



# So'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklari klinikasi va differensial diagnostikasi

Musayev Shamshodbek

# **Shamshodbek Shuxratovich Musayev**

# **So'lak bezlarining yallig'lanish**

# **kasalliklari klinikasi va**

# **differensial diagnostikasi**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=69681829](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69681829)*

*SelfPub; 2023*

## **Аннотация**

O`quv qo'llanmada so'lak bezi kasalliklari, klinika ko'rinishi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi bayon qilingan bo'lib, talabalar va shifokorlar uchun mo'ljallangan. Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста

# Содержание

Kirish	4
Virusdan kelib chiquvchi sialodenit. epidemik parotit (svinka)	7
O'tkir nospetsifik sialodenit	12
Surunkali nospesefik sialodenitlari	18
Surunkali parenximatoz sialodenit	19
Surunkali interstitsial sialodenit	25
Surunkali sialodoxit	33
So'lak bezlari aktinomikozi	36
So'lak bezlari tuberkulezi	40
So'lak bezlarining sifilisi	44
So'lak bezlari tizimli kasalliklar	46
Bez yo'llaridagi yod jismlar	52
Kalkulyoz sialadenit (so'lak tosh kasalligi)	55

# **Shamshodbek Musayev**

## **So'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklari klinikasi va differensial diagnostikasi**

### **Kirish**

So'lak bezlari kasalliklarini beshta asosiy guruhga bo'lish mumkin: 1) yallig'lanish kasalliklari (nospesifik va o'ziga xos); 2) tizimli kasalliklar; 3) so'lak tosh kasalligi; 4) o'smalar va o'smaga o'xshash kasalliklar (kistalar); 5) so'lak bezlarining shikastlanishi va ularning oqibatlari. Biroq, A. V. Klementov (1970) ta'kidlaganidek, hozirgacha ushbu kasalliklarning umumiy qabul qilingan yagona tasnifi mavjud emas. Bu, ayniqsa, surunkali yallig'lanish jarayonlari va o'smalar uchun to'g'ri keladi.

So'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklarining zamonaviy tasniflarini hisobga olgan holda [Klementov AV, 1970; Vasilev G. A., Panikarovskiy V. V., Romacheva I. F., 1972], shuni ta'kidlash kerakki, ularning tasnifida oxirgi uchta muallif so'lak tosh kasalligi yallig'lanish kasalliklari guruhiga kiradi va A. V. Klementov uni alohida guruhga aj'ratadi.

So'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklarining

etiopatogenezini hisobga olgan holda, A. V. Klementovning (1970) so'lak tosh kasalligini alohida kasalliklar guruhiga ajratish maqsadga muvofiqligi haqidagi fikriga qo'shilish kerak. Shuning uchun yuqoridagi muallifning tasnifi yanada oqilona bo'lib, so'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklari klinikasini taqdim etishda biz unga rioya qilamiz.

So'lak bezlarining yallig'lanish sabablari haqidagi savolga kelsak, ushbu kasalliklarni o'rgangan barcha mualliflar bir ovozdan ular infeksiyaning so'lak beziga kirib borishi natijasida yuzaga kelgan degan fikrda. Ko'pincha so'lak bezlarida yallig'lanish jarayonlari og'ir yuqumli kasalliklar bilan va qorin bo'shlig'i organlarida jarrohlik aralashuvlardan keyin sodir bo'ladi. Bunday so'nggi holatlarda, asosan, parotid so'lak bezlari ta'sir qiladi.

