

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 616.211-002-009.86-07-08+618.2

АЛИМЖОНОВА КОМИЛАХОН ХУСАНХАНОВНА

**БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ
КОМПЛЕКС ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ**

5А510104 – «Оториноларингология»

Магистр академик даражасини олиш
учун ёзилган диссертация

Илмий раҳбар: профессор, тиббиёт
фанлари доктори Хасанов С.А.

Тошкент 2019

АННОТАЦИЯ

Актуальность темы: В настоящее время проблема заболеваний глоточный миндалины имеет медицинское и социальное значение из-за высокой заболеваемости хроническим тонзиллитом. Многие заболевания были связаны с хроническим тонзиллитом или связаны с ним, и эта тенденция постоянно растет.

Магистерская диссертация Алимжоновой К. направлена на повышение эффективности диагностики и лечения хронического тонзиллита у девочек пубертатного возраста.

Актуальность исследования связана с распространением заболевания среди детей, девочек пубертатного возраста, высокими отрицательными результатами, а также ростом заболеваемости и инвалидности. (Киселева О.А, Чумаков П.Л., 2009). В последние годы было четко продемонстрировано, что небные миндалины активно участвуют в формировании локальной и гуморальной иммунной системы. (Brandtztatg P., 2002; Арефьева Н.А., Попов Е.Л., 2002). Таким образом, тема полного лечения хронического тонзиллита до сих пор актуальна.

Несмотря на большие достижения в медицине, привлекательность пациентов с хроническим тонзиллитом в оториноларингологии остается относительно высокой.

Цель исследования: Повышение эффективности диагностики, клинического течения, лечения и профилактики хронического тонзиллита у девочек пубертатного возраста.

Задачи исследования: 1. Изучение роста и развития девочек пубертатного возраста с хроническим тонзиллитом.

2. Диагностика, клиническое течение и лечение хронического тонзиллита у девочек пубертатного возраста.

3. На основании результатов исследования разрабатывать клинические рекомендации для специалистов оториноларинголога, гинеколога,

эндокринолога.

Методы исследования: В период 2017-2018 годы исследования проводились на отделении “детской гинекологии” и “детской оториноларингологии” клиники ТашПМИ. 48 девочек в возрасте от 9 до 16 лет были диагностированы с различными формами хронического тонзиллита. У 10 (25,8%) пациентов с простой формой хронического тонзиллита при фарингоскопии имеются признаки местных симптомов в течение заболевания. У 25 больных развитие местных симптомов и функциональных изменений наблюдались при первой и второй токсико – аллергических формах хронического тонзиллита. Также субфебрильная температура тела, которая согласуется с токсико-аллергическими симптомами, частой усталостью, слабостью, болями в суставах и в области сердца, изменение гормонального фона, т.е. развитие вторичных половых признаков.

Выводы: 1. Среди девочек пубертатного возраста с хроническим тонзиллитом 19,1% девочек остающих в половом развитии.

2. Снижение уровня ФСГ и ЛГ у девочек пубертатного возраста с хроническим тонзиллитом показатели полового развитие уменьшаются.

3. Комплексное лечение девочек пубертатного возраста с хроническим тонзиллитом, промывание миндалин раствором Элюдрила, обработка горло с помощью люголя, антибактериальная и гипосенсибилизирующая терапия, а также медикаментозная лечение с тонзилгоном, повышает эффективность лечения.

ABSTRACT

Topicality: Currently, the problem of diseases of the pharyngeal tonsil has a medical and social significance due to the high incidence of chronic tonsillitis. Many diseases have been associated with chronic tonsillitis or are associated with it, and this trend is constantly growing Master Alimzhonova K.'s thesis is aimed at improving the efficiency of diagnosis and treatment of chronic tonsillitis in adolescent girls. The relevance of the study is associated with the spread of the disease among children, adolescent girls, high negative results, as well as an increase in morbidity and disability. (Kiseleva O.A., Chumakov P.L., 2009). In recent years, it has been clearly demonstrated that the development of the chronic tonsillitis is actively involved in the formation of the local and immune system. (Brandtzatg P., Arifeyeva N.A., Popov E.L., 2002). Thus, the topic of complete treatment of chronic tonsillitis is still relevant. Despite great advances in medicine, the attractiveness of patients with chronic tonsillitis in otorhinolaryngology remains relatively high.

The aim: Improving the efficiency of diagnosis, clinical course, treatment and prevention of chronic tonsillitis in adolescent girls.

Tasks of the study: 1. Study of the growth and development of adolescent girls with chronic tonsillitis.

2. Diagnosis, clinical course and treatment of chronic tonsillitis in adolescent girls. 3. Based on the results of the study, develop clinical guidelines for otorhinolaryngologist, gynecologist and endocrinologist.

Research methods: In the period 2017-2018, studies were conducted at the department of "pediatric gynecology" and "child otorhinolaryngology" clinic TashPMI. 48 girls aged 9 to 16 years were diagnosed with rapid forms of chronic tonsillitis, 10 (25%) patients with a simple form of chronic tonsillitis with pharyngoscopy showed signs of local symptoms during the course of the disease, 25 (45,57%) patients developed local symptoms and functional changes observed during the first and second toxic allergic forms of chronic

tonsillitis. Also low-grade body temperature, which is consistent with toxic and allergic symptoms, frequent fatigue, weakness, pain in the joints and in the region of the heart, changes in hormonal levels, i.e. development of secondary sexual characteristics.

Findings: 1. Among adolescent girls with chronic tonsillitis, 19,1% of girls are in sexual development.

2. Reduction of FSH and LH in girls of puberty with chronic tonsillitis, sexual development indicators decrease.

3. Comprehensive treatment of adolescent girls with chronic tonsillitis, flushing of tonsils with Eludril solution, wipe with Lyugol, antibacterial and hyposensibilization therapy, as well as drug treatment with Tonsilgon, increases the effectiveness of treatment.

МУНДАРИЖА

	Бет
ДИССЕРТАЦИЯДА КЕЛТИРИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	4
КИРИШ.....	5
I БОБ. БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).....	8
1.1. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат сиёсатининг муҳим йўналишларидан биридир. Сурункали тонзиллитнинг тарқалганлиги ва этиопатогенези.....	8
1.2. Сурункали тонзиллитни ташхислаш ва унинг ёндош касалликлар билан бирга кечиши.....	22
1.3. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитнинг ўзига хос кечиши.....	28
1.4. Сурункали тонзиллитни даволашнинг замонавий усуллари...	33
I- БОБ га хулоса.....	40
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ.....	42
2.1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг умумий тавсифи.....	42
2.2. Бажарилган текширув усуллариининг тавсифи.....	45
III БОБ. СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ.....	52
3.1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда клиник-функционал текширувларнинг натижалари.....	52
3.2. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда микробиологик текширув натижалари.....	60
3.3. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда гармонал текширув натижалари.....	63

3.4. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволаш самардорлигини баҳолаш.....	65
III - БОБ га хулоса	70
ХОТИМА.....	81
ХУЛОСАЛАР.....	85
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	86
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	86
ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ.....	96

ДИССЕРТАЦИЯ ИШИДА КЕЛТИРИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ (АЛИФБО БЎЙИЧА).

БЁБ – бурун ёндош бўшлиқлари;

ЖССТ-Жахон соғлиқни сақлаш тизими;

ЛГ – Лютеинловчи гармон;

СТ– Сурункали тонзиллит;

ФСГ – Фоллекул стимулловчи гармон;

КИРИШ

Ўзбекистон Республикасида ҳозирга қадар танглай бодом безининг сурункали яллиғланиши оториноларингологияда муҳим муаммо бўлиб қолмоқда. Касалликни болалар ўртасида кенг тарқалиши ва натижада салбий оқибатларга сабаб бўлиб, ногиронликга олиб келиши эҳтимоли ортиб ижтимоий аҳамият даражасига кўтарилмоқда.

Бугунги кунда тиббиётда катта ютуқларга эришишимизга қарамасдан оториноларингологияда сурункали тонзиллит билан беморлар мурожаати нисбатан юқорилиги сақланиб қолган. Бу муаммо ҳозирги замон тиббиётининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Сурункали тонзиллит нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, невролог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидаги муаммога айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан кўриб чиқилишини тақазо этади.

Адабиётлардан олинган маълумотларга кўра, сурункали тонзиллит билан Ўзбекистон аҳолисининг ўртача 16% касалланади. Вирус-бактериал инфекцияни қўшилиб келиши, бир неча касалликни қўшилиб келишига сабаб бўлади. Болалар орасида бу касаллик 16,8%ни ташкил қилади [37].

Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган. Улар қаторига организмда, ҳамма аъзо ва тизимларни меъёردа ишлашини, патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини назорат қилишда муҳим ўрин эгаллайдиган вегетатив нерв тизимида сурункали инфекция ўчоғи, яъни сурункали тонзиллит таъсирида кечадиган ўзгаришларнинг ўрганишни ҳам киритиш мумкин.

Ҳозирги кунда сурункали тонзиллитни даволашда танглай муртакларининг функциясини меъёрлашишига уни сақлаб қолишга қаратилган даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда [10,31,41,54].

Репродуктив саломатлик муаммоси 2005 йилдан бери Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ)диққат марказида бўлиб, унда балоғат ёшидаги қизларни саломатлигини муҳофаза қилиш, ўсмирларга тиббий таъминотни яхшилаш, келгуси авлодга бўлган катта эътибор ҳисобланади[2,5].

Жаҳон адабиётларида сурункали тонзиллитни, барча ички аъзоларга, жумладан юрак-қон томир, асаб, эндокрин ва бошқа тизимларигатаъсири кенг ёритилган. Лекин бу касалликни жинсий тизимга, ўсиш ва ривожланишга таъсири кам ўрганилган, айниқса балоғат ёшидаги қизларга таъсири ҳақида адабиётларда маълумот деярли йўқ, гарчи сурункали тонзиллит билан касалланган ҳамма ўспиринларда иккиламчи жинсий белгиларни шаклланишининг кечикиши, бўй ва вазнининг камлиги кузатилган. Бу муаммони ҳал этиш келажакда оналарни соғлом бўлишида катта аҳамиятга эга.

Мақсад: Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллит комплекс диагностикаси, клиник кечиши, даволаш усулларини ва профилактикасини самарадорлигини ошириш.

Ушбу мақсадга эришиш учун қуйидаги **вазифалар** белгиланди:

1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг ўсиш ва ривожланишини антропометрик кўрсаткичларини ўрганиш;
2. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитнинг диагностикаси, клиник кечиши хусусиятларини ва даво чораларини ўрганиш;
3. Тадқиқот натижаларига асосланиб оториноларинголог, гинеколог, эндокринолог ва мутахассисларига клиник тавсиялар ишлаб чиқиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Илмий изланишларимиз 2017-2018 йиллар давомида ТошПТИ клиникасининг “Болалар оториноларингологияси” ва “Болалар гинекологияси” бўлимларида олиб борилди. Кузатувимизда 48та сурункали тонзиллитнинг ҳар хил шакли билан касалланган 9 ёшдан 16 ёшгача қизлар кузатилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги. Кузатувимиз натижасида олинган илмий янгилик қуйидагилардан иборат бўлди.

1. Биринчи маротаба СТ билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда СТнинг учраш даражаси, клиникаси ва ташхиси ўрганилди.
2. СТ билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда жинсий етилиш даражаси ўрганилди.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти. Соғлиқни сақлаш амалиётида қизларда сурункали тонзиллитнинг кечиши, ўсиши ва ривожланишига таъсири, гармонал ўзгаришларини билиш, уни эрта ташхислаш ва керакли даво чоралар кўриш, кўпгина салбий оқибатларни олдини олишга кенгайтиришга ёрдам беради. СТни ташхислашда ва даволашда оториноларингологлар билан бир қаторда бошқа мутахассислар - гинеколог, эндокринолог, кардиоревматологлар билан биргаликда иш олиб бориши лозимлигига аҳамият берилади. Балоғат ёшидаги қизлар соғлом келажак авлод яратувчиларидир.

Диссертация иши тузилмасининг тавсифи ва ҳажми. Магистрлик диссертация иши 96 бет компьютер матнида ёзилган, кириш, учта боб, яъни адабиётлар шарҳи, тадқиқот усуллари, шахсий тадқиқот натижалари, хотима, хулоса ва амалий тавсиялардан иборат. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати 81 та адабиётлардан иборат, жумладан 36та хорижий муаллифлар адабиётлари. Диссертацияда 8та жадвал ва 9та расм келтирилган.

I БОБ
БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ
(АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).

1.1. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат сиёсатининг муҳим йўналишларидан биридир. Сурункали тонзиллитнинг тарқалганлиги ва этиопатогенези.

Мамлакатимизда соғлом ва баркамол авлодни тарбиялаш, ёшларнинг ўз ижодий ва интеллектуал салоҳиятини рўёбга чиқариш, мамлакатимиз йигит қизларини XXI аср талабларига тўлиқ жавоб берадиган ҳар томонлама ривожланган шахслар этиб вояга етказиш учун зарур шарт шароитлар ва имкониятларни яратиш бўйича кенг кўламли аниқ йўналтирилган чора тадбирларни амалга ошириш мақсадида, шунингдек, Ўзбекистон Республикасида 2010 йилнинг “Баркамол авлод йили”, 2016 йилнинг “Соғлом она ва бола йили”, 2017 йилнинг “Халқ билан мулоқот ва инсон манфаатлари йили” деб эълон қилингани муносабати билан “Соғлом она - соғлом бола” дастурини изчил амалга ошириш асосида соғлом авлодни вояга етказиш борасида чора - тадбирларни янада кучайтириш оналар ва болаларни репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш тизимини такомиллаштириш, профилактикага асосланган соғлиқни сақлаш тизимини жамият ҳаётига кенг жалб этиш учун шароит яратилмоқда[3,4].

Репродуктив саломатлик муаммоси ЖССТ 2005 йилнинг диққат марказида бўлиб унда балоғат ёшидаги қизларни саломатлигини муҳофаза қилиш, бу репродуктив, интеллектуал, иқтисодий ва ижтимоий ҳазина деб айтилган[1,2,5]

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев 2017 йил 5 январь куни соғлиқни сақлаш соҳасининг бир гуруҳ етакчи мутахассислари билан учрашди. “Соғлиқни сақлаш соҳасини ислоҳ қилиш давлат сиёсатининг энг муҳим йўналишларидан биридир” деди Шавкат

Мирзиёев. Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини янада такомиллаштириш, тиббиёт ходимлари меҳнатини рағбатлантириш, даволашнинг замонавий технология ва усуллари кенг жорий этишга алоҳида эътибор қаратилмоқда [6].

Олимларнинг долзарб мавзулардаги илмий изланишлари натижасида тиббиётнинг йигирмадан зиёд йўналишлари бўйича мингдан ортиқ даволаш диагностика стандартлари ишлаб чиқилди. Шавкат Мирзиёев “Соғлиқни сақлаш соҳаси ҳақида гапирганда бир ҳақиқатни эсимиздан чиқармаслигимиз лозим: тиббиёт ходимлари бизнинг саломатлигимиз посбонларидир. Уларга халқ ишониши, улар эса халқни ишонтира олиши керак”, деб таъкидлади [6].

Сурункали тонзиллит умумий инфекцион аллергия касаллик бўлиб, бодомча безларининг сурункали яллиғланиши билан кечадиган касалликдир. Сурункали тонзиллит юқори нафас йўллари касалликлари ичида энг кўп тарқалгани бўлиб, республикаимизда аҳолининг 16%ида қайд этилади, 4-10% катталарда, 12-15% болаларда учрайди.

Сўнгги 15 йилликда изланувчиларнинг эътибори организмнинг асосий иммунитет аъзоси билан бир пайтда кўпгина юқумли касалликларни ташувчи ҳисобланган лимфоид ютқин халқасидаги муртакларга қаратилиши ортиб бормокда [42,54].

Организмдаги етарли даражадаги кўпгина инфекция ўчоқлари ичида муртак безлари патоген ҳолат юзага келиши бўйича нафақат катталар, балки шуниси ўта муҳимки болаларда кўп учрайди [71,78].

С.Thomson муаллифлар билан тонзиллитнинг учрашини 1990 йилдан 1994 йилгача бўлган давр ичида таҳлил қилишганда, ҳар йили касалхонага мурожаат қилиш 1990 йил 17 та бўлган бўлса, 1994 йил 79 тага етганлигини кўрсатишди [70].

Энг юқори касалланиш 16-20 ёшли гуруҳда туради, улар бунини микроорганизмларнинг вирулентлигини ошганлиги ва организмнинг реактивлигини пасайгани билан изоҳлашди [42].

Россияда кулоқ, томоқ, бурун касалликлари болалар ва катталар орасида мувофиқ ҳолда 1000 аҳолига 230 ва 190 тани ташкил қилади. Аммо, айрим ёш гуруҳларида бу кўрсаткич 260-280 тага етади. ЛОР-аъзоларининг касалликлари ичида сурункали тонзиллит учраши болаларда 38,4%, катталарда – 10.7% ташкил қилади. ўтказилган текширувларга асосан бир катор сурункали касалликларни учраши кўпаймоқда ва уларнинг орасида сурункали тонзиллит етакчи ўринда туради [44,46].

К.Роос муаллифлар билан бирга сурункали тонзиллит билан касалланган беморларга кетадиган харажатларни ҳисоблаб чиқишди. Нарх баҳосига шифокорларга мурожаат қилиш, дори воситалари ва йўқотилган иш кунлари таннархи киритилди. Касаллик ўртача 7 кун, тикланиш 5 кун ва касаллик бўйича ўртача муддат 25 кунни ташкил қилади. Шундай қилиб тонзиллитнинг умумий таннархи 385\$ (америка валютасида) тўғри келди. Бу нархдан, антибиотик пули бор-йўғи 3%, ишлаб чиқаришдаги йўқотиш 75% ташкил қилди. Хулоса қилиш мумкинки, дори таннархи умумий қийматга деярли таъсир кўрсатмайди, бинобарин, иш кунларининг йўқотилиши, дори воситаларининг ножўя таъсирлари эса катта аҳамиятга эга [57].

Охирги ўн йиллар ичида, сурункали тонзиллитнинг этиологиясида стафилококклар, биринчи навбатда олтинсимон ва эпидермал турларининг аҳамияти сезиларли даражада ошди [40].

В.Т.Пальчун муаллифлар билан бирга, сурункали тонзиллит этиологиясида β –гемолитик стрептококк етакчи ўринда, кейин эса яшил стрептококк туради, деб ҳисоблашади. Стафилококкларга эса иккиламчи инфекция сифатида қарашади [42].

Кўпгина олимлар, ҳар қандай ўчоқли инфекцияни келиб чиқишига стрептококк сабабчи деб ҳисоблайдилар [28,29,63,65].

В.Т.Пальчун муаллифлар билан бирга одам муртак безларидан А гуруҳда гемолитик стрептококкни тез-тез ажратиб олинишига қарамасидан, у ўчоқли инфекцияни шаклланишида асосий аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблашади, чунки стрептококкнинг А серо гуруҳи одамга хос. Бошқаси

бу серотиплардир. Ҳозирда гемолитик стрептококкларнинг 80 дан ортиқ серотиплари ажратиб олинган, шунинг учун унинг алоҳида гуруҳларини у ёки бу аъзоларга нисбатан самарасини аниқлаш лозим [41,42].

C.E.Nord [70] 100 та танглай безларини тонзиллэктомиясидан сўнг 17 турдаги анаэроб бактерияларни ажратиб олди. Кўп ҳолларда *Bacteroides melaninogenicus*, *peptostreptococcus anaerobius*, *peptostreptococcus intermedius*, *veillonella parvula* u *peptococcus asaccharolyticus* учради.

G.Almadori муаллифлар билан муртак безлари устки қисмидан ва ички бўшлиқларидан ажратиб олинган микрофлорани солиштириб кўришди. Иккала жойдан сифат жиҳатидан бир хил аэроб ва анаэроблар ажратилади, аммо устки қисмидан 62,2 % ҳолларда аэроблар ва 30,8% – анаэроблар, лакуналар ичида эса аэроблар- 59,2% ва анаэроблар- 40,8% ташкил қилди. Аэроб микроорганизмлар ичида кўпинча α ва β hemolytic Streptococci, Heisseriae ва Stahpylococci ангина униб чиққан бўлса, анаэроблардан *Fusobacterium nicleatum*, *Bacteroides* sp. ва *Veillonella parvula* учун. Аралаш флора бўйича бўшлиқлардан ажратиб олинди. Аэроб флора таркиби бўйича устки қисми ва бўшлиқларда фарқ кузатилмади. Сурункали тонзиллит 26,6% ҳолларда вируслар чақирганини аниқлади, бинобарин аденовируслар, А, В тип грипп ва парагрипп вируслари кўпроқ учради [13,31].

H.Ogawa муаллифлари билан бирга, сурункали тонзиллит 26,6% ҳолларда муртак безлари экмасида *chlamydia trachomatis* ажратиб олишди, бинобарин 76,5% беморлар кўп маротаба касалликни зўрайиши бўйича тиббиёт ёрдамига мурожаат қилишган, 61% беморларга инфекция трансмиссив йўл билан юққан [65].

Муртак безларининг замбуруғли патологияси 27,2% - 38,9% ҳолларда учрайди ва касаллик асосан *Candida* уруғига хос ачитқисимон замбуруғлар томонидан чақирилади. [49,50,25].

Шуни қайд қилиш лозимки, сурункали тонзиллит муртак безлари бўшлиқларида полимикроб флора тўпланади.

Бактериал флорани борлиги, ҳатто унинг организм билан узоқ вақт таъсирлашиши ҳам яллиғланиш жараёнини юзага келиши учун етарли эмас. Бунда макроорганизмнинг умумий ва маҳаллий реактивлиги пасайган ҳолатида ўта муҳим. Муртак безларининг лакуналаридаги суюқликни безнинг тўқималари, перилакунар нерв боғлари ва эпителиал ости қавати хеморецепторларига узоқ ва доимий таъсирининг аҳамияти катта [12,14,15].

Организмнинг умумий реактивлиги пасайган ҳолатида улар сиртки иммунитет реакцияларини чақиради, бу махсус (антителоларни ҳосил бўлиши) ва номахсус (эпителиал тўсиқ, ферментлар ва бошқалар) гуморал ва ҳужайравий омиллар орқали намоён бўлади. Антиген-антитело иммун бирикмалар юқори хемотоксик фаолликка эга бўлади ва макрофаг ферментларининг протеолитик ҳосиласини оширади, бу ўз навбатида муртак безлари тўқималарини лизисга учрашига, антиген тавсифига эга бўлувчи тўқиманинг ўз оксилларини денатурацияга учратади. Қонга сўрилиб, улар аутоантителаларни ишлаб чиқарилишини таъминлайди, булар ўз навбатида ҳужайраларга бирикиб уларни шикастлайди. Натижада, танглай муртаклари перманент сенсibiliзациялашган жойга айланади. Улар юқори сезувчанлик ҳолатида бўлиб, аллергия реакциялар ривожланишига тайёрдир ва сенсibiliзация зонаси сифатида организмда қон томирларидан сўнг иккинчи ўринда туради [10,19,69,74].

Касалликни ривожланишига сабабчи бўладиган асосий омилларга макроорганизм реактивлигини ҳар хил ўзгаришлари хизмат қилиши мумкин (индивидуал, ёш, ҳомиладорлик каби мисоллар)[38].

Тонзиллитларнинг юзага келишида организм умумий реактивлигини пасайиши сабабчидир. Бу пасайиш қуйидагилар ҳисобига ривожланади: бир неча бор ноқулай метеорологик шароитлар таъсири (исиб ёки совиб кетиш ва бошқалар) , етарли овқатланмаслик, гиповитаминозлар, мадори қуриши, эндокрин ўзгаришлар, ҳар хил инфекциялар билан касалланиб ўтганлик каби мисоллар). Бундан ташқари, сурункали тонзиллит шаклланишида болалардаги аденоидли вегетациялар, бурун тўсиғининг қийшайганлиги,

хамда оғиз, бурун, қўшимча бўшлиқларнинг сурункали яллиғланишлари ҳам сабабчи бўлади [52] .

Муртак безлари 5 хил синф (А,М,G, E, D) иммуноглобулинлар синтез қилишда, лимфопозда, интерферон, лизоцим, пропердин, комплемент ва бошқа биологик фаол моддалар синтезида қатнашади . Шундай қилиб, муртак безларига лимфоцитопозтиик функция билан бир қаторда, ҳалқум шиллиқ қаватларидаги ҳимоя тўсиғини назорат қилувчи ва организмнинг умумий иммун статусига таъсир кўрсатувчи иммун назорат қилувчи аъзо сифатида қараш мумкин [12,29,37,50,10,17].

Танглай муртакларининг сурункали яллиғланишида ҳамма юқорида санаб ўтилган функцияларда ўзгариш юзага келади, бундай ҳолатни иккиламчи иммун етишмовчилик деб ҳисоблаш мумкин [36,66].

Сурункали тонзиллитни кўп омилли иммунопатологик жараён сифатида тавсифлаш мумкин. Сурункали тонзиллит ривожланишида асосий омил бу танглай безларидаги яллиғланиш реакцияси ҳисобланиб, у иммунитетнинг маҳаллий ва тизимли жавоб реакцияларини шаклланиши билан ўзаро боғлиқ. Сурункали тонзиллит оддий шаклида инфекцион-аллергик реакциялар биринчи ўринда турса, токсико аллергик шаклида эса – бу босқичдаги касалликни зўрайишига жавобгар аутоиммун жараён биринчи ўринда туради [27,36, 64,80].

Сурункали тонзиллитда иммун жавобдаги ўзгариш биринчи навбатда маҳаллий иммунитет билан боғлиқ. Аммо, яллиғланиш ўчоғидаги иммуногенезни депрессияси орқага қайтиш тавсифига эга бўлиб, депрессор омилга мувофиқ таъсир кўрсатиб уни йўқотиш мумкин [66].

