqlash uyushmasi mahalliy medikamentoz terapiyani shunday uy vositalarga almashti-rishni tavsiya qiladi. Turli xil halqumni chayish usullari ham boshqa mamlakatlarda qo'llanilmaydi.

VII BOB. SURUNKALI TONZILLITNING KONSERVATIV TERAPIYASI

ST ning davolash taktikasi, yallig‘lanish jarayonining bosqichi, kasallikni klinik shakllari bilan bog‘liq bo‘ladi. Murtaqlarga nisbatan maxsus usullardan tashqari, umumiy tavsiyalar bo‘lib, bu etiologik elementlarni, patogenetik va simptomatik xarakterni, bevosita yallig‘lanish o‘chog‘iga ta'sir ko‘rsatuvchi va organ tizimlardagi tonsillojen infeksiya keltirib chiqargan kasalliklarni davolash ham kiradi.

ST ni davolashni konservativ usuli kompleks va bosqichli, tanglay murtaqlarni sanatsiyasiga karatilgan, patogenetik isbotlangan medikamentoz dori darmonlar (yallig‘lanishga qarshi, giposensibilizatsiya, immunostimulyatsiya, vitaminlar), fizioterapevtik va boshqa vositalar, kasallik asosini tashkil etuvchi kompleks omillarga ta'sir ko‘rsatuvchilarga nisbatan karatilgan bo‘ladi. Surunkali ekstratonzillyar infeksiya o‘choqlarini (tishlar kariyesi, surunkali gingivit, parodontit va boshq.), murtak lakunalaridan muntazam ravishda bo‘lishidir.

ST ni keng tarqalgan davolash, N.V. Belogolov va V.G.Yermolayev tomonidan ishlab chiqilgan, murtaklar lakunalarini yuvish usulidir (rasm. 7.1).



Rasm. 7.1. Murtak lakunalarini yuvish usuli

Vizual nazorat ostida galma-gal lakuna orqali maxsus kanyulya, shprints bilan biriktirilgan holda, kriptalarga kirgizilib, aseptik eritma bilan bosim ostida patologik ajralmalardan lakunalar yuviladi. Aseptik eritmalar sifatida nitrofuril (Furatsillin*), benzildimetil [3 - (miristoilamino) propil] ammoniy xlorid monogidrat (Miramistin*), gidroksi-metilxinoksalindioksid (Diok-sidin*), xlorgeksidin, kaliya permanganat, shuningdek immunostimulyatsiya qiluvchi vositalar - levomizol, interferon, lizotsim va boshq. Davolash kursi 10 - 15 marta yuvish kun ora olib boriladi. Yuvilgach murtaklar usti, yod + [kaliy yodid + glitserol] (Lyugol), yod + [kaliya yodid + polivinil spirti] (Yodinol*), 5% kollargol.

Yuqorida nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklarini davolash va profilaktikasida istiqbolli yo'nalishlar sifatida, kompleks ta'sirli o'simlik dori vositalarini ishlatish bo'lib, uning zamonaviy vakillari sifatida, otorinolarologiya va pediat-riyada juda keng ishlatiladigan Tonzilgondir* N (Imupret*, Bionorika, Kermaniya). Tonzilgon*N ta'sir etuvchi moddasi sifatida VNO 1030 ekstraktidir, u tarkibi va tuzilishi bo'yicha biologik aktiv moddalarning standartizatsiya qilingan dori vositasidi: zefir ildizi(Althaeae radix), dorixona romashkasi gullari (Matricariae flos), yarrow o'tlari (Millefolii herba), eman po'stlogi (Quercus cortex), yong'oq barglari (Juglandis folium), otquloq o'tlari (Equiseti herba) va karaxindiba o'tlari (Taraxaci herba). Tonzilgon* N immunomodulyator, antibakterial, virusga va yallig'lanishga qarshi vositadir. Uning tarkibidagi o'zlarning faol komponentlari makrofaglar va granulotsitlarning fagotsitar faolligini oshiradi. Polisaxaridlar, efir moylari va flavonoidlarning bo'lishi esa kapillyarlar-ning o'tkazuvchanligini yomonlashtirib, Yuqorida nafas yo'lidagi shishni kamaytirib, yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Eman po'stlog'i, taninga boy bo'lganligi tufayli antivirus ta'siriga ega bo'ladi.

Preparat ichishga mo'ljallangan tomchi sifatida va tabletkalar ko'rinishida ishlab chiqariladi. Tonzilgon* N Yuqorida nafas yo'llarining O'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklarida (tonzillitlar, faringitlar, laringitlar), ularning asoratlari va

qaytalanishlarida, organizm qarshilik kuchini pasayishida kattalar va bir yoshdan keyin, shuningdek, bakterial infeksiyada antibakterial davoga qo'shimcha sifatida qo'llaniladi.

Tonzilgon* N ichishga: 2 ta tabletkadan yoki 25 tomchidan; bolalarga 1 yoshdan 6 gacha - 10 tomchidan; 6 yoshdan kattalarga - 15 tomchi yoki 1 ta tabletk. Kasallikni O'tkir davrida 5-6 marotaba sutkasiga qabul qilinadi, O'tkir simptomlar yo'qolgach - 3 marotaba sutkasiga qabul qilish tavsiya etiladi.

Qabul qilishga qarshi ko'rsatmalar: preparat tarkibiy qismlaridagi komponentlarga sezuvchanlik, ayniqsa Asteraceae oilasiga mansub, bolalar (1 yoshgacha) tomchi ko'rinishidagi shakliga, bolalar (6 yoshgacha) tabletk ko'rinishidagi shakliga.

Mahalliy medikamentoz davolashni fizioterapevtik usullar bilan to'ldiriladi, medikamentoz moddalar bilan ionoforez va fonoforez, murtaqlarga ultrabinafsha nurlarini ta'siri (tubus - kvars), regionar limfa tugunlariga ultraYuqorida chastotali terapiya, lazer, ultratovush (UZ) terapiya va boshqalar. Fizioterapevtik usullarni qo'llashni dastlab murtaqlar sanatsiyasidan boshlash shart, chunki fizik omillar ta'sirida rezorbsiya va murtaqlardagi patologik ajralmalar ta'sirida intoksikatsiya alomatlari kuchayadi.

U'z - terapiyasining STdagi ta'sir mexanizmi u'z - tebranishlar, murtaqlarning mahalliy morfologik, funksional va himoya vazifasini kuchaytiradi. u'z - terapevtik dozalari nospetsefik rezistentlikka ham ta'siri o'rnatilgan, bu komplement titrlari va lizotsimni o'sishini, shuningdek murtaqlarni himoya reaksiyasini, ularni funksiyalarini tik-lanishiga va patogen ta'siriga rezistentlikni kuchaytiradi. u'z - ta'sirining STdagi terapevtik effekti, vegetativ nerv sistemasini normadagi tonusi va uning vazifalarini tiklashga yordam beradi. u'z - terapiyani LOR - 1A, LOR - 3, UZT - 13 - 01 - L, «Tonzillor».

Tanglay murtaqlarini bosim ostida antiseptik yordamida «Utes», «Tonzillor» asbobidan foydalangan holda uch turdagi ta'sir: lakunalardan patologik ajralmalarni yuvib chiqarish, patogen mikrofloraga qarshi ta'sir va murtaqlar gidromassaji. ST ni

yana bir tarqalgan fizik usullaridan biri, bu murtaqlarni ultrabinafshali nurlantirish usulidir. Bu uslub integral va qisqato 'lqinli spektr tubusi orqali o'tkaziladi. Ultrabinafsha nurlantirish vaqtida murtaqlar yuzasini artish, antibiotiklar va boshqa dori vositalari bilan murtaqlarni yuvish tavsiya qilinmaydi.

ST ni davolashda past chastotali magnit maydonidan ham foydalaniladi. Davolash «Polyus-1» apparatida bajariladi. Murtaqlarni lokal magnitlash STda limfotsitlar aktivligiga ta'sir ko'rsatib, antitanalarni ajralishini va nospetsefik rezistentlikni jadallashtiradi, qonning bakteriotsidlik hususiyatini 100 barobar oshiradi.

ST ni kompleks davolashda boshqa fizik omillardan tashqari, biologik aktiv, manfiy zaryadlangan preparatlardan aerosol va elektroaerozollar: kolanxoe sharbati (Kolankoe sharbati*), peloidin, interferon, lizotsim kabi murtaqlarni muhofaza vazifasini oshiruvchi va bakteriotsid hususiyatiga ega bo'lgan dori vositalaridan foydalanish ham tavsiya etiladi.

Biologik ta'sirning keng kulami past energetik geliy - neon lazerlardan, qizil va infraqizil diapazondagi va kogerent bo'lmagan qizg'in qizil yorug'lik bu fizik omillarni STli bemorlarda qo'llashga asos bo'ldi. Davolash lazer moslamalari LG - 38, LG - 52, «Yagoda» va boshqalar. Lazer nuri sensibilizatsiyani oshiradi, hujayra mitozini jadallashtiradi, epiteliy o'sishini tezlashtiradi va elementlarning proliferativ aktivligini oshiradi, bu esa o'z vaqtida kapillyarlarni ko'payishiga va qon aylanishini yaxshilashga olib keladi. Qizil nur ta'sirida hamma joyda fagotsitlar jadallashadi, qon ishlab chiqarish tiklanadi, qon tomir o'tkazuvchanligi oshadi, mikrotsirkulyatsiya yaxshilanadi, eritrotsitlarning sonini oshadi. Mahalliy davolashda lazer nurlari bilan birga giperbarik oksigenatsiyani kompleks qo'llash, murtaqlar sanatsiyasini yaxshilashda, organizmni qarshilak kuchini oshirishda, STli bemorlar immun statusidagi nomutanosiblikni yo'qotadi.

ST da antibiotik preparatlarini tanlash, hamma yallig'lanish kasalliklaridagi kabi juda muhimdir. Bunda, bemorning bir necha bor antibiotiklarni qabul qilganini, noratsional yoki o'zining tavsiyasiga va tanishini so'ziga qarab olganligini inobatga

olish kerak bo'лади. Shunindek ST ni O'tkirlashmagan davrida antibiotiklarni tavsiya qilish maqsadga muvofiq emas, chunki buning natijasida antibiotikka rezistent mikro-organizmlar shtammlarining ko'payishiga olib keladi.

Konservativ terapiyani bir yilda 2 marotaba, anginaning tez-tez qaytalanishida bu terapiya 3-4 marotabagacha o'tkazilishi mumkin. Ammo bemorni konservativ usullar bilan batamom davolashni imkoni bo'lmayapti. Yuqoridada ko'rsatilgan konservativ davolash usullari har doim ham patogeneznining asosiy omili hisoblangan, tanglay murtaklarining patologik ajralmalardan tozalanishini ta'minlamaydi, bu esa yallig'lanish jarayonni saqlanib qolishiga, sensibilizatsiyani va organizmni intoksikatsiyasini ortishiga olib keladi. Shuning uchun, terapiyaning vaqtinchalik sog'lomlashtirish effekti kasallikni simptomlarini qaytalanishi bilan almashadi.

Bir necha bor o'tkazilgan davo kurslarining samarasizligi tufayli bemorlar TE ga yuboriladi. TASH II simptomlarini bo'lishi, TE ga to'g'ridan to'g'ri ko'rsatma bo'la oladi.

Shunday qilib, ST ni konservativ davolash usuli faqatgina terapiyaning poliaktiv usuli bo'lib xizmat qiladi. Afsuski amaliyotda, TE ni organizm uchun mahalliy va umumiy manfiy asoratlarini oxirgi yuz yildagi klinik amaliyot va ilmiy izlanishlarda inkor etilishiga qaramasdan, bemorlarga o'z vaqtida operativ davo tavsiya etilmayapti.

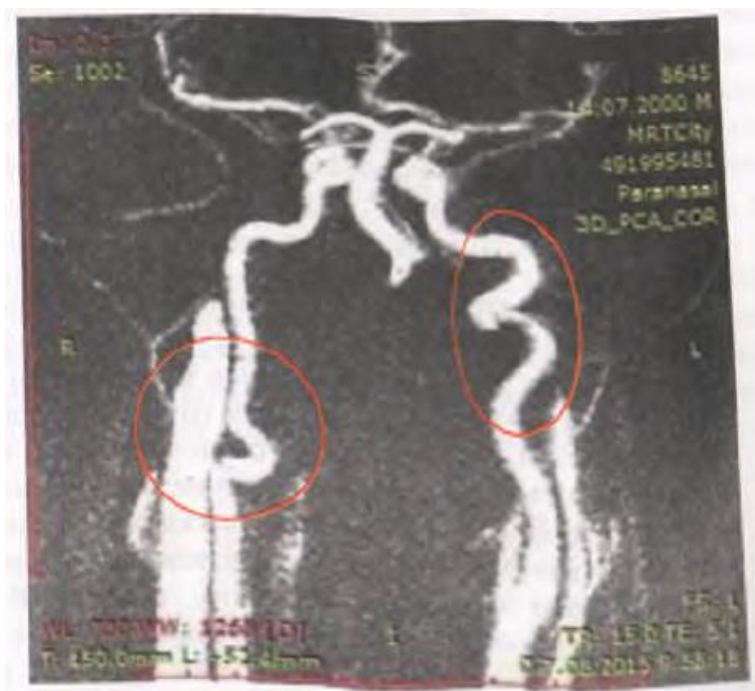
VIII BOB. TANGLAY MURTAKLARI XIRURGIYASI NUQTAI NAZARIDAN INTRAOPERATSION QONASHNING OPERATSIYADAN OLDINGI PROFILAKTIKASI

LOR organlaridagi xirurgik jarrohlikda Bo'yin qon tomirlari topografiyasi va sintopiyasini o'ziga xosligini bilishni juda katta ahamiyati bor. Ayniqsa tanglay murtaklarini, hiqildoqni, eshituv naylarini va burun halqumini. Xirurgik jarrohlikni rejalashtirishdan avval bu a'zoning tuzilishidagi o'ziga xoslik, Bo'yin qon tomirlar tuzilish anomaliyalarini inobatga olish lozim bo'ladi. Biroq, otorinolaringologiyada bu a'zoning tuzilish variatsiyasidagi va qon bilan ta'minlanishidagi va bo'yin qon tomirlari anomaliyalarini o'rganish bo'yicha tadqiqotlar juda kam. Bu muammo ko'pincha umumiy rejada o'rganiladi, ushbu muammoning amaliy tomonini, ya'ni LOR-a'zolarini jarrohligida o'rganish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ichki uyqu arteriyasini anatomo-topografik hususiyatlari.