Ammo so'lak beziga infeksiyaning kirib borishi yo'llari masalasida mualliflar o'rtasida sezilarli farqlar mavjud. Shunday qilib, G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) qo'zg'atuvchining og'iz bo'shlig'idan asosiy chiqarish yo'li orqali, limfa tizimi orqali – limfogen yo'l bilan yoki qon aylanish tizimi orqali gematogen yo'l bilan so'lak beziga kirishi mumkinligini ko'rsatadi.. Ammo 1950 yilda I. G. Lukomskiy yiringli infeksiyaning parotid so'lak beziga qon yo'li orqali kirib borishi isbotlanmagan deb tan olinishi kerakligini ta'kidladi va limfogen yo'lni hisobga olgan holda, u ko'plab limfa tugunlari moddada joylashganligini ta'kidladi. parotid so'lak bezi yallig'lanishi va so'lak bezini yuqtirishi mumkin,

ammo infeksiyaning tarqalish usuli limfogen emas, balki uning uzunligi bo'ylab to'g'riroq hisoblanadi. A.V. Klementov (1967) ta'kidlaganidek, mikroorganizmlarning bezga kirishi og'iz bo'shlig'idan chiqarib yuborish yo'li (bezning stomatogen infeksiyasi) orqali sodir bo'ladi va so'lak bezlari infeksiyasining gematogen va limfogen yo'llari hozirgi vaqtda ko'pchilik tomonidan inkor etiladi. mualliflar. A. A. Sakovich (1976) eksperimentda so'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklarini rivojlanishida so'lakning oqishi va infeksiyaning stomatogen yo'lining kechikishi etakchi ahamiyatga ega ekanligini aniqladi.

# **Virusdan kelib chiquvchi sialodenit. epidemik parotit (svinka)**

Parotit -1934 yilda Jonson va Goodposture tomonidan ajratilgan filtrlanadigan virus tufayli kelib chiqqan o'tkir yuqumli kasallik.

6 yoshdan 15 yoshqacha bo'lgan bolalar asosan kasallanadi. Biroq, parotit ham erta yoshda, shuningdek, kattalarda, asosan ayollarda paydo bo'lishi mumkin.

Epidemiologik nuqtai nazardan, kasallikning bolalar uy xo'jaligi bilan yaqin aloqada bo'lgan kichik guruhlarda tarqalishi odatiy holdir. Virusning kasal odamdan sog'lomga o'tishi havo tomchilari orqali sodir bo'ladi, ammo kontakt infeksiyasi (ob'ektlar orqali) ehtimoli istisno qilinmaydi.

Inkubatsion muddati o'rtacha 2 dan 3 haftagacha davom etadi.

Kasallikning o'rtacha og'irligida prodromal davr 2-3 kun davom etadi va xolsizlik, titroq, bosh og'rig'i, bo'yin, bo'g'inlar va ekstremitya mushaklaridagi og'riqlar bilan tavsiflanadi. Ba'zida tana haroratining biroz ko'tarilishi va og'iz bo'shlig'ida quruqlik kuzatiladi.

Kasallik o'tkir titroq va tana haroratining  $37,5^{\circ}\text{C}$  dan  $38-39^{\circ}\text{C}$  gacha keskin ko'tarilishi bilan boshlanadi, bu kun

davomida maksimal darajaga etadi. 1-2 kundan keyin parotid so'lak bezlari shishiradi – birinchi navbatda, keyin ikkinchi. Shishishning kuchayishi davri 3-5 kun davom etadi. Shu bilan birga, kollateral shish paydo bo'ladi, buning natijasida aurikullarning loblari tashqariga chiqadi, bir bez har doim boshqasidan ko'ra ko'proq shishiradi. Jarayonda submandibular va til osti so'lak bezlarining ishtiroki bo'yinga tarqaladigan shish bilan birga keladi. So'lak bezlarining eng aniq shishishi odatda taxminan 4-7 kun davom etadi. Shish ustidagi teri tarang, ammo normal rangga ega. Shishgan bezlar yumshoq, palpatsiya paytida og'riqli. O'z-o'zidan og'riq paydo bo'lishi qayd etiladi, bu og'izni ochish bilan kuchayadi. Og'iz bo'shlig'ini tekshirganda kataral stomatit, farenks shilliq qavatining giperemiyasi qayd etiladi. So'lak kanalini palpatsiya qilishda u shnur shaklida aniqlanadi. Og'iz atrofidagi shilliq qavat, qoida tariqasida, keskin giperemikdir. Shishgan bezdan salivatsiya keskin kamayadi, ba'zan esa butunlay yo'q.