J.H.Jensen, сурункали тонзиллит патогенезида, муртак безларининг антителаларни синтез қилиш қобилятини йўқотиши энг муҳим аҳамиятга эга ва бу қобилят токсико аллергик шаклида энг қуйи даражада деб ҳисобланади. Сурункали декомпенсацияланган тонзиллит 21-50 ёшдаги беморлар муртак безлари лимфоид тўқимасида Т ва В лимфоцитларнинг дифференцияланмаган миқдори тезда ошиб боради, натижада маҳаллий

антителалар секрецияси пасаяди, бу ўз навбатида яллиғланишни янада кучайтиради [14].

Сурункали тонзиллитда иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилишида ўзгаришлар бўлиши мумкин [22,42,75].

Кўпгина олимлар сурункали тонзиллит қонда Т ва В-лимфоцитларнинг абсолют ва нисбий миқдори, уларнинг функционал фаоллиги, айланиб юрувчи иммун бирикмаларининг сони камаяди деб таъкидлашади [4,24,43,44,63,69,77].

Сурункали тонзиллитда полиморф ўзакли нейтрофилларнинг метоболизм жараёнлари ва лизосомал секрециясининг кучайиши таъкидланган, бу ҳолат лизосомал ферментларнинг оксидланиш-қайтарилиш фаоллигини ошириши ва катион оксиллар миқдорини камайтиришида намоён бўлади. Катаболизм жараёнларини кучайиши билан бирга кечувчи мембрана тузилмалари лабиллиги, полиморф ўзакли лейкоцитлар тизимининг алоҳида бактерицид бўғинларининг тарқоқлиги билан уйғунлашган, бу уларнинг фагоцитар фаоллигига таъсир қилади [43,59,75].

Сурункали тонзиллитни организмнинг алоҳида аъзо ва тизимларининг шикастланиши билан боғлиқлиги ниҳоятда хилма-хил. Ҳар хил даврда тонзиллоген касалликларнинг (метатонзилляр, бирга қўшилган) сони ўнтадан бир неча юзтагача ташкил қилган. Юрак, бўғин, буйракларнинг муртақ безларидаги инфекция ўчоғидан шикастланиши эҳтимоллиги эътироз этиб бўлмайдиган ҳақиқатдир. Бу ҳолатни эътиборга олмаслик ўта ҳавфли бўлиб, ўз вақтида даволаш ва профилактик чораларни амалга оширмасликга олиб келиши мумкин [71].

I.I.Detsik математик усуллар, кўп омилли анализ ёрдамида, сурункали тонзиллитни юрак-қон-томир, нейроэндокрин, иммунологик ва метаболик синдромларда ҳал қилувчи механизм вазифасини бажаришини тасдиқладилар [59].

И.М.Лямперт муаллифлар билан бирга (1991), W.Pmsek муаллифлар билан биргаликда (1991), стрептококкли инфекцияларда иммун бирикмалар

ҳосил бўлиши, иккиламчи иммун танқисликлар ривожланиши, натижада тизимли шикастланишларнинг аутоиммун механизми шаклланади деб ҳисоблайдилар [40].

Сурункали тонзиллит, кардиал турдаги нейроциркулятор дистонияни юзага келишида этиологик омиллардан бири ҳисобланади. Лимфааденоид танглай муртаги нафас тизими касалликларига ҳар томонлама кириш антимиқроб барьер (тўсиқ)эканлиги ҳам маълум. Пирогов-Вальдейер лимфааденоид ҳалқаси ҳақиқий резистентлик ва нафас йўлларининг махсус иммун ҳимоясини, конъюктивалар ҳамда орофарингиал бўшлиқни ҳимоя қилиш хусусиятига эга. Пирогов - Вальдейер лимфоид ҳалқаси нафас йўли конъюктива, орофарингиал бўшлиқдаги махсус иммун ҳимоя ва табиий резистентлик ҳосил қилувчи марказдир [32].

Ҳозирги кунга келиб СТ билан боғлиқ бўлган ёки бирга келган (хамроҳ) касалликлар кўрсаткичи ошиб бормокда [66].

Кейинги 10-15 йиллик маълумотларга кўра СТ билан касалланиш даражасининг аҳолининг хусусан болалар орасида кўплиги сабабли бодом беzi касалликлари (тонзилляр патология) муаммоси ҳозирги кунга қадар тиббий ва ижтимоий аҳамиятни йўқотгани йўқ.

Сурункали тонзиллит патогенези организм ҳимоя хусусиятларининг авваламбор маҳаллий лимфоид тузилма функциясининг пасайиши асосий ўрин тутди. Патоген агентлар таъсири натижасида яллиғланиш бутун организмга тарқалади [15,24,30].

СТ нинг келиб чиқишида бодом беzi криптларида ўрнашиб олган b-гемолитик стрептококкнинг А-гурухи, шунингдек стафилококклар, пневмакокклар, вируслар ётади [44,45].

Россия олимларининг фикрича, сурункали тонзиллитни келиб чиқишида асосий ўринни А-гурухидаги b-гемолитик стрептококк ва антивируслар билан ассоциация эгаллайди [67].

Сурункали тонзиллит билан касалланиш даражаси аҳолининг, айниқса болалар орасида кўплиги сабабли бодомча безлари касаллиги

муаммоси ҳозирги вақтда тиббий ва ижтимоий аҳамиятини йўқотгани йўқ. Айрим муаллифларнинг фикрича сурункали тонзиллит катталарда 16% ҳолларда учрайди. Баъзи бир муаллифларнинг фикрича эса умумий касалланиш тизимида бу касаллик катталар орасида тарқалиши 30%дан кўпни ташкил қилса, болалар орасида эса 43,8%ни ташкил қилади [12].

Ҳозирги вақтга келиб 100 дан ортиқ касалликларнинг сурункали тонзиллит билан боғлиқлиги ёки у билан бирга келиши аниқланган ва бу кўрсаткич доимий равишда ўсиб бормокда.

Сурункали тонзиллит барча ички аъзоларга хусусан эндокрин тизимига таъсири ҳақида маълумотлар анчагина, лекин балоғат ёшидаги қизларга таъсири адабиётда кам ёритилган, шу билан бирга ушбу муаммони ҳал қилиниши бўлажак оналарни соғлом баркамол бўлишида аҳамияти катта [42].

Кейинги 10-15 йиллик адабиётдаги маълумотларга кўра, СТ билан касалланиш даражасининг аҳолининг хусусан болалар орасида кўплиги сабабли бодом беши касалликлари (тонзилляр патология) муаммоси ҳозирги кунга қадар тиббий ва ижтимоий аҳамиятини йўқотгани йўқ [18].

Сурункали тонзиллит патогенезида организм ҳимоя хусусиятларининг пасайиши асосий ўрин тутди. Патоген агентлар таъсири натижасида яллиғланиш асоратлари бутун организмга тарқалади [74,76].

СТнинг келиб чиқишида бодом беши криптиаларида ўрнашиб олган b-гемолитик стрептококкнинг А-гурухи, шунингдек стафилококклар, пневмококклар, вируслар ётади (44,45).

Бу патогенлар организм умумий реактивлигини (қаршиланишини) пасайиши асосида регионар иммунитетнинг махсус (специфик) - антитело ҳосил қиладиган ва номахсус (носпецифик) - эпителиал барьер, фагоцитоз, ферментлар каби гуморал ва ҳужайра омилларни амалга оширадиган реакциясини кузатади.

Бурун-ҳалқум гумбазида кўп миқдорда лимфоид тўқима бўлиб, уни II миндалини (муртак) деб юритилади. Бу муртак ёш болаларда яхши

ривожланган бўлиб, 10—12 ёшдан бошлаб кичиклашиб боради. Шу лимфоид тўқиманинг болаларда катталашиб кетишидан хоана тешиги қисман ёки бутунлай беркилиб қолиши мумкин, натижада бурундан нафас олиш қийинлашади ёки бутунлай олиб бўлмайди. Бунинг натижасида ёш болаларда турли касалликлар келиб чиқади [31,39,42].

Шиллиқ парда хилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган бўлиб, бурун-ҳалқумнинг орқа девори I-II бўйин умуртқа поғонасига тўғри келади [31,28].

Танглай муртаклари бироз буйига чўзилган — бодом шаклида булиб, узунлиги 13—28 мм, эни 14—22 мм га тенг бўлади. Уларнинг ташқи юзи муртак чуқурчасига ёпишиб турса, ички (бир-бирига қараган) юзи эса ютқинга кириб борувчи томоқ тешигининг ён чегараларини ташкил қилади. Муртакнинг ташқи юзасини ўраб олган бириктирувчи тўқима (муртак капсуласи) без бағрига кириб, уни бўлакларга бўлиб юборади, унинг ички юзаси эса (ютқинга қараган) кўп қаватли эпителий билан қопланган бўлиб, унда 5 тадан то 20 гача муртак чуқурчалари мавжуд. Муртак бағрида юмалоқ шаклли лимфоид тўқималар ёки тугунчалар жойлашган. Бу тугунчалар, айниқса болаларда ва ўсмирларда кўп учрайди. Ёш болаларда танглай муртаклари анча катталашган бўлиб, ёш улғайган сари кичрайиб боради [21,42,46].

Муртакнинг орқа томони эса мушак қисмидан ажралган ҳолда бўлиб, муртак шиллиқ тўқималар билан тўлган бўлади. Бу тўқима орқали қон томир ва нервлар ўтади (ички уйқу артерияси, IX, X, XI, XII бош мия нервлари ва ички бўйинтуруқ венаси).

Бу қон томирлар ва бош мия нервлари муртакларга нисбатан турлича ораликда жойлашган бўлади. Шу муртаклар атрофида жаррохлик усулини қўллашда буни ҳисобга албатта олиш лозим.

Муртаклар жуда кўп қон томирлари билан таъминланган бўлади:

Ҳалқумнинг оғиз қисми кўп қаватли япалок эпителийдан ташкил топган ва шиллиқ парда билан қопланган [39,12,45,48,65,66].

Тил муртаги — тил илдизи соҳасида, унинг шиллиққаватини қоплаб турувчи кўп қаватли япалоқ эпителий остида жойлашган. Тил илдизи, тил муртагининг жойлашган соҳаси ғадир-будур бўлиб кўринади, унинг чуқурчаларида тил шиллиқ безлари очиладиган тешиклари бор. Тил муртаги болалик даврида тез ривожланиб, баъзан хаддан ташқари катталашиб кетиши мумкин. Бу муртакни тил артериясидан чиқувчи тармоқлар қон билан таъминлайди. Бу қисми ҳиқилдоққа кириш жойидан, то узуксимон тоғайнинг пастки қиррасига қадар давом этиб, сўнгра қизилўнгачгача етади. Бу қисмнинг олд ва орқа деворлари фақат овқат ёки суюқликни ютиш пайтидагина бир-биридан узоклашади, бошқа вақтда эса бир-бирига яқинлашиб тегиб туради. Ҳиқилдоқ қисмининг олдинги деворида ҳиқилдоққа кириш тешиги бор. Бу тешикни ҳиқилдоқ қопқоғи — ҳиқилдоқ усти тоғайи ва унинг ён томонларидаги жуфт бурмалар (ҳиқилдоқ усти тоғайи билан чўмичсимон тоғай ўртасида тортилган) чегаралаб туради.

Бу икки бурманинг ён томонларидаги жуфт ноксимон чуқурчалар деб аталади. Ҳалқумнинг пастки қисми кўп қаватли япалоқ эпителий билан қопланган [5,34,36,65,66].

Ҳалқумнинг девори уч қават бўлиб, унинг энг ташқи бириктирувчи тўқимадан тузилган пардаси, ўрта мушак қавати ва ички шиллиқ пардаси - дир. Ҳалқумда шиллиқ ости қавати йўқ, унинг ўрнида фиброз парда бор. Бу қават ҳалқумнинг юқори қисмларида яхши ривожланган.

Ҳалқумнинг мушак қисми — мураккаб вазифани бажаради. Бу мушаклар бажарадиган вазифаларига қараб икки гуруҳга бўлинади: қисувчи ва кўтарувчи (кенгайтирувчи ҳам).

Овқат ютилганда мушаклар навбати билан, яъни юқоридан пастга қараб қисқаради ва овқат луқмасини қизилўнгачга ўтказиб юборади. Ҳалқум асосан уйку қон томирларидан таъминланади. Ҳалқум вена қон томирлари икки бир-бири билан бирлашган тугунча ҳосил қилади (ҳалқум ва танглай), улар ички бўйинтуруқ венасига қуйилиб қалқонсимон ҳамда

тил веналари билан қўшилиши мумкин.

Ҳалқумнинг нерв системаси сезувчи ва ҳаракатлантирувчи қисмдан тузилган. Сезувчи нерв (бурун, ютқин ва танглай) уч шохли нервнинг иккинчи тармоғидир. Ютқиннинг пастки қисми адашган нерв билан таъминланиб туради. Уч шохли нервнинг учинчи тармоғи танглай муртакларини таъминлайди.

Ҳалқумнинг ўрта ва пастки қисмини қўшимча адашган нервлар таъминлаб туради

Ҳалқумнинг орқа деворида (учала қисмида) бўшлиқ бўлиб (умуртқа поғонасининг олдинги қисми), ёш болаларда бу бўшлиқ юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган, бу ерда лимфа тугунчалари бўлади. Шу бўшлиқдаги лимфа тугунчаларининг яллиғланиши оғир касалликни келтириб чиқариши мумкин (ютқин орқа девори хўппози) [72].

Ҳалқум хаво ва овқат ўтиши учун хизмат қилади, бундан ташқари у товуш жарангдор бўлишида ҳам катта аҳамиятга эга.

Баъзан овқат ва суюқликнинг бурун бўшлиғига ўтиб кетишига юмшоқ танглайнинг фалажи сабаб бўлади, кўпинча у буғма касаллигидан сўнг кузатилади.

Ютилган овқат ёки суюқлик қизилўнгачга қараб йўналаётганда хиқилдоқ сатхи бекилади, у бирмунча кўтарилиб, тил ўзаги остига яқинлашади ва тил ўзаги уни босади. Хиқилдоқ усти тоғайи унинг устини ёпади, шундан сўнг овқат луқмаси пастга — қизилўнгачга қараб силжиб тушади.

Юмшоқ танглай ва тил ўзаги таъм билиш нервларининг охирги толалари билан таъминланиши сабабли, таъм билиш ва мухофаза вазифасини бажаради (ширинлик, шўр, аччиқ ва нордон нарсаларга).

Таъм сезгиси ноғора ториға, тил-ютқин ва адашган нервларга берилади. Мухофаза вазифаси қуйидагича бўлади, яъни ютқинга иссиқ ёки кимёвий моддалар таъсир этганда ёки ёт жисмлар тушганда ютқин мушаклари беихтиёр (рефлектор) қисқаради [65,66,72].

Ютқин лимфатик халқасининг фаолияти етарлича ўрганилмаган. Кўпчилик олимлар муртаклар ва ютқиннинг бошқа лимфоид тўқималарини ташқаридан тушадиган инфекцияга қарши курашувчи муҳофаза аъзолардан деб ҳисоблайдилар ("Муҳофаза назарияси").

Танглай муртакларидаги лакуналар сони, уларнинг чуқурлиги ва йўналиши бир хилда бўлмайди.

Айниқса, ёш болаларда ва ўсмирларда танглай муртакларида лимфоцитлар йиғилиб, улар оғиз бўшлиғига ва ютқинга ажралиб чиқиб туради. Бундан ташқари, муртакларда антителолар ҳосил бўлиб, лимфоцитлар ўраб турган эпителийдан кўчиб туради [29,33,42].

СТ ни келиб чиқишида гемофиллар, замбуруғлар, кандидалар, анаэроблар каби бошқа микроорганизмларни роли ҳам борлиги ҳақида маълумотлар бор [55,58].

Айрим муаллифлар фикрича тонзиллотомия қилинган беморларнинг танглай муртакларининг крипталаридаги микрофлорани ўрганиб ва аэроб, анаэроб, факультатив организмларнинг ўсишини ярим миқдорий баҳолаш учун таққосланади [18,34,37].

Ушбу (тонзилляр) микрофлораларнинг учраши юқорида солиштирилган микроорганизмдан деярли кўп фарқ қилмайди.

Танглай муртагидаги эпителийсида узоқ сақланадиган «HBD-palatina» микроорганизмни танглай муртагидаги ёт микроорганизмларга қарши курашадиган фаолиятини сусайтириши (ёки ўтқазиб юбориш, йўқотиш) мумкин [67].

Шу билан бирга лакуналарнинг чуқур сохалари анаэроб микроорганизмлар учун қулай шароит ҳисобланиб уларнинг доимий равишда оғиз бўшлиғига ажралиб тушиши муҳим аҳамиятга эга [23,24].

Айрим муаллифларнинг адолатли таъкидлашича СТ нинг келиб чиқиши ва кечишида микрофлора билан бирга микроорганизм ҳам муҳим ўрин тутди. Яллиғланиш ўчоғининг шаклланиши микроорганизм реактивлигининг ўзгариши билан бирга кечади. Қон томонидан бўладиган

комплекс реакциялар организмдаги бириктирувчи тўқима ва органлар системасидаги ўзгаришлардан далолат беради [74,75].

СТ ни ўз вақтида адекват даволаш геморрагик васкулитини ва у билан ҳамроҳ касалликларни бартараф этиш ва касаллик қайталаниши, гломерулонефрит каби оғир асоратларни олдини олишда асосий омил бўлиб ҳисобланади [29,31,42].

Бироқ СТ тўғрисида кўп маълумотлар бўлишига қарамай, унинг этиологияси тўғрисидаги маълумотлар бир-бирига қарама қарши. Шундай қилиб анаэроб микроорганизмлар кенг таъсир доирали патоген омил, бўлиб доимий равишда оғиз бўшлиғи шу билан бирга бодом безлари лакуналарида мавжуддир. Улар турли патологик жараёнларни қўзғатишига қарамай СТ этиологиясида анаэроб микроорганизмлар ўрни тўлиқлигича аниқланмаган. Бу далилларга отоларингологлар етарли даражада (доимо) аҳамият бермаганликлари туфайли СТ ни даволашда антианаэроб дори воситасидан ҳам фойдаланадилар [19,42].

Олимларнинг таъкидлашича, ангинасиз СТ касаллиги тез-тез ЎРВИ, аденоид, стоматит, паратонзиллит фонида кечиб, танглай муртаклари бу яллиғланиш жараёнларига иккиламчи алоқадор бўлсада, аммо организмда фаол химоя вазифасини ўтайди [28,31,33].

В.Т. Пальчун ва Н.А. Преображенскийнинг клиник таснифи бўйича СТ нинг оддий шакли ва I-II даражали токсик-аллергик шакли (ТАШ) тафовут этилади [38,42].

Айрим муаллифлар томонидан СТнинг турли шаклларида организмнинг тана харорати турлича бўлиши аниқланган. СТнинг ОШда «екка» симптоми изотермик иссиқ харорат, «иссиқ панжа» каби кузатилмайдиган (ёки жуда кам кузатиладиган) белгилар ТАШда кузатилади. СТнинг термографияси асосий белгиси қўл бармоқларининг асосий фалангаларида харорат қўл панжасининг орқа юзасига нисбатан 1-2,2 С гача пасаяди [28,30].

Кўп олимларнинг фикрича, болаларда СТни ташхислашда гипохром

анемия, нейтрофилли лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, СОЭнинг ошиши, иммунологик параметрда Т ва В лимфоцитлар дисбаланси, иммуноглобулинлар таркибининг ўзгариши иммун комплексларнинг ошиши, бактериал антигенларга нисбатан сенсibiliзацияси аҳамиятли ҳисобланади. Махсус специфик иммун реакциянинг яққоллик даражаси периферик қондаги полиморф ядроли лейкоцитларнинг функционал активлиги ва лейкоцитлар бактериоцит хусусиятни таъминловчи лизосомали аппарат ҳолати билан аниқланади [6,19,22,34,70].

1.2. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитнинг ўзига хос кечиши.

Репродуктив дегани, из қолдириш, нусха қолдириш деган маънони англатиб унинг таркибига 2 хил атама киради.

А. Генератив-урчиш учун хизмат қиладиган жинсий хужайралар.

Б. Детородный-бола туғиш деган маънони англатади.

Аёлларда жинсий системанинг шаклланиши мураккаб жараён бўлиб, босқичма-босқич шаклланади. Гинекологиянинг муҳим муаммоларидан бири репродуктив системадаги ўзгаришлар, қайсики ҳар-хил ёмон факторлар таъсирида келиб чиқади [2,74].

Аёлларда ёшга боғлиқ анатомио-физиологик давр босқичларига бўлинади.

1. Болалик даври.
2. Жинсий етилиш даври.
3. Жинсий етилган давр.
4. Климактерик давр.
5. Климакс давридан кейинги давр (қарилик даври).

Болалик – бу даврда тухумдонлар секинлик билан катталашади. Эстероген жуда кам миқдорда аҳамиятсиз синтезлангани билан, тухумдоннинг специфик функцияси бўлмайди. Иккиламчи жинсий белгилар бор, лекин ривожланмаган, туклар билан қопланмаган.

Жинсий етилиш босқичи— бу давр 9-10 ёшда бошланиб 15-16 ёшгача давом этади. Бу давр жуда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, келажакда репродуктив системанинг нормал ривожланишига, бола туғиш функциясини бажаришга аҳамияти катта. Бу даврда бўй ўсиши, аёлларга хос тана тузилиш, иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланиши кузатилади.

Жинсий етилиш босқичи 2 даврга бўлинади:

- 1.Балоғат ёшидан олдинги давр.
- 2.Балоғат ёшидаги давр.

Биринчи даврда, яъни балоғат ёшидан олдинги даврда тухумдон функциясини стимулловчи ва фолликулани стимулловчи гармонлар кўпаяди. Бу даврнинг охирида гонадотропиннинг циклик секрецияси шаклланади [41,58,62].

Қизларда физиологик ва анатомик ривожланишнинг антропометрик кўрсаткичлари:

- бўйи
- тана вазни
- кўкрак безининг ўлчами (Ма)
- қўлтиқ ости туклари (Ах)
- қов усти туклари (Р)

Юқоридаги белгилар ҳар-хил факторлар таъсирида ўзгаришларга учрайди.

Жинсий етилиш вақтида фақат жинсий органларда эмас балки марказий қисмларда ҳам ўзгаришлар бўлади.

Гармонал статус асосан 4 та асосий босқичга бўлинади.

Schindler C. P. G. (1983), S.C. Marchall (1987) бўйича

1. Бошланғич ривожланиш стадияси. Бу даврда гонадотропин ва жинсий стероидларнинг секрецияси юқори бўлади. Бу давр эрта болалик даврда тугайди.

2. Балоғат ёшидан олдинги давр. Бу даврда плазмадаги оксил

концентрацияси ва стероид даврда гонадотропин секрецияси ва уйку давридаги жинсий гармонларнинг секрецияси ошади. Бу давр 10-15 ёшгача давом этади.

3. Эрта етилиш даври. Бу даврда гонадотропин ва жинсий гармонларнинг секрецияси импульсли бир хил частотада кун давомида бўлади.

Балоғатга етмаган ва балоғатга етган қиз болалардаги физиологик ҳолатни ўрганмасдан туриб, юзага келиши мумкин бўлган патологик ҳолларни билиш мумкин эмас.

Маълумки, қиз боладаги физиологик ўзгаришлар катталарникидан анча фарқ қилади. Айниқса, қиз бола балоғатга етганидан кейин унда шу даврга хос бўлган бир қатор ўзгаришлар кузатилади.

Чет эл олимларининг айтишича, «Жинсий тараққиёт даврида қиз болада конституцияга хос бир қатор ўзгаришлар бўладики, булар жинсни аниқ белгилаб беради, бу даврда иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлиб насл қолдириш аъзолари катталашади» [56,63,76].

Бошқаларнинг фикрича «жинсий етуклик бу шундай даврки бунда илк бор репродуктив фаолият, яъни жинсий хужайралар ажрала бошлайди. Баъзи муаллифлар балоғатга етиш 8 ёшдан бошланади десалар, бошқалар 9-10 ёшни кўрсатадилар. Соғлом болаларда балоғатга етиш 9 ёшдан 16 ёшгача бўлиши мумкин [39,42,54,55].

Балоғатга етиш давридаги ўзгаришлар 2 кўринишда бўлади:

1. Гипоталамус-гипофиз, гонадалар.
2. Жинсий безларнинг гармон ишлаб чиқариши.

Биринчи кўриниш махсус кўриниш билан аниқланса, иккинчиси иккиламчи жинсий белгилар орқали намоён бўлади. Кўп муаллифлар фикрича жинсий тараққиёт 3 даврга бўлинади:

1. Жинсий тараққиётдан олдинги давр.
2. Жинсий тараққиёт даври.
3. Жинсий етуклик даври.

Қиз болаларда эстероген ажралиши 7 ёшгача секин бориб, кейин 11-13 ёшларда кўп ажрала бошлайди. Қиз болалардаги жараёнинг аёлларникидан фарқи шуки, эстерогенлар секретор фазада кўп ажралиб, бу хол жинсий аъзоларда пролефератив жараёни оширади. Бу қиз боланинг жинсий аъзоларининг шаклланиши учун жуда зарурдир. 12 ёшгача прогестерон ҳам ажралади балоғатга етиш даврида эстероген ва андроген биргалашиб, тана склетининг тараққий қилиши ва ўсишини таъминлайди. Жинсий томондан етилиш даврида тухумдонда ажраладиган гармонлар асосий ўрин тутати. Овуляция жараёни рўй берганидан кейин, прогестерон миқдорининг ошганлиги сабабли эстероген эпителийлардаги шохланиш жараёнининг турғунлигини бошқара олмай қолади [10,12].