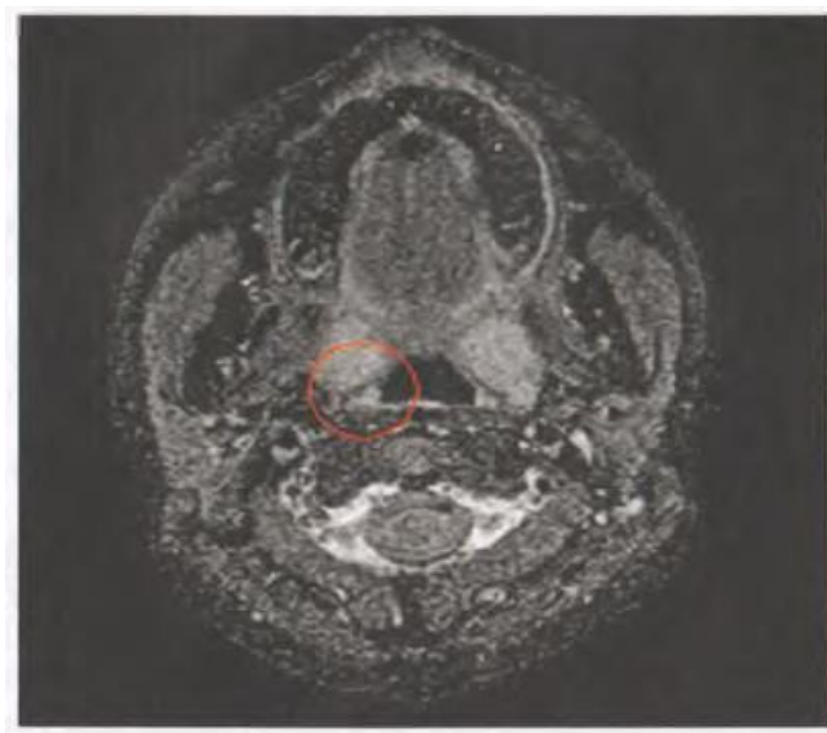
Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, ichki uyqu arteriyasining (IUA) Bo'yin qismi miya asosiga tarmoqlanmasdan boradi. 1868 yilda J. Henle IUA yo'nalishidagi o'zgarishni ma'lum qildi. Bunday ikki tomonlama o'zgarishlar, angiografik tekshiruvlar, o'limdan keyingi tizimli statistika asosida o'rganish asosida, aholi o'rtasida 10 dan 40% ni tashkil etadi. Qon tomir anomaliyalari bosh va bo'yin jarrohligida intra va jarrohlikdan keyingi qonash asoratlariga olib keladi (Schumacher W. A. et al., 1998).

Ayniqsa, uyqu arteriyalarini anomal joylashuvi halqum orti, parafaringeal va paratonzillyar sohalar kengayishiga sabab bo'lsa. TUA ning egikligi va uni halqasinig aniqlanishi bu sohadagi barcha jarrohlik amaliyotlaridagi xavf omillari sanaladi (Kryukov A.I. va boshq., 2017) (Rasm. 8.1).



Rasm.8.1. Bemor Sh., 15 yosh. ungdan a. carotis externa ni anatomik tuzilishini anomaliyasi, chap a. corotis int na tanglay murtagini yuqori qutbida joylashgan.

A.I. Kryukov va G.Yu. Sarapkinlar (2017) ilmiy izlanishlari uyqu arteriyasini kam uchraydigan anomalik rivojlanishini aniqlashgan. 19 yoshli D. bemorda, STni rejali ravishda xirurgik davolashga, tez-tez tanglay murtaqlari qonashi shikoyati bilan murojaat etgan, bo'yin tomirlari magnit - rezonans tomografiya tekshiruvidan keyin ung umumiy uyqu arteriyasining bo'linishi sohasidagi o'zgarish, ya'ni IUA va TUA ga bo'linish jarayonida, TUA tananig markaziy qismiga yaqinlashib qolganligi aniqlangan (rasm.8.2). TUA dan tarqaydigan, tanglay murtaqlarini qon bilan ta'minlaydigan tomirlar yuzaki joylashib qolganligi, tez-tez murtaqlardan qon ketishiga sabab bo'lganligi aniqlangan.



Rasm.8.2. Bemor D., 19 yosh. ungdan a. carotis externa ni anatomik tuzilishini anomaliyasi, a. corotis ning tarmogi tanglay murtagining yuqori qutbining qobig‘iga birikkan.



Rasm.8.3. Bemor D., 19 yosh. Ung tomondagi a. corotis ning tarmogi tuzilish Ung tanglay murtakning yuqori kutibida joylashgan yirik qon tomir anomaliyasi.

Halqum endoskopiya-sida o'ng tanglay murtaqlari sohasida yirik qon tomir aniqlangan (diametri 0,3 sm gacha), u tonzillyar tokchani- ng pastki qismidan yuqorida qutbgacha tortilgan bo'lgan (rasm. 8.3).

IUA anomaliyalarining klinik amaliyotdagi juda qulay klassifikatsiyasini tavsiya qilgan J. Weibel, W.S. Fields (1965):

- egiklik (tortuosity) uyqu arteriyasini O'tkir burchak hosil qilmasdan - S va S
- simon yunalishidagi deformatsiyalari;
- egiklik, halqa hosil qiluvchi (coiling);
- og'ish (kinking) - angulyatsiya (burchak hosil qilish) uyqu arteriyasini bir yoki bir necha segmentlarida, og'ish qismida stenoz hosil qilish mumkinligi.

Tanglay murtagining yuqori qutbida joylashgan yirik qon tomir IUA anomalik rivojlanishining patogenezi, irsiy elastin va kollagen tuzilishidagi yetishmovchilik va enzimlar aktivligini degradatsiyasida: kollagenaza va elastaza. Anomaliyalarning kelib chiqishi sabablari dunyo adabiyotlari xulosalariga asosan yoshga bog'liq ravishda rivojlanadigan arterio-skleroz yoki fibromuskulyar displaziya ham og'irlashtiradi va u serebrovaskulyar simptomlarni ham rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Bo'yin qon tomir anomaliyasini rivojlanishini yuqoridagi aytilganlardan farqli o'larok, bu qon tomirlarni anatomik joylashishi va rivojlanishidagi o'ziga xoslikni, ko'pincha xomila rivojlanayotgandagi jabra yorigining noto'g'ri rivojlanishini ham yoddan chiqarmaslik lozim. Bu anatomik hususiyatlar butun umr aniqlanmasdan qolishi mumkin, lekin ba'zida na faqat klinik simptomlar berishi, balki hayotga ham xavf tug'dirishi mumkin.

Shuning uchun LOR a'zolarining xirurgik davosidan avval, kasallikni klinik simptomlarini o'rganibgina qolmasdan, balki bemorning a'zolarini anatomik hususiyatlarini, yordamchi usullar, ya'ni Bo'yin qon tomirlarini anatomik tuzilishini tekshirish (Bo'yin qon tomirlar ultratovushli doplerografiyasi, kompyuterli tomografiya va braxiotsefal o'zakning kontrastli magnit - rezonans tomografiyasi).

Bemor a'zosining shaxsiy anatomo - topografik husu-siyatlari, bo'yin qon tomirlari rivojlanish anomaliyalari, shuningdek STni uzoq muddat va asoratlar bilan kechishi (Ayniqsa anamnezida paratonzillyar abscess bo'lgan), xi-rurgning malakasi va uning bilimi operatsiyani yaxshi o'tishiga va asoratlar bo'lmasligiga kafolat bermaydi.

Bugungi kunda bo'yin va tanglay murtaklari qon tomirlarining anatomo-topografik hususiyatlarini faqatgina sanoqli ST va halqum kasalliklari qo'llanmalarida yoritilgan. LOR jarrohlar TE amaliyotini bajarishda F.I. Bulatnikov (1915) va B.S. Preobrajenskiy (1954) bo'yin va tanglay murtaklari qon tomirlarining hususiyatlari, ya'ni tanglay murtaklarning yuqorida qutbidan uning qobig'idan TUA gacha masofa 41 mm ni, IUA gacha esa - 28 mm, pastki qutbidan TUA gacha – 28 mm va IUA gacha - 14 mm (jadval. 8.4).

Jadval 8.4.

***Bo'yin va tanglay murtaklari qon tomirlarini o'zaro munosabati
(Bulatnikov F.I., 1915)***

	Tashqi uyqu arteriyasi	Ichki uyqu arteriyasi
Yuqori qutb	41 mm	28 mm
Pastki qutb	28 mm	14 mm

F.I. Bulatnikovning (1915) e'lon qilingan ma'lumotlari, usha davrdagi ilmiy - texnika yetishmovchiligi tufayli bir necha kamchiliklarga egadir:

- tekshirilayotgan namunalarning juda kamligi (hammasi bo'lib 33 preparat);
- tekshiruvni muzlatilgan o'liklarda olib borilgani, bu albatta biologik to'qimalar va ularning anatomo - topografik tuzilishiga ta'sir ko'rsatadi;
- tekshiruvda bo'yinning yirik qon tomirlari va tanglay murtaklari orasidagi masofani o'lchash usullari aniq ko'rsatilmagan;
- olingan ko'rsatgichlar statistik qayta ishlanmagan;

ST li bemorlarga xirurgik davolash rejasi tuzilgach, ope-ratsiyadan oldingi qonash asoratining oldini olish maqsadida, gospitalga yetkazishdan avval bosh miya va bo'yin qon tomirlari magnit-rezonans tomografiyasi tavsiya etiladi, bu noyob usulni A.I. Kryukov, G.Yu. Sarapkin va A.A. Ivanchikov (2017) tavsiya etishgan. Bu uslubning afzalligi Bo'yinning yirik qon tomirlarini aniqlash (TUA, IUA, v.jugularis interna), tanglay murtaklari qobig'i yonidan o'tgan, shuningdek tanglay murtaklarini qon bilan ta'minlaydigan TUA yirik shoxlari hisoblangan (a. lingualis, a. maxillaris), qon aylanish tezligi bo'yicha kontrast moddasisiz aniqlashga asoslangan.

Olingan natijalar eFilm Lite programmasida ishlov beriladi, yirik qontomir o'zaklaridan to tanglay murtaklari qobig'igacha bo'lgan masofa uchta kesimda o'lchanadi (mm): Yuqorida va pastki qutblaridan va tanglay murtaklarini o'rtasidan o'lchanadi. Natijalar Microsoft Office Excel programmasining maxsus jadvallariga kiritiladi.

A.I. Kryukov va G.Yu. Sarapkin (2017) ma'lumotlariga ko'ra, a. carotis externa tanglay murtaklari yuqori qutbigacha 17,1pastki qutbigacha - 10,3, o'rtasida esa - 10,7carotis interna tanglay murtaklar yuqori qutbigacha 14,50,84 mm, pastki qutbgacha - $16,8 \pm 0,77$ mm, tanglay murtaklarini o'rtasigacha esa - $15,3 \pm 0,07$ mm tashkil qiladi. Quyidagi masofa ko'rsatgichlari xirurgik yondashuvga xavfsiz omillar hisoblanib, TUA tanglay murtaklarini qon bilan ta'minlovchi va uning yonidan o'tgan qon tomirlarni yoddan chiqarmaslik lozim (jadval.8.5).

Jadval 8.5.

Tanglay murtaklariga nisbatan qon tomirlar topografiyasi (Kryukov A.I., Sarapkin G.Yu., 2017)

	<i>TYA</i>	<i>IYA</i>	<i>a.maxillaris</i>	<i>a.lingualis</i>	<i>a.facialis</i>	<i>a. occipitalis</i>	<i>a.tonsillaris</i>	<i>v. jugularis interna</i>
Yuqori qutbidan	17 mm	14 mm	16 mm			26 mm	2 mm	28 mm
O'rta qutbidan	11 mm	15 mm	10 mm	5 mm	4 mm	15 mm	3 mm	23 mm
Pastki qutbidan	10 mm	16 mm	19 mm	6 mm		10 mm 2 mm 27 mm		

TUA sining quyidagi shoxlari qonashning asosiy sabab-laridan bo'lishi mumkin: a. maxillaris: $16,4 \pm 0,43$ mm (17,4%) - yuqori qutb; $9,6 \pm 0,02$ mm (46,2%) - murtakning o'rtasi-dan; $18,5 \pm 0,74$ mm (29,5%)-pastki qutb; a. lingualis: $4,7 \pm 0,02$ mm (6,8%)-tanglay murtagini o'rtasidan; $6,2 \pm 0,82$ mm (56,8%)-pastki qutb; a. facialis: $4,2 \pm 0,01$ mm (0, 76%) - tanglay murtagini o'rtasidan; a. occipitalis: $25,6 \pm 0,12$ mm (19%) - yuqorida qutb; $14,8 \pm 0,11$ mm (18,9%)-tanglay murtagini o'rtasidan; $9,56 \pm 0,12$ mm (3,8%) - pastki qutb; a. tonsillaris: $1,88 \pm 0,01$ mm (9,8%)

- yuqori qutb; $2,51 \pm 0,01$ mm (23%)-tanglay murtakning o'rtasidan; $2,12 \pm 0,01$ mm (11%) - pastki qutb.

Tanglay murtagidan v.jugularis interna gacha masofa: tanglay murtaklarini yuqoria qutbidan - $28,3 \pm 1,01$ mm, pastki qutbidan - $26,6 \pm 1,54$ mm, o'rtadan - $22,7 \pm 1,24$ mm.

ST bemorlarni operatsiyadan oldingi tekshiruvida qilingan bo'yin qon tomirlarini magnit - rezonans tomografiyasida IUA ko'p tarqalgan anomaliyasi (o'tkazilgan hamma tekshiruvni 11,9%). Bulardan 6,88% holatlarda IUA ni S - va S - simon egikligi, 4,13% holatlarda - qayrilib qolishi va 0,92% - IUA halqasidir.

Aksariyat aniqlangan anomaliyalar tanglay murtaklarini yuqori qutbi sohasida bo'lib, u bo'yin qon tomirlarini jarohatiga juda kam xavf tug'dirib, qonash holatini keltirib chiqarmaydi. Biroq, bir holatdagina (0,46%) IUA ni tanglay murtaklari qobig'i tomonga qayrilib qolishi kuzatilgan, albatta TE vaqtida buni inobatga olish lozim bo'ladi. TUA ni va ichki umrov venasini anomaliyalari tekshiruv vaqtida kuzatilmadi.

