ISSN: 2181-4341, IMPACT FACTOR (RESEARCH BIB) – 9.145, SJIF – 5,431

Jo‘raboyev Shaxboz Arabboy o‘g‘li

Otorinolaringologiya yo‘nalishi 1-bosqich ordinatori

Central Asian Medical University

SURUNKALI TONZILLIT MUAMMOLARI VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Annotatsiya

Mazkur maqolada surunkali tonzillitning etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, asoratlari hamda zamonaviy davolash usullari tahlil qilinadi. Bodomcha bezlarida uzoq davom etuvchi yallig‘lanish jarayonining organizmga tizimli ta’siri, ayniqsa yurak, buyrak va bo‘g‘imlarga bog‘liq asoratlari yoritiladi. Konservativ davolash (antibiotikoterapiya, antiseptik muolajalar, fizioterapiya) va jarrohlik usullar (klassik tonzillektomiya, lazer, radioto‘lqinli va koblatsion texnologiyalar) samaradorligi solishtiriladi. Zamonaviy individual yondashuv kasallikni boshqarishda muhim ahamiyat kasb etishi asoslab beriladi.

Kalit so‘zlar

surunkali tonzillit, bodomcha bezlari, streptokokk infeksiyasi, antibiotikoterapiya, tonzillektomiya, asoratlar, immunitet, minimal invaziv jarrohlik.

Kirish. Surunkali tonzillit — tanglay bodomcha bezlarining uzoq davom etuvchi yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, odatda takrorlanuvchi o‘tkir tonzillit (angina) epizodlari natijasida shakllanadi. Tanglay bodomchalari limfoid to‘qimadan tashkil topgan bo‘lib, ular yuqori nafas yo‘llariga kiruvchi mikroorganizmlarga qarshi birlamchi immun himoya vazifasini bajaradi. Ammo tez-tez infeksiyalanish, noto‘g‘ri yoki to‘liq bo‘lmagan davolash natijasida bodomchalarning drenaj funksiyasi buziladi, lakunalarda detrit va mikroblar to‘planadi hamda surunkali infeksiya o‘chog‘i yuzaga keladi.

Surunkali tonzillit bolalar, o‘smirlar va mehnatga layoqatli yoshdagi aholida keng tarqalgan. Kasallikning dolzarbligi nafaqat uning yuqori uchrash chastotasi, balki organizmga tizimli ta’siri bilan ham belgilanadi. Bodomchalardagi surunkali infeksiya yurak-qon tomir tizimi, buyraklar, bo‘g‘imlar va hatto asab tizimiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. So‘nggi yillarda surunkali tonzillitni davolash yondashuvlari sezilarli darajada o‘zgardi. Ilgari jarrohlik usuli keng qo‘llanilgan bo‘lsa, hozirda individual va bosqichma-bosqich yondashuv ustuvor hisoblanadi. Shuningdek, minimal invaziv texnologiyalar joriy etilishi operatsion xavfni kamaytirdi. Mazkur maqolaning maqsadi — surunkali tonzillitning etiopatogenezi, klinik kechishi, asoratlari hamda zamonaviy davolash usullarini tahlil qilish va samarali boshqaruv strategiyasini asoslash.-

Tadqiqot va metodlar. Mazkur ish ilmiy adabiyotlar sharhi, klinik kuzatuvlar tahlili va amaldagi otorinolaringologiya protokollari asosida tayyorlandi. Tahlil jarayonida surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarning klinik belgilarini, laborator va instrumental tekshiruv natijalarini baholashga alohida e’tibor qaratildi.

Diagnostika usullari:

1. Klinik tekshiruv va faringoskopiya

a. Bodomchalarning kattalashuvi
b. Lakunalarda kazeoz-yiringli massalar
c. Shilliq qavat giperemiyasi
d. Tanglay yoylarining qalinlashuvi

2. Laborator tekshiruvlar

a. Umumiy qon tahlili (leykotsitoz, ESR oshishi)
b. Antistreptolizin-O (ASLO) ko‘rsatkichi
c. C-reaktiv oqsil

3. Bakteriologik tekshiruv

Tomoqdan surtma olib, β-gemolitik streptokokkni aniqlash

4. Qo‘shimcha tekshiruvlar (asoratlarni aniqlash maqsadida)

a. EKG
b. Buyrak funksiyasi ko‘rsatkichlari
c. Revmoproba

Bemorlar kasallikning kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan shakllariga ajratildi.

Natijalar. Tahlil natijalariga ko‘ra, surunkali tonzillit bilan og‘rigan bemorlarda quyidagi klinik belgilar ustunlik qiladi:

a. Tomoqda doimiy og‘riq yoki noqulaylik
b. Yutishda og‘riq
c. Og‘izdan noxush hid
d. Subfebril tana harorati
e. Tez charchash va umumiy holsizlik

Faringoskopiyada bodomchalarning bo‘shashganligi, lakunalarda yiringli tiqinlar mavjudligi va tanglay yoylarining infiltratsiyasi aniqlanadi.