Одамда гипоталамуснинг дефференцирланиши у бир ёшлигидаёқ бошланади. ФСГ ва ЛГ гармонлари 7-8 ёшларда бир мунча кўп ажралишини кўпчилик олимлар ўз тажрибаларида аниқладилар. Бир қатор физиологларнинг олиб борган кузатишларича, қиз бола организми учун, у туғилганидан кейинги давр жуда муҳим ҳисобланар экан, чунки уни келажакда қандай аёл бўлиб вояга етиши шу даврда бошланади.[23]

Кечиккан жинсий етилиш деб, умуман 14-15 ёшдан кейин балоғатга етишга айтилади, агар шу ёшгача жинсий етилишнинг бирор бир белгилари сезилмаса, бу жинсий тараққиёт кечиккан бўлади. Шаш Михаил ва Ковач Лайоч билан биргаликда қуйидаги таснифни таклиф қилишди:

- 1.Идиопатик кеч етилиш.
- 2.Гипоталамик кеч етилиш.
- 3.Семирмасдан вужудга келадиган жинсий камчилик.
- 4.Семириш билан кечадиган жинсий етишмовчилик.
- 5.Гипофизар гипогонадизм паканалик билан кечадиган.
- 6.Гипофизар жинсий етишмовчилик.
- 7.Тухумдон агнезияси.
- 8.Бирламчи гонадли жинсий етишмовчилик.
- 9.Жинсий безлар гипоплазияси.

10.Жинсий безлар дисплазияси.

Маълумки хайз жараёни бачадоннинг чегараланган фаолияти бўлиб қолмай, умуман организмнинг мураккаб физиологик жараёнидир. Хайз циклининг қандай кечиши аёлнинг ёшига жисмоний тараққиёт даражасига, оилавий ва хизмат шароитига, атроф муҳитга, овқатланишга, асаб омилларига боғлиқ. Пубертат ёшида хайз циклининг бузилиши патологик ҳолатларга боғлиқ бўлади. Шунинг учун турли зарарли омиллар хайзни жуда осонлик билан издан чиқариб юбориши мумкин [46,48].

Пубертат ёшидаги қизларда хайз циклининг бузилишини И.И. Бочаров 3-4 га бўлади:

1. Хайзнинг бўлмаслиги (аминорея), кам бўлиши гипоменорея.
2. Ўсмирлик ёшидаги қон кетиши.
3. Хайзнинг оғриқли бўлиши.

Хайз циклининг издан чиқишида, жинсий аъзолардаги патологик ҳолатларни ҳам назарда тутиш лозим бўлади.

Маълумки, қиз болаларда хайз цикли уларнинг организми хали тўла етилмаган жараёнида бошланади. Марказий асаб тизимидаги рефлексор боғланиш хали тўла йўлга қўйилмаган, эндокрин система (гипофиз, тухумдон, буйрак усти беши ва қалқонсимон беши) хали турғун фаолиятга эга бўлмаган, шунингдек, бачадоннинг рецептор ва без аппаратлари фаолият жихатидан тўлиқ етилмаган бўлади. Шунинг учун турли зарарли омиллар хайзни жуда осонлик билан издан чиқариб юбориши мумкин. Юқорида қайд этилган омиллар хайзнинг кўринишдаги шу хилларининг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин [4,18].

Хайзнинг бўлмаслиги - аменорея деб аталади. Аменорея грекча сўз бўлиб, «а» бўлмаслиги, мен — «ой» ва «оқиши» демакдир.

Аменорея 2 турга бўлинади: а) физиологик; б) патологик.

Физиологик аменорея қиз болаларнинг жинсий тараққиётга етгунча бўлган даврида хайз кўрмаслигидир. Болалик ёшидаги аменорея (жинсий тараққиёт давригача бўлган аменореяда) тухумдондаги бошланғич

фолликулларнинг тўлиқ етишмаслиги, бачадон шиллиқ пардасида шу туфайли хайзга тайёргарлик бўлмаслиги (пролиферация ва секреция жараёни) натижасида рўй беради. Қиз боланинг умумий эндокрин системаси хайз циклини вужудга келтиришга қодир бўлмайди.

Аменореянинг яна икки тури бор:

1) бирламчи аменорея, 2) иккиламчи аменорея.

Бирламчи аменорея ўз навбатида, а) чин ва б) ёлғон турларга бўлинади. Бирламчи аменореянинг ёлғон турида бачадон ва тухумдонда циклик жараён кузатилиб, аммо хайз қони ташқарига чиқмайди. Бу ҳолат жинсий аъзолардаги бир қатор нуқсонларда (қизлик пардаси, бачадон бўйнининг берк (атрезия) бўлишида, қиннинг бирор қисмининг чандиқлар туфайли беркилиб қолишида кузатилади. Бунда хайз қони механик тўсиқлар туфайли ташқарига чиқа олмайди.

Бирламчи чин аменорея организмдаги чуқур ўзгаришлар натижасида юз бериши мумкин. Жойли омилларга фақат қизлик пардасининг ва қиннинг битов эканлигигина эмас, балки жинсий аъзоларнинг бошқа қисмларидаги патологик жараён, хусусан, эмбрионал тараққиётдаги нуқсонлар, бачадоннинг бўлмаслиги ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, аменорея эндокрин система, жинсий безларнинг фаолиятига ҳам боғлиқ бўлади. Бу сўнгги патологик ҳол кам учраб, асосан туғма бўлади.

Бирламчи чин аменореяга қиз бола кичиклигида оғир сурункали ва ўткир инфекцион касалликлар билан касалланган бўлса, алиментар кахексия, рухий жароҳатланиш (қиз боланинг айниқса балоғатга етиш даврида) сабаб бўлади.

Қиз болаларда хайзнинг бошланиши ва кечиши, хайзнинг оғриқли бўлиши – альгоменорея ёки альгодисменорея кузатилади.

Хайз кўриш физиологик жараён бўлишига қарамай, баъзи ҳолларда қиз болалар биринчи хайз бошланишида, қорин пастада, думғаза, дум суяги соҳасидаги оғриқдан шикоят қиладилар. Айрим қизлар хайз кўришдан 1-2 кун олдин ланжлик, кўнгил айланиши, сезгирликнинг ошиши,

баъзи хидларни, ҳеч кимни ёқтирмай қолиш, кўкрак безининг тўлишиб оғриши, қорин деворининг пастки қисми кўпчиганидан шикоят қиладилар (хайз олди синдроми). Бу ҳолатни Р. Р. Макаров — вегетатив невроз ҳолати бўлиб, гармонлар таъсирида шу хайз кўриш олдидан чаноқ ичидаги органларнинг қон билан тўлишишидир, деб тушунтиради. Бу синдром баъзи қизларда балоғатга етиб бўлганидан кейин ҳам давом этиши мумкин.

Баъзан, хайзнинг оғриқли бўлиши жинсий аъзолардаги патологик ҳолатдангина бўлмай, балки умумий асаб тизимининг фаолиятига ҳам боғлиқ бўлади. Яъни қиз бола хайз кўриш нималигини хали билмаган, у билан она ёки ўзидан катталар бу борада ҳеч қандай суҳбат олиб бормаган бўлади. Шунинг учун қиз бола хайз кўриши билан ёки кўриши олдидан бўладиган озгина оғриқдан ваҳимага тушиши мумкин. Шунинг учун врачлар бундай беморларга айниқса алоҳида аҳамият беришлари лозим. Врач томонидан беҳосдан айтилган арзимаган бирор сўз ҳам болага ёмон таъсир қилиши мумкин [4,9,18,26,38].

1.3. Сурункали тонзиллитни ташхислаш ва уни ёндош касалликлар билан бирга келиши.

СТ билан ҳамроҳ касалликлардан ангинадан кейин ҳамроҳ касалликлар қўзиган (хуруж қилганда) танглай муртагини санациясидан (даволангандан кейин асосий касаллик ҳолатининг бир мунча яхшиланиши ушбу касаллик орасида патогенетик боғлиқлик борлигини кўрсатади.

Айрим муаллифларнинг фикрича, СТ ва ҳамроҳ касалликлардан қўшимча равишда синуситлар, йирингли ўрта отит, инфекция ўчоқлари кузатилади [10,32,45].

Маълумот танглай муртагидаги юқумли ўчоқ ҳамроҳ касалликларини асосий сабабчиси деб қаралмаслигига имкон яратади. Юқорида санаб ўтилган юқумли ўчоқлар таъсири натижасида организмда доим аутоинфекция, яъни бактериал таъсир тўқималарининг маҳаллий ва умумий аутоаллергияси СТ нинг ривожланиши ва турғунланишига олиб келиши мумкин [32,70].

СТ ва ҳамроҳ касалликларнинг ривожланишида бурундан нафас олишни турғун бузилиши (аденоидлар, бурун тусиғининг қийшайиши) каби ҳолатлар кузатилади. Бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, тишлар кариеси, сурункали фарингит, сурункали ринит ва бошқа касалликлар сабаб бўлади [58,65,66].

СТ болаларда кўпгина касалликларнинг бевосита ёки билвосита сабабчиси. Шунингдек, турли касалликларнинг характери (тавсифи) ва кечишини ўзгартириб турадиган омил ҳисобланади.

Россия олимларининг таъкидлашича, муртақлар сурункали яллиғланиш ўчоғи ва тонзиллоген жараённинг ривожланиш юқумли манба ва микроорганизмнинг узоқ муддатли ўзаро таъсири натижасида келиб чиқади. Бунинг учун микроорганизмнинг умумий ва маҳаллий реактивлиги муҳим роль ўйнайди. Шу билан бирга лакуналар бўшлиғидаги ҳосилалар лакуналар олди (перилакунар) нерв чигаллари, лакуналарнинг эпителиал қавати остидаги хеморецепторлар ҳолати, «лакуналарда патоген флоранинг муртак тўқимаси билан узоқ вақт алоқаси ҳам асосий ўрин эгаллайди [59,65,66,72].

Организм қаршилигини (реактивлигини) пасайишига олиб келувчи вирусли инфекциялар, қайталанувчи ангиналар, рахит, қизамиқ, қизилча эндокрин ва ҳазм тизимининг касалликлари ҳам СТ нинг келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди. Организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетининг пасайиши, сурункали инфекция ўчоқлари (тишлар кариеси, пульпит, йирингли гайморит), сил интоксикацияси, сунъий ва аралаш овқатланиш, эксудатив диатез, бурундан нафас олишни қийинлаштирувчи аденоидлар (вегетацияси), бурун тўсиғининг қийшайиши каби касалликлар ҳам СТни ривожланиши учун муҳим омил ҳисобланади [58, 6870].

Ўткир респиратор касалликлар болалар орасида энг кўп тарқалган касалликлар жумласига киради. Болада мойиллик қилувчи омиллар мавжуд бўлганда ўткир респиратор касалликлар, адекват даволанмаса кўпинча асоратли кечади ва сурункали касалликларни қўзишига сабаб

бўлади. Маълумки ўткир респиратор касалликлар сурункали тонзиллитни кўзишига олиб келади. СТ эса ўз навбатида юқори нафас йўллари ўткир яллиғланиши касалликларнинг кечишини оғирлаштиради, ҳам ЛОР касалликлари оқибатини ёмонлашишига сабаб бўлади [30,41].

Хозирги вақтда сурункали тонзиллит қон томир, юрак ва буйрак касалликларига олиб келиши ҳар тарафлама ўрганилган. Сурункали тонзиллит дерматознинг ривожланишига олиб келади. Кўпгина муаллифларнинг фикрича, тонзиллэктомия псориазнинг муҳим даволаридан бири деб ҳисоблашади. Сурункали инфекция ўчоғини санацияси реактив ўзгаришларни нормаллаштиради ва организм аллергизациясини пасайтиради.

Сурункали тонзиллит билан кўпинча нейродерматит ҳам қўшилиб келади. Сурункали инфекция ўчоғини санациясиз нейродерматитга самарали даво қилиб бўлмайди.

Сурункали тонзиллит коллаген касалликларда (системали қизил волчанка, склеродермия, геморрагик васкулит, тугунли периартрит, дерматомиозит, полиартрит) ҳам муайян аҳамиятга эга.

Айрим коллагенозларда ва сурункали тонзиллитда умумий антигенструктура, масалан геморрагик васкулит ва сурункали тонзиллитда умумий антигени бўлади. Сурункали тонзиллит айрим кўз касалликларни келтириб чиқариши мумкин.

Тонзиллогенли интоксикация билинарли даражада аккомодацион аппаратнинг сусайишига олиб келиши мумкин.

Шунинг учун ҳам миопияси бўлган беморларда сурункали инфекция ўчоғини санацияси зудлик билан олиб борилиши керак.

Танглай муртакларнинг паталогияси кўпинча ўпканинг носпецифик касалликлари билан бирга келади. Масалан, эндогенли перибронхит, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлар яллиғланиши ва Пирогов – Вальдейер лимфоид халкасиниш яллиғланишидан кейин юзага келади.

Баъзан сурункали тонзиллит сурункали пневмониянинг

кайталанишига ва бундан ташқари сурункали пневмониянинг оғирроқ кечишига олиб келиши мумкин. Пульмонология шуни таъкидлайдики танглай муртагидаги фокал инфекция учоғининг замонавий санацияси сурункали ўпка касалликларининг асоратини 2-3 мартага қисқартиради [48].

Инфекцион токсик механизм сурункали тонзиллитда жигар ҳам зарарланиши мумкин. Стрептококкли токсин стрептолизин гепатоцид митохондриясидаги оксидланиш, фосфорланиш процессини бузади.

Бу олдиндан жигар касалланган бўлиб, кейин сурункали тонзиллит билан оғрив процесс кучаяди. Сурункали тонзиллитда ўт хайдовчи системанинг зарарланиши ҳам кузатилади.

Сурункали тонзиллитда церебрал асоратлар. Бош миёна қон томирларидаги ўзгаришлар ва токсикоинфекцион энцефалопатия сурункали процес хисобланади. Гепатолитик синдром бир нечта формаларга ажратилади. Булардан кўпроқ кузатиладигани вегетатив қон томир формаси нейроэндокрин алмашинуви ва кам кузатиладиган нейротрофик формалари бор. Доимий ва эрта белгилардан бири миёна қон айланишининг етишмовчилиги қайсики юрак қон томир системасидаги: зарарланишлар хисобига. Гипоталомик ангиодистрофияда периферик артериал босимнинг қатъий пасайиши ва периферик ангионевроз (синдром Рейно) белгилари кузатилади.

Баъзан марказий ангиодистрофия мигрень кўринишида ёки синдром Меньер кўринишида намоён бўлади. Гипоталамуснинг функционал етишмовчилигида бемор яхши бўлмаган метеорологик факторларга сезувчан бўлиб қолади.

Сурункали тонзиллит нейроэндокрин ўзгаришларга ҳам олиб келиши мумкин. Буларга семириш ёки озиш, иштаханинг бузилиши, гипергидроз, хайз циклининг ўзгариши, жинсий қувватнинг сусайиши каби белгилар кузатилиши мумкин.

Сурункали тонзиллит қизларда репродуктив системанинг шаклланишига ҳам таъсир қилади. Сурункали тонзиллитнинг компенсация

формасидан декомпенсация формасига ўтиш кўпинча 8-10 ёшда (адренархе даврига) ва 12-14 ёш (менархе даврига) тўғри келади.

Гипофизар буйрак усти системасининг эндокрин функцияси активлиги адренархе даврига ва ҳамма репродуктив системаси менархе даврига тўғри келади.

Чет эл муаллифларнинг текширишларида, айниқса, декомпенсация формасида фертиль ёшдаги аёлларда репродуктив системанинг бузилиши кузатилади. Бу ўзгаришлар қуйидаги характердаги бузилишларга олиб келади: фолликула стимулловчи, лютенизацияловчи, лютеотроп, сомататроп, адренкортикотроп ва тиреотроп гармонлардаги ўзгаришлар, бачадондан қон кетиш белгилари, гипоменструал «синдром ва марказий генезнинг аминореясига олиб келиши мумкин. Хомиладорликда сурункали тонзиллит билан оғриш кўпинча патологиянинг ривожланишига олиб келади. Хомиладорларда хомиланинг эрта ва кечки бола тушиши, муддатдан олдинги туғруқ кузатилиши мумкин [56,58].

Кўпгина авторлар сурункали тонзиллит билан касалланган пубертат ёшидаги қизларни отоларинголог ва гинеколог диспансер назоратида бўлиши керак деб айтишади [33,38,46,73].

Кўпгина беморларда айниқса сурункали тонзиллитнинг декомпенсация даврида морфограмманинг (интерсексуал тана тузилиши) нинг ўзгариши кузатилади.

Ўзбекистон республикасида 16.5% ўсмир қизларда 13-18 ёшда жинсий етилишининг кечикиши клиник белгилари қайд этилади. Регионда жинсий етилиши кечикишининг ривожланишига кўмаклашувчи ирсият ва муҳитга боғлиқ омиллар аниқланади. Клиник гармонал тадқиқотлар асосида жинсийетилишнинг кечикиши структураси ва гипогонадизм структураси аниқланади [65,66].

1.4. Сурункали тонзиллитнинг даволаш замонавий усуллари

Консерватив даволаш тадбирлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1) Маҳаллий давоси

а) танглай муртакларини Н.В.Белоговов усулида ювиш муолажаси. Муолажа шприц ва ингичка найча ёрдамида бажарилади. Ювиш учун турли антебактериал дорилар (0,25% ли формалин, ЙОКС, йодиол, хлорфиллипт) ишлатилади. Муртак лакуналари хар куни бир махал, жаъми 7-10 кун давомида ювилади.

б) лакуналарни ювиш билан бир пайтда физиотерапевтик муолажалар (УБН, паст энергияли гелий - неон лазери, электрофорез, УВЧ.

в) махаллий лимфа тугунига пастки жағ тери остига антибиотик (левомецитин 0,5 шл, гидрокортизон 0,1-0,2 шл, новокаин 0,5% 0,5 мл юборилади. (лимфатроп)

г) тиббий зулукдан фойдаланиш.

2) Умумий давоси.

а) гипосенсибилизация воситалари. Кальций хлорид 1% (7-10 мл/кг) в/и томчилаб, аскорбин кислоталар, антигистамин дори воситалари - диазолин, супрастин.

б) организмнинг табиий химоя кучини ошириш-кун тартибига риоя қилиш, С, В витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, қон кўпайтирувчи темир сақловчи дори воситалар тавсия қилинади.

в) иммунитетни тиклаш, иммуностимуляторлар (левомизол, Т активин, продигозан, темалин ва хоказо) табиий иммуностимуляторлар (женьшень, левзия, эхиноция, ромашка, чеснок, прополис, пантокрил. Иммудон дори воситасини бир кунда 2 таблеткадан 3 махал, 20 кун давомида тавсия этилади.

Тонзилгон драже ёки эритма шаклида катталарга 2 драже ёки 25 томчидан, мактаб ёшдаги болаларга 1 драже ёки 15 томчидан, бир ёшгача 5 томчидан кунига 5-6 махал тавсия этилади.

г) антибиотиклар - пенициллин гуруҳидаги антибиотиклар тавсия этилади. Факат дизбактериозга профилактика қилган ҳолда. 50 йиллардан бери юқориги нафас йўллари касалликларида макролидлар юқори самара

бермоқда. Макролидларнинг ишлатилиши антибиотиклар орасида учинчи ўринда туради. Тонзиллитнинг давосида макролидлар антибиотиклар билан рақобатлашади.

Сурункали тонзиллит диагностикаси ва даволаш усулини танлашда Б.С.Преображенский [38] цитологик текшириш усулига катта эътибор берган, у бу усул нафақат диагностикада ёрдам беради, балким ўтказилаётган даволашни самараси ҳақида фикр юритишга ёрдам беради деб ҳисоблайди. Ҳамма муаллифлар, сурункали тонзиллит бўшлиқларда нейтрофиллар кўп миқдорда эканлигини кўрсатишди. Ю.И.Бажора муаллифлар билан бирга [39], соғлом одамлардаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ювиндиларида полиморф ўзакли лейкоцитлар кўпроқ, кейин макрофаглар ва лимфоцитлар, ундан кейин эса плазматик ҳужайралар учрашини аниқлашди. Юқори нафас олиш йўллариининг яллиғланиш жараёнида цитограмма сезиларли ўзгарди ва беморларнинг ёши, этиологик омили, касалликни оғирлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда бир хил йўналишга эга бўлади. В.Ф.Филатова муаллифлар билан бирга [37] олган маълумотларига кўра, сурункали тонзиллит беморларда муртак безлари устига лейкоцитларнинг миграциясини тезлиги, соғлом одамларникига нисбатан тезроқ. Муртак безлари устидан олинган нишона суртма цитограммаларда жуда кўп миқдорда сегмент ўзакли лейкоцитлар кузатилган, улардан кўпчилигида дегенерация белгилари мавжуд эди, улардан ташқари алоҳида лимфоцитлар, эпителия ҳужайралари ва детрит. Лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллиги кескин равишда камайган эди.

Сурункали тонзиллитда тез-тез учраб турадиган белгиларга танглай безларининг консистенциясини ўзгариши киради, бинобарин 61,19% ҳолларда ғовак консистенцияга, 38,81% ҳолларда эса муртак безлари зич консистенцияга эга бўлган. Танглай безларининг бўшлиқларининг ичидаги патологик омил, 100% ҳолларда суюқ йиринг. 92,54% ҳолларда муртак безлари танглай равоқлари билан чатишиб кетган. 50% беморларда жағ орти лимфааденити аниқланди.

Сурункали тонзиллит беморларни даволашда ҳар хил усуллар қўлланилади, аммо касалликни у ёки бу босқичларида танглай безларини олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги ҳалигача очик қолмоқда [42,68,70,77,78]. А.И.Цыганова муаллифлар билан бирга [11] олган маълумотларига кўра, тонзиллэктомия фақатгина 30% компенсацияланган тонзиллитли беморларда ўтказилар экан, аммо асоратлари ривожланган беморларнинг 30-50% бу усулнинг самараси бўлмади [11,14]. Сурункали тонзиллитни жарроҳлик усули билан даволаганда иммун статус тонзиллэктомиядан сўнг тезда ва узоқроқ вақтдан кейин ҳам тикланмайди ва бу ҳолатни HLA тизими антигенини тарқалишидаги хусусиятлари билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар, чунки сурункали тонзиллит патогенезнинг биринчи бўғини бўлмай, балким организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатини кўринишидир деган фикрга келдилар. S.Ogino муаллифлар билан биргаликда [14] охириги ўн йил ичида тонзиллэктомия камайганини кўрсатишди. Улар буни, операциядан сўнг бир неча бор касаллик зўрайгани, томоқ яллиғланишини кучайгани, тана ҳароратини ошгани, беморни умумий ҳолатини ёмонлашгани билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Иммун бирикмалар, C3a ва C5a комплементларининг миқдорини ошиши тонзиллэктомия учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади. Шунинг учун муаллифлар, тонзиллитни даволашда жарроҳлик усулини фақатгина асоратлар йўғида ўтказиш ва унга дифференциал ёндошиш кераклиги тўғрисида хулоса қиладилар. Шунингдек, Y.Sasaki муаллифлар билан биргаликда фикри бўйича [59] аллергия ринит сурункали тонзиллит билан бирга келганда, унинг кўп маротаба зўрайишларида, касалликни этиологик омилини аниқлаш лозим, агарда *Haemophilus Influenzae* бор бўлиб, уни вируслар ва бактериялар ёки уларнинг токсинлари билан боғлиқлиги аниқланса, жарроҳлик усули тўғрисида ҳал қилиш керак деб уйлайдилар. K.Tuner муаллифлар билан биргаликда [17] тонзиллит ҳуружида жарроҳлик усулини маслаҳат бермайдилар. Т.В.Пальчун муаллифлар билан бирга [42], сурункали тонзиллит унча узоқ вақт олдин кечмаган, умумий захарланиш

белгилари бўлмаса беморларга консерватив даволашни маслаҳат берадилар. Яллиғланишнинг маҳаллий белгилари йўқолса, ангина қайталанишлари тўхтаса консерватив даволашни давом эттиришга асос бўла олади.

T.Raich муаллифлар билан биргаликда [73] стрептококкли тонзиллит билан касалланган беморларнинг 72% даволашда пенициллин самарали деб ҳисоблайдилар. A.J.Sternon муаллифлар билан биргаликда [75], пенициллин макропен ёки 2 ёки 3 авлод цефалоспоринларга нисбатан самарали деб ҳисоблайди.

R.G.Deeter муаллифлар билан биргаликда [72], 2 гуруҳга мансуб beta-haemolytic streptococci чақирган тонзиллитни цефалдроксил моногидрит (92,6%) ва лорацарбетом билан даволаш пенициллинга нисбатан самарадорлироқ эканлигини кўрсатишди [25,40,41,43]. D.Peyramond муаллифлар билан биргаликда [80] beta-haemolytic streptococcal тонзиллит билан касалланган катталарда амоксициллинни 6 кун ичида ва пенициллинни 10 кун ичида самараси ва ҳафвсизлигини солиштириб кўришди. Амоксациллин ва пенициллинни самараси ўхшаш бўлиб, мувофиқ ҳолда 92% ва 92,7% ташкил қилди.

R.Kahlich муаллифлар билан биргаликда [66] лакунар ва псевдомембраноз ангиналарни даволашда пенициллин гуруҳи дори воситаларининг самараси йўқлиги, бу патология эпидемия даврида кўпинча аденовируслар томонидан чақирилишини тушунтириб беришди. Шунинг учун катта эпидемия даврида бу гуруҳ дориларни профилактика учун ҳам қўллашга тавсия этилмайди.

Стрептококкли сурункали тонзиллит даволашда цефаклор АФ 96,7% ҳолларда юқори самарали ва ҳавфсиз (таблеткалар 375 мг кунига 2 марта, цефаклор капсулалари 250 мг кунига 3 маҳал) .

A.R.Sugita муаллифлар билан биргаликда [15], болаларда ўткир кечувчи β haemolytic streptococci инфекцияга нисбатан клиндамицин юқори ҳолатини яхшиланиши – 68%. клиндамицинни қўлланганда касаллик зўраймади ва энг асосийси тонзиллэктомия ўтказилмайди деб ёздиладар. R.Miller муаллифлар

билан биргаликда [61] клиндамицин терапевтик миқдорда муртак безларида, қабул қилинганидан 7-9 соат ўтиб ҳам сақланиб қолинишини кўрсатишди. Дори воситасини 300 мг кунига 3 маҳалдан оғиз орқали қабул қилинади.