ST li bemorlarni operatsiyaga tayyorlash maqsadida Bo'yin qon tomirlarini magnit - rezonans tomografiyasini o'tkazish, rivojlanish anomaliyalarini va bo'yin qon tomirlar topografiyasini o'rganishda muhim omil bo'lib, u jarrohlik amaliyotini taktikasini va uning miqyosini aniqlab beradi, shuning bilan birgalikda intra va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini oladi.

Halqum jarrohligida magistral qon tomirlarni anomaliya-larini o'z vaqtida aniqlash va uni tashhislash juda muhimdir. Ayniqsa anamnezga va bemorning shikoyatlariga ahamiyat berish lozim (halqumdagi pulsatsiya, yutinishdagi qiyinchilik, tomoqdagi yot jism hissi). Bo'yin qon tomirlarini palpatsiya qilinganida, uyqu arteriyalarining pulsatsiyasini simmetrik emasligi. Orofaringoskopiya yumshoq tanglayning, hal-qumning assimetriyasiga, bo'rtib chiqishiga, halqum orqa - yon devorlarining pulsatsiyali tebranishiga (Nosulya Ye.V., 2014; Kryukov A.I. va boshq., 2017) ahamiyat beriladi. Asosli dalillarda rejalashtirilgan muolojalarni

to'xtatib turish va bemorni keyingi bosqich tekshiruvlarga, ya'ni bo'yin magistral qon tomirlari anomaliyalarni inkor etish (tasdiqlash) maqsadida.

IX BOB. SURUNKALI TONZILLITNING XIRURGIK DAVOSI.

TONZILLOEKTOMIYANING AN'ANAVIY USULI

Tonzilloektomiyani birinchi bor eramizdan avvalgi 30 yilda Qadimgi Rimda Avl Korneliy Sels nomli shifokor bajargan. U murtaklarni skalpel yordamida maxsus ilgichlar yordamida olishni yozib qoldirgan.

STni eng samarali usuli ikki tomonlama ekstrakapsulyar TE - tanglay murtaklarini qobig'i bilan birgalikda olib tashlash. ST TASH II , ST TASH I da 2 - 3 konservativ terapiyani 2-3 kursini samarasizligida bajariladi.

TE ga qarshi absalyut ko'rsatmalar:

- yurak poroklarini bo'lishi, II - III darajali yurak yetish-movchiligi bilan;
- kandli diabetni og'ir shakllari, ketonuriya bilan;
- buyraklarni surunkali kasalliklari, buyrak yetishmovchiligi bilan;
- gemofiliya va boshqa gemorragik diatez bilan kechuvchi kasalliklar;
- o'pkaning aktiv shakldagi tuberkulyozi.

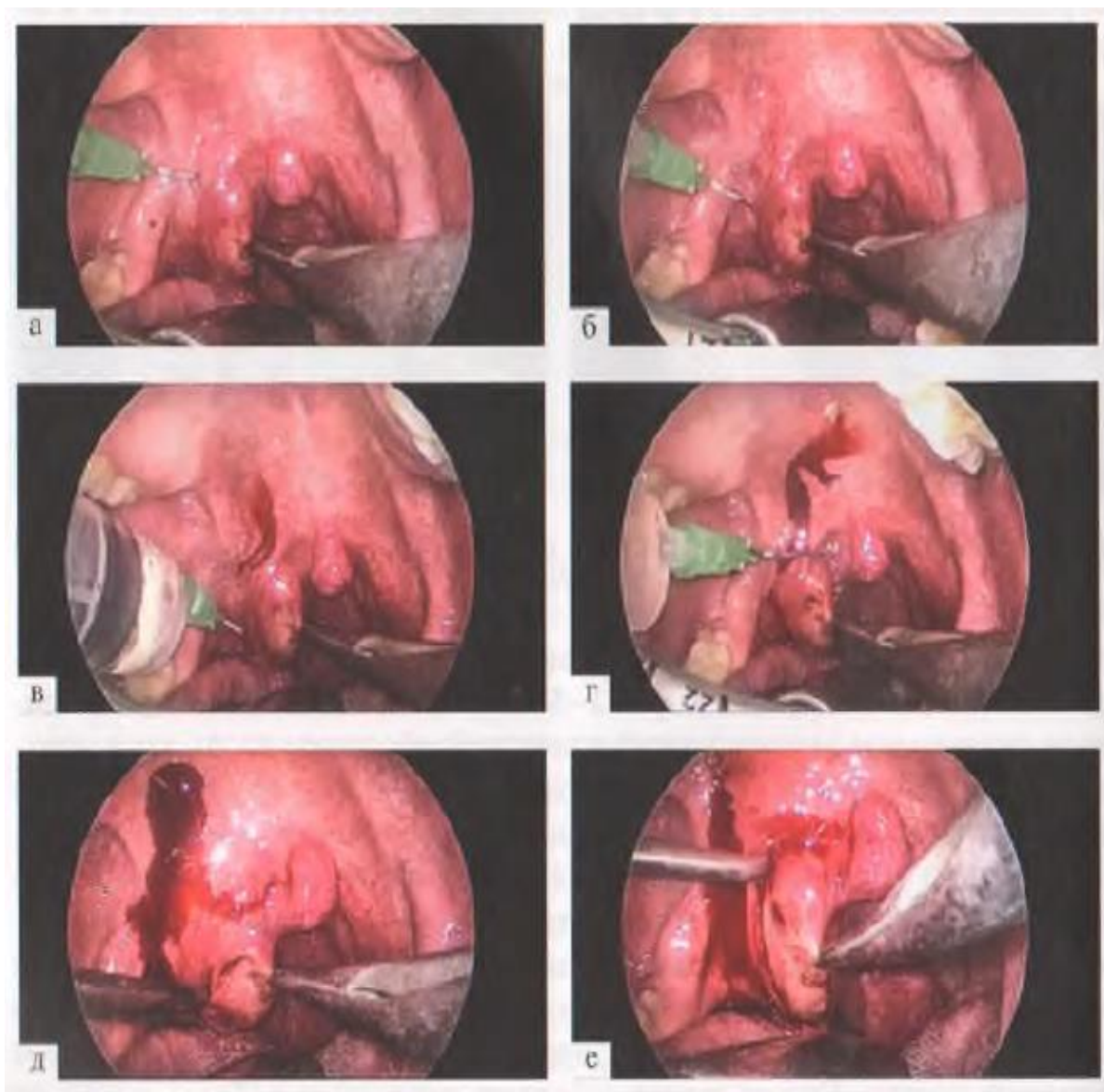
Nisbiy qarshi ko'rsatmalar bemorning umumiy ahvoliga qarab, xirurgik mulojasiga vaqtinchalik to'sqinlik qiladigan sabablar bo'lsa, uni bartaraf qilingach o'tkazish tavsiya etiladi.

Mahalliy og'riqsizlantirish, ya'ni 10% lidokain eritmasi yordamida og'iz-halqum shilliq qavati applikasiya qilinadi (ba'zi otorinolaringologlar xirurgik muolaja vaqtida, qonli aspiratsiya bo'lmasligi uchun, applikatsion anesteziyadan voz kechishadi), so'ng infiltratsiyali anesteziya [0,5-1% prokain eritmasi (Novokain*), lidokain, artikain, trimekain]. Anestetikning eritmasi 2-3 ml miqdoridagi eritmasi, uzun ingichka igna yordamida, ko'pincha 4-5 nuqtaga (murtakning yuqori qutbiga, oldingi ravoqning o'rta va pastki sohalariga, murtakning pastki qutbiga va orqa ravoqqa yuboriladi) (rasm. 9.1, a, b).

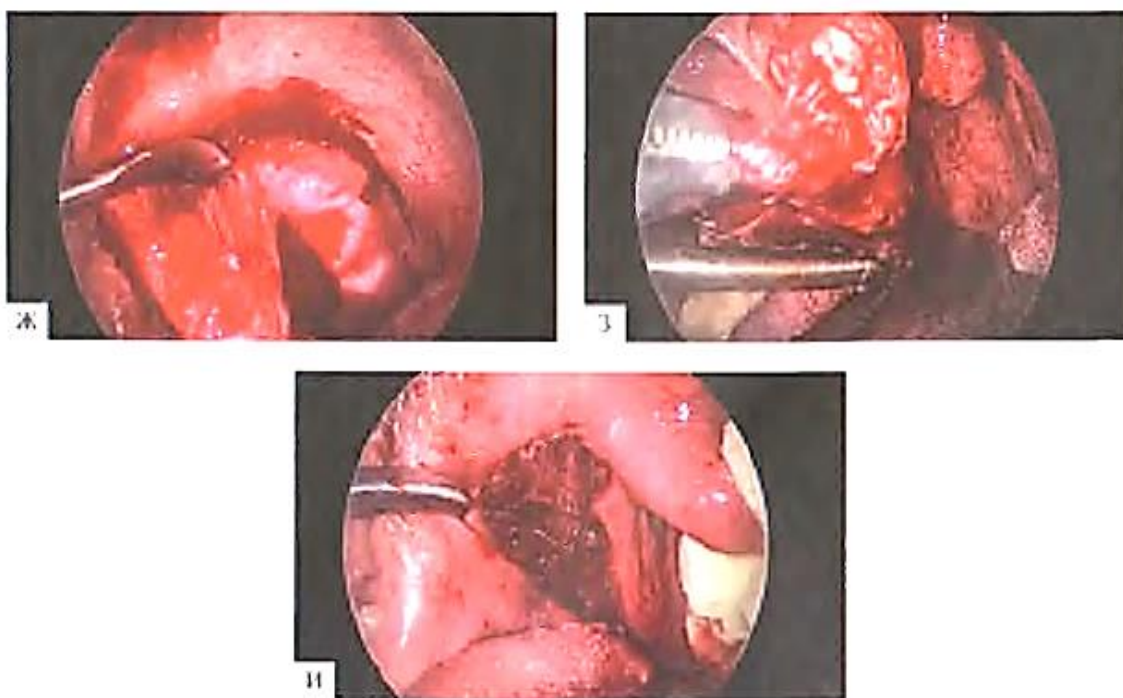


Rasm. 9.1. Mahalliy anesteziya ostidagi tonsillektomiya vaqtidagi shifokor va bemorning holati

Jarrohlikning mohiyati, tanglay murtaklarini ikki tomon-lama qobig‘i bilan olib tashlashdir. In'yeksiyadan 3-5 min. dan so‘ng oldingi tanglay ravoqlari sohasidan o‘tkir skalpel yordamida shilliq parda kesiladi (rasm.9.2, d). Bu kesim shilliq parda ichigacha bormasligi lozim. Kesimdan egik raspator kirgiziladi (rasm.9.2, ye). Murtaklarning yuqorida qutbi ajratilgach, murtaklar qisqichga olinadi. Ba'zi xirurglar mo‘traklarni o‘rtaga surib ajratishadi. Shundan so‘ng esa oldingi ravoqlar shilliq pardasidan kesma qilishadi va yuqori qutbini ajratishadi. To‘mtoq usullar bilan murtaklar qobig‘i bilan oldingi ravoqlardan ajratiladi, pastki qutbni yopib turgan uchburchak burmagacha. Shunday usul bilan orqa ravoqlarni ham ajratiladi. Murtaklar qobig‘i bilan birgalikda pastki qutbgacha raspator yoki qoshiqcha yordamida ajratiladi. Uchburchak burma chetlari esa qaychi yordamida kesib olinadi (rasm. 9. 3).



Rasm. 9.2. Tonzillektomiya: a, b, v, g - anestetik yuboriladigan nuqtalar; d, ye - jarrohlik bosqichlari



Rasm. 9.2. Davomi. Tonzillektomiya: j, z, i - jarrohlik bosqichlari



***Rasm. 9.3. Tonzillektomiyaga kerak bo'ladigan
asboblarni to'plami***



Rasm. 9.4. Umumiy og‘riqsizlantirish ostidagi tonsillektomiya vaqtidagi shifokor va bemorning holati:

a - jarroh o‘tirgan holatda; b - jarrohning turgan holati;

v - bemorning holati

Chandiqlar to‘mtiq usullar bilan ajratiladi. Buning iloji bo‘lmasa, ularni murtak qobig‘iga yaqin joydan qaychi yorda-mida kesib olib tashlanadi. Murtaklarni pastki qutbgacha ajratilgach, medial tomonga surib Boxon halqasini murtaklarga

kirgizilib, pastki qutb asosigacha olib borilib, murtaklarni qoldigini qoldirmasdan olib tashlanadi (rasm 10.2,z).

Huddi shu usul bilan ikkinchi murtak ham olib tashlanadi. Gemostaz qilinadi. Murtaklar tokchalariga dokadan qilingan koptoksimon moslamani 1-2 minutga devorga taqab turiladi.

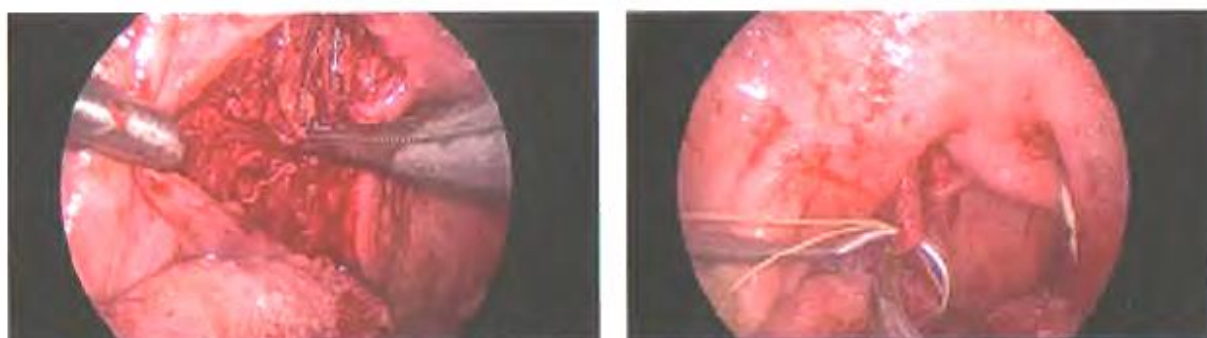
Endotraxeal narkoz ostidagi TE ham, mahalliy og'riqsiz-lantirish ostida qilingan jarrohlik kabi, huddi shunday bosqichlardan iborat. Bemorning holati - yotgan holda bosh osiltirilib qo'yiladi. Jarroh bemorning boshida turgan yoki o'tirgan holatda bemorga qaragan holda bo'ladi (rasm.10.4). Qonaydigan tomirlar koagulyatsiya qilinadi yoki tikiladi (rasm. 10.5,10.6).

