

КЕКСА ЁШДА ПАРАТОНЗИЛЛЯР ХЎППОЗНИНГ УЧРАШИ



Хасанов С.А.

Республика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази

Паратонзилляр хўппоз (ПХ) – сурункали тонзиллит хуружининг ёки ангинанинг оғир йирингли асоратларидан бири бўлиб, у бодомсимон муртак атрофидаги клетчатканинг йирингли яллиғланиши билан кечади. Патоген микрофлоралар бодомсимон муртак атрофидаги бўшлиқга яллиғланган муртак тўқимасидан контакт йўли билан тарқалади. ПХ жойлашувига қараб олдинги (олдинги-юқори ва олдинги-пастки), орқа, ташқари шакллари фарқланади. Уларнинг ичида олдинги-юқори шакли энг кўп учрайди. Ўз навбатида ПХ ҳаёт учун хатарли бўлган турли тонзиллоген касалликлар – парафарингеал хўппоз, флегмоноз ларингит, бўйин флегмонаси, медиастенит, сепсис, тонзиллоген шокни юзага келишига сабаб бўлиши мумкин [2,6]. ПХ сурункали тонзиллит хуружи ёки ангинадан ташқари олдинги равокни, паратонзилляр бўшлиқнинг жароҳати ёки муртакнинг ёт жисмлари, одонтоген инфекция ҳисобига ҳам шаклланиши мумкин [3,4]. ПХ шаклланишининг ушбу йўллари гўдак болаларда, ҳамда қари ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам учраши мумкин. Организмнинг қаршилиқ кучларининг пасайиши, тананининг совуқ қотиши ҳолати ПХ шаклланишида муҳим ўрин эгаллайди.

АҚШ бўйича чоп этилган статистик маълумотларга кўра бир йилда 45000 атрофида ПХ қайд этилади [5]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ кам учрайдиган касалликлар қаторига киради. Бунга сабаб бодомсимон муртак ва унинг атрофидаги тўқималарнинг ўзига хос морфологик тузилиши, ҳамда бу ёшларда сурункали тонзиллит ёки ангинани кам кузатилиши билан тушунтириш мумкин. Қарилик ва

кекса ёшдаги даврларда бодомсимон муртакнинг атрофияга учраши, лакуналарни тирқишсимон, юзаки, кам шохланадиган кўринишда бўлиши хос. Адабиёт манбаларида қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ учрашига бағишланган маълумотлар сони камчиликни ташкил этади. Жумладан, 60-69 ёшдаги беморларда 1,8% ва 70-79 ёшдаги беморларда эса бир нечта ПХ кузатганлиги баён қилинган [1]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Жумладан, касалликнинг умумий симптомлари, чайнаш мушакларининг тризми, оғизни очганда оғриқнинг кучайиши каби белгилари энгил кўринишда намоён бўлиши, баъзида кузатилмаслиги ҳам мумкин. Юқорида баён этилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда 76 ёшдаги беморда учраган ПХ клиник кечиши ва даволашни ўрганиш оториноларингологлар учун амалий аҳамият касб этади.

Клиник ҳолат

Бемор Б., 76 ёш, 12.08.2018 йил 19-00да “Хасанов Абдурахмон” хусусий шифохонасига томоқда оғриқ, унинг ютинганда бир оз кучайиши, кўп

Паратонзилляр хўппоз (ПХ) – сурункали тонзиллит хуружининг ёки ангинанинг оғир йирингли асоратларидан бири бўлиб, у бодомсимон муртак атрофидаги клетчатканинг йирингли яллиғланиши билан кечади. Патоген микрофлоралар бодомсимон муртак атрофидаги бўшлиқга яллиғланган муртак тўқимасидан контакт йўли билан тарқалади. ПХ жойлашувига қараб олдинги (олдинги-юқори ва олдинги-пастки), орқа, ташқари шакллари фарқланади. Уларнинг ичида олдинги-юқори

шакли энг кўп учрайди. Ўз навбатида ПХ ҳаёт учун хатарли бўлган турли тонзиллоген касалликлар – парафарингеал хўппоз, флегмоноз ларингит, бўйин флегмонаси, медиастенит, сепсис, тонзиллоген шокни юзага келишига сабаб бўлиши мумкин [2,6]. ПХ сурункали тонзиллит хуружи ёки ангинадан ташқари олдинги равоқни, паратонзилляр бўшлиқнинг жароҳати ёки муртакнинг ёт жисмлари, одонтоген инфекция ҳисобига ҳам шаклланиши мумкин [3,4]. ПХ шаклланишининг ушбу йўллари гўдак болаларда, ҳамда қари ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам учраши мумкин. Организмининг қаршилиқ кучларининг пасайиши, тананининг совуқ қотиши ҳолати ПХ шаклланишида муҳим ўрин эгаллайди.