Айрим муаллифларнинг фикрича [37], спирамицин эритромицин каби самарали, ammo спирамицинни қўллаш осон ва уни ишлатганда ошқозон-ичакка ножўя таъсири кузатилмайди, деган хулосага келдилар.

Н.Оgawa муаллифлар билан биргаликда [65] *chlamydia trachomatis* чақирган сурункали тонзиллит рокситрамицин (макролидлар гуруҳи) билан даволашни таклиф қилди. Ушбу дорини қўлланган 92,2% ҳолларда 5-21 кун ичида микроорганизм топилмади, 96% ҳолларда сурункали тонзиллит ўткир ёки зўрайишини билдирувчи маҳаллий белгилари аниқланади.

S.Savolainen муаллифлар билан биргаликда [16] эритромицин ва 2-ацетил эритромицин миқдорини қон зардоби ва муртак безлари тўқималарида аниқлашди. Икки хил дори эканлигига қарамасдан эритромицин даражаси муртак безлари ва қон зардобиди бир хил эканлиги, ammo 24,6% беморларнинг муртак безлари тўқималарида эритромицин аниқланмади. Муртак безлари тўқималарида қонга нисбатан 2-ацетил эритромициннинг гидролиз даражаси эритромицинникига қараганда 23,43% юқори.

В.Р.Гофман муаллифлар билан бирга [28] ототоксик моноцитларнинг фагоцитоз қилиш фаоллигини сусайтиради бу яна резистентликни пасайишига олиб келади, шунинг учун антибиотикларни қўллаганда, вирусларга қарши дорилар ва фагоцитар фаолликни оширувчи омиллар билан бирга қўллаш лозим. Оксациллин моноцитларнинг функционал фаоллигига таъсир кўрсатмайди.

А.Я.Цыганенко муаллифлар билан бирга (1990), экспериментда, сурункали тонзиллит даволашда рифампицин ва продигиозанни липосомал шакли самарали эканлигини кўрсатишди.[11]. А.А.Шайхаметов [26,35], бу усулни сурункали тонзиллит даволашда келажаги бор деб ҳисоблайди, антибиотик 100% лимфа тизимига кира олади.

Сурункали тонзиллит патогенетик терапиясида фагоцитоз стимуляторларини қўллаш истикболлидир [28].

Олимлар[58,61], стрептококкли тонзиллитни даволашда муртак безларига Альфа-стрептококкларни қайта юктиришни таклиф қилишмоқда. Чунки альфа-стрептококк оғиз бўшлиғи ва томоқни нормал микрофлораси таркибига киради ва инфекцияга қарши иммун ҳимояни ривожланишида аҳамияти катта. Тонзиллитэктомиядан сўнг альфа-стрептококкларнинг миқдори ошган. Бу флора ҳамма антибиотикларга таъсирчан бўлиб, тонзиллитни даволашда патоген флорага нисбатан тезроқ нобуд бўлади [17].

Маълумки, сурункали тонзиллит организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатининг маҳсули ҳисобланади, шунинг учун агарда уни консерватив даволашда иммунтикловчи дори воситалари қўлланилмаса, ангинанинг тез-тез рецидивлари учрайди ва метатонзилляр асоратлари ривожланади. Иммунстимуляция ва организмнинг табиий резистентлигини кўтариш мақсадида муаллифлар аутозардоб, тонзилляр цитозардоб, левомизол, тималин, Т-активлик, тимоген, ИРС-19, “”Анизон”, Биопарокс каби яллиғланишга қарши аэрозол дорилар [24,44,64,59,61,73] таклиф қилишди.

Тонзиллитларнинг комплекс этиопатогенетик терапиясида лимфатик тизимнинг аҳамиятини назардан қочирмаслик лозим [16].

Ҳозирги даврда сурункали тонзиллит беморларни даволашда қўлланиладиган янги усуллар кенгайиб бормоқда, уларнинг мақсади танглай безларини санация қилиш ва унинг функциясини тиклаш [55,62].

Сурункали тонзиллит муаммоси – бу биринчи навбатда бўшлиқларнинг дренажлик вазифасини ўзгариш муаммоси. Амалиётда сурункали тонзиллит энг кенг тарқалган консерватив даволаш усули бу муртак безлари бўшлиқларини ювиш. Бу мақсад учун ҳар хил дори воситалари қўлланилади (фурациллин, пенициллин, риванолнинг глициринли ва сувли эритмалари, хлоридиоксидин, йодиноксидин, диоксидин, хлорфиллипт, хлорли йод ва бошқалар [44,54,74].

Бу дорилар, бўшлиқларни механик тозалаш билан бир каторда муртак безларининг иммунологик фаолигини мустаҳкамлайди, бўшлиқларнинг Ph мухитини ўзгартиради ва х.к. Хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси ва хлорли йод муртак безларининг бўшлиқлари шиллиқ қаватини куйиши ва торайишини таъминлайди [44,64,72].

Муртак безлари бўшлиқларини ювганда, у ичидаги патологик омиллардан тозаланади, бу ўз навбатида муртак безлари тўқималарининг сўриш қобилиятини пасайтиради, натижада организмнинг аллергиязацияланиш даражада камаяди.

Кўпгина изланувчилар [7,67], гелий-неонли лазер муртак безларининг ҳамма гисто тузилмаларига таъсир кўрсатишини кўрсатди. Унинг таъсирида эпителиядаги пролифератив жараёнлар кучаяди, натижада муртак безлари бўшлиқларини ички чуқур бўлимларидаги шикастланган жойларида репарация бошланади, эпителия остида фолликул ораси тўқимасининг ҳажмини катталаштирмаган ҳолда фолликулалар шаклланади. Шаклланаётган марказий фолликулаларда плазмоцитларнинг пайдо бўлиши аниқланган. Ацидоцитларнинг сони 2,2-4,3 маротабага камайган, серотонин, соматостатин ишлаб чиқарувчи ҳужайралар йўқолади ва норадреналин синтез қилувчи ҳужайралар пайдо бўлади. Шу билан бирга янги томирчалар ҳосил бўлиши ҳисобига муртак безларининг қон айланиши кучаяди.

М.В.Гришаева муаллифлар билан бирга [32], сурункали тонзиллит юқори энергетик лазер ёрдамида комплексли консерватив даволашганида лимфоид тўқимада бузилган вегетатив балансни тикланиши ва компенсатор-мослашуви жараёнларни кучайишини кўрсатишган.

Г.С.Датов муаллифлар билан бирга [38], паст частотали электромагнит майдоннинг одам ва ҳайвонлар лимфо-томоқ ҳалқасининг лимфоид тўқимасига (жумладан танглай безларига) яхши таъсир кўрсатиши тўғрисида хабар беришди, бу маҳаллий ҳимоянинг ҳужайравий ва гуморал омилларини рағбатлантириши ҳисобига амалга ошади. Тимогенниэлектромагнит майдонлар билан қўллаш, магнит майдонларини таъсир диапазонини

кенгайтиради [51]. Муаллифлар, сурункали тонзиллит муртак безларидаги функционал депрессия жараёни қайтувчан деб ҳисоблайдилар.

Н.В.Мишенькин муаллифлар билан бирга [40] сурункали тонзиллит беморларни даволашда паст частотали ультратовушни қўллаш мумкинлигини экспериментал асослаб беришди. 1984 йили муаллифлар бу усулни беморларда қўллаб, унинг юқори самарадорлигини таъкидлашди. (59% беморларда яхши натижа, 30% - қониқарли ва 14% - қониқарсиз натижалар олинди).

В.И.Овчаренко ва бошқа муаллифлар билан бирга [40] сурункали тонзиллит билан чалинган 500 та беморда паст частотали ультратовушни юқори самарадорлигини кўрсатишди, бу кўрсаткич даволанишдан сўнг 64% ва узоқ вақтдан сўнг 56% ташкил қилди. Шу билан бирга улар, тизимли асоратларнинг аутоиммун механизмларини ривожланишига сабабчи бўлувчи иммунологик реакцияларга қаратилган даволаш чораларига эътиборни қаратишди [68]. Текширишлар шуни кўрсатдики, кичик ва ўрта кучдаги ультратовуш физик катализатор сифатида хизмат қилиб, ҳужайра мембраналари ўтказувчанлигини кучайтириб, ҳужайра ичи жараёнларига ижобий таъсир кўрсатишини исботладилар молекулаларни қимирлаши, биокolloидларнинг сурилиши, биологик фаол моддаларни ҳосил бўлишига олиб келади.

I БОБГА ХУЛОСА.

Фарзандлари соғлом юртнинг келажаги буюқдир: Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев 2017 йил 5 январь куни соғлиқни сақлаш соҳасининг бир гуруҳ етакчи мутахассислари билан учрашувларида Республикамизда соғлиқни сақлаш тизимига киритилаётган ўзгаришлар, президентимизнинг соғлиқни сақлаш тизимига нисбатан қаратилган алоҳида эътиборлари ва фикр мулохазалари ҳақида ёритилиб берилди. Республикамизда соқлом авлод барпо этиш, юртимиз келажаги учун саломатлик тизимини янада ривожлантириш хусусида Президентимиз асарларидан намуналар келтирилди.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, сурункали тонзиллитда иммун статусни баҳолаш, иммунитет тизимининг антиген махсус бўғими, Т ва В – лимфоцитлар ва уларнинг субпопуляцияларини ўзгаришга қаратилган. Кўпгина изланувчиларнинг фикрлари ҳақида маълумотлар билан танишиб сурункали тонзиллитни ҳозирги даврга келиб текшириш ва даолаш усулларининг самарали кенгайиб бораётганлиги ҳақида кқпгина адабиётларда келтирилган. Бундан ташқари, Кўпгина изланувчилар гелий-неонли лазер муртак безларининг ҳамма гисто тузилмаларига таъсир кўрсатишини кўрсатди. Унинг таъсирида эпителиядаги пролифератив жараёнлар кучаяди, натижада муртак безлари бўшлиқларини ички чуқур бўлимларидаги шикастланган жойларида репарация бошланади, эпителия остида фолликул ораси тўқимасининг ҳажмини катталаштирмаган ҳолда фолликулалар шаклланади. Бир қатор олимлар паст частотали ультратовушли бактерицидлиги, яъни алоҳида турдаги патоген микрофлорага таъсир кўрсатишини аниқлашди. Сурункали тонзиллитни тарқалиши, балоғат ёшидагт қизларда учрашининг ўзига хослиги ва сурункали тонзиллитни ташхислаш ва йўлдош касалликлари ҳақида кўплаб маълумотлар олинди.

Сурункали тонзиллитни ташхислаш ва уни ёндош касалликлар билан бирга келиши хақида ҳам кўплаб адабиётлардан намуналар келтирилди. Шу жумладан сурункали тонзиллитнинг даволашнинг замонавий усуллари бўйича кўплаб хорижий олимларнинг адабиётларидан фойдаланилди.

II БОБ

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ.

2.1. Сурункали тонзиллит билан касалланганбалоғат ёшидаги қизларнинг умумий тавсифи

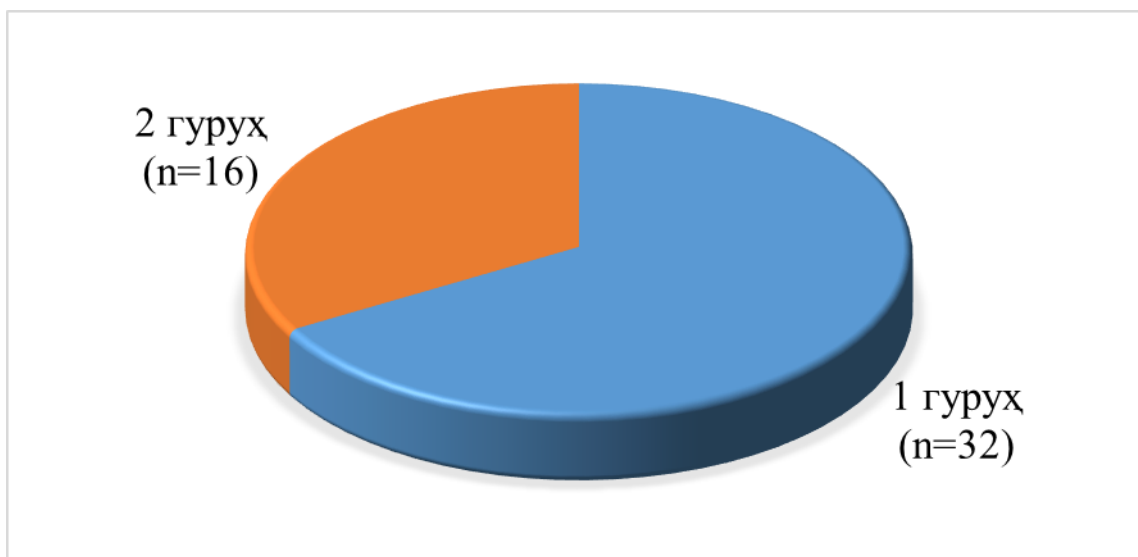
Қўйилган вазифани амалга ошириш мақсадида 2017-2018 йиллар давомида ТошПТИ клиникасининг “Оториноларингология” ва “Болалар гинекологияси” бўлимида,ётиб даволанган 9 ёшдан 16 ёшгача бўлган сурункали тонзиллити бўлган қиз болалар тадқиқотга жалб қилинди.

Текширилган бемор болалар ҳақидаги маълумотлар ўз кузатувларимиз, касаллик тарихлари, амбулатор карталари, клиник функционал ва клиник-лаборатор текширишлар натижаларини ҳулосаларидан олинди. Зарур бўлганда инфекционист, гастроэнтеролог, эндокринолог, гематолог ва педиатр ҳамда кардиоревматолог маслаҳатлари ўтказилди. Анамнез йиғишда ота онасини соғлиғига эътибор қилинди, асосан онасида хомиладорлик вақтида юқумли касалликлар билан касалланганми, боланинг бошдан кечирган касалликлари сўраб, суриштирилди ва аниқланди.

Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифалардан келиб чиққан ҳолда текширишларга жалб этилган беморларни ёши ва жинсига нисбатан таҳлил қилинди. Жаъми тадқиқотга 48 нафар балоғат ёшидаги қиз болалар жалб қилинди.

Вазифани бажариш учун беморалар 2 гуруҳга ажратилди (2.1-расм):

- 1 – гуруҳ – сурункали тонзиллити бўлган қиз болалар;
- 2 – гуруҳ – сурункали тонзиллити бўлган жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қиз болалар.

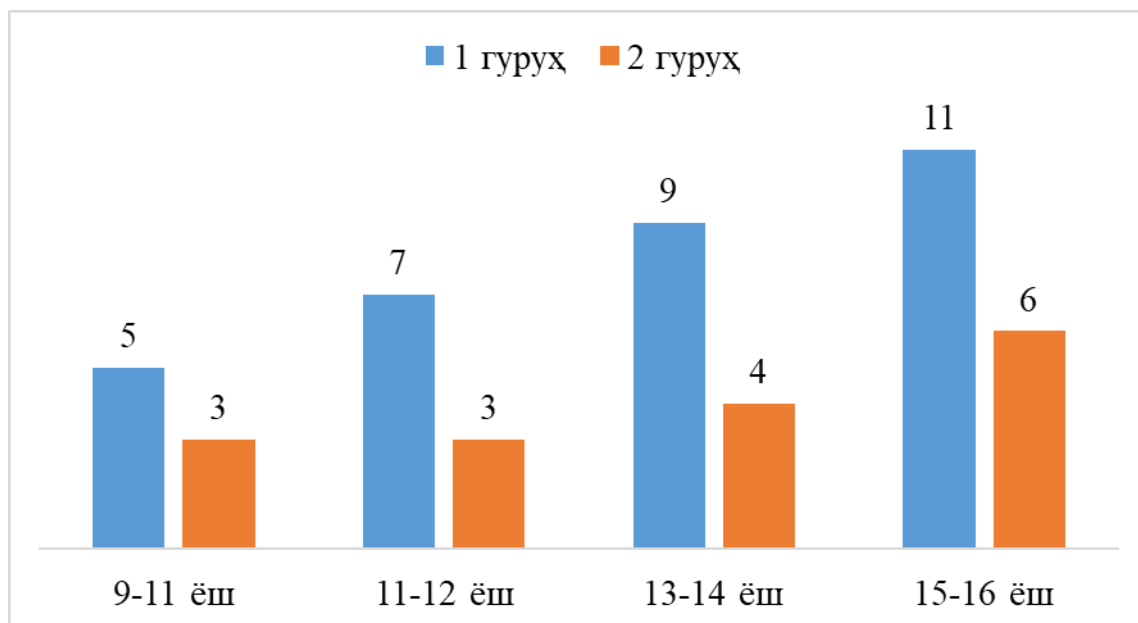


2.1-расм. Беморларнинг гуруҳларга тақсимланиши

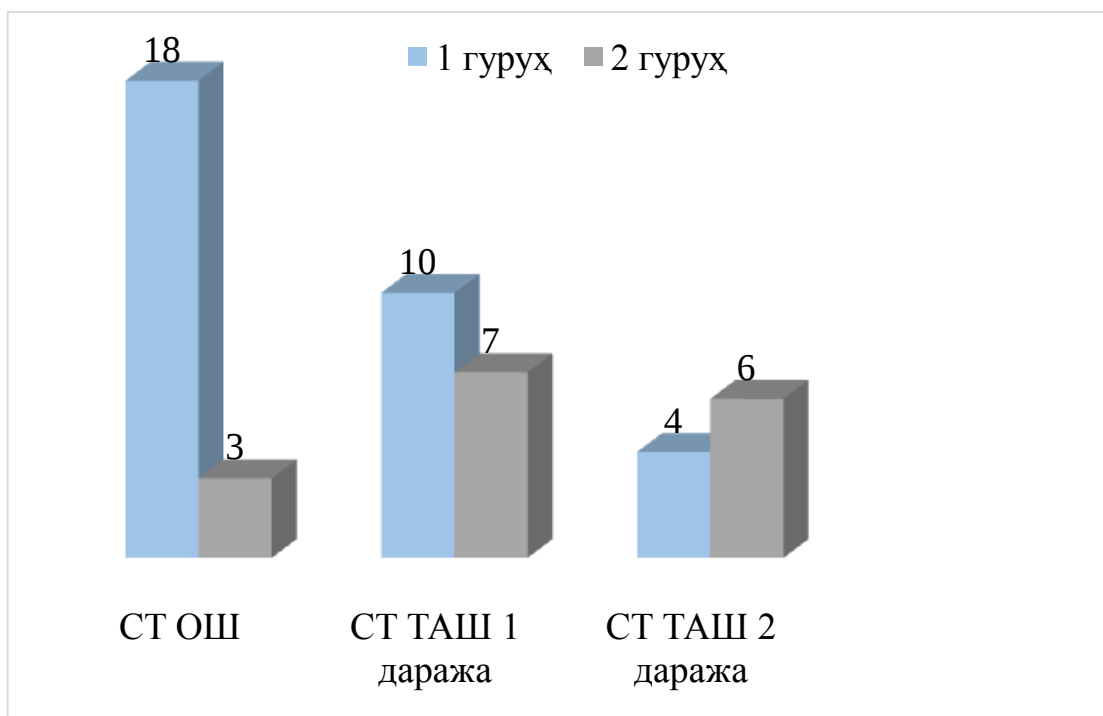
Ушбу расмдан кўриниб турибдики, 1 гуруҳга 32 нафар сурункали тонзиллити бўлган балоғат ёшидаги қизлар кирган, 2 гуруҳга эса 16 нафар сурункали тонзиллити бўлган жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қиз болалар кирган.

Сурункали тонзиллити бўлган беморларнинг ёши бўйича тақсимланганда, 1 гуруҳда 9-11 ёшда 5 нафар, 11-12 ёшда 7 нафар, 13-14 ёшда 9 нафар, 15-16 ёшда 11 нафар қиз болалар ташкил қилди, 2 гуруҳда 9-11 ёшда 3 нафар, 11-12 ёшда 3 нафар, 13-14 ёшда 4 нафар, 15-16 ёшда 6 нафар қиз болалар ташкил қилди. Беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши 3.2-расмда келтирилган.

Бундан ташқари, беморларнинг сурункали тонзиллитнинг классификацияси бўйича гуруҳларга ажратилганда шуниси маълум бўлдики, 1 гуруҳда 18 нафар беморда сурункали тонзиллит оддий шакли, 10 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража, 4 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 2 даража учради, 2 гуруҳда эса 3 нафар беморда сурункали тонзиллит оддий шакли, 7 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража, 6 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 2 даража учради (2.2-расм).



2.2-расм. Беморларнинг ёш бўйича тақсимланиши



2.3-расм. Беморларнинг сурункали тонзиллитнинг нозологияси бўйича тақсимланиши

Беморларни динамикада кузатиш ва клиник текшириш учун махсус карта ишлаб чиқилди ва улардан анкета маълумотлари, бемор шикояти, анамнез (сурункали тонзиллит давомийлиги, кўзиш характери ва сони), ЛОР-органлари объектив кўрикдаги ҳолати натижаси, лаборатор ва инструментал текшириш, ички органлар ҳамроҳ касалликлари ўрганилди.

Гуруҳларда сурункали тонзиллит билан касалланган қизларда ҳамроҳ
касалликларнинг учраши

Касалликлар	1-гуруҳ (n=32)		2-гуруҳ (n=16)	
	абс	%	абс	%
Анемия	15	46,9	7	43,7
Гастрит	15	46,9	9	56,2
Холецистит	16	50	7	43,7
Кариес	8	25	3	18,7
Бронхит	6	18,7	3	18,7

Барча текширилаётган беморлардан анамнез йиғилганда ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги ҳам таҳлил қилинди. Унга кўра, 1 гуруҳ беморларда анемия – 15 нафар беморда, гастрит – 15 нафар беморда, холецистит – 16 нафар беморда, кариес – 8 нафар беморда, бронхит – 6 нафар беморда учради. 2 гуруҳ беморларда эса анемия – 7 нафар беморда, гастрит – 9 нафар беморда, холецистит – 7 нафар беморда, кариес – 3 нафар беморда, бронхит – 3 нафар беморда учради (3.1-жадвал).

2.2. Бажарилган текширув усуллариининг тавсифи

Юқорида кўрсатилган вазифаларни бажариш мақсадида сурункали тонзиллит билан касалланган барча балоғат ёшидаги қиз болаларда комплекс текшириш усуллари ўтказилди (2.4-расм).



2.4-расм. Сурункали тонзиллит билан касалланган барча балоғат ёшидаги қиз болаларда комплекс текшириш усуллари

Ушбу текшириш усуллари дастлаб беморларнинг анамнез маълумотлари йиғилиб, уларни таҳлил қилиш, сўнг ЛОР-аъзолари кўриги, клиник-функционал текшириш, рентгенологик текшириш, микробиологик текшириш ҳамда қонда гармонлар ҳолатини таҳлил қилиш ташкил қилди.

Хамма беморларда қуйидаги текширишлар олиб борилди.

1. Шикоятлари аниқланди.
2. Анамнезида: Сурункали тонзиллит қачон бошланган, консерватив ёки хирургик даволанганми йўқми, 1 йилда неча марта оғрийди, объектив кўрув.
3. ЛОР аъзоларини объектив кўрик.
4. Сурункали тонзиллит билан касалланган болаларда клиник-инструментал текширув усуллари.
5. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларни рентгенографияси, заруратга қараб КТ ва МСКТ.
6. Лаборатор текширувлар, умумий қон таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, пешоб анализи.

7. Гинеколог кўриги.
8. Гармонал текширувлар ЛГ билан ФСГ.

ОТОЛАРИНГОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР.

ЛОР-аъзолари отоскопия, риноскопия ва фарингоскопия текширувлари орқали кўрилди. Асосий урғу фарингоскопия текширувига берилди. Оғиз бўшлиғи ва халкумнинг ўрта қисмини сунъий ва кундузги ёруғликда ҳам текширса бўлади. Ёруғлик манбаи беморни кўздан кечириш вақтида худди бурунни текшириш сингари жойлаштирилади. Оғиз бўшлиғи ва халкумни текширишдан олдин албатта касалликнинг ривожланиши тўғрисида беморда, ёш болаларда ота-онасидан сўраб аниқланади.

Бундан ташқари беморнинг шикоятига кулоқ солиб касалликнинг бошланиши ва кечиши тўғрисида аниқ маълумот олинади. Муртакларнинг бир йил ичида неча марталаб оғриши, унинг давом этиши, харорати, қўл ва оёқ бўғимларидаги оғриқ, юракда бўладиган ўзгаришларни сезиши тўғрисида ҳам маълумот олинади.

Шундан сўнг ташқи текшириш ўтказилиб, боланинг юз тузилиши, пастки жағининг ўсиши ёки улардаги ўзгариш аниқланади. Беморни текширишда, албатта ютқин атрофини кўздан кечириб, пастки жағ остини, бўйиннинг юқориги қисмини пайпаслаб кўриш керак. Бундан мақсад, лимфа тугунларининг ҳолати ёки оғриқ ва яллиғланиш аломатларини кузатишдир.

Шпатель билан аста секин устки ва пастки лабларни кўрилиб текширилади, бунда шиллиқ парда ранги, унда яра, шилиниш, жарохатланиш бор ёки йўқлигига ахамият берилади. Бундан ташқари, милклар, тишлар тузулишига эътибор берилади. Шпатель билан тил учини кўтариб, тил ости бўшлиғи кўздан кечирилади ва оғизда хид аниқланади.

Оғиз-ҳалкумни текширганда юмшоқ танглай ва ундаги равоқлар, унинг ҳаракатига, шунингдек унда оқма яра бор йўқлиги аниқланади. Танглай муртаклари кўздан кечирилганда, унинг шиллиқ пардасига, муртакнинг катта кичиклигига, унинг танглай равоқларига ёпишган-

ёпишмаганлигига ва муртак лакуналаридаги ажралмаларга ахамият берилади.