Jarrohlik xonasida to'liq gemostaz bo'lganligiga iqrar bo'lingach, tonzillyar tokchalaridagi quruqlikka ishonch hosil qilinganidan so'ng va bemorni to'liq narkozdan chiqarilgach, xonaga kuzatib qo'yiladi.

Jarrohlikdan keyingi davr. Jarrohlikdan so'ng bemorni aravachada xonaga kuzatib qo'yiladi va o'ng yonboshga yotqiziladi. Bo'yinga muz pufagi qo'yiladi, u o'ng va chap tomonga vaqti-vaqti bilan almashtiriladi. Odatda jarrohlikni birinchi sutkasida ko'p miqdorda so'lak ajralishi kuzatiladi, lekin bemor so'lagini yutmasligi lozim, shuning uchun bemorga og'izni ochib nafas olish tavsiya etiladi; og'iz oldiga qon aralash so'lakni shimib oluvchi mato qo'yiladi. Tupurish va yo'talish man etiladi. Yutinishdagi og'riqqa qarshi mushak orasiga analgetiklar buyuriladi.



***Rasm.9.5. Tonzillyar tokcha qon tomir ligitatsiyasi uchun ishlatiladigan
Kulikovskiy ignasi***



Rasm 9.6. qonayotgan tomirga qisqich qo'yish va uni tikish

Operatsiyadan keyin birinchi kun ovqatlanish, suv ichish va gapirish ruxsat etilmaydi. Qolgan kunlari esa 4 - 5 kun davomida issiq bo'lmagan, suyuq va butkasimon ovqatlar tavsiya etiladi.

Yotoq rejimi 1 - 2 kun davom etadi. Operatsiyadan keyin 2 kun davomida tomoqni chayish tavsiya etilmaydi, chunki bu davrda jarohatning yuzasi fibrin bilan qoplanishga ulgurmaydi. Keyin esa yengil antiseptik va o'simliklar eritmalari (adachil, moychechak va boshk.) bilan tomoqni chayib turish tavsiya etiladi. Statsionarda yotish vaqti - 4 - 5 kun, ishdan ozod qilinishi - 10 kunni tashkil etadi. Uch hafta mobaynida og'ir jismoniy ish qilish ham man etiladi.

ST li bemorlar va birga kechadigan kasalliklari (revmatizm, poliartrit, nefrit, endokardit va boshq.) bo'lgan bemorlarga profilaktik maqsadda, bu kasalliklarni o'tkirlashuvini oldini olish maqsadida, operatsiyadan keyingi davrda, penitsillinoterapiya va antirevmatik davo tavsiya etiladi.

Operatsiya birga kechadigan kasalliklarni turg 'un re-missiyasi davrida bajariladi.

Bemorlarni dispanser nazoratidan oxirgi konservativ davodan keyin 3 yil davomida STning o'tkirlashuvi kuzatilmasa yoki TE dan 6 oydan keyin chiqariladi (Bogomilskiy M.R., Garamyenko T.I., 1999).

X BOB. TONZILLOEKTOMIYADA FIZIK USULLARNI QO‘LLASH

Hozirda shifokor - otorinolarolog arsenalida zamonaviy texnologiyalar va ST ni xirurgik davolashni ko‘plab usullari mavjud. Zamonaviy meditsina uskunolari minimal xirurgik jarohat ta'sirida, klinik samarani olishga mo‘ljallangan. Bu esa operatsiyaning dastlabki davridagi bemorning hayot tarzida aks etmog‘i lozim. Hozirgi kunda LOR - kasalliklarini xirurgik davolashdagi hamma talablarga javob beradigan universal apparat mavjud emas.

Meditsina uskunalarini ishlab chiqaruvchilarga keng ko‘lamdagi texnik savollarga javob beruvchi fizik omillar yotadi. Ishlatiladigan uskunalar yordamida TE an'anaviy «sovuq» (asboblari bilan) yoki «qaynoq» usul bilan o‘tkazish mumkin. TE «qaynoq» usulida issiqlik energiyasi to‘qimalarni ajratishga va tomirlar koagulyatsiyasiga xizmat qiladi. Diatermiya, TE ni «qaynoq» usulida qattiq og‘riq sindromiga sabab bo‘ladi, bu esa uzoq muddat bemorni me'yordagi ovqatlanishini o‘zgartirib yuboradi (Scott A., 2006).

Koblatsiya - nisbatan yangi, «qaynoq» usulning tanglay murtaqlarini radikal olib tashlashdir. Bunda to‘qimalarni koblatsion olib tashlash, bipolyar elektro xirurgiyani bir turi bo‘lib, u past haroratda (40° dan 70°S gacha). A.Scott o‘z ma'lumotlarida «Hot techniques for tonsillectomy), kob-latsiyada atrof to‘qimalardagi termik jarohat minimal, ope-ratsiyadan keyingi og‘riqni kamroq va to‘qimalardagi qonashni minimal darajada bo‘lishini aytadi.

Tanglay murtaqlarni yangi uslub bilan olishda garmonik skalpeldan, 80 mkm masofadan, 55,5 kGts chastota bilan tebranishi, atrof to‘qima qisqarishiga va issiqlik energiyasini ajralishiga (50-100°S), bu esa usulning koagulyatsiya omiliga sabab bo‘ladi.

Lazer texnikasini qo‘llash nisbatan «qaynoq» TE ga kiradi. SO² va neodim lazer (Hd:YAG) qo‘llash spektri chegaralangan bo‘lib va xirurglar uni skalpel va koagulyatsiya uchun ishlatishadi. Tanglay murtaqlarini olib tashlashni

yuqoridagi aytib o'tilgan usullari o'ziga yarasha yaxshi va yomon taraflari bo'ladi. Bunda, TE ni koblatiya usuli boshqa usullarga nisbatan, to'qimalarga fizik ta'siri bo'yicha afzalliklarga egadir. Shuni ta'kidlash lozimki, lazer xirurgiyasini imkoniyatlari hali to'liq ishlatilmayapti.

10.1. Lazer assistentligi ostidagi tonzillektomiyaning hususiyatlari

Bizningcha, TE da xirurgik lazerni qo'llash juda dolzarb masaladir. A.I. Kryukov va G.Yu. Sarapkin tanglay murtaklarini golmiy lazeri (Ho:YAG) yordamida olib tashlash uslubini ishlab chiqishdi. Xirurgik lazerning bu turidan foydalanishning sababi, uning impulsli nurlanish xarakteridir, suvni shimilishining (40 sm) yuqorida koeffitsiyenti, 0,4 mmdan ortmagan chuqurlikka ta'sir ko'rsatishidir. Ho:YAG lazer nurlari kvarsli ingichka yorug'lik o'tkazuvchi sim orqali ta'sir ko'rsatadi, bu uning in'yeksiya kabi qo'llanishidir. Ho:YAG ni impulsli nurlanishni suvdagi tarqalishi (20 gacha energiyani yo'qolishi bilan) uni juda tez optik tolali o'tkazgichni distal qismida bug'lanish sodir bo'ladi. Buning natijasida bug'li mikropufakchalar, ya'ni bu lazer nurining tiniqlik ta'siridir. Shuni aytish lozimki, SO^2 - nurlanishli ta'sirga nisbatan uning afzalligi shundaki, golmiy lazeri ta'sirida koagulyatsiya, qonning «qaynashi» natijasidagi tromb hosil bo'lishi emas, balki qon tomirlarni buralib qolishidir (Grachev S.V., 2003). Ho:YAG - lazer TE sida tanglay murtaklarini sohta qobiq hosil qilish hususiyati, ya'ni uning paratonzillyar sohani chegaralab turishi hisobga olinadi.

Tanglay murtaklarini olishdagi prototip sifatida koblatiya usulini tanlangan. Ho:YAG lazer nurlanishni parametrlarini empirik usulda, ya'ni pastki burun chig'anoqlarini lazerli ta'siridagidek doza olingan (Kryukov A.I., Sarapkin G.Yu., 2016).

Ho:YAG - lazer nurlanishi ta'siridagi tonzillektomiyaning A.I. Kryukov va G.Yu. Sarapkinlar tomonidan ishlab chikilgan metodologiyasi.

Birinchi bosqichda paratonzillyar (tanglay murtaklarini sohta qobig'i ortidan) 0,9% natriy xlorid eritmasini 10 ml miqdorida yuboriladi, undan so'ng oldingi va

orqa yoylarga infiltratsiya qilinadi. Golmiy lazer tizimi VersaPuls 20w Ho:YAG - nurlanishni quyidagi parametrlari bilan: quvvati - 4,8 Vt, impuls energiyasi - 0,6 Dj, impuls chastotasi - 8,0 Gts. Nurlantiruvchining egiluvchan yorug 'lik moslamasi oldingi yoylarning asosiga va kontaktsiz 0,5 mm masofada yoylar murtdan ajratiladi. Keyingi bosqich oldingi yoylar orqali (rasm.9.6) nuqtasimon paratonzillyar sohaga yorug 'lik mosla-masi chuqurroq, ya'ni sohta qobiq tomonga yo'naltiriladi. Lazerli «in'yeksiya» yuqorida qutb tomonga, murtdaklarni yuqorida va o'rta sohasiga qilinadi. Murtdakning pastki qutbiga intratonzillyar bug'lantiriladi. Lazer nurlarining impulsli ekspozitsiyasi 4-6 s, shundan so 'ng yorug'lik moslamasi sekin asta to'qimadan olinadi.

Jadval 10.1.

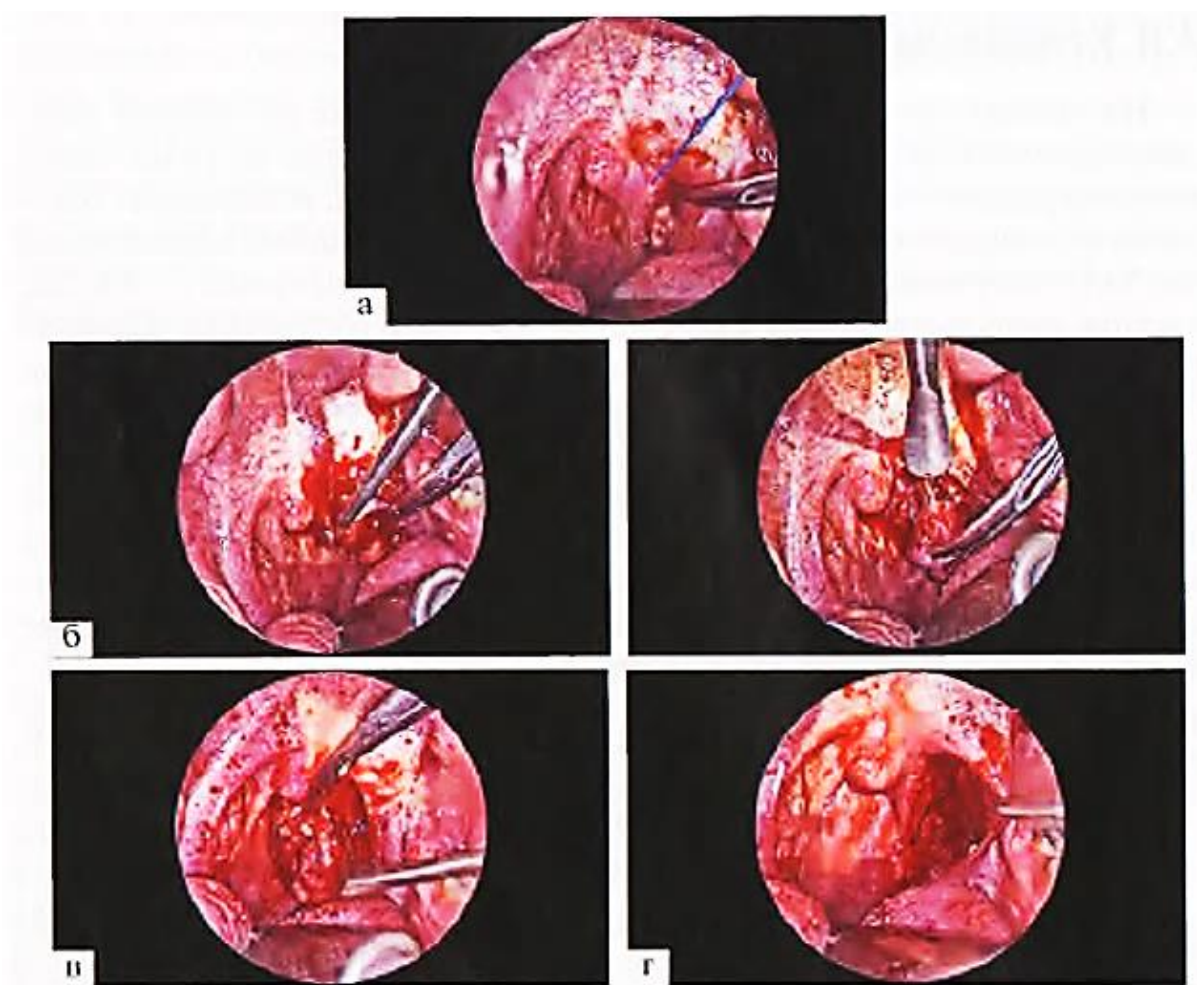
***Ho:YAG - lazerining ta'sir parametrlari
(Kryukov A.I., Sarapkin G.Yu., 2017)***

Ho:YAG - lazerning tanglay murtdaklari to'qimalariga ta'siri				
Ta'sir turi	O'zaro ta'sir turi	Lazer ta'sir parametrlari		
		vaqt, s chastota, Gts	kuvvati, Dj	
Lazer ta'sir parametrlari		–	0,6 – 0,8	10
vaqt, s chastota, Gts	kuvvati,Dj	3 - 5	0,6	6 – 8
Chandiqlar ni olish / gemostaz	kontaktsiz (0,2 - 0,5sm)	–	0,4 – 1,2	10 – 12

Ho:YAG - lazerining bunday qo'llanilishi, paratonzillyar sohada fiziologik eritmani va kletchatkani bug'lantirishning xavfsizligini ta'minlaydi. Bunda, tanglay murtdaklarining qobi-g'ini uning tokchasi muskulidan ajratib olish atravmatik

ravishda, bir vaqtning o'zida qon tomirlar koagulyatsiyasi ham bajariladi (rasm. 11.1). Shundan so'ng, TE ni an'anaviy, qabul qilingan xirurgik asboblardan davom ettiriladi. Tanglay murakkablarini ajratish qiyin bo'lmaydi. Chandiqlar qobiqqa yaqin joydan lazer yordamida ajratiladi. Kuzatuv 30 kun davomida olib boriladi.