Parotit uchta og'riqli nuqtaning mavjudligi bilan tavsiflanadi: 1) pastki jag'ning bo'g'im boshi sohasida, aurikula tragusi oldidan; 2) pastki jag tirqishi ostida va 3) tepada. mastoid jarayoni.

Qonni tekshirganda, o'rtacha leykotsitoz, kamroq – leykopeniya, o'rtacha monotsitoz va limfotsitoz; ESR odatda normal diapazonda bo'ladi.

Kasallik boshlanganidan 7-12 kun o'tgach, kasallikning klinik ko'rinishlari pasayishni boshlaydi; shishish asta-sekin kamayadi



o'zgarib turadi, tana harorati normal holatga qaytadi. Keyingi 4-7 kun ichida tuprik bezlari normal hajmga ega bo'ladi.

Parotit davrida so'lak bezlari zararlanishi bilan bir qatorda ba'zan yurak-qon tomirtizimi, oshqozon-ichakyo'llari, oshqozon osti bezi, moyaklar (o'g'il bolalarda), eshitish va ko'rish organlarida, shuningdek, asab tizimida o'zgarishlar kuzatiladi.

### **Differentsial tashxis**

Parotitning yorqin klinik ko'rinishiga qaramay, adabiyotda uning diagnostikasidagi ko'plab xatolar tasvirlangan. Shunday qilib, A. V. Klementov (1967) donolik tishlarining qiyin otilishi asosida perikoronitli Gertsenbergning soxta parotitini parotit bilan adashtirilgan holatlarni ko'rsatdi. A. A. Sakovich (1976) kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning 35,2 foizini ta'kidladi bilano'tkir parotit epidemiya sifatida noto'g'ri tashxis qo'yilgan parotit.

Ushbu ma'lumotlar parotit bilan og'rigan bemorlarda differentsial diagnostika zarurligini aniqlaydi. Epidemik parotitni Gertsenbergning soxta parotitidan, parotid sohaning boshlang'ich xo'ppozi va flegmonasidan, o'tkir va kuchaygan surunkali nonspesifik sialadenitdan farqlash kerak. Oxirgi ikkita kasallik bilan differentsial tashxis ularning klinik ko'rinishidan keyin keyingi bo'limlarda tasvirlanadi.

Gertsenbergning soxta parotiti bilan parotitni differentsial diagnostika qilish zarurati belgilangan ikkinchisining klinik ko'rinishlari parotit klinikasiga juda yaqin ekanligi.

Gerzenbergning soxta parotiti – tilning ildizidan, ikkinchi va uchinchi pastki katta limfa tugunlariga infektsiyaning kirib borishi natijasida yuzaga keladigan parotid-chaynash fastsiyasi ostida joylashgan limfa tugunlarining yallig'lanishi. Molarlar yoki nazofarenks yoki bodomsimon bezlardan, bilan bu limfa tugunlari bog'langan.

Shu bilan birga, parotid so'lak bezining sohasini palpatsiya qilish paytida o'z-o'zidan og'riqlar va og'riqlar mavjud; uning shishishi, terining kuchlanishi, tana haroratining  $37,5-38^{\circ}\text{C}$  gacha ko'tarilishi qayd etilgan.

I. G. Lukomskiy (1950) ta'kidlaganidek, parotid limfadenitni parotid sialadenitdan ajratib turadigan yagona va asosiy simptom disfunktsiyadir.

so'lak bezi. Parotit limfadenit (Gerzenbergning soxta parotiti) bilan parotitdan farqli o'laroq, so'lak buzilmaydi. Parotid mintaqani massaj qilish paytida shaffof so'lak ajratuvchi kanalning ochilishidan chiqariladi. Bundan tashqari, Gerzenbergning parotitlari odatda bir tomonlama jarayondir.

Abses yoki flegmona bilan parotitni differentsial tashxislash zarurati parotid mintaqasi sti ularning birqator o'xshash belgilari bilan belgilanadi: bu jarayonlar harorat reaksiyasi, parotid mintaqasining shishishi, o'z-o'zidan og'riq va palpatsiya paytida og'riq bilan birga keladi.