АҚШ бўйича чоп этилган статистик маълумотларга кўра бир йилда 45000 атрофида ПХ қайд этилади [5]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ кам учрайдиган касалликлар қаторига киради. Бунга сабаб бодомсимон муртак ва унинг атрофидаги тўқималарнинг ўзига хос морфологик тузилиши, ҳамда бу ёшларда сурункали тонзиллит ёки ангинани кам кузатилиши билан тушунтириш мумкин. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда бодомсимон муртакнинг атрофияга учраши, лакуналарни тиркишсимон, юзаки, кам шохланадиган кўринишда бўлиши хос. Адабиёт манбаларида қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ учрашига бағишланган маълумотлар сони камчиликни ташкил этади. Жумладан, 60-69 ёшдаги беморларда 1,8% ва 70-79 ёшдаги беморларда эса бир нечта ПХ кузатганлиги баён қилинган [1]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Жумладан, касалликнинг умумий симптомлари, чайнаш мушакларининг тризми, оғизни очганда оғриқнинг кучайиши каби белгилари энгил кўринишда намоён бўлиши, баъзида кузатилмаслиги ҳам мумкин. Юқорида баён этилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда 76 ёшдаги беморда учраган ПХ клиник кечиши ва даволашни ўрганиш оториноларингологлар учун амалий аҳамият касб этади.

Клиник ҳолат

Бемор Б., 76 ёш, 12.08.2018 йил 19-00да “Хасанов Абдурахмон” хусусий шифохонасига томоқда оғриқ, унинг ютинганда бир оз кучайиши, кўп миқдорда сўлак ажралиши,

умумий ҳолсизланиш, тана ҳароратини 37,5-38°C кўтарилиб туриши, иштаҳани пасайиши шикоятлари билан мурожаат қилди.

Бемор берган маълумоти бўйича касаллик 9 кун аввал бошланган. Касалликни тананинг совуқ қотиши ва совуқ сув ичиши билан боғлайди. Бемор томоқнинг ўнг томонида жойлашган оғриқни ҳис эта бошланган. Ютинганда оғриқнинг кучайиши кузатилган. Бемор мустақил даволашни бошлаган – томоқни фурациллин эритмаси билан кун давомида 4-5 марта чайкаган, оғриқ қолдирувчи дори воситаларини ичган. Эртаси кундан тана ҳароратини 37,5°C кўтарилиши, умумий ҳолсизланиш, оғриқни кучайиши кузатилган.

Касалликнинг 3-куни бемор турар жойи бўйича жойлашган шифохонада ЛОР-мутахассисига мурожаат қилган. У томондан ўткир фарингит ташхиси қўйилган ва ципрофлоксацин 500 мг суткада икки марта, кетопрофен 100 мг суткада 1 марта ичиш, томоқни хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси билан 4-5 марта кунига чайиб туриш белгиланди (бемор амбулатор картани тақдим этмаганлиги сабабли уни ўрганиб чиқиш шароити бўлмади). Тавсия қилинган даво муолажаларини икки кун давомида тартибли ўтказилишига қарамай касалликни кечишида салбий динамика, яъни томоқнинг ўнг томонида оғриқни кучайиши, тана ҳароратини кун давомида 37,1- 37,2°C атрофида сақланиши ва кечга бориб 38,5°C даражасигача кўтарилиши, умумий ҳолсизланиш, иштаҳанинг пасайиши кузатилди. Шуни инобатга олиб қайта шифокорга мурожаат қилди ва у томонидан ўнг томонлама ўткир ёнбош фарингит ташхиси қўйди. У барча даволаш муолажаларини давом эттиришни ва қўшимча суткасига цефтриаксон 1 г 2 марта мушак ичига олиб туришни тавсия этди. Кейинги 3 кун давомида даво муолажаларини тартибли бажарилишига қарамай бемор шикоятларида ва касалликнинг кечишида ўзгариш бўлмади.