Муртакни танглай равоқлари беркитиб турган бўлса, уни кўздан кечириш ва лакуналар ичдаги суюқликни текшириш учун шпатель ёки тўмтоқ илмоқ ёрдамида олдинги танглай равоғини астагина тортилади, муртакни озгина кўзғатилади ва уни босиб, лакуналардаги ажралмалар холати аниқланади. Бундан ташқари, ҳалқум орқа деворига, у ердаги шиллиқ қаватнинг тузилиши ёки ўзгаришларига эътибор берилади.

Бурун ҳалқум махсус ёритувчи ойнача ёрдамида текширилади. Ҳалқум-хиқилдоқ қайрилган шпатель ёки катта ёритувчи ойнача ёрдамида кўрилади (бевосита ларингоскопия). Бунинг учун врач бемор тилининг учини тоза салфетка билан ушлаб, уни бир мунча олдинга тортади, сўнгра илитилган ёритувчи ойначани ҳалқумнинг паски томонига қаратади ва рефлектордан ёруғлик нуруни шу ойначага тушириб ҳалқумнинг пастки қисми кўздан кечирилади.

Рентгенологик текшириш усули.

Бурун ёндош бўшлиқларини рентгенда кўриш энг муҳим текшириш услубларидан ҳисобланади. Бундан ташқари, бурун ёндош бўшлиқларини томография йўли билан ҳам текшириб кўрилади. Бу усулда бўшлиқдаги яллиғланиш ва у ердаги ўзгариш аниқланади. Томография ҳар бир қатламнинг оралиғи бир сантиметр бўлган узоқликда қилинади.

Функционал диагностика усули.

Бу усулга базал хароратни ўлчаш ва кольпоцитологик текшириш усуллари қўлланилди. Ундан болалар гинекологияси амалиётида кенг фойдаланилади. Бу усул ёрдамида хайз циклининг фазалари аниқланади. Функционал текшириш усуллари қуйидагича амалга оширилди:

- 1) Базал хароратни ўлчаш. Бу усулдан фойдаланишда тўғри ичак, қин, оғиз хароратини ўлчаш ишлари киради. У хайз циклини тартибга солувчи марказнинг гипертермик таъсирига асосланган. Бунинг учун қиз

бола эрталаб ўрнида ётган ҳолатда, ҳар куни маълум бир соатда, (алмаштирилмаган) термометрни тўғри ичагига 10 дақиқа мобайнида солиб қўяди ва натижани ҳар куни ёзиб боради. Бир неча ой давомида олинган натижа графикка туширилиб, ўшанга қараб эстроген ва прогестерон мувозанати, яна овуляция бор-йўқлигини аниқлаш мумкин бўлади.

Саволнома.

№		Саволга жавоблар
1.	Боланинг исми - шарифи	
2.	Ёши	
3.	Оғирлиги	
4.	Бўйининг узунлиги	
5.	Адрес	
6.	Шикояти	
7.	Бурнидан ажралма келиши. Ажралма бор. Ажралма йук	
8.	Бурун орқали нафас олишнинг бузулганлиги	
9.	Ҳалқум орқа деворидан ажралма келиши	
10.	Бош оғриши	
11.	Томоғининг оғриши, бир йилда неча марта	
12.	Бўғимларда ва юрак соҳасида оғриқ бор ёки йўқлиги	
13.	Умумий ҳолсизлик бор ёки йўқлиги	
14.	Сурункали жараннинг давомийлиги	
15.	Иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланиши	
16.	Неча ёшдан хайз бошланган	
17.	Хайз кўриш меъёридами	

18.	Лаборатор текшириш усуллари	
-----	-----------------------------	--

Беморларни текшириш, тўлиқ касалик анамнезини йиғиш ва шикоятларни ўрганиш билан бошланади. Амбулатор даволанишга келган болалар кўпинча бош оғриғи, тана хароратининг даврий равишда ошиши, ютинганида оғриққа, касаллик оғир кечганида эса интоксикация белгилари, бўғимларда, юрак соҳасидаги оғриқ ва бошқаларга шикоят сўралди.

Текширувлар ЛОР ва гинеколог билан бирга олиб борилди.

Беморларнинг жинсий ривожланиши белгилари сифатида қизларда физиологик ва анатомик ривожланишнинг антропометрик кўрсаткичлари, яъни бўйи, тана вазни, кўкрак безининг ўлчами (Ма), қўлтиқ ости туклари (Ах), қов усти туклари (Р) ҳолати инобатга олинди.

Кўкрак безининг ривожланишида:

МаО- Кўкрак безлари катталашмаган, кўкрак учи кичкина, пигментацияланмаган.

Ма1- кўкрак учи шишган, диаметри катталашган пигментация йўқ.

Ма2- кўкрак безлари конус шаклида, кўкрак учи пигментацияланмаган.

Ма3- конуссимон кўкрак юмалоқ формада, кўкрак учи кўтарилган ва пигментацияланган.

Ма4- етилган кўкрак юмалоқ шаклда.

Тукларнинг босқичлари:

РоАхо-қўлтиқ ости ва қов устида туклар йўқ.

Р1Ах1-қўлтиқ ости ва қов устида битта-битта сийрак тўғри туклар.
Р2Ах2-туклар нисбатан зичроқ ва узунроқ, кўпроқ қўлтиқ ости ва қов устининг марказида жойлашган.

Р3Ах3-туклар қов учбурчагининг хамма қисмида, жинсий лабларда ва қўлтиқ остида зич жойлашган.

Менструация:

МеО-менструация йўқ.

Ме1-текшириш вақтида менархе.

Me2-мунтазам тартибли эмас.

Me3-мунтазам тартибли.

Лаборатор текшириш натижалари.

- A) Қоннинг умумий тахлили
- B) Қоннинг биохимик тахлили
- C) Қонда гармонни аниқлаш (ЛГ, ФСГ).

Шундай қилиб, балоғатга етган қизларда сурункали тонзиллитни ташхислашда комплекс усуллардан фойдаланиш аниқ ташхис қўйишда, организмнинг умумий ҳолати тўғрисида баҳо беришда, организмдаги гармонал ҳолатни таҳлил қилишда асосий омил ҳисобланади.

Илмий текширувларимиз натижалари бизга сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликлар билан бевосита узвий боғлиқ эканлигини ва айнан сурункали тонзиллитдан сўнг юқорида кўрсатилган касалликларнинг келиб чиққанлиги аниқланади.

Материалларга статистик ишлов бериш усуллари. Беморларнинг стационарда бўлишининг боши ва охирида гуруҳ бўйича барча олинган кўрсаткичларнинг қийматлари касаллик бошида - X_1 гуруҳи, шифохонадан чиқишда- X_2 , назорат гуруҳи – X_n бўйича ўрта қийматнинг кўрсаткичларини аниқлаш билан Стъюдент мезонлари усули бўйича назорат гуруҳининг рақамли кўрсаткичлари; ўрта статистик хато t_x ; Мезон- (O , хато эҳтимоли- (p) билан таққосланди; Касалликнинг боши ва охирида текширув натижаларининг ишончли тарзда ўзгариши Стъюдентнинг жуфт мезонлари бўйича баҳоланди. Хатонинг кам эҳтимолиги мавжудлигида ($p < 0.05$) кўрсаткичлар қийматларининг ўзгариши ишончли деб ҳисобланди. Статистик ҳисоблаш Windows (2016) дастури бўйича олиб борилди.

Сурункали тонзиллит билан касалланган беморларда динамикадаги клиник кузатув, умумклиник ва махсус функционал текширувлар, олинган материалларга статистик ишлов бериш усуллари олдимизга қўйилган вазифаларни ҳал қилишга имкон берди. Нисбий ва ўрта қийматлар тафовутларининг ишончилигини баҳолаш Стъюдентнинг стандарт

мезонларидан фойдаланиб олиб борилди. Меъёрий тақсимлаш мавжуд бўлмаганида Пирсоннинг хи-квадрат медиан тестидан фойдаланилди.

III БОБ

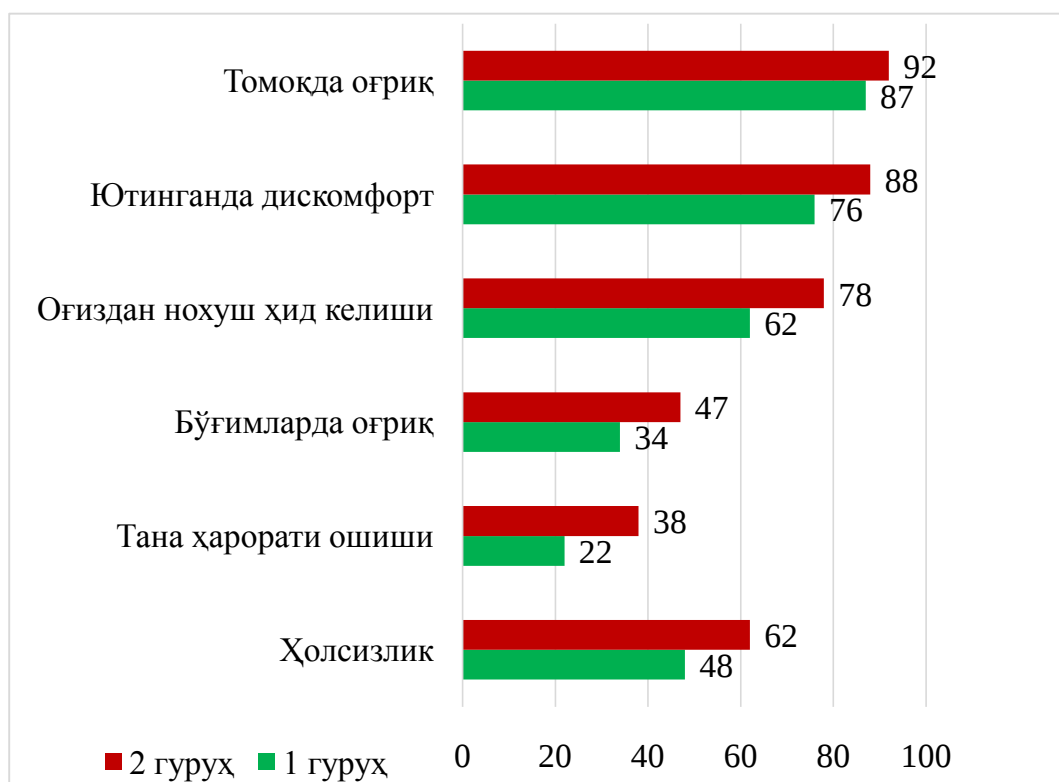
СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда клиник-функционал текширувларнинг натижалари

СТ билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар организмда кузатиладиган ўзгаришларнинг таҳлили.

Сурункали тонзиллит ташхисотида фарингоскопия муҳим роль ўйнайди. Фарингоскопик кўрик, бемор шикояти, анамнези, барча текширилаётган беморларда сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шакли аниқланди.

Беморлар шикояти биринчи ўринда диагностика учун муҳим ҳисобланади. 3.1-расмда беморларнинг шикоятлари келтирилган. Унга кўра, иккала гуруҳ беморлар асосан томоқда оғриқ, ютинганда дискомфорт ва оғиздан нохуш ҳид келишидан шикоят қилишган.



3.1-расм. Сурункали тонзиллит билан касалланган беморларнинг

шикоятлари

10 та (25,5%) қайталаниши, субфебрил тана харорат сезиларсиз томоқда оғриқ умумий интоксикация фонида ўтади. 14 та (39,0%) беморларда турли интенсивликдаги доимий бўлмаган томоқда оғриқ, нормал тана харорат, умумий ҳолат бузилишисиз кечганлиги аниқланди. Асосий ҳолат касаллик давомийлигини аниқлаш бўлди.

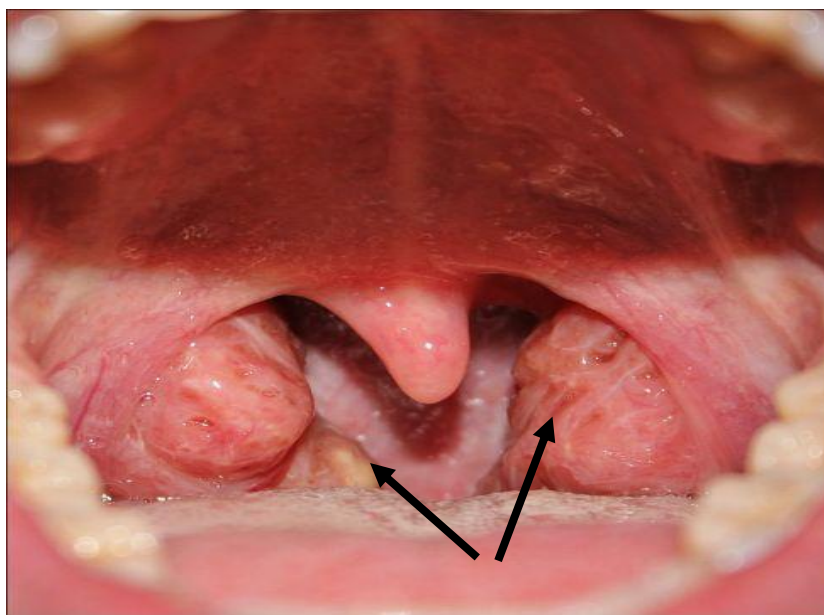
Анамнез маълумотларга асосланиб кўпчилик бемор болаларни тез-тез ангина билан касалланиши йилига (6-8 марта) безовта қилган. Ангина ўткир бошланиб тана хароратининг 38-39 даражада ва ундан ошиши, ютинганда оғриқ, муртакларда йирингли қарашларнинг пайдо бўлиши, иштаха пасайиши ва бош оғриғи билан кечган.

Фарингоскопияда СТнинг оддий шаклида 10 та (28,5%) болада касаллик хуруж қилган даврида маҳаллий белгилари мавжудлиги аниқланади. Булар: димланишли қизариш, кўпинча кўкимтир тусдаги, танглай равоқларининг шиши, танглай муртаклари ўлчамининг катталишиши, муртак ва равоқлар орасида чандиқларнинг бўлиши. Танглай муртаклари босилганда лакуналардан қуюқ йирингли ажралма ажралади. Пайпасланганда жағ орти лимфа тугунларининг катталашганлиги ва оғриқлийлиги аниқланади.

16 та (45,57%) беморларда СТнинг биринчи даражали токсик-аллергик шаклида касаллик хуруж қилган даврида аниқланиб, маҳаллий фарингоскопик кўрувда-қизариш, лакуналарда йирингли ажралма, танглай равоқларининг шиши ва қалинлашиши, равоқларнинг муртаклар билан чандиқ ҳосил қилиши, регионар лимфа тугунларнинг катталашиши каби белгилар пайдо бўлади. Шунингдек токсико-аллергик белгиларидан доимий бўлган субфебрил тана харорати, тез чарчаш, ҳолсизлик, бўғим ва юрак соҳасидаги даврий оғриқлар, гармонал фон ўзгариши, яъни иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланишининг орқада қолиши кузатилади.

9 та (25,7%) бемор болаларда СТнинг иккинчи даражали токсик-аллергик шакли аниқланиб, унда касаллик хуруж қилган даврда, маҳаллий фарингоскопик кўрувда-қизариш, лакуналардайирингли ажралма, танглай равоқларининг шиши ва қалинлашиши, равоқларнинг муртаклар билан чандиқ хосил қилиши, регионар лимфа тугунларнинг катталашиши каби белгилар пайдо бўлади. Шунингдек токсико-аллергик белгиларидан доимий бўлган субфебрил тана харорати, тезчарчаш, холсизлик, бўғим ва юрак соҳасидаги даврий оғриқлар, гармонал фон ўзгариши, яъни иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланишининг орқада қолиши кузатилади. Юқоридаги белгилардан ташқари ревматик характердаги касалликларнинг бирга келиши, юрак фаолиятида чуқур даражадаги бузулишлар, узоқ давом этувчи субфебрил харорат кузатилади.

Орофарингоскопияда ҳалқум ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига, танглай муртаклари ўлчамига, ёйлар кенглигига, лакуна йиғиндисига ва регионар лимфа тугун ҳолатига эътибор қаратилади(3.1-расм).



3.2-расм. Сурункали тонзиллитда танглай муртакларининг орофарингоскопик кўриниши

Фарингоскопик текширишда сурункали тонзиллитда, танглай бодом безида маҳаллий ўзгаришлар, казеоз-йирингли тикин, лакунада суюқ йиринг, бодом безида чандиқли ўзгариш, олдинги ва орқа ёйлар гиперплазияси,

олдинги ёйда қизариш, шиш аниқланиши билан характерланади. Сурункали тонзиллит организмни инфекцион-аллергик касаллиги бўлгани учун регионар лимфа тугунларга таъсир этади. Бўйин лимфа тугунлари катталашади ва пальпацияда оғриқли бўлади.

Сурункали тонзиллитни бошланғич белгилари гематоген ва лимфоген бутун организмга инфекцион йўл билан тарқалади. Халқум лимфоэпителиал халқасини сурункали яллиғланиши гомеотоксикозга таъсир этувчи манба бўлиб, организмни эндоэкологиясини бузади.

3.1-жадвал

Сурункали тонзиллит белгилари

	1-гурух (n=32)		2-гурух (n=16)	
	абс	%	Абс	%
Йирингли ёки казеоз йирингли тикинлар	24	75	16	100
Бодом беи лакунаида суюқ йиринг	26	81,2	15	93,7
Ёйлар гиперемияси	21	65,6	13	81,2
Олдинги ёй шишиши	22	68,6	14	82,2
Олдинги ёй чеккаси гиперплазияси	9	30,2	15	93,7
Бодом беи ва ёйлар ўртасида чандиқли битишма	9	30,2	11	68,7
Бодом беида чандиқли ёпишиш	10	31,2	15	93,7

Бўйин регионар лимфа тугунларининг катталашиши	8	25	11	68,7
--	---	----	----	------

Сурункали тонзиллит фарингоскопик текширилганда маҳаллий ўзгаришлар: казеоз-йирингли тиқин 17 та (85%),лакунада суюқ йиринг 19 та(95%),бодом безида чандиқли ёпишмалар 8 та (40%),олдинги ва орқа ёйларда гиперплазия 16 та(80%),олдинги ёйларда гиперемия 14 та (70%),олдинги ёйлар юқори қисми шиши 13 та(65%) аниқланди. Ўчоқли инфекцион-яллиғланиш жараёнини сурункали ўтиши организм умумий ҳолатини бузилишига олиб келади. Сурункали инфекцион-аллергик ҳолат регионар лимфа тугунларини ўзгаришига олиб келади. Кўп беморларда жағ ва бўйин лимфа тугунлари ўлчами катталашиши ва пальпацияда оғриқли бўлиши аниқланди.

Сурункали тонзиллит кўп ҳолларда умумий ва жинсий инфантилизмга олиб келади. Гинекологик белгилар бўйича: олиго, опсо- ва оменорея, эрта ёшдаги қон кетиши, алыгодисменорея кузатилади. Катта ёшли аёлларда бепуштлиқ, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ҳомилага ва туғруқга асорат беради. Сурункали тонзиллитда жинсий ривожланишнинг бузилиши ва менструация циклининг ўзгариши сурункали жараённинг қанча давом этганига боғлиқ. Сурункали тонзиллитда ҳар хил орган ва системаларнинг бириктирувчи тўқимаси аутоиммун шикастланади. Узоқ вақт интоксикация гипоталамо-гипофизар системага таъсир қилиб, нейроэндокрин функциянинг ўзгаришига олиб келади. Қайсики бу ўзгариш жинсий ривожланишга таъсир қилади. Организмнинг биологик етилишининг белгиларидан бири иккиламчи жинсий белгилардир.

Сурункали тонзиллитда иккиламчи жинсий белгилар меъёрдан анча орқада қолади. Жинсий етилишнинг муҳим белгиларидан бири менструация функциясидир. СТ билан касалланган қизларда менструация кеч бошланади ёки регуляр бўлмайди. 2-3 йил менструация ўз вақтида

келмасдан нормага тушиб олмайди.

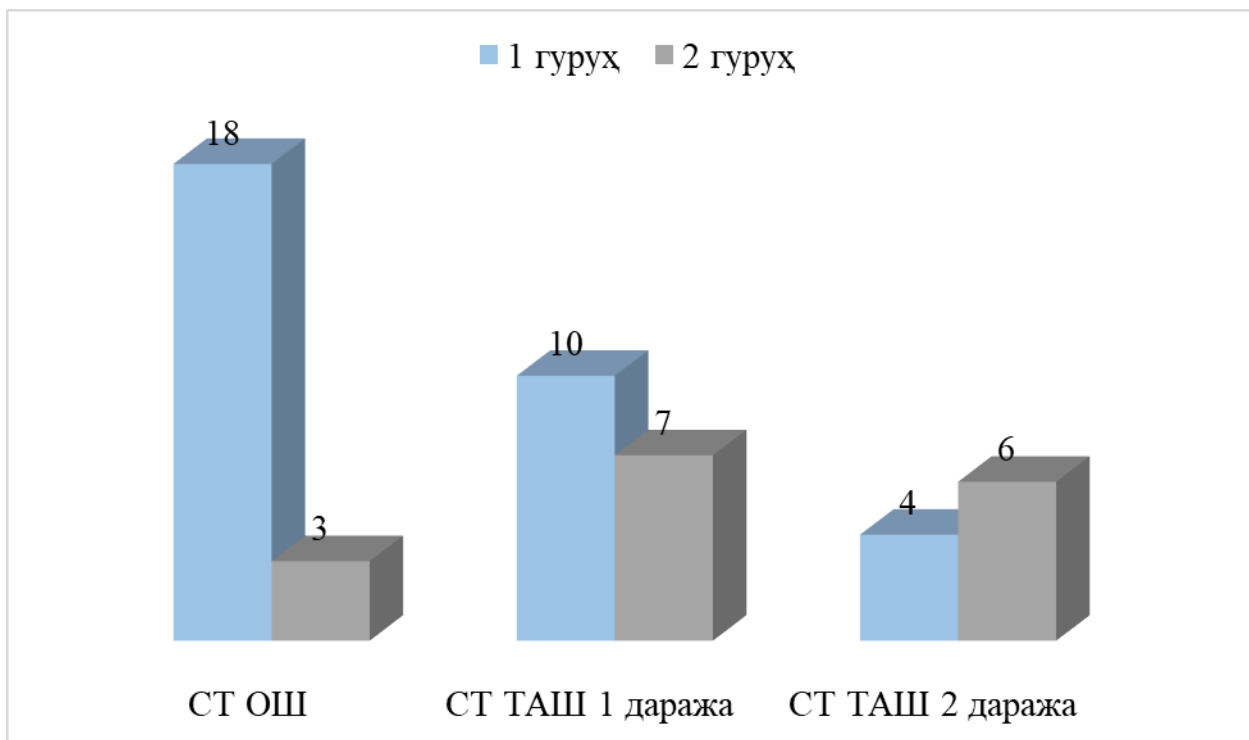
Сурункали тонзиллит билан касалланган қизларда фолликулинли фаза узайган ва лютеинловчи фаза қисқарган бўлади. Айрим ҳолларда фақат фолликулинли фаза бўлади. Бу жараёни базал ҳарорат ва биокимёвий текширувлар орқали аниқлаш мумкин.

Сурункали тонзиллитнинг клиникасига келадиган бўлсак умумий ва маҳаллий белгилардан иборат бўлади. Умумий белгилар дан холсизлик, тез чарчаш, иштахасининг бузилиши, иш қобилятининг пасайиши, уйқучанлик каби белгилар намоён бўлади. Маҳаллий белгиларидан (тиқинларнинг бўлиши, субэпителиал йирингли фолликулалар, муртак ёйларнинг гиперемияси, шиши, инфильтрацияси), танглай муртагининг ёйлар ва уч қиррали бурмалар билан қўшилиши, регионар лимфа тугунларини пайпаслаганда катталаниши ва оғриқлиги кузатилади. Лекин бир вақтнинг ўзида беморларда СТ билан этиопатогенетик асоси бўлмаган қўшимча касаллик (ревматизм, юқумли полиартрит, сурункали пиелонефрит, анемия, рахит, гипотрофия кузатилади).

СТ нинг I даражали токсик аллергияк шакли анамнезида даврий равишда ангиналар бўлиб туриши, юқорида айтиб ўтилган танглай муртагидаги маҳаллий белгилар, ҳамда ҳар бир ўткир респиратор (нафас тизими) касалликларини ёки ангиналарни ўтқизгандан сўнг организмнинг функционал бузилишларининг чуқурлашиб бориши билан кечадиган умумий токсик-аллергияк белгилар-холсизлик, дармонсизлик, тез чарчаш, даврийравишда бўғимларда оғриқ, хуруж даврида ЭКГ ўзгаришсиз, юрак соҳасидаги оғриқлар каби тонзиллоген интоксикация белгилар кузатилади.

СТ нинг II даражали токсик аллергияк шакли белгилар юқори даражада намоён бўлиши (юрак фаолиятининг функционал бузилишининг ЭКГ да қайд қилиниши, СТнинг хуруж ва хуруж қилмаган даврида ҳам юрак соҳасида оғриқва юрак ритмининг бузилиши, узок субфебрил ҳарорат, буйрак, жигар, қон-томир, бўғимлар фаолияти бузилишининг лаборатор қайд этилиши ва СТ билан бирга маҳаллий- паратонзилляр абсцесс,

парафарингит, фарингит) ва умумий (ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис, ревматизм, юқумли артритлар, простата беzi, қалқонсимон без, семизлик, мия пўстлоқлари) этиопатогенетик омиллари бўлган қўшимча касалликлар бўлиши билан характерланади.



3.3-расм. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар ва сурункали тонзиллит билан касалланган ва жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қизларнинг учраш частотаси

СТ билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар СТнинг даражаларига кўра ҳам гуруҳларга бўлинди:

1-гуруҳдаги 32 та сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг 18 тасида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 10 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 1 даражаси, 4 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 2 даражаси кузатилди.

2-гуруҳдаги 16 та сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг 3 тасида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 7 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 1

даражаси, 4 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 2 даражаси кузатилди.

3.1 Сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликлар билан боғлиқлиги.