Epidemik parotit parotid qismining xo'ppozi yoki flegmonasidan farq qiladi, chunki u ikki tomonlama jarayon bo'lib, xo'ppoz yoki flegmona odatda bir tomonlama bo'ladi.

Parotitda parotid tuprik bezlari hududida infiltratsiya bo'lmaydi, uning ustidagi teri, yaltiroq bo'lsa-da, normal rangga ega. Tishlar sohasida og'riq sezilmaydi. Xo'ppoz yoki flegmona bilan terining aniq infiltratsiyasi, kuchlanishi va giperemiyasi mavjud. Tish sohasida o'tkir og'riq bor, bu yuqumli jarayonning birlamchi lokalizatsiyasi manbai bo'lib, bu tishning perkussiyasi bilan kuchayadi. Tuprik bezining chiqarish funksiyasi saqlanib qoladi. Parotitda ta'sirlangan bezdan so'lak ajralishi keskin kamayadi, ba'zan esa butunlay yo'q.

# O'tkir nospetsifik sialodenit

O'tkir nonspesifik sialoadenit ko'pincha o'tkir yuqumli va boshqa og'ir kasalliklarga chalingan bemorlarda, shuningdek, qorin bo'shlig'i organlarida operatsiyalardan keyin parotid so'lak bezida kuzatiladi. Parotid so'lak bezi odatda ta'sirlanadi. Og'iz bo'shlig'idan infeksiya giposalivatsiya fonida ekskretor kanal orqali bezga kirib boradi, deb ishoniladi.

Submandibulyar, til osti va kichik so'lak bezlari parotid bezlarga qaraganda kamroq tez-tez o'tkir yallig'lanish jarayoni bilan ta'sirlanadi, bu G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) ma'lumotlariga ko'ra, ushbu bezlardan so'lak sekretsiyasi bilan izohlanadi. og'iz bo'shlig'idan mikrofloraning bezlar kanallariga kirib borishiga to'sqinlik qiluvchi katta miqdordagi musin.

Patologik jihatdan o'tkir nonspesifik sialoadenitning uchta shakli mavjud: seroz, yiringli va gangrenoz.

O'tkir nonspesifik sialadenitning klinik ko'rinishi yallig'lanish jarayonining lokalizatsiya qilingan bez va bu yallig'lanishnin qanday shakliga bog'liq.

O'tkir nospetsifik yallig'lanish jarayoni parotid so'lak bezida lokalizatsiya qilinganida – o'tkir parotit mavjud jiddiy kasallik fonida yoki operatsiyadan keyingi davrda, u birinchi navbatda og'iz bo'shlig'ida quruqlik hissi, og'riq paydo bo'lishi sifatida namoyon bo'ladi. Ovqatlanish bilan og'irlashadi va parotis

mintaqasida shish paydo bo'ladi, haroratning yuqori raqamlarga ko'tarilishi va umumiy holatning yomonlashishi. Shish faqat parotid tuprik bezining sohasini egallaydi, quloq bo'lagini ko'tarib, tepada zigomatik yoy darajasiga etadi, old tomondan – chaynash mushaklarining old chetiga, orqada – mastoid jarayoniga, pastdan – gacha. pastki jag'ning pastki qirrasi. Bez mintaqasida palpatsiya paytida o'rtacha, cheklangan to'qimalar infiltratsiyasi qayd etilgan. Kasallikning boshlanishida terining giperemiyasi kuzatilmaydi. Og'iz ochilishi buzilmaydi. Og'iz bo'shlig'ida chiqaruv yo'li soxasidagi shilliq qavat sezilmas darajada giperemiyalangan.

Odatda kanaldan oz miqdorda xira so'lak chiqariladi.

Ta'riflangan klinik ko'rinish yallig'lanishning seroz shakliga mos keladi. Ushbu shakl etarlicha tez (2-3 kun ichida) yiringli shaklga aylanishi mumkin.