Бемор шаҳар бўйича навбатчи ЛОР-клиникага мурожаат қилди. У ерда ҳам ўнг томонлама ўткир ёнбош фарингит ташхиси тасдиқланди ва шифокор томонидан ҳалқум ўнг ён деворидаги ҳосила пункция қилинди. Шифокорларнинг консилиуми асосида даволаш муолажаларини давом этиш ва беморга шаҳар онкология диспансерида онколог кўригидан

Ўтиш тавсия қилинди. Икки марта – касалликнинг учинчи ва еттинчи кунлари бажарилган қоннинг умумий таҳлилда, беморда энгил шаклдаги хафақон касаллиги мавжуд аниқланган.

Беморда 39 ёшида сурункали тонзиллит касаллиги аниқланган. Касалликнинг бир йилда 2-3 марта хуружи кузатилган. Бир неча йил мунтазам ўтказилган консерватив даволаниш тадбирларидан сўнг касалликнинг хуружлари кузатилмаган. 14 йил олдин, бир марта совуқ сув истеъмол қилгандан кейин сурункали тонзиллитнинг хуружи кузатилган ва у консерватив даво муолажаларидан кейин бартараф қилинган.

Объектив кўрик натижалари. Бемор ҳолати фаол, хушида, саволларга аниқ жавоб беради. Умумий аҳволи ўрта оғирликда. Тана ҳарорати 38°C. Тери тоза, ранги оқпар. Нафас олиши равон. Пульс ритмик, бир дақиқада 77 марта уради. Артериал қон босими 130/80 мм сим. уст. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқ эшитилади. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Пешоб ва нажас келиши ўзгаришсиз.

ЛОР-статус. Стомофарингоскопия: энгил намоён бўлган тризм ҳисобига оғиз очишда бир оз қийинчилик ва гиперсаливация кузатилди. Тил юзаси оқимтир караш билан қопланган, куруқ, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, милклар, мавжуд тишлар ўзгаришсиз. ҳалқумда асимметрия кузатилмади, тилча ўртада. Ўнг томонда олдинги равоқ кирраси қизарган, болишсимон шишган. Бодомсимон муртак юзаси тоза, кескин катталашган, бўртиб туриши ҳисобига орқа равоқни қисман беркитиб турибди. Орқа равоқлар қалинлашган, шишган, инфильтрация бўлиб турибди. Инфильтрат ҳалқум ён девори томон тарқалган. Бодомсимон муртак, орқа равоқ, ҳалқум ён деворидаги инфильтрат юзаси қизарган. Чап томонда олдинги равоқ кирраси қизарган, болишсимон шишган, орқа равоқлар ўзгаришсиз, бодомсимон муртаклар даражасида юзаси тоза, ҳавол, лакуналарнинг кириш қисми кенгайган, уларнинг баъзиларида казеоз ажралма мавжуд, шиллиқ парда пушти рангда. Оғиз ҳалқум орқа девори тоза, шиллиқ қавати пушти рангда. Пальпацияда ўнг жағ ортида лимфа тугунлари катталашган бироз оғриқ аниқланди.

Бошқа ЛОР-аъзоларида ўзгариш топилма-

ди.

Қоннинг клиник таҳлили: эритроцитлар – $4,1 \times 10^{12}$, лейкоцитлар – $9,9 \times 10^9$, гемоглобин – 102 г/л, ЭЧТ – 12 мм/с.

Беморда энгил шаклдаги хафақон касаллиги мавжуд.

Пешоб таҳлилида ўзгариш йўқ.

ЭКГ: синусли ритм, юрак қисқаришлари сони – 78 уриш/мин, юрак электр ўқи жойлашиши нормал ҳолатда.

Даволаш. 10% лидокаин эритмаси билан аппликацион маҳаллий оғриқсизлантириш остида шпатель ёрдамида ўнг бодомсимон муртак олдинги ва латерал томонга суриб кўрилди. Олдинги ва орқа равоқ оралиғидаги шишнинг энг бўртиб турган қисмига орқа паратонзилляр йўналиш бўйлаб пункция қилинди ва 2 мл қуюқ йиринг пунктат аспирация қилиб олинди. Олинган суюқлик бактериал ҳолатини текшириш учун юборилди. Игна санчилган жойда скалпел ёрдамида шиллиқ парда кесилди ва жароҳат ўтмас усул билан “москит” кенгайтиргич ёрдамида кенгайтирилди. Бунда 3 мл қуюқ, бадбўй хидли йиринг ажралиб чиқди.

Клиник ташхис. Ўнг томонлама паратонзилляр хўппоз (орқа жойлашган шакли). Сурункали тонзиллит хуружи.