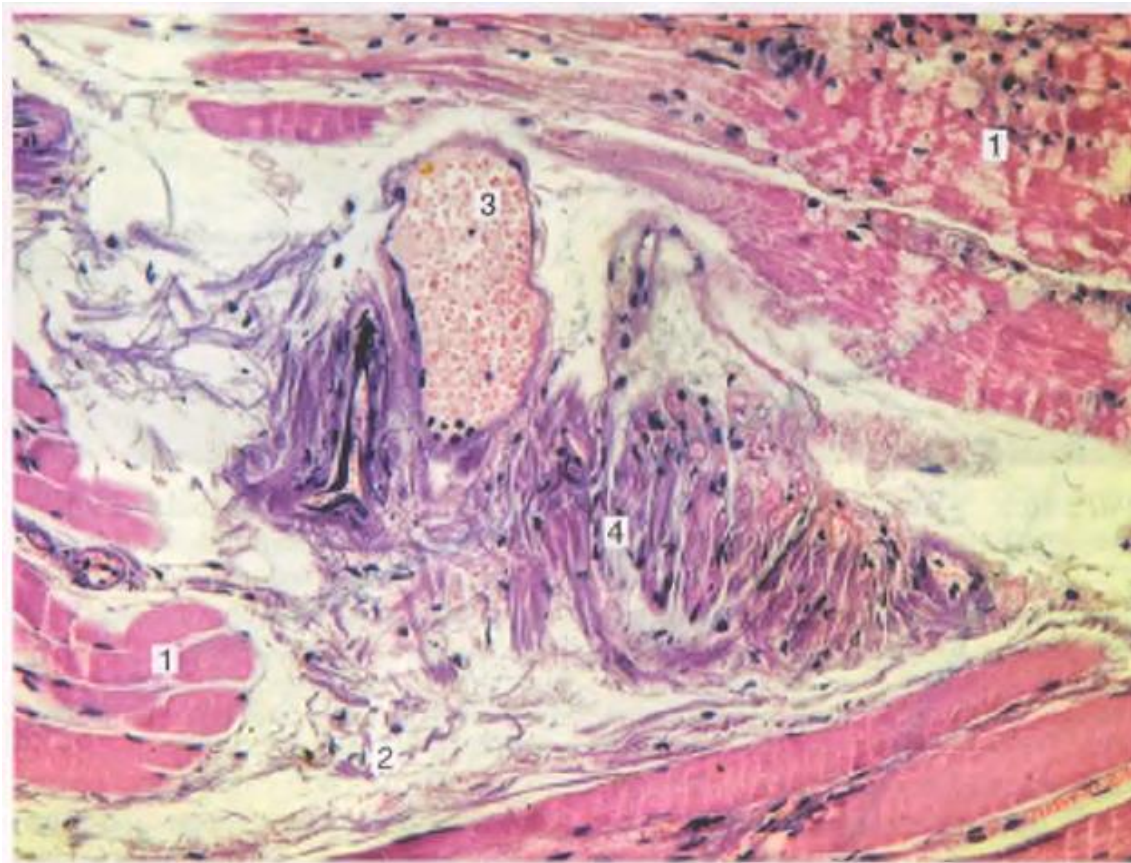
TE da gelmiy lazerini qo'llash STni xirurgik davolashdagi samarasi juda katta. Lazer yordamidagi TE ni amaliy otorino-laringologiyada ishlatishga tavsiya qilsa bo'ladi (Kryukov A.I., Sarapkin G.Yu., 2017).



Rasm. 10.1. Ho:YAG lazer assistensiyasi yordamidagi tonsillektomiya bosqichlari:

a - kesim; b - raspator va qoshiqcha yordamida ajratish;

v - Boxon halqasi yordamida qirqish; g - murakkab tokchasini quruqligi

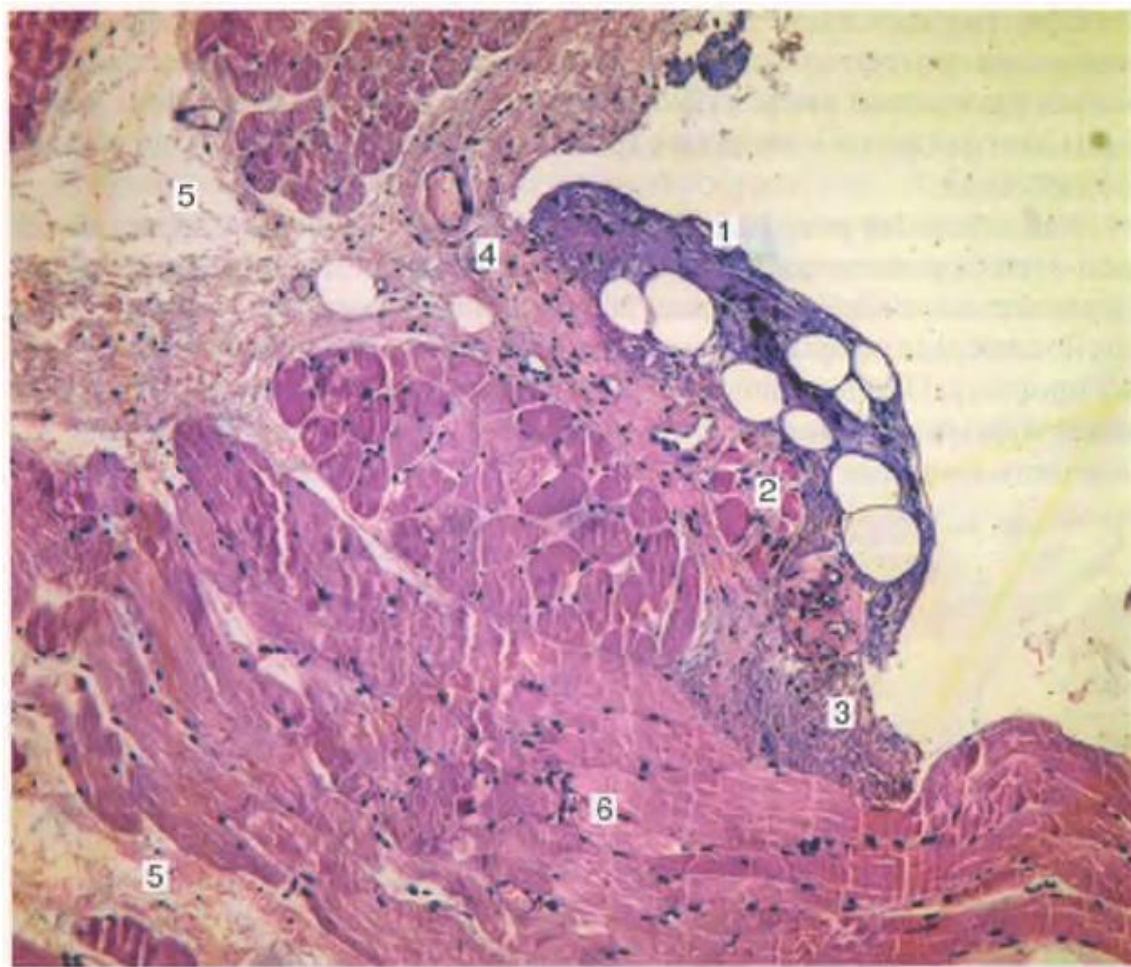


Rasm. 10.2. Tonzillektomiya. Elektrokoagulyatsiyadan keyingi gistologik ko‘rinish. Nekrozga yaqin joydagi biopstatda: 1 - koagulyatsion nekrozdan keyingi tarqalgan o‘choqlar va distrofik o‘zgarishlar (fragmentatsiya, qisman lizis) ko‘ndalang targ‘il mushak tolalarining; 2 - o‘zakning shishi; 3 - venullarning qonga to‘laligi va eritrostaz; 4 - qon tomirlar devorini spazmi va nekrozi (gematoksilin - eozin, x200 bo‘yog‘i)

Keyinchalik TE da lazer nurlanishini va elektrokoagulya-torning ta'sirini halqumni orqa devor to‘qimasiga, murtaklar tokchalaridagi to‘qimaga ta'siri va uni taqqoslashni o‘z oldiga maqsad qilib qo‘yildi.

Quyida shu ta'sirlarni to‘qimalardagi gistologik ko‘rinishi preparatlarda aks ettirilgan.

11.2, 11.3, rasmda ko‘rinadi, og‘iz-halqumni yon devori mushak qavatni lazer nurlanishidan so‘ng, yuzaki qavatda koagulyatsion nekroz aniqlanadi. Nekroz zonasida tomirlar devoridagi koagulyatsiyani, qonning shaklli elementlaridagi fibrinni yo‘qolishiga olib kelgan. Nekrozga yaqin joydagi chu-qurroq joylashgan to‘qima nisbatan o‘zgarmagan, qonga to‘laligi va shish minimal, shilliq bezlari saqlangan.



Rasm 10.3. Tonzillektomiya. Lazerli koagulyatsiyasidan keyingi intraoperatsion gistologik ko‘rinish. Yuzaki koagulyatsion nekrozning o‘choqlari:

1-birlashtiruvchi to‘qimani; 2-ko‘ndalang targ‘il mushak tolalarini; 3-arteriolalar devori va kapillyarlarning eritrotsitlar koagulyatsiyasi va ularning bo‘shlig‘idan fibrinning tushib qolishi; 4 - venullarning qonga to‘liqligi va eritrostaz. Qo‘shni to‘qimada: 5 - shish kamroq; 6 - distrofik o‘zgarishlar

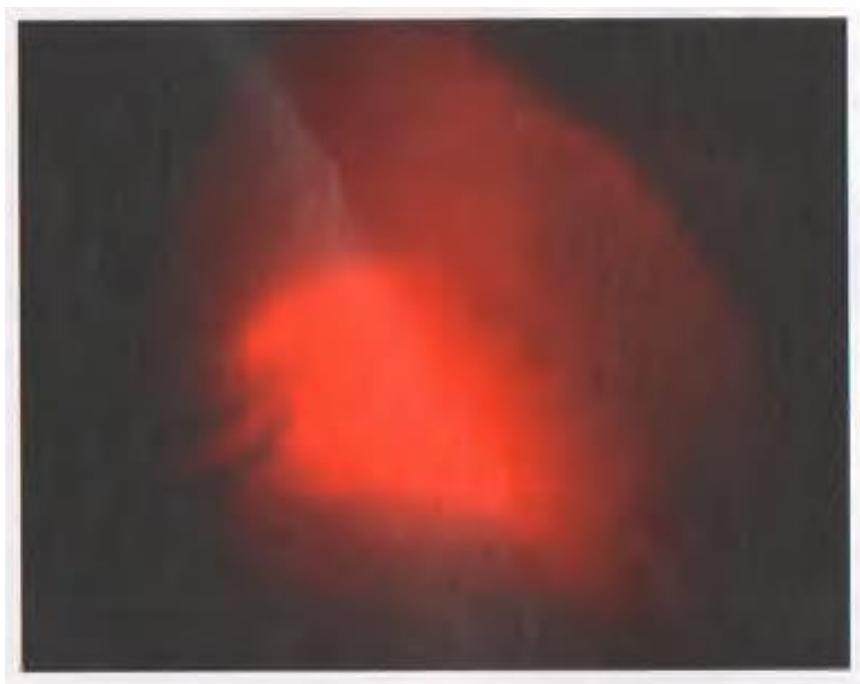
*(fragmentatsiya, qisman lizis) mushak to'qimalarda (gematoksilin - eozin, x120
bo'yog'i)*

Elektrokoagulyatsiya qo'llanilgan preparatlarda, nekroz zonasida, to'qimalarning hamma komponentlari va tomirlardagi chuqur va tarqalgan koagulyatsion nekroz aniqlanadi. Ta'sir to'qimada qattiq shish, mikrotsirkulyator tomirlardagi qonga to'lalik, mushaklar tolalaridagi tarqalgan va chuqurroq nekrotik va distrofik o'zgarishlar aniqlanadi. Shilliq bezlaridagi distrofik o'zgarishlar, tomirlarda keskin spazm, devorlardagi nekroz va qonning shaklli elementlaridagi koagulyatsiya (elektrojarohatdagi morfologiyaga o'xshash, mushaklar fragmentatsiyasi, og'ir spazmdagidek, va tomirlar nekrozi).

10.2. Paratonzillyar sohani intraoperatsion diafonoskopiya

A.I. Kryukov va G.Yu. Sarapkin paratonzillyar sohani diafonoskopiya qilish usulini kogerent nurlanish golmiy (Ho: YAG) lazeri yordamida bir vaqtning o'zida gemostaz qilishni ST TASH I va ST TASH II darajali bemorlarga qo'llashni ishlab chiqishgan (ihtiroyat patenti № 2621950).

Ikki tomonlama golmiy (Ho:YAG) lazeri assistensiyasi ostidagi TE da ST TASH I va TASH II bemorlarda paratonzillyar sohani intraoperatsion 0,9% natriy xlorid anestetikini eritmasini infiltratsiyasidan keyin, golmiy lazerning kremniyli o'tkazgichi orqali tanglay mo'rtaklarining va paratonzillyar sohani qon tomirlari ko'zga ko'rinadi, bu esa xirurgga qonashi mumkin bo'lgan tomirlarni ehtiyotkorlik bilan yondoshishni va keyingi bosqichlarda qonash ehtimolini kamaytiradigan yo'lni qidirishga imkoniyat beradi. Shuningdek bu usul, tonzillyar qon tomirlarni preventiv gemostazini, ya'ni tonzillyar qon tomirlarning koagulyatsiyasini bajarishga imkoniyat beradi, bu esa bir necha marta qon yo'qotishni kamaytiradi va asoratlarni yuzaga kelish xavfini, erta va operatsiyadan keyingi vaqtdagi qonash asoratlarini yo'qotadi.