Asoratlar kuzatilgan holatlar:

a. Revmatik kardit
b. Glomerulonefrit
c. Bo‘g‘im og‘riqlari (artralgiya)
d. Paratonzillyar abstsess

Kompensatsiyalangan shaklda konservativ davolash nisbatan samarali bo‘ldi. Dekompensatsiyalangan shaklda esa tez-tez qaytalanuvchi angina epizodlari va tizimli asoratlar sababli jarrohlik aralashuvi zarur bo‘ldi.

Muhokama. Surunkali tonzillit patogenezida asosiy o‘rin β-gemolitik streptokokk infeksiyasiga tegishlidir. Mikroorganizmlar bodomcha lakunalarida uzoq vaqt saqlanib qoladi va immun tizimning doimiy faollashuviga olib keladi. Bu esa autoimmun jarayonlarni qo‘zg‘atishi mumkin.

1. Konservativ davolash

Konservativ terapiya quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

a. Antibiotikoterapiya (penitsillin va sefalosporinlar)
b. Antiseptik eritmalar bilan chayish
c. Lakunalarni yuvish
d. Fizioterapiya (UHF, ultratovush terapiyasi)
e. Immunomodulyator preparatlar
f. Biroq surunkali strukturaviy o‘zgarishlar mavjud bo‘lsa, konservativ davolash to‘liq sog‘ayish bermaydi.

2. Jarrohlik davolash

Tonzillektomiya — surunkali infeksiya o‘chog‘ini radikal bartaraf etish usuli hisoblanadi.

Zamonaviy jarrohlik texnologiyalari:

a. Klassik skalpel usuli
b. Lazerli tonzillektomiya
c. Radioto‘lqinli usul
d. Koblatsiya (sovuq plazma)

Minimal invaziv usullar kamroq qon ketish, og‘riqning kamayishi va tezroq tiklanish bilan tavsiflanadi.

3. Individual yondashuv

Har bir bemorda:

a. Kasallikning davomiyligi
b. Qaytalanuvchanlik darajasi
c. Asoratlar mavjudligi
d. Immun holat

baholanib, davolash strategiyasi tanlanishi lozim.

Xulosa. Surunkali tonzillit keng tarqalgan va organizm uchun xavfli asoratlar keltirib chiqarishi mumkin bo‘lgan kasallikdir. Uzoq davom etuvchi infeksiya yurak, buyrak va bo‘g‘imlarda patologik o‘zgarishlarga olib keladi.

Quyidagi xulosalarga kelindi:

1. Surunkali tonzillit — tizimli asoratlar xavfi mavjud bo‘lgan surunkali infeksiya o‘chog‘i.

2. Erta tashxis asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

3. Kompensatsiyalangan shaklda konservativ davolash samarali.

4. Dekompensatsiyalangan shaklda tonzillektomiya eng maqbul usul hisoblanadi.

5. Zamonaviy minimal invaziv jarrohlik texnologiyalari davolash samaradorligini oshiradi va asoratlarni kamaytiradi.

Shunday qilib, surunkali tonzillitni boshqarishda kompleks va individual yondashuv kasallik oqibatlarini kamaytirish hamda bemor hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation. (2019). Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children (Update). Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 160(1_suppl), S1–S42.
2. Baugh, R. F., Archer, S. M., Mitchell, R. B., et al. (2011). Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 144(1 Suppl), S1–S30.
3. Brook, I. (2007). The role of anaerobic bacteria in tonsillitis. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 71(1), 9–19.
4. Cunningham, M. W. (2014). Rheumatic fever, autoimmunity, and molecular mimicry: The streptococcal connection. International Reviews of Immunology, 33(4), 314–329.
5. Dajani, A. S., Taubert, K., Ferrieri, P., et al. (1995). Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever. Pediatrics, 96(4), 758–764.
6. Paradise, J. L., Bluestone, C. D., Bachman, R. Z., et al. (1984). Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. New England Journal of Medicine, 310(11), 674–683.
7. Pichichero, M. E. (2006). Group A beta-hemolytic streptococcal infections. Pediatrics in Review, 27(3), 99–105.
8. Powell, E. L., Powell, J., Samuel, J. R., & Wilson, J. A. (2012). A review of tonsillectomy techniques. Clinical Otolaryngology, 37(2), 88–95.
9. Windfuhr, J. P., & Chen, Y. S. (2001). Post-tonsillectomy hemorrhage: An analysis of 1,000 cases. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 125(6), 570–574.
10. World Health Organization. (2018). WHO guidelines for the management of common childhood illnesses. Geneva: WHO.