Бемор хўппоз очилгандан кейин кескин энгиллик ҳис этганини билдирди ва стационар даволанишдан бош тортди. Эртанги кундан тана ҳарорати доимий меъёр даражасида, умумий аҳволини қониқарли бўлиши, оғизни бемалол очилиши, иштаҳасини тикланиши ва шу билан бирга ютинганда ҳалқум ўнг томонида энгил оғриқ борлиги кузатилди. Амбулатор шароитда кейинги 3 кун давомида хўппоз бўшлиғи илиқ фуросол эритмаси билан бодомсимон муртакларни ювиш учун қўлланиладиган канюля ёрдамида 1-2 маротаба ювиб турилди, цефтриаксон тизимли юбориш давом эттирилди. 4-кундан фарингоскопиядаги кўринишни меъёр ҳолатига қайтиши, хўппоз бўшлиғидан келадиган ажралмани йўқлиги, ювинди фуросол эритмаси тозаллиги сабабли даволаш муолажалари яқунланди.

Уч ҳафтадан кейинги назорат кўригида беморга қуйидаги ташхис қўйилди: сурункали тонзиллит, токсико-аллергик иккинчи даража (касаллик тарихида паратонзилляр хўппоз) ташхиси қўйилди. Беморга жарроҳлик усули

билан даволаниш тавсия этилди.

Хулоса

Кўриб чиқилган клиник ҳолатнинг диққатга лойиқ томонлари куйидагилар:

- кекса ёшда сурункали тонзиллитнинг кам учраши;
- бу ёшда деярли йирингли асоратларни кузатилмаслиги;
- беморда паратонзилляр хўпознинг кам учрайдиган, яъни орқада жойлашган шаклини юзага келиши.
- даволашда ижобий натижага анъанавий жаррохликнинг қўлланилгандан кейин эришилиши.

Бу ҳолатлар касалликни кеч аниқланишининг асосий сабаби бўлган. Шунинг учун бундай ҳолатда касаллик тарихини синчковлик билан ўрганиш, фарингоскопияда касал ва соғлом томонларнинг ҳолатини адекват баҳолаш катта аҳамият касб этади.

Адабиётлар

1. Бобров В.М. Экстренная помощь при паратонзиллитах // Журнал ушных, носовых и горловых хворобов. – 2010. – №2. – С. 49-56.
2. Еременко В.И. Об осложнении при паратонзиллярном абсцессе // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1983. – №4. – С. 65-66.
3. Назарова Г.Ф. Острый паратонзиллит и парафарингит, их хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1965.
4. Collin J., Beasley N. Tonsillitis to mediastinitis // J. Laryngol. Otol. – 2006. – Vol. 120, №11. – P. 963-966.
5. The European committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. – 2015. – Version 5.0.
6. Vieira F., Allen S.M., Stocks R.M., Thompson J.W. Deep neck infection // Otolaryngol. Clin. North Amer. – 2008. – Vol. 41, №3. – P. 459-483.

РЕЗЮМЕ. Описан клинический случай паратонзиллярного абсцесса, наблюдаемого у пожилого пациента. Возраст больного, возникновение абсцесса в той форме, в которой заднее расположение абсцесса, явились основной причиной поздней диагностики заболевания. В результате комплексной терапии, то есть сочетанного применения традицион-

ного метода оперативного вмешательства и методов консервативного лечения, удалось добиться выздоровления пациента.

Ключевые слова: пожилой возраст, паратонзиллярный абсцесс.

РЕЗЮМЕСИ. Keksa bemorda kuzatilgan paratonsillar xo'ppozining klinik holati tasvirlangan. Bemorning yoshi, xo'ppozning orqa joylashuvi kasallikning kech tashxis qo'yilishiga sabab bo'lgan shaklda xo'ppoz paydo bo'lishi. Murakkab terapiya natijasida, ya'ni an'anaviy jarrohlik aralashuvi usuli va konservativ davo usullaridan birgalikda foydalanish natijasida bemor sog'ayib ketdi.

Kalit so'zlar: keksa yosh, paratonsillar xo'ppozi.

SUMMARY. The article describes the clinical case of paratonsillary abscess observed in an elderly patient. The age of the patient, the occurrence of the abscess in the form in which the back is located, was the main reason for the late diagnosis of the disease. As a result of complex therapy, that is, the combined use of the traditional method of surgical intervention and methods of conservative treatment, patient recovery was achieved.

Key words: old age, paratonsillar abscess.