Rasm 10.4. Paratonzillary sohani diafanoskopiyasi

Natijada, ST li bemorlarni xirurgik davolash sifati oshadi, bemorlarni statsionardagi yotish muddati kamayadi, ope-ratsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanish xavfi kamayadi. Usulning mohiyati quyidagidek. Endotraxeal narkoz ostida, orotraxeal intubatsiyadan so'ng, og'izochgich o'rnatilgandan keyin tonzillary tokchaga, paratonzillary sohaga 0,9% natriy xlorid eritmasini 5 - 10 ml miqdorida yoki mahalliy anestetikni shu miqdorda yuboriladi, shu yerda «suvli-yostiqla» hosil bo'ladi. So'ngra sun'iy yoritgichsiz infiltratsiya qilingan to'qimaga kremniyli yoritgich o'rnatilgan qizil gelmiy (Ho:YAG) lazeri kirgiziladi. Buning natijasida paratonzillary soha o'tkazilgan yoritgich ta'sirida och pushti rangga kiradi, tonzillary tomirlar esa to'q jigarrangga kiradi, umumiy kontrast fonida (rasm. 11.4.).

Agar paratonzillary sohani lazerli diafonoskopiyasida qon tomirlar aniqlansa, bu sohaga Ho:YAG lazeri qo'llaniladi, intra va operatsiyadan keyingi qonash asoratlarini oldini olish maqsadida murtak tokchalari gemostaz qilinadi.

Bemorlarni dinamikada korish 7,14 kunda va xirurgik davodan 1 oydan so'ng amalga oshiriladi.

Preventiv lazer gemostazi gelmiy lazerining quyidagi parametrlarida amalga oshiriladi: $Y_e=0,6D_j$, $R=6 - 8 \text{ Gts}$, $t= 1 - 3 \text{ s}$. Shundan so 'ng golmiy lazeri assistentligida ikki tomonlama TE bajariladi. Bemorlarni dinamikada ko 'rish 7,14 kunda va xirurgik davodan 1 oydan so 'ng amalga oshiriladi.

Shunday qilib, bu usulni qo 'llash TE keyingi intraopera-tsion qonash asoratini kamaytiradi, bemorlarni statsionarda yotish muddati qisqaradi.

Tanglay murtaklaridagi boshqa tur, ya'ni lakunatomiya, lazerli intratonzillyar destruksiya, tanglay murtaklarni radio-chastotali ablyatsiyasi kabi xirurgik amaliyotlari o'zini samarasizligi va polliativligi tufayli ushbu qo'llanmada ta'rif berilmagan.

XI BOB. TONZILLEKTOMIYANING INTRAOPERATSION VA OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLARI

- Kollaps, shok (anafilaktik).
- Qonash.
- Paratonzillit, paratonzillyar abscess, parafaringit, mediastenit.
- Bo ‘yinning yon bosh emfizemasi.
- Parez va bosh miya nervlarini jarohati (tranzitor).
- Operatsiyadan keyingi tomirlar trombozi.
- Ovoz yorugini olingan murtak bilan obturatsiyasi.
- Pnevmoniya.
- Stomatit, gingivit, glossit, O‘tkir til murtagi tonzilliti, o‘tkir yiringli o‘rta otit, aspiratsion pulmonitlar.
- Sepsis.

11.1. Tonzillektomiyadan keyingi qonash

TE dan keyingi davrda ko ‘pincha texnik og ‘ir opera-siyadan keyingi asoratlar kuzatilishi mumkin: tranzitor (yuz nervlarini jarohati), infeksiyon (parafaringit, bo ‘yin flegmonasi, oldingi mediastenit, tonzillojen sepsis), gemorragik.

Bulardan eng ko ‘p va xavfli intraoperatsion va operatsiya-dan keyingi asoratlardan murtak tokchalaridan qon ketish asoratidir. Qonash qayerdanligiga qarab, qon tomir orqali, ya'ni lokal gemorragiyaning aniq joyidan va parenximatoz - murtak tokchalari yumshoq to‘qimalaridan, xarakteri bo‘yicha arterial va venoz, aniq yoki yashirin xarakterli bo‘ladi.

Operatsiyadan keyingi qonash, turli avtorlarning ma'lu-motlariga qaraganda, operativ davo o ‘tkazgan bemorlarni 1,5 - 13 foizni tashkil etgan.

Qonash asoratining bo ‘lishi bemorning yoshiga bog ‘liqligi qayd etilgan. Binobarin, 11 yoshgacha bolalarda bu ko ‘rsatgich 3,1%, kattalar guruhida 12 - 15 yosh - 2,5%, 15 yoshdan kattalarda - 10,8% (Kim D.W. et al., 2010).

Quyida operatsiyadan keyingi qonashning vaqti va manbai bo'yicha klassifikatsiya berilgan.

- Paydo bo'lish vaqti bo'yicha:
 - intraoperatsion - operatsiya vaqtida;
 - ertangi, yoki birlamchi, -kechki operatsiyadan 24 s keyin
- Manbai bo'yicha:
 - qon tomirdan (arterial, venoz);
 - parenximatoz.

Qonash vaqtida tonzillyar murtak o'rnini qon laxtalaridan tozalash va gemorragiya bo'lishi mumkin bo'lgan joylarni yaxshilab ko'zdan kechirish lozim:

- murtak o'rnining yuqorida qismlari, oldingi va orqa ra-voqlar burchaklari, tanglayning tushayotgan arteriyasi shox-chasi - yuqorida tonzillyar arteriya;

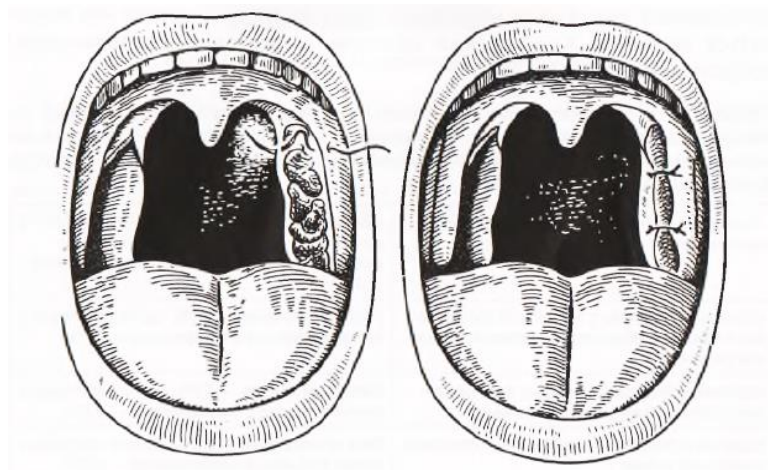
- murtak o'rnini o'rta qismlaridagi oldingi ravoqlarni oldinga surilganda - murtak arteriyasi, ko'tariluvchi tanglay arteriyasi shoxchasi (yuz arteriyasi shoxi) va kamdan kam IUA yoki halqumni kutarilayotgan arteriyasi;

- murtak o'rnini pastki qismlaridan - til va yuqorida jag' arteriyasi shoxlaridan.

TE da qonashni to'xtatishning usullari:

- Tupfer bilan bosib turish.
- Qonayotgan qon tomirga 10-15 minutga ligatura qo'yish.
- Qon tomirni tikish.
- Natriy chloridni 0,9% bilan infiltratsiya qilish (kamida 10 - 15 minut).
- Koagulyatsiya.
- Ravoqlarni tikish.
- Maxsus qon tuxtatuvchi-Mikulich kompressori, Duayen, Bosvil, Marshik, Voskresenskiy kiskichlarini urnatish.
- TUA boglash.
- Qonayotgan joyga qisqichlarni o'rnatish-Mikulich kom-pressori, Duayen, Bosvil, Marshik, Voskresenskiy.

Ba'zida qonayotgan manbani ko'rishning imkoni bo'l-maydi: murtaklar o'rnining hamma devoridan qon kela bosh-laydi (parenximatoz qonash). Bunday qonashni gemostatik va tamponada yordamida to'xtatishni imkoni bo'lmasa, murtak-lar oldingi va orqa ravoqlarni tikish va murtaklar o'rniga tampon qo'yish bilan bajariladi (rasm. 11.1).

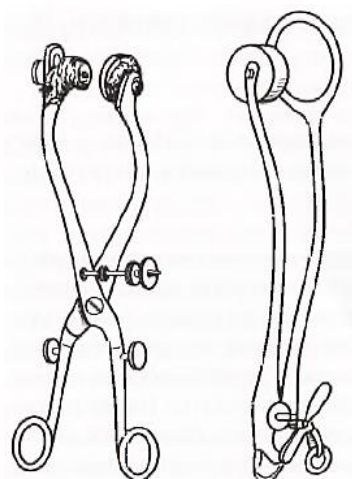


Rasm. 11.1. Murtaklar o'rnini qonashi natijasida oldingi va orqa ravoqlarni tampon qo'yib tikish.

Mulojadan so'ng, qonashni oldi olingach, bemorga anti-biotiklar buyuriladi. Choklar kamida 36-48 soatdan keyin, qonashni xarakteriga qarab, olib tashlanadi. Ko'pincha qona-yotgan joyga anestetik [1% prokain (Novokain*), lidokain, eritmasini] yuborishning o'zi yetarli bo'ladi.

Bir vaqtning o'zida medikamentoz gemostatik terapiya o'tkaziladi, etamzilat natriy vena ichiga yoki mushak ichiga 250 - 500 mg (2 - 4ml), 10% kaltsiy xlorid yoki kaltsiy glyukonat vena ichiga, 5% aminokapron kislotasi vena ichiga, yangi muzlatilgan plazmani qo'yish.

TE dan keyingi qonashni to'xtatish maqsadida, Mikulich kompressori, Duayen, Bosvil, Marshik, Voskresenskiy va boshqalar kabi maxsus qisqichlarning branshlari murtaklar o'rnini tashqi va ichki tomondan bosib turishga mo'ljallangan (rasm. 11.2).



Rasm 11.2. Mikulich kompressor kiskichi

Juda kamdan kam holatlarda qonashni to'xtatishni iloji bo'lmasa, TUA bog'lash amalga oshiriladi (rasm. 11.3).

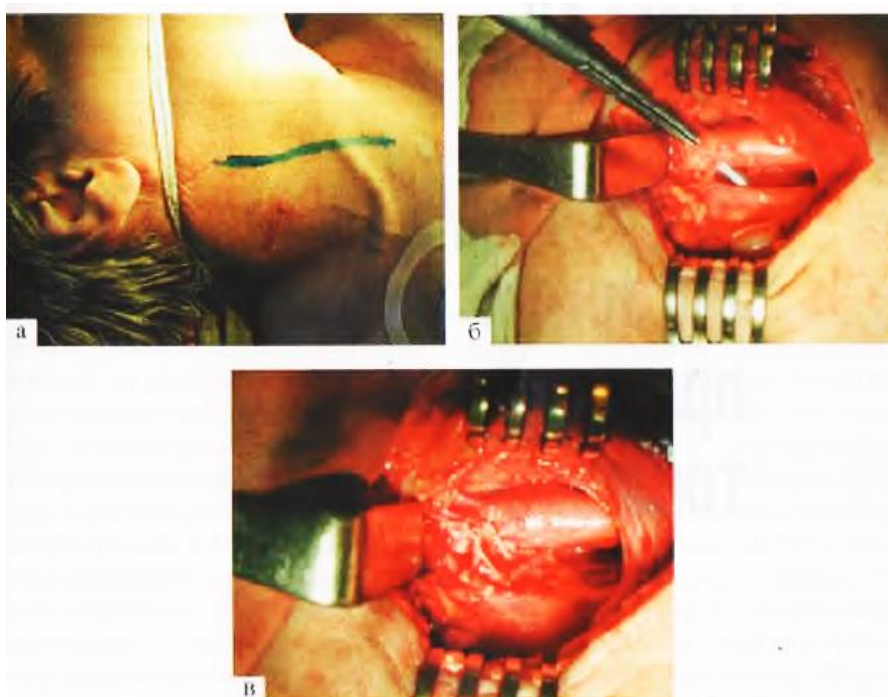
Qonash asoratini turli usullarni qo'llagandan keyingi qonash xavfini, Buyuk Britaniya Qirolligi kollegiyasi xirurglari ma'lumotlari asosida tuzilgan quyidagi jadval asosida bo'lishishni xohladik (jadval. 11.1).

Jadval 11.1.

Tonzillektomiyani qiyosiy natijalari, keng tarqalgan usulda bajarilgan, tonzillektomiyani milliy istiqbolli tekshirish natijalari ma'lumotlari (Qirollikdagi xirurglar kollegiyasi Buyuk Britaniya, London, 2005)

«Sovuq» po'lat simli igna yordamda olib tashlash, tupferli gemostaz	Operatsiyadan keyingi qonash asoratini kamligi (1,3%) va bemorni ikkinchi bor operatsion xonaga kirish xavfi (1,0%)
«Sovuq» olib tashlash va qonashni mono - yoki bipolyar elektroko-agulyatsiya bilan	qonash xavfi - 2,9%, bemorni qayta operatsiya xonasiga kirish xavfi - 1,7%

Bipolyar elektroko-agulyatsiya yordamidagi olib tashlash va gemostaz (pinset va qaychi)	qonash xavfi - 3,9%, bemorni operatsiya xonasiga olish xavfi - 2,4%
Monopolyar elektrokoagulyatsiya yordamidagi olib tashlash va gemostaz	qonash xavfi - 6,1%, bemorni qayta operatsiya xonasiga olish xavfi - 4,0%
Koblatsiya yordamidagi olib tashlash va gemostaz	qonash xavfi - 4,4%, bemorni qayta operatsiya xonasiga olish xavfi - 3,1%



Rasm.11.3. Tashki uyqu arteriyasini boglash

11.1-jadvalda aks ettirilgandagidek, qonashning xavfsiz usuli, bu po‘lat simli igna yordamidagi «sovuq» olib tashlash va tupferli gemostaz bo‘lib (1,3%), koagulyatsiyani boshqa usullarini qo‘llagandagi asoratlari (bipolyar va monopolyar) qonash asoratlari 3,9% - 6,1% yetadi.