Организм қаршилигини (реактивлигини) пасайишига олиб келувчи вирусли инфекциялар қайталанувчи ангиналар, рахит, қизамиқ, қизилча, эндокрин ва хазм тизимининг касалликлари ҳам СТ келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди.

Организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, сурункали инфекция ўчоқлари (тишлар кариеси, пульпит, йирингли гайморит), сил интоксикацияси, бурундан нафас олишнинг қийинлашиши аденоидлар вегетацияси, полиплар, бурун тўсиғининг қийшайиши каби касалликлар ҳам СТни ривожланиши учун муҳим омил ҳисобланади. Сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликлар билан боғлиқлигини ўрганганимизда, биз қуйидаги маълумотларга эга бўлдик:

3.2- жадвал

Гуруҳларда сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда ҳамроҳ касалликларнинг учраши

Касалликлар	1 гуруҳ (n=32)		2 гуруҳ (n=16)	
	абс	%	абс	%
Анемия	15	46,9	7	43.7
Гастрит	15	46,9	9	56.2
Холецистит	16	50	7	43,7
Кариес	8	25	3	18,7
Бронхит	6	18.7	3	18,7

Гуруҳлардаги беморларда анамнестик қўшимча (хамроҳ) касалликлар учрашини таҳлил қилганда (жадвал 3.2), иккала гуруҳдаги болаларда ҳам тишлар кариеси, пульпит, бронхит, мезо- ва эпителимпанитлар кузатилди.

Кузатилган асосий гуруҳдаги болаларнинг ҳаммасининг анамнезида

тез- тез касалланиш, бир йилда 4-5 марта ЎРВИ билан оғриш, ва хар сафар ЎРВИ бўлганда албатта асоратлар билан кечиши, сурункали тонзиллитнинг қайталаниши ва унинг натижасида пиелонефрит, гломерулонефрит, ревматизм касалликларнинг авж олиши кузатилади.

Ушбу натижалар шуни кўрсатдики, тишлар кариеси, пульпит, ринит, гастрит, холецистит, бронхит касалликлари уларда сурункали тонзиллит касаллигининг асосий омили бўлиб хизмат қилса, сурункали пиелонефрит, мезо– ва эпителимпанитлар, ревматизм ва ривожланувчи полиартритлар ушбу касалликларнинг оқибатлари деб қарашга асос бўла олади.

Юқоридаги текширувимиз натижаларидан келиб чиқиб, сурункали тонзиллит билан касалланган болаларда қолаверса унинг оиласида касалликнинг олдини олиш мақсадида ЛОР-аъзоларидаги, шунингдек оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш ўчоқларини (тишлар кариеси, пульпит) ўз вақтида бартараф этиш, боланинг ёшлигидан педиатр ёки оториноларинголог томонидан мунтазам равишда назоратда бўлиши ва айрим касалликлар мавжудлигини синчиклаб кўрилганда (анемия, риносинусит, кариес, пульпит) уларни ўз вақтида даволаш лозим.

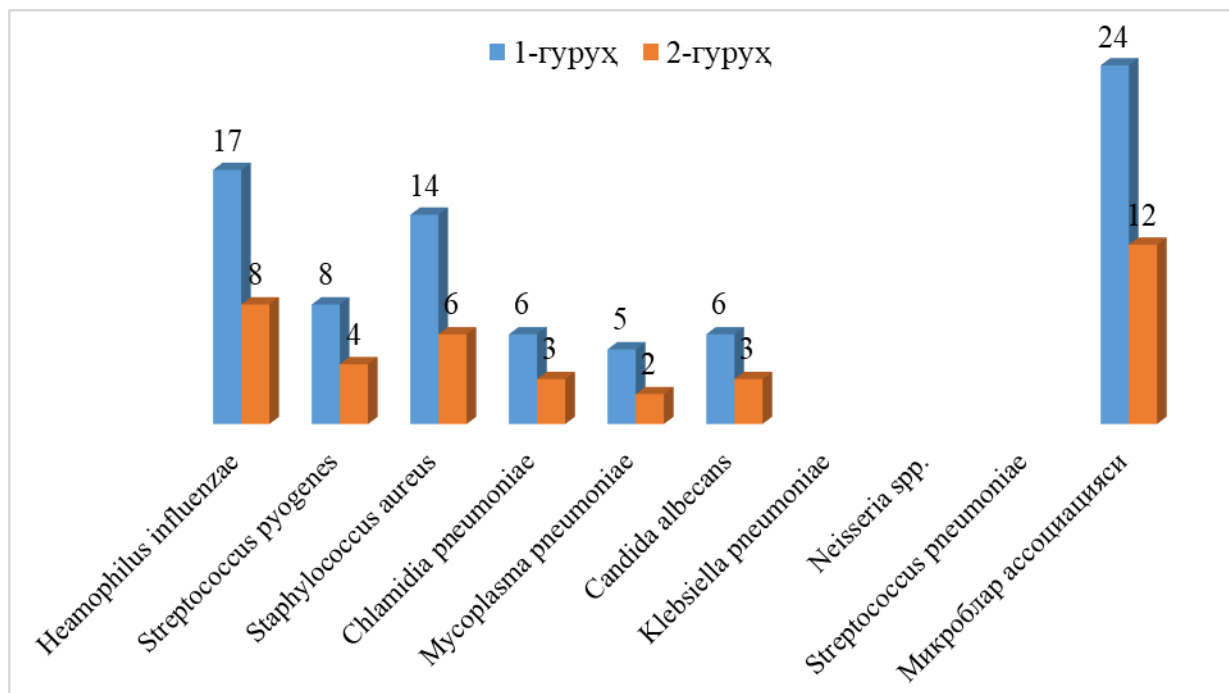
Бундан ташқари, сурункали тонзиллитга кўп олиб келувчи оқибатларини хисобга олиб (гипертиреоз, ривожланувчи полиартрит, сурункали пиелонефрит, ревматизм ва х. к.), бошқа мутахассислар билан ҳамкорликда кузатиш ва даволаш эҳтиёжи ҳам мавжуд бўлади.

Шундай қилиб, илмий текширувларимиз натижалари бизга сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликлар билан бевосита узвий боғлиқ эканлигини ва айнан сурункали тонзиллитдан сўнг юқорида кўрсатилган касалликларнинг келиб чиққанлиги аниқланади.

3.2. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда микробиологик текширув натижалари.

Бир қанча муаллифлар маълумотига кўра,сурункали тонзиллитни асосий қўзғатувчиси хозирги вақтда стрептококк ва стафилококк деб айтилган. Танглай бодом беи микрофлораси даволангунча ва даволангандан кейин

ўрганилди.



3.4 - расм. Микробиологик текшириш натижалари

Асосий гуруҳдаги болалар танглай бодом беи микрофлораси 5(10,8%) болаларда монофлора, микроблар ассоциацияси 21(89,2%) беморларда кузатилди.Олинган маълумотлар тахлилидан кўринадикки ҳамма текширилаётган беморларда аэроб микрофлора 18(82,6%), анаэроб микрофлора 8(17,4%) ни ташкил этади.

3.3-Жадвалда сурункали тонзиллит асосий кўзгатувчисини антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш натижаси берилган.

Ажратилган микроблар штамплари антибиотикка сезгирлигини ўрганишшуни кўрсатдикки,сурункали тонзиллитни аэроб кўзгатувчилари (стрептококк, стафелококк) пенициллин, ампициллинга сезгирлиги аниқланди. Кўзгатувчи микроблар цефалоспарин(кефзол,клофаран, цефатаксим, цефозолин), макролидлар (эритромицин,олендомицин), линкомицин, рифампицин сезгирлиги аниқланди.

3.3-жадвал

Асосий кўзгатувчиларни антибиотикка сезгирлиги

Препарат	Стрептококк	Стафилококк	Бактероид
----------	-------------	-------------	-----------

	Штамм сони %		
Цефотаксим	11,2	13,3	27,8
Ампициллин	7,7	16,7	90,0
Оксациллин	36,7	55,1	100
Диклоксациллин	48,4	57,7	100
Стрептомицин	27,0	85,4	100
Пенициллин	7,8	7,4	65,0
Цефозалин	11,9	7,1	44,5
Амикацин	100	85,5	71,1
Тетрациклин	71,4	57,4	0
Рондомицин	36,4	54,5	0
Кефзол	13,1	10,05	85,0
Клофаран	0	0	42,5
Олеандомицин	12,5	16,7	25,0
Линкамицин	77,1	11,5	37,5
Цефтриаксон	0	0	33,3
Метранидазол	100	100	0
Эритромицин	12,5	13,6	33,3
Рифампицин	13,1	16,7	7,1

3.3. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда гармонал статуснинг ўзгаришлари.

Балоғатга етган қизларда жинсий ривожланиш кўрсаткичлари таҳлил қилиш ва горманол статусни текшириш ўтказилди. Жинсий ривожланиш кўрсаткичларини ўрганишда қов соҳасининг тук билан қопланиши, қўлтиқ остини тук билан қопланиши, кўкракни катталаниши, менструация келишига эътибор қаратилди.

Жинсий ривожланиш кўрсаткичларнинг баҳоланиши (* $p \leq 0,05$).

1	СТ 1-гурух		СТ+ЖЕОК 2-гурух	
	абс	%	абс	%
Ме	27	84,4	7	43,7
Ма	23	71,8	6	37,5
РАх	22	68,7	6	37,5
оғирлиги	53,7 $\pm$ 1,1		58,5 $\pm$ 1,3*	
Бўйи	140,6 $\pm$ 1,9		120,6 $\pm$ 1,8*	

1-группада **менструация циклини баҳолаш** қуйидагича бўлди.

6 та беморда Ме1-текшириш вақтида менархе.

6 та беморда Ме2-мунтазам тартибли эмас.

26 та беморда Ме3-мунтазам тартибли.

Кўкрак безининг ривожланишини баҳолаш.

12 та беморда Ма2-кўкрак безлари конус шаклида, кўкрак учи пигментацияланмаган.

18 та беморда Ма3- конуссимон кўкрак юмалоқ формада, кўкрак учи кўтарилган ва пигментацияланган.

8 та беморда Ма4-етилган кўкрак юмалоқ шаклда.

Тукларнинг чиқишини баҳолаш.

6 та беморда Р1 Ах 1-қўлтиқ ости ва қов устида битта-битта сийрак тўғри туклар.

6 та беморда Р2Ах2-туклар нисбатан зичроқ ва узунроқ, кўпроққўлтиқ ости ва қов устининг марказида жойлашган.

26 та беморда Р3Ах3-туклар қов учбурчагининг хамма қисмида, жинсий лабларда ва қўлтиқ остида зич жойлашган.

2-группада **менструация циклини баҳолаш** қуйидагича бўлди.

3та МеО-менструация йўқ.

1та беморда Ме 1-текшириш вақтида менархе.

4та беморда Ме2-мунтазам тартибли эмас.

1 та беморда Ме3-мунтазам тартибли.

Кўкрак безининг ривожланишини баҳолаш.

4 та МаО- кўкрак безлари катталашмаган, кўкрак учи кичкина, пигментацияланмаган.

2та Ма1-кўкрак учи шишган, диаметри катталашган пигментацияйўқ.

2та бемордаМа2-кўкрак безлари конус шаклида, кўкрак учи пигментацияланмаган.

1та бемордаМа3- конуссимон кўкрак юмалоқ формада, кўкрак учи кўтарилган ва пигментацияланган.

Тукларнинг чиқишини баҳолаш.

3та РоАхо-қўлтиқ ости ва қов устида туклар йўқ.

2та беморда Р1 Ах 1-қўлтиқ ости ва қов устида битта-битта сийрак тўғри туклар.

3та беморда Р2Ах2-туклар нисбатан зичроқ ва узунроқ, кўпроққўлтиқ ости ва қов устининг марказида жойлашган.

Нормада ЛГ фоллекулин ва лютеинловчи фазада 0,8-10,5 Овуляция фазасида 18,4-61,2 бўлади.

ФСГ 3-12 фоллекула фазасида.

8-22 овуляция фазасида

2-12 лютеинловчи фазасида.

3.5-жадвал

Қонда ЛГ ва ФСГ гармонларнинг миқдорини баҳолаш (* $p \leq 0,05$).

Беморлар сони		ФСГ	ЛГ
1-гурух	СТ ОШ	6,7 $\pm$ 0,3	9,1 $\pm$ 0,4
	СТ ТАШ 1 даража	6,1 $\pm$ 0,4	7,0 $\pm$ 0,5

2-гурух	СТ ТАШ 2 даража	5,8±0,3	6,1±0,4
	СТ ОШ	5,1±0,4*	5,9±0,5*
	СТ ТАШ 1 даража	4,8±0,3*	5,4±0,4*
	СТ ТАШ 2 даража	4,0±0,2*	4,3±0,5*

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар қонида ЛГ ва ФСГ миқдори ишончли даражада камаяди.

3.4. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволаш самарадорлигини баҳолаш

Жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлганлигига кўра, 8 нафар балоғат ёшидаги қизларда тонзилэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Икки томонлама тонзиллэктомия операцияси ушбу беморларга ТошПТИ ЛОР-клиникаси шароитида маҳаллий анестезия остида ўтказилди. Операция даврида 18% беморларда муртак безларини, уларнинг остидаги тўқималар билан маҳкам чатишгани аниқланди, бу операция ўтказилишини қийинлаштирди; қолган беморларда муртак безлари муаммосиз олиб ташланди. Операция даврида биргина беморда қон кетиши кузатилди, уни тўхтатиш учун муртак ости беги томирлари боғланди. Қолганларида қон кетишини ўзи тўхтади. Ҳамма беморлар операциядан сўнг 3-4 кунда шифохонадан чиқарилди. Беморларни операциядан сўнг 6 ойгача, яъни диспансер назоратидан чиқариладиган давргача назорат қилинди.

Барча балоғатга етган қиз болаларда сурункали тонзиллитни даволаш мақсадида комплекс даволаш ўтказилди (3.5-жадвал). 1 гуруҳ беморларда сурункали тонзиллитни даволаш мақсадида таклиф қилинган учун қўлланилди, 2 гуруҳ беморларда аънъанавий даво ўтказилди. Таклиф

этилган даволашга танглай бодом беги лакунаси Элюдрил антисептик эритмаси билан кунига бир марта ювилди ва бодом беги юзасига 3% ли люголь эритмаси суртилди. Имудон бир таблеткадан 4 марта кунига берилди.

3.6-жадвал

Сурункали тонзиллитни консерватив даволаш усуллари

Даволаш усули	Даволаш муддати
Танглай муртакларини ювиш	10 кун
Люголь эритмаси билан артиш	10 кун
Маҳаллий физиотерапевтик муолажалар	10 кун
Антибиотиклар	10 кун
Десенсибилизацион даво	10 кун
Иммуномодуляторлар	30 кун

Бодом беги лакунасини ювишда «EUROMEDEX» фармацевтик компанияси (Франция) антисептик дори воситаси Элюдрил эритмаси хар куни 10 кун давомидаишлатилди.

Элюдрил хлоргексидин диглюканат-0,10% антибактериал, замбуруғга қарши, яллиғланишга қарши, хлорбутанол-0,50% маҳаллий узоқ давомли оғриқ қолдирувчи таъсирга эга модда, натрий тиосульфат-шиллик қават ҳолатини яхшилайдиган моддалардан таркиб топган. Антисептик яллиғланишга қарши оғриқ қолдирувчи, жароҳатни тикловчи препарат ҳисобланади.

Элюдрил дори воситаси клиник самарадорлиги юқори хавфсизлик, терапевтик таъсирини узунлиги даволаш муддатини қискалиги билан характерланади. Дори воситаси тишларга зарар етказмайди, оғиз бўшлиғи табиий микрофлорасини бузмайди. Элюдрил фибробластлар

пролиферациясини стимуляцияси хисобига жароҳат тикловчи ишлатилгандан кейин 5-10 минутдан сўнг овқатланиш мумкин.

Маҳаллий иммунитетни кўтариш мақсадида маҳаллий таъсир этувчи Тонзилгондори воситаси қўлланилди. Дори воситаси иммуностимулятор бўлиб, фагацитозни активлаштиради, сўлакда лизоцимни оширади, иммуноглобулин А секрециясини сўлакда кўпайтиради. Таблетка шаклида 2 таблеткадан 3 маҳал кунига ичилади 10 кун давомида.

Сурункали тонзиллитни анъанавий даволаш танглай бодом беи лакунасини 1% ли хлорофиллипт спиртли эритмаси билан ювиш ва юзасини 3% ли люгол эритмаси билан суртилади.

Базис терапияга-дезинтоксикацион терапия, вирусга қарши таъсир этувчи, спазмолитиклар, витаминлар ишлатилди. Ишлатишдан олдин Элюдрил эритмасидан 10 мл миқдорда 100мл физиологик эритмага қўшилади. Тайёрланган ишчи эритма билан томоқни чайқаш, танглай бодом беи лакунасини кунига 2-3 марта 10 кун давомида ювиш мумкин. Гуруҳ бир хиллигини ҳамда гуруҳдан касаллик фаоллигига қараб беморлар танлаб олинди. Болалар даволаш бошида стационар шароитида, кейинчалик амбулатор даволанишда кузатув остида бўлди. Ўтказилган терапия самарадорлигини баҳолаш даволаш курси тугагандан кейин, 6 ой дан сўнг кузатилди. Буни натижасида бемор болаларда аллергия реакция ва ножўй таъсирлар аниқланмади.

Ўтказилган терапия эффективлиги натижаси қуйидаги ҳолат билан баҳоланди:

«Яхши» турғун клиник эффект, бемор шикоятининг йўқлиги, фарингоскопик белгиларни регрессияси, танглай бодом беи лакунасинидан микробиологик экма олиб қўрилганда манфий натижа бериши билан характерланади.

«Қониқарли» - яхши клиник эффект, шикоятини қисқариши, фарингоскопик белгиларни камайиши, кузатув давомида сурункали тонзиллит бир марта қўзғалди, танглай бодом беи лакунасидаги

микробиологик экмада манфий натижа бўлиши билан характерланади.

«Қониқарсиз» - Ўтказилган терапия фойдаси йўқлиги асосий шикоят сақланган, турғун фарингоскопик белгилар, сурункали тонзиллит ва 2 ва ундан кўп марта томоғида оғриқ бўлиши, қон биохимик кўрсаткичлари юқори бўлиши, танглай бодом беги лакунасида доимий микрофлорани ўсиб бориши билан характерланади.

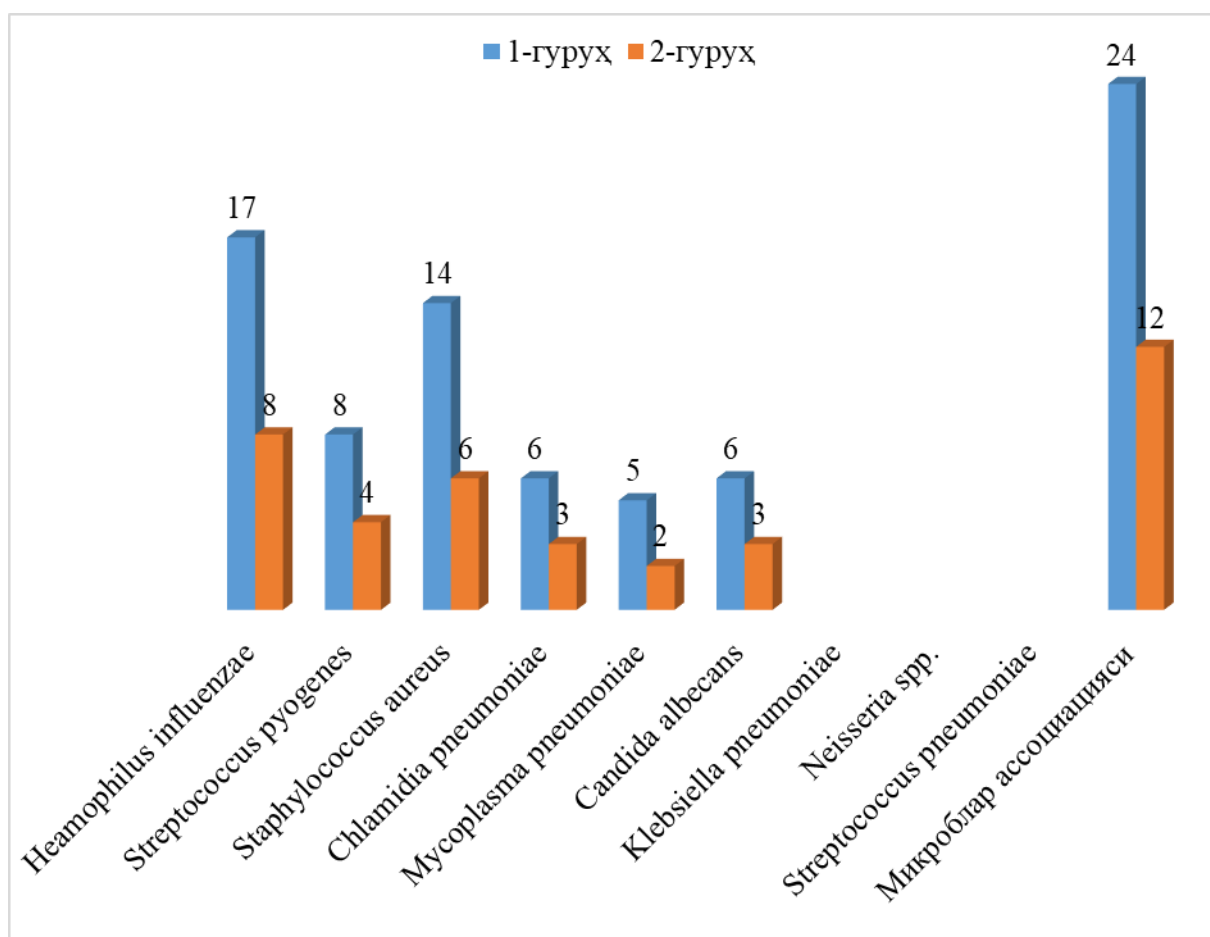
Бемор болаларда даволангандан кейин танглай ёйлари гиперемияси 20,0%, бодом беги гипертрофияси 13,3%га камайди. Регионар лимфа тугунлари катталашини 26,7%га камайди. Оғиз шиллиқ қавати, танглай ёйларини сарғиш бўлиши таклиф этилган даволашдан кейин кескин камайди.

Асосий группадан беморларни танглай бодом беги лакунаси 3-4 марта ювилганда, тез чарчаш, оғиздан нохуш хид йўқолгани аниқланди. Назорат гурухида 7-8 марта ювилганда бу симптомлар йўқолгани қайд этилди. Асосий гурухдаги беморларда комплекс даволаш ўтказилганда таглай бодом беги лакунасида казиоз - йирингли тикинлар йўқолди. Анъанавий терапия ўтказилган назорат гурухида белгилар ўзгармай қолди. Олдинги ёйлар қизариши иккала гурухда ҳам кузатилган бўлса, комплекс даволагандан кейин анча камайди. Таклиф этилган даволашдан кейин танглай бодом беги ўлчамлари камайди. Анъанавий даволанаётган назорат гурухидаги беморларда ўзгаришсиз қолди.

Танглай бодом беги ўлчамини қисқариши натижасида асосий гурухдаги беморларда ухлаганда бурундан нафас олиши яхшиланди, хуррак отишлар йўқолди.

Сурункали тонзиллити бор беморларда даволангунча ва даволаш ўтказилгандан кейин микробиологик кўрсаткичлар динамикаси ўрганилди.

Даволангунча 5(10,8%) беморларда монофлора ва 21,0 (89,2%) беморларда микроблар ассоциацияси бодом беги лакунаси микрофлорасини ўрганишда аниқланди. Даволаниш охирида микроблар пейзажи қисқарди. Асосий гурухдаги беморларда таклиф этилган даволаш ўтказилганда микроблар сони кескин қисқарди (3.4-расм).



3.5-расм. Бактериологик текширув натижалари

3.7-жадвал

Қонда ЛГ ва ФСГ гармонларнинг миқдорини баҳолаш

Беморлар сони		ФСГ		ЛГ	
		Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
1-группа	СТ ОШ	6,7±0,3	8,5±0,5	9,1±0,4	11,0±0,5
	СТ ТАШ 1 даража	6,1±0,4	7,9±0,4	7,0±0,5	9,0±0,4
	СТ ТАШ 2 даража	5,8±0,3	7,0±0,3	6,1±0,4	8,2±0,3
2-группа	СТ ОШ	5,1±0,4*	9,0±0,5^	5,9±0,5*	11,5±0,5^

	СТ ТАШ 1 даража	$4,8 \pm 0,3^*$	$8,2 \pm 0,4^{\wedge}$	$5,4 \pm 0,4^*$	$9,3 \pm 0,4^{\wedge}$
	СТ ТАШ 2 даража	$4,8 \pm 0,3^*$	$7,1 \pm 0,3^{\wedge}$	$4,3 \pm 0,5^*$	$8,3 \pm 0,3^{\wedge}$

Балоғатга етган қиз болаларда сурункали тонзиллитни даволагандан сўнг қонда ФСГ ва ЛДГ миқдорини аниқлаш текшируви ўтказилди. Текширув натижалари 3.7-жадвалда берилган.

Гармонал текшириш натижаларига кўра, ФСГ ва ЛГ гармонлар 2 гуруҳдаги 6 та қизда меъёрдан пастроқ бўлди. 2-3 курс даво муолажалардан сўнг нормага яқинроқ кўрсаткич берди.

III БОБГА ХУЛОСА.

Юқорида кўрсатилган вазифаларни бажариш мақсадида сурункали тонзиллит билан касалланган барча балоғат ёшидаги қиз болаларда комплекс текшириш усуллари ўтказилди.

Ушбу текшириш усуллари дастлаб беморларнинг анамнез маълумотлари йиғилиб, уларни таҳлил қилиш, сунг ЛОР-аъзолари кўриги, клиник-функционал тегшириш, рентгенологик текшириш, микробиологик текшириш ҳамда қонда гармонлар ҳолатини таҳлил қилиш ташкил қилди.