XII BOB. SURUNKALI TONZILLITDAGI DAVO – TASHHIS ALGORITMI

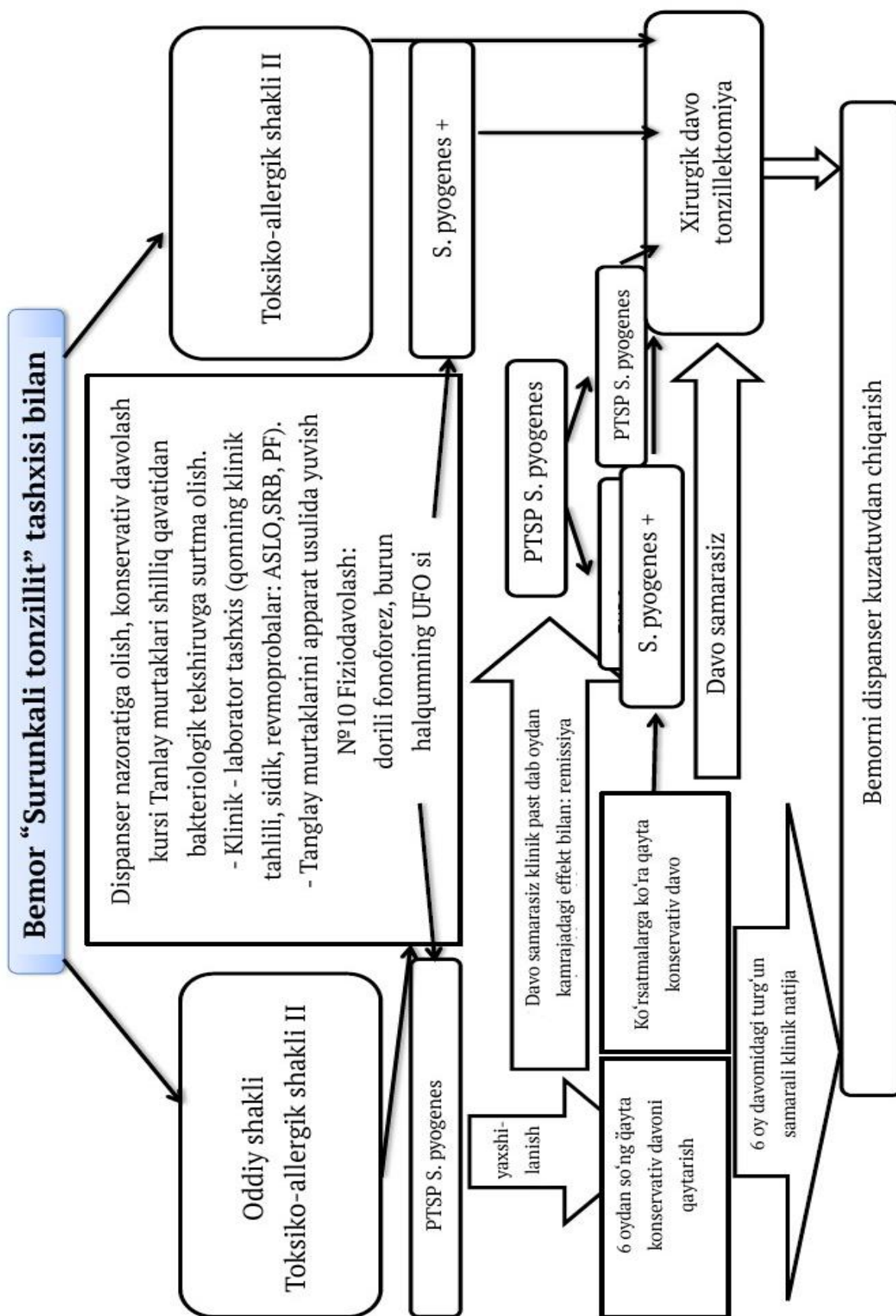
To‘g‘ri qo‘yilgan tashhis, o‘z vaqtida qilingan adekvat davo, bemorlarni dispanser nazorati - bu hammasi surunkali tonzillitni asoratlarini oldini olishga va sog‘ayishiga olib keladi. Olingan natijalarning yig‘indisini tahlil qilish, ST bemorlarni davolashdagi kutish taktikasiga asoslanib, aniqlandiki, ST ni oxirgi vaqtdagi mahalliy va umumiy asoratlarini ko‘payishi kuzatilmoqda, bu esa ushbu kasallikni epidemik tarqalishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun otorinolaringolog - shifokorlar ambulator - poliklinik zvenosi zimmasiga, ST li bemorlarni dispanser nazorati prinsiplarini to‘g‘ri olib borish, o‘z vaqtida surunkali o‘choqlarning xirurgik sanatsiyasiga - ikki tomonlama TE amaliyotiga yuborish kiradi.

GBUZ «NIKIO L.I. Sverjevskiy nomli» tomonidan ishlab chiqilgan ST ni davolash - tashhishlash algoritmi, bemorlarni o‘z vaqtida tekshirilishini, o‘z vaqtida ST ni davolashdagi sanatsiya tadbirlari, bularning samarasizligi kuzatilganda, bemorlarni xirurgik davoga yuborish (rasm 12.1).

Otoriolaringolog - shifokor ambulator - poliklinika zvenosi shifokori ST ni shaklini Preobrajenskiy - Palchun klassifikatsiyaga asosan aniqlaydi. Bemorni dispanser nazora-tiga qo‘yadi, dispanser nazoratini tekshirish kartasiga (shakl № 030/u - 04). Bemorda ST ni oddiy yoki TASH I shaklida klinik - laboratoriya tekshiruvlari (qonning klinik tahlili, siydik, ASL - O, S - reaktiv oqsilni va revmatoid omilni), tanglay murtaqlari shilliq pardasidan bakteriologik surtma olish, (10 seans) fiziotecheniye bilan birgalikda (dorili fonoforez, og‘iz-halqumni ultrabinafshali nurlantirish). Bakteriologik tekshiruvda BGSA, ST umumiy qo‘zg‘atuvchisi aniqlansa, va tizimli xarakterga ega bo‘lgan asoratlar (URI va glomerulonefrit) aniqlansa bemorni xirurgik davoga - ikki tomonlama TE amaliyotiga yuboriladi. Shuningdek, bemorlarda ST TASH II darajasi tashhislanganda ham, bemorlar xirurgik davoga yuboriladi.

Bakteriologik tekshiruvda BGSA aniqlanmagan vaqtda, bemor ahvolini yaxshilanishi va shikoyatlarini kamayishi qayta davolanish kursini 6 oydan soʻng qaytarishga koʻrsatma boʻladi, undan soʻng bemorni ahvolini yaxshilanganidan soʻng dispanser nazoratidan chiqariladi. Konservativ davo kursidan soʻng shikoyatlarni saqlanib qolishi, BGSA ga polimeraznuyu sepnuyu reaksiyu (PTSR) qilish lozim boʻladi. PTSR reaksiyasining, qayta bakteriologik tekshiruv natijalarining ijobiyligi va 6 oydan soʻng BGSA aniqlanishi, bemorlarni xirurgik davoga yuborishga koʻrsatma boʻladi. BGSA PTSR reaksiyasining manfiyligi 6 oydan soʻng konservativ davoni qaytarish yoki undan avvalroq koʻrsatma boʻyicha tavsiya etiladi. Bemorning ahvoli yashilangach, uni dispanser nazoratidan chiqariladi.

Tavsiya etilgan davo - tashhis algoritmi amaliyotda keng qoʻllanilishi tavsiya etiladi.



Rasm 12.1. ST da davolash va tashxislash algoritmi

XIII BOB. SURUNKALI TONZILLITLI BEMORLARNI PROFILAKTIKASI VA DISPANSER NAZORATI

ST ni profilaktikasi, umumiy va mahalliy immun tizimini mustahkamlash, yuqori nafas yo‘llari va tish-jag‘ tizimi sanatsiyasidan iboratdir. Organizmni sekin asta umumiy va mahalliy chiniqtirish, ratsional va vitaminlarga boy ovqatlanish rejimi, shaxsan tanlangan fizik mashg‘ulotlar. Biroq bu omillar, organizmni chiniqtiradi, lekin ST rivojlanishini oldini olmaydi.

ST erta aniqlashda va davolashda birlamchi omillardan biri, bu profilaktik ko‘ruvlar va dispanser nazoratdir. Kasallik-ni uzoq muddat kechishi organizmda turg‘un infeksiya o‘chog‘ini hosil qiladi, bu esa toksiko - allergik jarayonni keltirib chiqarib, kasallikni mahalliy va umumiy asoratlarga sabab bo‘lishi mumkin. Shuning uchun ST erta tashhishlash (yurak-qon tomir, nefrologik, revmatologik kasalliklarni) va bemorlarni dispanserizatsiya nazoratiga olish juda muhim. Profilaktik ko‘ruvlar bilan bir vaqtda bir yilda ikki marta (kuzda va bahorda) konservativ davo kursini tavsiya etiladi. Bemorni dispanser nazoratidan 3 yildan so‘ng, kasallikni hamma belgilari yo‘qolgandan keyin chiqariladi.

ST profilaktikasi shartli ravishda uch guruhga bo‘linadi:

ST profilaktikasi;

O‘tkirlashuvining profilaktikasi;

Asoratlari profilaktikasi;

Inson organizmining umumiy ahvolini yaxshilash bo‘yicha o‘tkazilgan tadbirlar, shuningdek nerv tizimini mustahkamlash bo‘yicha, aytib o‘tilgan barcha guruhlarini profilaktikasi hisoblanadi. Bu borada organizmni chiniqtirish juda katta ahamiyat kasb etadi: jismoniy tarbiya va sport bilan muntazam shug‘ullanish, ertalabki badantarbiya, havo va quyosh vannalari, sovuq artinish, suv haroratini sekinasta pasaytirgan holda dush qabul qilish.

Halqum kasalliklariga olib keluvchi omil, bu og 'iz orqali nafas olishdir. Og 'iz bo 'shlig 'i va shilliq qavatlarini doimiy sovib qolishi va qurib qolishi, burun orqali nafas olishni qiyinligi tufayli, qon aylanishini va limfa aylanishini buzilishiga olib keladi. Buning profilaktikasi vazifasini o 'z vaqtida qilingan rinoxirurgik operatsiyalar, burundan nafas olishni tiklaydigan, bajarilishi lozim bo 'ladi. ST rivojlanishini sabablaridan biri epifaringit, ya'ni rinosinusitdir, og 'iz-halqumga burundan yiringli ajralmalarni tushishidir. Tishlarning kariyesi va og 'iz bo 'shlig 'i va og 'iz-halqumda patogen mikrofloraning bo 'lishi, ST rivojlanishiga va uning asoratlari kelib chiqishiga moyillik yaratib beradi. ST bemorlardagi og 'iz halqumdagi o 'choqlarni, burunni yondosh bo 'shliklari va burunhalqumning sanatsiyasi, anginalarni yo 'qolishiga va tanglay murtaklarini holatini yaxshilanishiga olib keladi.

ST asoratlarini profilaktikasi uni asoratlarini oldini olish tadbirlari bilan bog 'liqdir. Profilaktika tadbirlari, asoratlarini oldini olishga qaratilgan bo 'lib, u anginalarni va STni o 'tkir-la-shuvining ham oldini oladi. Shuni aytish kerakki, ba'zi davolash usullari, tanglay murtaklarini yuvish usuli, bu bir vaqtning o 'zida ham profilaktik ahamiyatga egadir. Hozirda, ST ning asoratlarini kamaytirishning eng to 'g 'ri usuli, bu bemorlarni o 'z vaqtida va o 'rinli TEga yuborishdir. Ambulator - poliklinik tashkilotlarni asosiy yunalishlaridan biri, bemorlarni dispanser nazoratiga olish, ya'ni kasallikni erta aniqlanish tadbirlarini, nazoratga qo 'yish va bemorlarni davolash, kasallikni chaqiruvchi va uning tarqalishini oldini olish va sog 'lom hayot tarzini targ 'ib qilishdir.

Kasallikni erta aniqlash va davolash - profilaktika tadbir-lari, sog 'lomlashtirish ishlarini olib borish uchun aholi o 'rtasida meditsina profilaktik ko 'ruvlar tashkil etish natijasida ko 'rilganlarni uch guruh dispanser nazoratiga bo 'lish mumkin bo'ladi. Birinchi guruh sog 'lomlar, hech qanday shikoyati yo 'q, surunkali kasalliklarini inkor etuvchi yoki alohida a'zolar tizimidagi o 'zgarishlar yo 'qligi va ularni tekshirganda meyordagi ko 'rsatgichlardan baland bo 'lmaganligidir.

Ikkinchi guruh - sog 'lom insonlar, anamnezida o 'tkir va surunkali kasalliklari bo 'lib, hayotga xavf tug 'dirmaydigan va ish faoliyatiga halakit bermaydigan kasalliklardir.

Uchinchi guruhlar nazoratidagilar esa - surunkali kasal-liklar, ya'ni ular quyidagilarga bo 'linadi:

- kasallikni kompensatsiya bosqichidagi shaxslar, kamdan kam va qisqa muddatga ish faoliyatini yo 'qotadigan;

- kasallikni subkompensatsiya bosqichida, kasallikni tez - tez o 'tkirlashuvi va uzoq muddatga ish faoliyatini yo 'qotadiganlar;

- kasallikni dekompensatsiya bosqichidagi kechishi, turg 'un patologik o 'zgarishlar, ish faoliyatini yo 'qolishiga olib kelishi;

ST li bemorlarni dispanser nazoratini ikkinchi va uchinchi guruhga bo 'linadi. Ikkinchi guruhni ST ni oddiy shakli bilan bemorlar tashkil etadi. Uchinchi guruh nazoratiga TASH I va TASH II shakli bilan bemorlar kiradi. ST li bemorlarni dispanser nazoratiga olishdan avval ularni tekshiriladi, ya'ni 1 yilda bir marta u qaytariladi. U qonning umumiy tahlilini, siydik, terapevt, stomatolog, ko 'rsatmalar bo 'lganda endokrinolog va revmatolog ko 'ruvlaridir. Konservativ davo ST ni oddiy shakli bilan bemorlarga tavsiya etiladi. Bu bemorlarni 1 yilda bir marta tekshiriladi, davolash 2 marotabadan kam bo 'lmasligi lozim. TASH I va TASH II bilan bemorlarni uchinchi guruhga ajratiladi. TASH I bilan bemorlarga konservativ davo tavsiya etiladi. Davo terapiyasining 1 - 2 kursining samarasizligi TASH I bilan bemorlarni, TASH II kabi xirurgik davoga yuboriladi.

Oxirgi vaqtlarda ST li bemorlarni dispanserizatsiya qilish bir oz susayganligi, otorinolarolog mutaxassislarini yo 'qligi, aholini qo 'shimcha dispanserizatsiya qilishda, bu ko 'pincha ST bilan kasallanish va tarqalishiga negativ ta'sir ko 'rsatadi (Hamzaliyeva R.B., 2007).

Hozirda ST li bemorlarni olib borishda algoritmni ishlab chiqish juda muhim bo 'lib, u o 'z vaqtida va ratsional davolash usullarini tanlashga imkoniyat berishi lozim. Bu esa ST ni konservativ va xirurgik davolashni vaqtidagi mutanosiblikni,

shuningdek ST bilan birga kechuvchi kasalliklarni dinamik ko'rsatgichlarini streptokokli patologiyadan keyingi ko'rsat-gichlarini o'z ichiga olishi kerak bo'ladi.

XULOSA

ST o'rganish va uni davolashdagi hozirgi kungacha yig'ilgan ko'plab tajribalarga qaramasdan, bu kasallik patologiyasi kamaymayapti (Kryukov A.I. va boshq., 2009). Bu muammoni o'rganishning sabablari, STni ishga layoqatli yoshda rivojlanishi, uning mahalliy va umumiy tonzillogen asoratlarini berishidir.

Adabiyotlarda ko'rsatilishicha, paratonzillyar abscesslarni va bo'yinning tonzillogen ikkilamchi flegmonalar sonini ortishi, bu bevosita ST mahalliy asoratlarini oshishi bilan bog'liq bo'lib, tonzilloektomiyaning tobora kam qilinishi bilan tushuntirilishi mumkin (Kislova N.M., 2002; Hamzaliye-va R.B., 2007; Kryukov A.I. va boshq., 2009, 2013; Mustafayev D.M. va boshq., 2012).

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra, 100 dan ortiq somatik kasalliklar (yurak, tomirlar, bo'g'imlar, buyrak va boshq.) ST bilan birga kechishi mumkin (Plujnikov M.S. va boshq., 2010; Kryukov A.I., 2011).

Ta'kidlash kerakki, ST ga taalluqli ko'p savollar hali o'z yechimini topgani yo'q. Hali ham amaliyotda va ilmiy adabiyotlarda ST ni turli tasniflari va ta'riflari mavjuddir (Palchun V.T., 2009; Gadjimirzayev G.A., 2010).

ST ni ta'riflashdagi turli qarashlar bo'lishiga qaramasdan, ko'p mualliflar kasallikni rivojlanish etiologiyasida bakteriya-lar, viruslar va zamburuglar kabi omillar infeksiyani chaqiruv-chilari deb hisoblashadi (Maltseva G.S., Grinchuk O.N., 2011).

Tanglay murtaklari normada va ST da turli xil, shuningdek patogen mikrofloralarning ham tashuvchilari hisoblanadi deb hisoblagan o'z vaqtida B.S. Preobrajenskiy, G.N. Popova (1970). Murtaklar kriptalarining epitelizatsiya bo'lmagan fiziologik maydonlarida (Undrits V.F. bo'yicha angizatsiya maydoni) mikroorganizmlarning limfoid to'qimalar bilan to'qnashuvi sodir bo'ladi, bu esa immun tizimiga javoban antitanalarni ajratadi. Antigenlar aniqlanadi, fagotsitozga va tanglay murtaklari V- va T-limfoid to'qimalari hujayralari bilan antigenga xos T- va V-hujayraviy reaksiyalarga sabab bo'ladi.

Ba'zi sabablarga ko'ra (mahalliy va umumiy sovuqqotish, stress, respirator infeksiyalar va boshq.) murakkab kriptotalaridagi yallig'lanish jarayoni fiziologik aktiv holatdan chiqib, o'tkir tonsillit klinik ko'rinishini beradi, keyinchalik esa ST rivojlanadi (Palchun V.T., 2006).

ST ni rivojlanishida shartli patogen yoki patogen mikroflorani halqumni mikrobyayzajida ko'rish mumkin.

ST ni shakliga qarab tanlay murakkablarining mikrobyayzaji ham turli xil bo'lishi mumkin. A.S. Tovmasyan (2009) tadqiqotlariga asosan *S. aureus* (24,3%) ST TASH I darajasida *S. pyogenes* ning o'sishi (16%), ST TASH II darajasida, paratonsilliyar absess asorati bilan *S. pyogenes* ning o'sishi 40%, bu esa ST TASH I darajasidan 2,5 marta ko'pdir. ST ni kechishi infeksiy yallig'lanish jarayonini mikrobiologik xususiyatlariga bog'liqdir.

Yallig'lanish jarayonini chaqiruvchilarning mikrobiologik xususiyatlarini bilish, kasaltni immunokompleks va avtoimmun jarayonlarining nozik patogenetik mexanizmlarini tushunish, organizmdagi surunkali o'choqli infeksiya bo'lgandagi a'zolar va tizimlardagi o'zgarishlarning bilish amaliyot shifokoriga bilishi kerak bo'lganligi, o'z vaqtida bu o'choqlarni sanatsiya qilish, davolash taktikasini tanlash, aniq kasallikka qaratilgan va metatonsilliyar asoratlarni oldini olishga qaratilgan choralaridir.

TEST SAVOLLARI

Bitta to 'g 'ri javobni tanlang

1. Quyidagilarning qaysi biri paratonzillitni asorati emas:
 - a) Bo 'yin limfadeniti;
 - b) parafaringit;
 - v) paratonzillyar abssess;
 - g) o 'pka abssessi.
2. Halqum orti abssessi qaysi yoshda rivojlanadi:
 - a) 5 yoshgacha;
 - b) 5 dan 15 gacha;
 - v) 20 dan 40 gacha;
 - g) 40 dan 60 gacha.
3. Tanglay murtaklari qobig 'i va halqum fassiyasi orasidagi to 'qimaning yiringli jarayoni nomlanadi:
 - a) paratonzillyar abssess;
 - b) parafaringit;
 - v) halqum orti abssessi;
 - g) paratonzillit.
4. Turli xil mikroblar orasidagi banal anginalarning chaqiruvchi asosiy qo 'zg 'atuvchi:
 - a) - gemolitik streptokokning A guruhi;
 - b) adenoviruslar;
 - v) stafilokoklar;
 - g) gemofil tayokchasi.
5. Ijobiy alomatlar uchligi Gize, Zak va Preobrajenskiy simptom - belgisi qaysi kasallikka xos:

- a) surunkali adenoiditga;
 - b) paratonzillyar abscess;
 - v) surunkali faringit;
 - g) surunkali tonsillit.
6. Anginalarning ko‘p uchraydigan asoratlari:
- a) halqum orti absessi;
 - b) paratonzillyar abscess;
 - v) hiqildok usti qopqogi absessi;
 - g) epidural abscess.
7. Angina bilan birga kechmaydigan yuqumli kasallik:
- a) qizamiq;
 - b) difteriya;
 - v) epidemik parotit;
 - g) skarlatina (qiziltoshma).
8. Paratonzillyar abscessda noto‘g‘ri taktika;
- a) paratonzillyar abscessni davo tashhis punksiyasi;
 - b) paratonzillyar abscessni ochish;
 - v) abscess tonsilloektomiya;
 - g) konservativ davolash.
9. Surunkali tonsillitli bemorlarda radikal jarrohlik davo-lash usuli bu:
- a) ikki tomonlama tonsillotomiya;
 - b) ikki tomonlama tonsilloektomiya;
 - v) tanglay murtaklari lakunalarini kriodestruksiyasi;
 - g) tanglay murtaklari lakunalarini lazerli destruksiyasi.
10. Paratonzillyar abscessga xos bo‘lgan simptomni toping;
- a) chaynov mushaklari trizmi;
 - b) abscess tomondagi to‘shumrovsurgichsimon mushagi spazmi;
 - v) abscessga qaramaqarshi tomondagi to‘shumrov-surgichsimon mushagi spazmi;

g) akkomodatsiya spazmi.

11. Tanglay murtaklarini III - darajali gipertrofiyasi bu:

- a) tanglay murtaklarini o'rta chiziqda bir biri bilan to'q nashuvi;
- b) tanglay murtaklari oldingi ravoq chegarasining 1/3 qismidan chiqib turadi;
- v) tanglay murtaklari oldingi ravoq chegarasining 2/3 qismidan chiqib turadi;
- g) tanglay murtaklari oldingi ravoq chegarasidan chiqmaydi.

12. Parafaringitga xos belgi:

- a) yallig'lanish tarafidagi quloqdagi yuqorida chastotali shovqin;
- b) yallig'lanish tarafidagi eshitish qobiliyatini pasayishi;
- v) bir tomonlama bo'yinning yumshoq to'qimalari in-filtratsiyasi;
- g) bir tomonlama xiqildoq parezi, yallig'lanish tomonida.

13. β gemolitik streptokokk A guruhi chaqirgan tonzillitni davolashdagi antibiotiklarning birinchi qatordagi guruhi:

- a) siprofloksatsin;
- b) amoksitsillin;
- v) seftazidim;
- g) tetratsiklin.

14. Tonzillitni umumiy belgilari:

- a) subfebrilitet;
- b) murtak lakunalaridagi kazeoz tiqinlar;
- v) Preobrajenskiy belgisi;
- g) Gize belgisi.

15. Tonzillitni mahalliy asoratlariga kiradi:

- a) glomerulonefrit;

- b) tonzillojen sepsis;
- v) revmatizm;
- g) paratonzillit.

16. Paratonzillyar abscess bu:

- a) murakkab qo'ngirang 'i va halqum fassiyasi orasidagi klet-chatkaga yiringni yig'ilishi;
- b) halqum oldi bo'shlig'i kletchatkasining yiringli yallig'lanishi;
- v) halqum mushak fassiyalari va umurtka fassiyasi orasi kletchatkasining yiringli yallig'lanishi;
- g) qanoqjag 'bo'shlig'i kletchatkasining yiringli yallig'lanishi.

17. Surunkali tonzillitda ravoqlarning turg'un qizarish bu belgi:

- a) Gize;
- b) Zak;
- v) Preobrajenskiy.

18. Surunkali tonzillitda oldingi va orqa ravoqlarning shishi bu belgi:

- a) Preobrajenskiy;
- b) Zak;
- v) Gize.

19. Surunkali tonzillitdagi ravoqlarning valiksimon qalinlashuvi bu belgi:

- a) Preobrajenskiy;
- b) Gize;
- v) Zak.

20. Gis burmasini aniqlash uchun:

- a) tanglay murtagini medial va oldinga tortiladi;
- b) murakkab oldingi ravogiga shpatel bilan bosiladi;
- v) til o'zagiga shpatel bilan bosiladi;
- g) tanglay murtagi Yuqorida qutbini pastga tortiladi.

Test savol javoblari

1 – G	5 – G	9 – B	13 – B	17 – A
2 – A	6 – B	10 – A	14 – A	18 – B
3 – A	7 – V	11 – A	15 – G	19 – A
4 – A	8 – A	12 – V	16 – A	20 – V

ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Babiyak V.I., Govorun M.I., Nakatis Ya.A., Pashinin A.N. Otorinolaringologiya: Uchebnik dlya vuzov. SPb.: Piter, 2012. 640 s.
2. Belov B.S. A streptokokkovy tonsillit: klinicheskoye znachenie, voprosy antibakterialnoy terapii // Lech. vrach. 2002. №1-2. – S. 24-28.
3. Belousov Yu.B., Danilov A.N., Zyryanov. Ratsionalnaya terapiya ostrogo tonsillita: vse li preparaty amoksitsillina odinakovy? // SopzNit Me@sit. 2010. T. 12, № 4. S. 5-11.
4. Bogomilskiy M.R., Garashyenko T.I. Makrolidy v terapii ostrogo tonsillita i yego oslojneniy u detey: metodicheskiye rekomendanii. M.: RGMU, 1999. 28 s.
5. Boysov A.G., Kaftyreyeva L.A., Lastovka O.N. Rekomen-datsii po vedeniyu preanaliticheskogo etapa mikrobiolo-gicheskix laboratornyx issledovaniy. Tver: Triada, 2007.
6. Bondareva G.P., Antonova N.A., Chumakov P.L. Immunomorfologicheskiye osobennosti xronicheskogo tonsillita // Vestn. otorinolar. 2013. № 3. S. 12
7. Bykova V.B. Xromogennaya gibridizatsiya v diagnostike herpesvirusnoy infektsii pri xronicheskom tonsillite // Arx. pat. 2012. T. 74, № 2. S. 19-22.
8. Galjimirzayev G.A. O nekotoryx polojeniyax problemy xronicheskogo tonsillita // Vestn. otorinolar. 2010. №6. S. 34-35.
9. Garashyenko T.I., Bogomilskiy M.R. Makrolily v terapii ostrogo tonsillita i yego oslojneniy u detey: metodicheskiye rekomendatsii. M.: RGMU, 1999. 28 s.
10. Geppe N.A., Dronov I.A., Malyavina U.S. Ratsionalny podxod k naznacheniyu i vyboru antibakterialnoy terapii pri infektsiyax dyxatelnyx putey i LOR-organov u detey// Doktor. ru. 2008. № 1. S. 53-56.

11. Gulneva M.Yu., Kulibin A.Yu., Malafeyeva E.V. Faktory persistensii uslovno-patogennyx mikroorganizmov, vydelennyx u bolnyx revmaticheskimi zabolevaniyami// Fun-dament. issled. 2011. № 9. S. 45-47.
12. Gurov A.V. Kliniko-mikrobiologicheskaya otsenka ochagov gnoyno-seiticheskix zabolevaniy v otorinolaringolo-gii : dis. ... d-ra. med. nauk. M., 2011
13. Gurov A.V. Vzglyad klinicheskogo farmakologa i mikrobiologa na diagnostiku i ratsionalnuyu terapiyu ostrogo i xroniche otonzillita // SopzShit Meysit. 2012. Ekstravyp. S. 3-4. a
14. V.V. Vliyaniye anatomo-topograficheskoy obennostey stroyeniya nebnyx mindalin // Vestn. Otorilaringologii
15. К.А. Ходжаева Амалий оториноларингология 2005й
16. А.Н. Дадамухамедов, Ш.Э. Омонов Болалар оториноларингологияси
17. У.С. Хасанов, У.Н. Вахидов Оториноларингологияда замонавий текшириш усуллари.