Ҳамма беморларда қуйидаги текширишлар олиб борилди: шикоятлар ва анамнез йиғиш, объектив кўрик, клиник-инструментал текширув усуллари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларни рентгенографияси, лаборатор текширувлар, гинеколог кўриги ва гармонал текширувлар ўтказилди.

Беморлар шикояти биринчи ўринда диагностика учун муҳим ҳисобланади. Иккала гуруҳ беморлар асосан томоқда оғриқ, ютинганда дискомфорт ҳисси ва оғиздан нохуш ҳид келишидан шикоят қилишган.

Анамнез маълумотларига таҳлил қилинганда, 1 гуруҳ беморларнинг 15 (46,9%) нафари камқонлик, 15 (46,9%) нафари гастрит, 16 (50%) нафари холецистит, 8 (25%) нафари кариес, 6 (18,7%) нафари бронхит, 2 гуруҳ беморларнинг 7 (43,7%) нафари камқонлик, 9 (56,2%) нафари гастрит, 7 (43,7%) нафари холецистит, 3 (18,7%) нафари кариес, 3 (18,7%) нафари бронхит ўтказганлиги аниқланди.

Кўпинча беморлар шикоятлари сурункали тонзиллитнинг кечиши билан боғлиқ бўлди, яъни 1 гуруҳ беморларининг 87%и томоқда оғриққа, 76%и ютинганда дискомфортга, 62%и оғиздан нохуш ҳид келишига, 34%и бўғимларда оғриққа, 22%и тана ҳарорати ошишига, 48%и ҳолсизликка шикоят қилди. 2 гуруҳ беморларнинг 92%и томоқда оғриққа, 88%и ютинганда дискомфортга, 78%и оғиздан нохуш ҳид келишига, 47%и бўғимларда оғриққа, 38%и тана ҳарорати ошишига, 62%и ҳолсизликка

шикоят қилди.

Фарингоскопияда СТнинг оддий шаклида 10 та (28,5%) болада касаллик хуруж қилган даврида маҳаллий белгилари мавжудлиги аниқланади. Булар: димланишли қизариш, кўпинча кўкимтир тусдаги, танглай равоқларининг шиши, танглай муртаклари ўлчамининг катталишиши, муртак ва равоқлар орасида чандиқларнинг бўлиши. Танглай муртаклари босилганда лакуналардан қуюқ йирингли ажралма ажралади. Пайпасланганда жағ орти лимфа тугунларининг катталашганлиги ва оғриқлийдлиги аниқланади.

16 та (45,57%) беморларда СТнинг биринчи даражали токсик-аллергик шаклида касаллик хуруж қилган даврида аниқланиб, маҳаллий фарингоскопик кўрувда-қизариш, лакуналарда йирингли ажралма, танглай равоқларининг шиши ва қалинлашиши, равоқларнинг муртаклар билан чандиқ ҳосил қилиши, регионар лимфа тугунларнинг катталашиши каби белгилар пайдо бўлади. Шунингдек токсико-аллергик белгиларидан доимий бўлган субфебрил тана ҳарорати, тез чарчаш, ҳолсизлик, бўғим ва юрак соҳасидаги даврий оғриқлар, гармонал фон ўзгариши, яъни иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланишининг орқада қолиши кузатилади.

9 та (25,7%) бемор болаларда СТнинг иккинчи даражали токсик-аллергик шакли аниқланиб, унда касаллик хуруж қилган даврда, маҳаллий фарингоскопик кўрувда-қизариш, лакуналарда йирингли ажралма, танглай равоқларининг шиши ва қалинлашиши, равоқларнинг муртаклар билан чандиқ ҳосил қилиши, регионар лимфа тугунларнинг катталашиши каби белгилар пайдо бўлади. Шунингдек токсико-аллергик белгиларидан доимий бўлган субфебрил тана ҳарорати, тезчарчаш, ҳолсизлик, бўғим ва юрак соҳасидаги даврий оғриқлар, гармонал фон ўзгариши, яъни иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланишининг орқада қолиши кузатилади. Юқоридаги белгилардан ташқари ревматик характердаги касалликларнинг бирга келиши, юрак фаолиятида чуқур даражадаги

бузулишлар, узоқ давом этувчи субфебрил харорат кузатилади.

Орофарингоскопияда ҳалқум ва оғиз бўшлиғи шиллиқ каватига, танглай муртаклари ўлчамига, ёйлар кенглигига, лакуна йиғиндисига ва регионар лимфа тугун ҳолатига эътибор қаратилади.

Сурункали тонзиллит фарингоскопик текширилганда маҳаллий ўзгаришлар: казеоз-йирингли тиқин 17 та (85%), лакунада суюқ йиринг 19 та (95%), бодом безида чандикли ёпишмалар 8 та (40%), олдинги ва орқа ёйларда гиперплазия 16 та (80%), олдинги ёйларда гиперемия 14 та (70%), олдинги ёйлар юқори қисми шиши 13 та (65%) аниқланди. Ўчоқли инфекцион-яллиғланиш жараёнини сурункали ўтиши организм умумий ҳолатини бузилишига олиб келади. Сурункали инфекцион-аллергик ҳолат регионар лимфа тугунларини ўзгаришига олиб келади. Кўп беморларда жағ ва бўйин лимфа тугунлари ўлчами катталашиши ва пальпацияда оғриқли бўлиши аниқланди.

СТ билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар СТнинг даражаларига кўра ҳам гуруҳларга бўлинди:

1-гуруҳдаги 32 та сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг 18 тасида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 10 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 1 даражаси, 4 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 2 даражаси кузатилди.

2-гуруҳдаги 16 та сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларнинг 3 тасида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 7 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 1 даражаси, 4 тасида сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклининг 2 даражаси кузатилди.

Организм қаршилигини (реактивлигини) пасайишига олиб келувчи вирусли инфекциялар қайталанувчи ангиналар, рахит, қизамиқ, қизилча, эндокрин ва хазм тизимининг касалликлари ҳам СТ келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди.

Организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, сурункали инфекция ўчоқлари (тишлар кариеси, пульпит, йирингли гайморит), сил интоксикацияси, бурундан нафас олишнинг кийинлашиши аденоидлар(вегетацияси), полиплар, бурун тўсиғининг қийшайиши каби касалликлар ҳам СТни ривожланиши учун муҳим омил ҳисобланади.

ЛОР-аъзоларини эндоскопик текшируви натижаларига кўра, 1 гуруҳ беморларнинг 24 (75%) нафарида йирингли ёки казеоз йирингли тикинлар, 26 (81,2%) нафарида Гизе белгиси, 21 (65,6%) нафарида Зак белгиси, 10 (31,2%) нафарида Преображенский белгиси, 8 (25%) нафарида лимфа тугунлари катталашганлиги, 2 гуруҳ беморларнинг 16 (100%) нафарида йирингли ёки казеоз йирингли тикинлар, 15 (93,7%) нафарида Гизе белгиси, 13 (81,2%) нафарида Зак белгиси, 15 (93,7%) нафарида Преображенский белгиси, 11 (68,7%) нафарида лимфа тугунлари катталашганлиги аниқланди.

Кузатилган асосий гуруҳдаги болаларнинг ҳаммасининг анамнезида тез- тез касалланиш, бир йилда марта ЎРВИ билан оғриш ҳар сафар ЎРВИ бўлганда албатта асоратлар билан кечиши, сурункали тонзиллитнинг қайталаниши ва унинг натижасида пиелонефрит, гломерулонефрит, ревматизм касалликларнинг авж олиши кузатилади.

Ушбу натижалар шуни кўрсатдики, болаларда анемия, тишлар кариеси, пульпит, гастрит, холецистит, бронхит касалликлари уларда сурункали тонзиллит касаллигининг асосий омили бўлиб хизмат қилса, сурункали пиелонефрит, мезо— ва эпителимпанитлар, ревматизм ва ривожланувчи полиартритлар ушбу касалликларнинг оқибатлари деб қарашга асос бўла олади.

Бир қанча муаллифлар маълумотига кўра, сурункали тонзиллитни асосий қўзғатувчиси ҳозирги вақтда стрептококк ва стафилококк деб айтилган. Танглай бодом беши микрофлораси даволангунча ва даволангандан кейин ўрганилди.

Микробиологик текширув натижасида 1 гуруҳ беморларнинг 17 нафарида *Neamophilus influenza*, 8 нафарида *Streptococcus pyogenes*, 14

нафарида *Staphylococcus aureus*, 6 нафарида *Chlamidia pneunoniae*, 5 нафарида *Mycoplasma pneumoniae*, 6 нафарида *Candida albicans*, 24 нафарида микроблар ассоциацияси, 2 гуруҳ беморларнинг 8 нафарида *Haemophilus influenza*, 4 нафарида *Streptococcus pyogenes*, 6 нафарида *Staphylococcus aureus*, 3 нафарида *Chlamidia pneunoniae*, 2 нафарида *Mycoplasma pneumoniae*, 3 нафарида *Candida albicans*, 12 нафарида микроблар ассоциацияси аниқланди.

Асосий гуруҳдаги болалар танглай бодом беи микрофлораси 5(10,8%) болаларда монофлора, микроблар ассоциацияси 21(89,2%) беморларда кузатилди. Олинган маълумотлар таҳлилидан кўринадикки ҳамма текширилаётган беморларда аэроб микрофлора 18(82,6%), анаэроб микрофлора 8(17,4%) ни ташкил этади.

Ажратилган микроблар штамплари антибиотикка сезгирлигини ўрганиш шуни кўрсатдикки, сурункали тонзиллитни аэроб кўзғатувчилари (стрептококк, стафелококк) пенициллин, ампициллинга сезгирлиги аниқланди. Кўзғатувчи микроблар цефалоспарин (кефзол, клофаран, цефатаксим, цефозолин), макролидлар (эритромицин, олендомицин), линкомицин, рифампицин сезгирлиги аниқланди.

Аминогликозидларга, метранидазол, тетрациклинга микроблар сезгирлиги камлиги аниқланди. Анаэроб кўзғатувчи микроблар (бактероидлар, пептококк) метранидазол, рифампицин, тетрациклинга юқори сезгирлиги аниқланди. Сурункали тонзиллитни даволашда антисептик эритмалар билан танглай бодом беи лакунаси ювилди.

Балоғатга етган қизларда жинсий ривожланиш кўрсаткичлари таҳлил қилиш ва горманол статусни текшириш ўтказилди. Жинсий ривожланиш кўрсаткичларини ўрганишда қов соҳасининг тук билан қопланиши, қўлтиқ остини тук билан қопланиши, кўкракни катталаниши, менструация келишига эътибор қаратилди.

1-группада менструация циклини баҳолаш қуйидагича бўлди:

0 та МеО-менструация йўқ. 6 та беморда Ме1-текшириш вақтида менархе.

6 та беморда Me2-мунтазам тартибли эмас.

26 та беморда Me3-мутазам тартибли.

Кўкрак безининг ривожланишини баҳолаш.

0 та MaO- кўкрак безлари катталашмаган, кўкрак учи кичкина, пигментацияланмаган.

0 та Ma1-кўкрак учи шишган, диаметри катталашган пигментация йўқ.

13 та беморда Ma2-кўкрак безлари конус шаклида, кўкрак учи пигментацияланмаган.

18 та беморда Ma3- конуссимон кўкрак юмалоқ формада, кўкрак учи кўтарилган ва пигментацияланган.

8 та беморда Ma4-етилган кўкрак юмалоқ шаклда.

Тукларнинг чиқишини баҳолаш.

0 та PoAxo-қўлтиқ ости ва қов устида қов йўқ.

6 та беморда P1 Ax 1-қўлтиқ ости ва қов устида битта-битта сийрак тўғри туклар.

6 та беморда P2Ax2-туклар нисбатан зичроқ ва узунроқ, кўпроқ қўлтиқ ости ва қов устининг марказида жойлашган.

26 та беморда P3Ax3-туклар қов учбурчагининг хамма қисмида, жинсий лабларда ва қўлтиқ остида зич жойлашган.

2-группада **менструация циклини баҳолаш** қуйидагича бўлди.

5та MeO-менструация йўқ.

3та беморда Me 1-текшириш вақтида менархе.

6та беморда Me2-мунтазам тартибли эмас.

1 та беморда Me3-мутазам тартибли.

Кўкрак безининг ривожланишини баҳолаш.

4 та MaO- кўкрак безлари катталашмаган, кўкрак учи кичкина, пигментацияланмаган.

4та Ma1-кўкрак учи шишган, диаметри катталашган пигментация йўқ.

4та беморда Ma2-кўкрак безлари конус шаклида, кўкрак учи

пигментацияланмаган.

4та беморда Ма3- конуссимон кўкрак юмалоқ формада, кўкрак учи кўтарилган ва пигментацияланган.

0та беморда Ма4-етилган кўкрак юмалоқ шаклда.

Тукларнинг чиқишини баҳолаш.

5та РоАхо-қўлтиқ ости ва қов устида қов йўқ.

5та беморда Р1 Ах 1-қўлтиқ ости ва қов устида битта-битта сийрак тўғри туклар.

6та беморда Р2Ах2-туклар нисбатан зичроқ ва узунроқ, кўпроққўлтиқ ости ва қов устининг марказида жойлашган.

1та беморда Р3Ах3-туклар қов учбурчагининг хамма қисмида, жинсий лабларда ва қўлтиқ остида зич жойлашган

Нормада ЛГ фоллекулин ва лютеинловчи фазада 0,8-10,5 Овуляция фазасида 18,4-61,2 бўлади.

ФСГ 3-12 фоллекула фазасида.

8-23 овуляция фазасида

2-12 лютеинловчи фазасида.

Қондаги гармонлар миқдори текширилганда, 1 гуруҳ беморларида ФСГ миқдори ўртача $6,7 \pm 0,3$, ЛГ миқдори ўртача $9,1 \pm 0,4$ эканлиги, 2 гуруҳ беморларида эса ФСГ миқдори ўртача $5,1 \pm 0,4$, ЛГ миқдори ўртача $5,9 \pm 0,5$ эканлиги аниқланди. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар қонида ЛГ ва ФСГ миқдори ишончли даражада камаяди.

Жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлганлигига кўра, 8 нафар балоғат ёшидаги қизларда тонзилэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Барча балоғатга етган қиз болаларда сурункали тонзиллитни даволаш мақсадида комплекс даволаш ўтказилди. 1 гуруҳ беморларда сурункали тонзиллитни даволаш мақсадида таклиф қилинган учун қўлланилди, 2 гуруҳ беморларда аънъанавий даво ўтказилди. Таклиф этилган даволашга танглай бодом беи лакунаси Элюдрил антисептик эритмаси билан кунига бир марта ювилди ва бодом беи юзасига 3% ли люгол эритмаси суртилди.

Имудон бир таблеткадан 4 марта кунига берилди.

Бодом беги лакунасини ювишда «EUROMEDEX» фармацевтик компанияси (Франция) антисептик дори воситаси Элюдрил эритмаси хар куни 10 кун давомидишлатилди.

Элюдрил хлоргексидин диглюканат-0,10% антибактериал, замбуруғга қарши, яллиғланишга қарши, хлорбутанол-0,50% маҳаллий узок давомли оғриқ қолдирувчи эффектга эга модда, натрий тиосульфат-шиллик қават ҳолатини яхшилайдиган моддалардан таркиб топган. Антисептик яллиғланишга қарши оғриқ қолдирувчи, жароҳатни тикловчи препарат ҳисобланади.

Элюдрил дори воситаси клиник эффективлиги юқори ҳавфсизлик, терапевтик эффектини узунлиги даволаш муддатини қисқалиги билан характерланади. Препарат тишларга зарар етказмайди, оғиз бўшлиғи табиий микрофлорасини бузмайди. Элюдрил фибробластлар пролиферациясини стимуляцияси ҳисобига жароҳат тикловчи ишлатилгандан кейин 5-10 минутдан сўнг овқатланиш мумкин.

Маҳаллий иммунитетни қўтариш мақсадида маҳаллий таъсир этувчи Тонзилгон дори воситаси қўлланилди. Препарат иммуностимулятор бўлиб, фагацитозни активлаштиради, сўлакда лизоцимни оширади, иммуноглобулин А секрециясини сўлакда кўпайтиради. Таблетка шаклида 2 таблеткадан 3 маҳал кунига ичилади 10 кун давомида.

Сурункали тонзиллитни анъанавий даволаш танглай бодом беги лакунасини 1% ли хлорофиллипт спиртли эритмаси билан ювиш ва юзасини 3% ли люголь эритмаси билан суртилади.

Базис терапияга-дезинтоксикацион терапия, вирусга қарши таъсир этувчи, спазмолитиклар, витаминлар ишлатилди. Ишлатишдан олдин Элюдрил эритмасидан 10 мл миқдорда 100мл физиологик эритмага қўшилади. Тайёрланган ишчи эритма билан томоқни чайқаш, танглай бодом беги лакунасини кунига 2-3 марта 10 кун давомида ювиш мумкин. Гуруҳ бир хиллигини ҳамда гуруҳдан касаллик фаоллигига қараб беморлар танлаб

олинди. Болалар даволаш бошида стационар шароитида, кейинчалик амбулатор даволанишда кузатув остида бўлди. Ўтказилган терапия самарадорлигини баҳолаш даволаш курси тугагандан кейин, 6 ой дан сўнг кузатилди. Буни натижасида бемор болаларда аллергия реакция ва ножўя таъсирлар аниқланмади.

Ўтказилган терапия эффективлиги натижаси қуйидаги ҳолат билан баҳоланди:

«Жуда яхшиланди» турғун клиник эффект, бемор шикоятининг йўқлиги, фарингоскопик белгиларни регрессияси, танглай бодом беги лакунанисидан микробиологик пассев олиб кўрилганда манфий натижа бериши билан характерланади.

«Яхшиланди» - яхши клиник эффект, шикоятини қисқариши, фарингоскопик белгиларни камайиши, кузатув давомида сурункали тонзиллит бир марта кўзғалди, танглай бодом беги лакунасидаги микробиологик пасивда манфий натижа бўлиши билан характерланади.

«Даволаб бўлмади» - Ўтказилган терапия фойдаси йўқлиги асосий шикоят сақланган, турғун фарингоскопик белгилар, сурункали тонзиллит ва 2 ва ундан кўп марта кўзғаш, қон биохимик кўрсаткичлари юқори бўлиши, танглай бодом беги лакунасида доимий микрофлорани ўсиб бориши билан характерланади.

Бемор қизларда даволангандан кейин танглай ёйлари гиперемияси 20,0%, бодом беги гипертрофияси 13,3%га камайди. Регионар лимфа тугунлари катталашиши 26,7%га камайди. Оғиз шиллик қавати, танглай ёйлари сарғиш бўлиши таклиф этилган даволашдан кейин кескин камайди. Комплекс даволаш тарзида барча беморларга 10 кун давомида танглай муртакларини ювиш, люголь эритмаси билан артиш, маҳаллий физиотерапевтик муолажалар, десенсибилизация дово, антибиотиклар, ҳамда 30 кун давомида иммуномодуляторлар тавсия этилди.

Даволашдан сўнг 1 гуруҳ беморларининг 22%и томоқда оғриққа, 32%и ютинганда дискомфортга, 21%и оғиздан нохуш ҳид келишига, 16%и

бўғимларда оғриққа, 4%и тана ҳарорати ошишига, 22%и ҳолсизликка шикоят қилди. 2 гуруҳ беморларнинг 28%и томоқда оғриққа, 27%и ютинганда дискомфортга, 28%и оғиздан нохуш хид келишига, 20%и бўғимларда оғриққа, 7%и тана ҳарорати ошишига, 32%и ҳолсизликка шикоят қилди.

Сурункали тонзиллити бор беморларда даволангунча ва даволаш ўтказилгандан кейин микробиологик кўрсаткичлар динамикаси ўрганилди.

Даволангунча 5(10,8%) беморларда монофлора ва 21,0 (89,2%) беморларда микроблар ассоциацияси бодом беи лакунаи микрофлорасини ўрганишда аниқланди. Даволаниш охирида микроблар пейзажи қисқарди. Асосий гуруҳдаги беморларда таклиф этилган даволаш ўтказилганда микроблар сони кескин қисқарди.

Қайта ўтказилган микробиологик текширув натижасида 1 гуруҳ беморларнинг 3 нафарида *Neamophilus influenza*, 5 нафарида *Staphylococcus aureus*, 7 нафарида микроблар ассоциацияси, 2 гуруҳ беморларнинг 1 нафарида *Neamophilus influenza*, 2 нафарида *Staphylococcus aureus*, 4 нафарида микроблар ассоциацияси аниқланди.

Қондаги гармонлар миқдори қайта текширилганда, 1 гуруҳ беморларида ФСГ миқдори ўртача $8,5 \pm 0,5$, ЛГ миқдори ўртача $11,0 \pm 0,5$ эканлиги, 2 гуруҳ беморларида эса ФСГ миқдори ўртача $9,0 \pm 0,5$, ЛГ миқдори ўртача $11,5 \pm 0,5$ эканлиги аниқланди.

Асосий гуруҳдаги беморларни танглай бодом беи лакунаи 3-4 марта ювилганда, тез чарчаш, оғиздан нохуш хид йўқолгани аниқланди. Назорат гуруҳида 7-8 марта ювилганда бу симптомлар йўқолгани қайд этилди. Асосий гуруҳдаги беморларда комплекс даволаш ўтказилганда таглай бодом беи лакунаида казиоз - йирингли тикинлар йўқолди. Анъанавий терапия ўтказилган назорат гуруҳида белгилар ўзгармай қолди. Олдинги ёйлар қизариши иккала гуруҳда ҳам кузатилган бўлса, комплекс даволагандан кейин анча камайди. Таклиф этилган даволашдан кейин танглай бодом беи ўлчамлари камайди. Анъанавий даволанаётган назорат гуруҳидаги беморларда ўзгаришсиз қолди.

Балоғатга етган қиз болаларда сурункали тонзиллитни даволагандан сўнг қонда ФСГ ва ЛГ миқдорини аниқлаш текшируви ўтказилди.

Гармонал текшириш натижаларига кўра, ФСГ ва ЛГ гармонлар 2 гуруҳдаги 6 та қизда меъёрдан баландроқ бўлди. 2-3 курс даво муолажалардан сўнг нормага яқинроқ кўрсаткич берди.

ХОТИМА

Қўйилган вазифани амалга ошириш мақсадида 2017-2018 йиллар давомида ТошПТИ клиникасининг “Оториноларингология” ва “Болалар гинекологияси” бўлимида, ётиб даволанган 9 ёшдан 16 ёшгача бўлган сурункали тонзиллити бўлган қиз болалар тадқиқотга жалб қилинди.

Текширилган бемор болалар ҳақидаги маълумотлар ўз кузатувларимиз, касаллик тарихлари, амбулатор карталари, клиник функционал ва клиник-лаборатор текширишлар натижаларини ҳулосаларидан олинди. Зарур бўлганда инфекционист, гастроэнтеролог, эндокринолог, гематолог ва педиатр ҳамда кардиоревматолог консультациялари ўтказилди. Анамнез йиғишда ота онасини соғлиғига эътибор қилинди, асосан онасида хомиладорлик вақтида юқумли касалликлар билан касалланганми, боланинг бошдан кечирган касалликлари сўраб, суриштирилди ва аниқланди.

Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифалардан келиб чиққан ҳолда текширишларга жалб этилган беморларни ёши ва жинсига нисбатан таҳлил қилинди. Жаъми тадқиқотга 48 нафар балоғат ёшидаги қиз болалар жалб қилинди. Сурункали тонзиллит кўп ҳолларда умумий ва жинсий инфантилизмга олиб келади. Гинекологик белгилар бўйича: олиго, опсо ва оменорея, эрта ёшдаги қон кетиши, альгодисменорея кузатилади. Катта ёшли аёлларда бепуштлик, бачадондан ташқари хомиладорлик, ҳомилага ва туғруқга асорат беради. Сурункали тонзиллитда жинсий ривожланишнинг бузилиши ва менструация циклининг ўзгариши сурункали жараённинг қанча давом этганига боғлиқ. Сурункали тонзиллитда ҳар хил орган ва системаларнинг бириктирувчи тўқимаси аутоиммун шикастланади. Узоқ вақт интоксикация гипоталамо-гипофизарсистемага таъсир қилиб, нейроэндокрин функциянинг ўзгаришига олиб келади. Қайсики бу ўзгариш жинсий ривожланишга таъсир қилади. Организмнинг биологик етилишининг белгиларидан бири иккиламчи жинсий белгилардир.

Сурункали тонзиллитда иккиламчи жинсий белгилар меъёрдан анча орқада қолади. Жинсий етилишнинг мухим белгиларидан бири менструация функциясидир. СТ билан касалланган қизларда менструация кеч бошланади ёки регуляр бўлмайди. 2-3 йил менструация ўз вақтида келмасдан нормага тушиб олмайди.

Сурункали тонзиллит билан касалланган қизларда фолликулинли фаза узайган ва лютеинловчи фаза қисқарган бўлади. Айрим холларда фақат фолликулинли фаза бўлади. Бу жараёни базал ҳарорат ва биокимёвий текширувлар орқали аниқлаш мумкин.

Сурункали тонзиллитнинг клиникасига келадиган бўлсак умумий ва маҳаллий белгилардан иборат бўлади. Умумий белгилардан холсизлик, тез чарчаш, иштахасининг бузилиши, иш қобилятининг пасайиши, уйқучанлик каби белгилар намоён бўлади. Маҳаллий белгиларидан (тиқинларнинг бўлиши, субэпителиал йирингли фолликулалар, муртак ёйларнинг гиперемияси, шиши, инфильтрацияси), танглай муртагининг ёйлар ва уч қиррали бурмалар билан қўшилиши, регионар лимфа тугунларини пайпаслаганда катталаниши ва оғриқлиги кузатилади. Лекин бир вақтнинг ўзида беморларда СТ билан этиопатогенетик асоси бўлмаган қўшимча касаллик (ревматизм, юқумли полиартрит, сурункали пиелонефрит, анемия, рахит, гипотрофия кузатилади).

Вазифани бажариш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди:

1 – гуруҳ – сурункали тонзиллити бўлган қиз болалар;

2 – гуруҳ – сурункали тонзиллити бўлган жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қиз болалар.

1 гуруҳга 32 нафар сурункали тонзиллити бўлган балоғат ёшидаги қизлар кирган, 2 гуруҳга эса 16 нафар сурункали тонзиллити бўлган жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қиз болалар кирган.

Сурункали тонзиллити бўлган беморларнинг ёши бўйича тақсимланганда, 1 гуруҳда 9-11 ёшда 5 нафар, 11-12 ёшда 7 нафар, 13-14 ёшда 9 нафар, 15-16 ёшда 11 нафар қиз болалар ташкил қилди, 2 гуруҳда 9-

11 ёшда 3 нафар, 11-12 ёшда 3 нафар, 13-14 ёшда 4 нафар, 15-16 ёшда 6 нафар қиз болалар ташкил қилди.

Бундан ташқари, беморларнинг сурункали тонзиллитнинг классификацияси бўйича гуруҳларга ажратилганда шуниси маълум бўлдики, 1 гуруҳда 18 нафар беморда сурункали тонзиллит оддий шакли, 10 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража, 4 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража учради, 2 гуруҳда эса 3 нафар беморда сурункали тонзиллит оддий шакли, 7 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража, 6 нафар беморда сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли 1 даража учради.

Беморларни динамикада кузатиш ва клиник текшириш учун махсус карта ишлаб чиқилди ва улардан анкета маълумотлари, бемор шикояти, анамнез (сурункали тонзиллит давомийлиги, қўзиш характери ва сони), ЛОР-органлари объектив кўрикдаги ҳолати натижаси, лаборатор ва инструментал текшириш, ички органлар ҳамроҳ касалликлари ўрганилди.

Барча текширилаётган беморлардан анамнез йиғилганда ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги ҳам таҳлил қилинди. Унга кўра, 1 гуруҳ беморларда анемия – 15 нафар беморда, гастрит – 15 нафар беморда, холецистит – 16 нафар беморда, кариес – 8 нафар беморда, бронхит – 6 нафар беморда учради. 2 гуруҳ беморларда эса анемия – 7 нафар беморда, гастрит – 9 нафар беморда, холецистит – 7 нафар беморда, кариес – 3 нафар беморда, бронхит – 3 нафар беморда учради. Бизнинг ишимиз беморларни текшириш, тўлиқ касалик анамнезини йиғиш ва шикоятларни ўрганиш билан бошланади. Амбулатор даволанишга келган болалар кўпинча бош оғриғи, тана хароратининг даврий равишда ошиши, ютинганида оғриққа, касаллик оғир кечганида эса интоксикация белгилари, бўғимларда, юрак соҳасидаги оғриқ ва бошқаларга шикоят сўралди. Текширувлар ЛОР ва гинеколог билан бирга олиб борилди.

Сурункали тонзиллит ташхисотида фарингоскопия муҳим роль

ўйнайди. Фарингоскопик кўрик, бемор шикояти, анамнези, барча текширилаётган беморларда сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шакли аниқланди. Фарингоскопик текширишда сурункали тонзиллитда, танглай бодом безида махаллий ўзгаришлар, казеоз-йирингли тикин, лакунада суюқ йиринг, бодом безида чандикли ўзгариш, олдинги ва орқа ёйлар гиперплазияси, олдинги ёйда қизариш, шиш аниқланиши билан характерланади. Сурункали тонзиллит организмни инфекцион-аллергик касаллиги бўлгани учун регионар лимфа тугунларга таъсир этади. Бўйин лимфа тугунлари катталашади ва пальпацияда оғриқли бўлади.

Юқоридаги текширувимиз натижаларидан келиб чиқиб, сурункали тонзиллит билан касалланган беморларда қолаверса унинг оиласида касалликнинг олдини олиш мақсадида ЛОР-аъзоларидаги, шунингдек оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш ўчоқларини (тишлар кариеси, пульпит) ўз вақтида бартараф этиш, боланинг ёшлигидан педиатр ёки оториноларинголог томонидан мунтазам равишда назоратда бўлиши ва айрим касалликлар мавжудлигини синчиклаб кўрилганда (анемия, риносинусит, кариес, пульпит) уларни ўз вақтида даволаш лозим.

Шундай қилиб, илмий текширувларимиз натижалари бизга сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликлар билан бевосита узвий боғлиқ эканлигини ва айнан сурункали тонзиллитдан сўнг юқорида кўрсатилган касалликларнинг келиб чиққанлиги аниқланади.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш мумкинки, балоғатга етган қизларда сурункали тонзиллитни эрта ташхислаш ва комплекс даволаш чораларини ўтказиш ушбу қизларда ўз вақтида балоғатга етишига, организмнинг иммун ҳолатини тикланишига, сурункали тонзиллитнинг қайталанишини камайишига, ҳамда беморларнинг ҳолатини яхшиланишига олиб келади.

ХУЛОСА

1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар орасида жинсий етилишдан орқада қолган қизлар 19,1% ни ташкил этади.
2. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизларда ФСГ ва ЛГ миқдори камаяди, ҳамда жинсий ривожланиш кўрсаткичлари пасаяди.
3. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар комплекс даволашда Тонзилгон дори воситасини қўллаш даволаш самарасини оширади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Сурункали тонзиллит билан касалланган балоғат ёшидаги қизлар оториноларинголог, гинеколог, эндокринолог, педиатрлар томонидан комплекс текширувдан ўтишлари керак.

2. Сурункали тонзиллитда инфекция ўчоғини кетказиш, сурункали яллиғланиш жараёнини камайтириш сурункали тонзиллитнинг клиник ва гармонал статусини ижобий тарафга ўзгартиради. Репродуктив функциянинг шаклланиши тезлашади ва яхшилашади.

3. Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволашда танглай бодом беи лакуналарини Элюдрил эритмаси билан ювиш, ҳамда Тонзилгон дори воситасини 1 таб 4-5 маҳал ичишга бериш тавсия этилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

Ўзбекистон Республикаси Президенти асарлари

1. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон Республикаси Президенти лавозимига киришиш тантанали маросимига бағишланган Олий Мажлис палаталарининг қўшма мажлисидаги нутқ /Ш.М. Мирзиёев. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017. - 56 б.
2. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб-интизом ва шахсий жавобгарлик - ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. Мамлакатимизни 2016 йилда ижтимоий-иқтисодий ривожлантиришнинг асосий яқунлари ва 2017 йилга мўлжалланган иқтисодий дастурнинг энг муҳим устувор йўналишларига бағишланган Вазирлар Маҳкамасининг кенгайтирилган мажлисидаги маъруза. 2017 йил 14 январь /Ш.М. Мирзиёев. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017. - 104 б.
3. Мирзиёев Ш.М. Қонун устуворлиги ва инсон манфаатларини таъминлаш – юрт тараққиёти ва халқ фаровонлигининг гарови. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси қабул қилинганининг 24 йиллигига бағишланган тантанали маросимдаги маъруза. 2016 йил 7 декабрь /Ш.М.Мирзиёев. – Тошкент: “Ўзбекистон”, 2017. – 48 б.
4. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизни мард ва олийжаноб халқимиз билан бирга қурамиз. Мазкур китобдан Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг 2016 йил 1 ноябрдан 24 ноябрга қадар Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳри сайловчилари вакиллари билан ўтказилган сайловолди учрашувларида сўзлаган нутқлари ўрин олган /Ш.М.Мирзиёев. – Тошкент: “Ўзбекистон”, 2017. – 488 б.
5. Мирзиёев Ш.М. Миллий тараққиёт йўлимизни қатъият билан давом эттириб, янги босқичга қўтарамиз /Ш. М. Мирзиёев. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017. - 592 б.
6. Фарзандлари соғлом юртнинг келажаги буюқдир: Ўзбекистон

Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев 2017 йил 5 январь куни соғлиқни сақлаш соҳасининг бир гуруҳ етакчи мутахассислари билан учрашди // Халқ сўзи. – 2017. – 6 янв. – Б. 1.

АСОСИЙ АДАБИЁТЛАР

7. Абабий И.И., Данилов Л.А., Гинда С.С., Манюк М.К., Абабий П.И., Костинов М.П. Клинико-иммунологическая эффективность вакцинации конъюгированной пневмококковой вакциной детей с компенсированным хроническим тонзиллитом. Педиатрия, 2018.-N 2.-С.134-139.
8. Белякова А.А. Хирургическое лечение хронического тонзиллита: обзор современных методов. Вестник оториноларингологии, 2014.-N 5.-С.89-93.
9. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Баранская С.В. Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания. Вестник оториноларингологии, 2016.-N 4.-С.69-71.
10. Кунельская Н.Л., Скрябина Л.Ю. Хронический тонзиллит у студентов гуманитарного вуза: частота встречаемости, диагностика и лечебная тактика. Вестник оториноларингологии, 2013.-N 3.-С.48-51.
11. Цыганенко А.Я, Цыганова, Буренков Г.И. Клинико-иммунологическая эффективность вакцинации конъюгированной пневмококковой вакциной детей с компенсированным хроническим тонзиллитом. Педиатрия, 2018.-N 2.-С.134-139.
12. Ялымова Д.Л., Вишняков В.В., Талалаев В.Н., Костюк В.Н. Хроническим тонзиллит: диагностика, классификация, лечение. Справочник поликлинического врача, 2014.-N 8.-С.29-31.
13. Almadori G, Araz Server E, Onerci Celebi O, Hamit B, Yigit O. A rare complication of tonsillitis: septic arthritis of the temporomandibular joint//Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep;46(9):1118-1120.
14. Kunnamo A, Korppi M, Ogino.S, Helminen M. Tonsillitis in children:

unnecessary laboratory studies and antibiotic use//World J Pediatr. 2016 Feb;12(1):114-7.

15. Muhamad Abu Bakar, A.R.Sugita, Judy McKimm, Jensen.J.H., Seraj Zohurul Haque, Md Anwarul Azim Majumder, Mainul Haque. Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities// J Inflamm Res. 2018; 11: 329–337.

16. Roplekar R, S.Savolainen.,Van M, Hussain SS. W. Pmsek., Does the quality of life impact of tonsillitis correlate with SIGN guideline compliance? An assessment of range and normality//Clin Otolaryngol. 2016 Oct;41(5):481-6.

17. Tuner.K., Wittlinger J, Stankovic P, Girrbaach U, Gradistanac T, Güldner C, Teymoortash A, Hoch S, Günzel T, Wilhelm T. Hyperplasia and the degree and activity of inflammation in chronic recurrent tonsillitis: a histopathological study.//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017 Jul;274(7):2927-2932.

ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР

18. Абдулкаримов Х.Т., Карташова К.И., Давыдов Р.С., Абдулкеримов З.Х., Колесникова А.В., Юсупова Д.Р. Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с субкомпенсированной формой хронического тонзиллита антисептическим средством растительного происхождения в комплексе со стандартной консервативной терапией: результаты открытого рандомизированного исследования. Вестник оториноларингологии, 2018.-N 3.-С.45-49.

19. Бажора. Ю.И., Белов В.Специфика формирования и лечения хронического тонзиллита у детей. Врач, 2011.-N 8.-С.41-44.

20. Блоцкий А.А., Антипенко В.В. Сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения хронического неспецифического тонзиллита. Российская оториноларингология, 2016.-N 5.-С.22-25.

21. Вертакова О.В., Чаукина В.А., Киселев А.Б., Андамова О.В., Подволоцкая И.В., Автушко А.С. Временная лечебная повязка на небную миндалину как метод консервативного лечения хронического тонзиллита. Российская оториноларингология, 2016.-N 6.-С.107-109.
22. Викулов В.В. Филатова., Патогенез, диагностика и лечение безангинной формы хронического тонзиллита: дисс. ... доктор. мед. наук. - СПб., 2016. - С. 30-55.
23. Вишняков В.В., Лазарчик Т.А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического тонзиллита. Российская оториноларингология, 2017.-N 1.-С.27-30.
24. Владимирова Т.Ю., Барышевская Л.А., Лямин А.В., Кондратенко О.В., Великанов А.К. Возможности применения антибактериальных средств при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии, 2017.-N 2.-С.55-59.
25. Дегтярева Е.А., Новикова Ю.Ю., Кантемирова М.Г., Павлова Е.С., Гребенникова О.В. Маркеры тяжести хронического тонзиллита и тонзиллогенное повреждение сердечно-сосудистой системы у детей. Педиатрия, 2017.-N 4.-С.229-231.
26. Дроздова М.В., Рязанцев С.В. Шайхаметова А.А., Опыт применения препарата тонзилгон н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. Российская оториноларингология, 2016.-N 5.-С.120-125.
27. Заболотный Д.И., Митин Ю.В., Безшапочный С.Б. Оториноларингология. - Киев: 2010. - С.225-301.
28. Извин А.И., Кузнецова Н.Е., В.Р Гофман., Синяков А.Ю. Редкое наблюдение талассемии, сочетающейся с хроническим декомпенсированным тонзиллитом. Вестник оториноларингологии, 2014.-N 3.-С.61-62.
29. Извин А.И., Туманов А.А. Лейкоцитарные индексы периферической крови и их значение в оценке тяжести и прогнозе при

хроническом тонзиллите. Российская оториноларингология, 2016.-N 2.-С.40-43.

30. Карпищенко С., Лавренова Г., Малай О., Мильчакова А. Возможности коррекции халитоза при хроническом тонзиллите. Врач, 2017.-N 2.-С.50-52.

31. Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Хронический тонзиллит: представление о микробном пейзаже небных миндалин. Фарматека, 2015.-N 4.-С.13-17.

32. Киселюс В.Э М.В. Гришаева.. Хронический тонзиллит, осложненный ювенильным ревматоидным артритом. Вестник оториноларингологии, 2015.-N 4.-С.88-89.

33. Князьков В.Б. Сравнительная оценка результатов традиционной и лазерной тонзиллэктомии у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом. - М.: 2012. - С.104-120.

34. Колесникова О., Пособило Е. Микробный пейзаж небных миндалин при обострении хронического тонзиллита. Врач, 2017.-N 11.-С.49-52.

35. Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Диагностика и лечение простой формы хронического тонзиллита у пациентов с ларингофарингеальным рефлюксом. Российская оториноларингология, 2016.-N 1.-С.42-47.

36. Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Поляков Д.П., Мулдашева А.А. Противоречивые аспекты современных представлений о проблеме хронического тонзиллита. Consilium medicum, 2016.-N 12.-С.92-95.

37. Косяков С.Я., Лоранская И.Д., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Особенности диагностического обследования и лечения хронического тонзиллита у пациентов на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Лечащий врач, 2016.-N 6.-С.89-91.

38. Красножен В.Н., Датов. Г.С. Преображенский. Б.С. Клиника, диагностика и лечение хронического тонзиллита - М.: 2012. - С.44-52.

39. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Иванчиков А.А., Товмасын А.С.,

- Колбанова И.Г., Арзамазов С.Г., Панасов С.А., Горовая Е.В., Какорин А.С. Предоперационная МРТ-диагностика топографии сосудов шеи у пациентов с хроническим тонзиллитом. Вестник оториноларингологии, 2017.-N 2.-С.29-32.
40. Лямперт. И.М., Ляшенко Ю.И., Мишенкин.Н.В. Овчаренко., Ангина. - М.: 2015. - С.36-87.
41. Начаров П., Рязанцев С. Этиологическая и патогенетическая диагностика хронического тонзиллита. Врач, 2018.-N 3.-С.26-29.
42. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Аксенова А.В., Гусева О.А. Дифференциальная диагностика хронического тонзиллита по степени выраженности тонзиллогенной интоксикации организма. Вестник оториноларингологии, 2015.-N 5.-С.8-13.
43. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. - М.: 2014. - С. 125-136.
44. Пискунов В.С., Никитин Н.А.Опыт применения препарата Тонзилгон® Н в комплексном лечении хронического тонзиллита с промыванием небных миндалин у взрослых. Consilium medicum, 2018.-N 3.-С.48-52.
45. Расулова М.А., Бекетова В.В., Корчажкина Н.Б., Куянцева Л.В.Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в режиме постоянно меняющейся частоты при хроническом тонзиллите у детей. Вестник восстановительной медицины, 2016.-N 6.-С.50-54.
46. Рябова М., Шумилова Н., Пестакова Л.Беременность и хронический тонзиллит. Врач, 2017.-N 11.-С.47-49.
47. Салтанова Ж.Е.Хронический тонзиллит, этиологические и патогенетические аспекты развития метатонзиллярных осложнений. Вестник оториноларингологии, 2015.-N 3.-С.65-70.
48. Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Плахотникова С.В.Использование антигомтоксической терапии в лечении хронического тонзиллита у детей. Фарматека, 2017.-N 14.-С.57-60.

49. Свистушкин В., Никифорова Г., Леонова М., Покозий И. Влияние иммуномодулятора галавит на течение хронического рецидивирующего тонзиллита. Врач, 2016.-N 8.-С.20-25.
50. Селимзянова Л.Р., Вишнева Е.А., Промыслова Е.А. Тонзиллиты у детей: вопросы патогенеза и возможности фитотерапии. Педиатрическая фармакология, 2014.-N 4.-С.129-133.
51. Скворцов В.В., Луньков М.В., Скворцова Е.М., Горбач А.Н., Кулинич А.В. Тонзиллит под маской боли в горле в сестринской практике. Медсестра, 2018.-N 4.-С.30-36.
52. Хиврич В.Ю. Лечение хронического тонзиллита оригинальной насадкой для промывания небных миндалин. здравоохранение Дальнего Востока, 2014.-N 3.-С.73-76.
53. Цыркунов В.М., Рыбак Н.А., Васильев А.В., Рыбак Р.Ф. Микробиологические и морфологические аспекты хронического тонзиллита. Инфекционные болезни, 2016.-N 1.-С.42-47.
54. Чистякова В.Р. Ангина и хронический тонзиллит (аналитический обзор). Вестник оториноларингологии, 2012.-N 1.-С.68-76.
55. Шульга Е.И., Шульга И.А., Смолягин А.И., Михайлова Е.А., Филиппова Ю.В., Лившиц Н.И. Опыт консервативного лечения хронического тонзиллита пробиотиком «БИОН-3». Российская оториноларингология, 2016.-N 3.-С.160-163.
56. Abazi B., Shaqiri B., Ajvazi H., Lutaj P., Radovani P. Clinical Impact of Chronic Tonsillitis on Weight and Height Parameters//Med Arch. 2015 Oct;69(5):323-6.
57. Bender B., Blassnigg E.C., Bechthold J., Kral F., Roos. K., Riccabona U., Steinbichler T., Riechelmann H. Microdebrider-assisted intracapsular tonsillectomy in adults with chronic or recurrent tonsillitis//Laryngoscope. 2015 Oct;125(10):2284-90.
58. Dapefrid A., Lundström B., Tano K. Prevalence of Fusobacterium necrophorum in tonsils from patients with chronic tonsillitis//Acta

Otolaryngol. 2017 Mar;137(3):297-301.

59. Detsik.I.I., Di Pierro F. Sasaki Y. Comment on: "Probiotics in addition to antibiotics for the treatment of acute tonsillitis: a randomized, placebo-controlled study"//Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015 Jul;34(7):1485-6.

60. Douglas C.M., Lang K., Whitmer W.M., Wilson J.A., Mackenzie K. The effect of tonsillectomy on the morbidity from recurrent tonsillitis//Clin Otolaryngol. 2017 Dec;42(6):1206-1210.

61. Foki E., Seemann R., Stelter K., Lill C. The effect of tonsillotomy on chronic recurrent tonsillitis in children//Acta Otolaryngol. 2017 Sep;137(9):992-996.

62. Gan L., Zhu M., Li X., Chen C., Meng T., Pu J., Luo H., Shao F., Zhou Q. Tonsillitis exacerbates renal injury in IgA nephropathy through promoting Th22 cells chemotaxis//Int Urol Nephrol. 2018 Jul;50(7):1285-1292.

63. Geißler K, Markwart R., Requardt R.P., Weigel C, Schubert K, Scherag A, Rubio I, Guntinas-Lichius O. Functional characterization of T-cells from palatine tonsils in patients with chronic tonsillitis//PLoS One. 2017 Sep 6;12(9):e0183214.

64. González-Andrade B., Santos-Lartigue R., Flores-Treviño S., Ramirez-Ochoa N.S., Bocanegra-Ibarias P., Huerta-Torres F.J., Mendoza-Olazarán S., Villarreal-Treviño L., Camacho-Ortiz A., Villarreal-Vázquez H., Garza-González E. The carriage of interleukin-1B-31*C allele plus Staphylococcus aureus and Haemophilus influenzae increases the risk of recurrent tonsillitis in a Mexican population//PLoS One. 2017 May 24;12(5):e0178115.

65. H.Ogawa., Hwang M.S., Forman S.N., Kanter J.A., Friedman M. Tonsillar Helicobacter pylori colonization in chronic tonsillitis: systematic review and meta-analysis//JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Mar;141(3):245-9.

66. Ilmarinen T., Lont T., Hagström J., Tervahartiala T., Sorsa T., Kahlich.R., Haglund C., Munck-Wickland E., Ramqvist T., Dalianis T., Aaltonen L.M. Systemic matrix metalloproteinase-8 response in chronic

- tonsillitis//Infect Dis (Lond). 2017 Apr;49(4):302-307.
67. Kanji K, Saatci D, Rao GG, Khanna P, Bassett P, Williams B, Khan M. Antibiotics for tonsillitis: should the emergency department emulate general practice?//J Clin Pathol. 2016 Sep;69(9):834-6.
68. Kyu Young Choi, Bum Sang Lee, Jin Hwan Kim, Jung Jun Kim, Young Jang, Jong Wook Choi, Dong Jin Lee. Assessment of Volatile Sulfur Compounds in Adult and Pediatric Chronic Tonsillitis Patients Receiving Tonsillectomy// Clin Exp Otorhinolaryngol. 2018 Sep; 11(3): 210–215.
69. Lavrenova G.V., Nesterova K.I., Yaremenko K.V., Nesterova A.A. The rationale for the conservative treatment of chronic tonsillitis in the patients of the older age groups by the «soft» therapy methods. Vestn Otorinolaringol. 2016;81(4):22-26.
70. Michalska-Mosiej M., Nord. C.E., Socha K., Soroczyńska J., Karpińska E., Lazarczyk B., Borawska M.H. Selenium, Zinc, Copper, and Total Antioxidant Status in the Serum of Patients with Chronic Tonsillitis//Biol Trace Elem Res. 2016 Sep;173(1):30-4.
71. Önal M., Yılmaz T., Bilgiç E., Müftüoğlu S.F., Kuşçu O., C.Thomson . Apoptosis in chronic tonsillitis and tonsillar hypertrophy//Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015 Feb;79(2):191-5.
72. R.G.Decter., Sahin M.S., Yalcin M.U., Kocyigit D. Prevalence of rheumatic heart disease in patients with recurrent tonsillitis and elevated anti-streptolysin O titers.//Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016 Oct;89:133-5.
73. Raich.T., Sarkar S., Sil A., Sarkar S., Sikder B. A comparison of tonsillar surface swabbing, fine-needle aspiration core sampling, and dissected tonsillar core biopsy culture in children with recurrent tonsillitis//Ear Nose Throat J. 2017 Jun;96(6):E29-E32.
74. Shao S., Bao S.P., S.E.Nord Clinical analysis of chronic tonsillitis in 12 HIV/AIDS patients//Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2017 Oct 5;31(19):1508-1511.
75. Siupsinskiene N., Katutiene I., Jonikiene V., Janciauskas D., Vaitkus S.

Helicobacter pylori in the tonsillar tissue: a possible association with chronic tonsillitis and laryngopharyngeal reflux//J Laryngol Otol. 2017 Jun;131(6):549-556.

76. Trushin V., Englander M. Clinical value of antistreptolysin O levels in adult patients with tonsillitis: report I.//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017 Apr;274(4):2035-2039.

77. Udi Cinamon, Abraham Goldfarb, Tal Marom. The Impact of Tobacco Smoking Upon Chronic/Recurrent Tonsillitis and Post Tonsillectomy Bleeding// Udi Cinamon, Abraham Goldfarb, Tal Marom

78. Vladimirova T.Y., Barishevskaya L.A., Lyamin A.V., Kondratenko O.V., Velikanov A.K. Applicability of antibacterial agents in chronic tonsillitis treatment.//Vestn Otorinolaringol. 2017;82(2):55-59.

79. Wang ZY, Jiang MY, Zhao H. The bacterial flora and drug sensitivity of chronic tonsillitis in different age groups//Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2018 Jul;32(13):1027-1029.

80. Windfuhr J.P., Peyramond D., Toepfner N., Steffen G., Waldfahrer F., Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;273(4):973-87

81. Yildizoglu U., Polat B., Gumral R., Kilic A., Tosun F., Gerek M. Effect

ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ

1. Тезис: Амонов Ш.Э., Умаров Х.У., Алимжонова К.Х. «Анализ клинических проявлений обострения хронического тонзиллита у девочек пубертатного возраста», Ўзбекистон оториноларингологлари конференцияси «Оториноларингологияда замонавий илмий – амалий технологиялар», материаллари, Бухоро – 2017. С – 135.

2. Мақола: Алимжонова К.Х., Исматова К.А. «Современный взгляд на лечения гнойного мезотимпанита». Ежемесячный международный научный журнал «United - Journal» №8 Эстония - 2017. С – 13.

3. Тезис: Алимжонова К.Х., Расулова Н.А. «Меҳрибонлик уйи

тарбияланувчилари орасида сурункали тонзиллитни учраши» Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари. ТошПТИ, тезислар тўплами – 2018. С – 33.

4. Мақола: Карабаев Х.Э., Алимжонов К.Х. «Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни ташхислашда замонавий ёндашув». Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси «Stomatologiya» - илмий – амалий журнал. ТТА – 2019.

5. Мақола: Карабаев Х.Э., Алимжонов К.Х. «Балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволашни такомиллаштириш». Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси «Stomatologiya» - илмий – амалий журнал. ТТА – 2019.