Shu bilan birga, og'riq keskin kuchayadi, shishish kuchayadi, bu bukkal, temporal va submandibulyar hududlarga tarqaladi. Shish joyida terining giperemiyasi va kuchlanishi paydo bo'ladi. Og'riqli infiltrat palpatsiya bilan aniqlanadi, u butun parotid-chaynash maydonini egallaydi, ba'zan esa qo'shni hududlarning to'qimalariga tarqaladi. Dalgalanishlar odatda kuzatilmaydi. Ba'zi hollarda yiringning chiqishi tashqi eshitish yo'lida sodir bo'ladi, chunki bu joyda bezning o'ziga xos fastsiyasi yo'q va ba'zida yiring bezning fastsiyasi bilan qoplanmagan faringeal jarayoni bo'ylab pastga, pastga tushishi mumkin. perifaringeal to'qimalar.

Yallig'lanishning yiringli shakli bilan og'izni ochish odatda cheklangan. Chiqaruvchi kanalning og'zini tekshirganda, undan yiring oqadi.

Ba'zi hollarda parotid so'lak bezining o'tkir nonspesifik sialadeniti keng nekroz va septik holat bilan gangrenoz yallig'lanish sifatida davom etishi mumkin.

Bezning nekrotik joylari asta-sekin sekvestrlanadi va yupqalashgan teri orqali chiqariladi. Ba'zida butun bezning nekrozi vujudga keladi. O'linga olib keladigan oqibatlar bo'lishi xam mumkin.

O'tkir nonspesifik sialoadenitda qon rasmi yiringli yallig'lanish jarayonlariga xos bo'lgan o'zgarishlar bilan tavsiflanadi.

Parotid so'lak bezining yallig'lanishining seroz va yiringli shakllari bilan kasallikning yaxshi kechishi bo'lsa, yallig'lanish jarayonlari 15-20 kundan keyin asta-sekin pasayishni boshlaydi.

Submandibulyar so'lak bezining o'tkir nonspesifik yallig'lanishi birinchi navbatda posterior submandibulyar mintaqada shishish bilan namoyon bo'ladi. Bimanual palpatsiyada kattalashgan zich, og'riqli bez aniqlanadi, uning harakatchanligi biroz cheklangan. Uning kanalidan tupurik chiqishi odatda kamayadi. Keyinchalik, yallig'lanishning kuchayishi bilan, bezning yiringli birlashishi sodir bo'lganda, submandibulyar mintaqada shishish sezilarli darajada oshadi va bezni o'rab turgan to'qimalarning aniq infiltratsiyasi paydo bo'ladi. Teri qizarib ketadi, cho'ziladi, porloq bo'ladi. Yutish

paytida og'riq bor. Yiringli yallig'lanish bosqichida palpatsiya paytida, submandibular so'lak bezini his qilishning iloji yo'q, faqat uning kanali bo'ylab og'riq qayd etiladi, undan yiring chiqariladi. Kasallik 2-3 haftagacha davom etadi.

### **Differentsial diagnostika**

O'tkir nospesifik sialoadenitning differentsial diagnostikasida bir qator patologik jarayonlarni yodda tutish kerak: parotit, xo'ppoz, flegmona, parotid-chaynash yoki submandibulyar limfadenit, kuchaygan surunkali nonspesifik sialadenit.

Parotit bilan parotit so'lak bezining o'tkir nonspesifik sialadeniti (o'tkir nonspesifik parotit) ning differentsial diagnostikasitomonidan kerak katta yoshli bemorlarda ushbu ikki kasallikda bir qator o'xshash belgilar mavjudligi sababli: ikkala kasallik ham tana haroratining ko'tarilishi, parotid tuprik bezlarining ko'payishi va og'rig'i bilan boshlanadi, ikkala kasallik ham giposalivatsiya bilan kechadi.

O'tkir nonspesifik parotit epidemik parotitdan farq qiladi, chunki u bilan giperemiya va parotid so'lak bezining joylashgan joyidagi to'qimalarning aniq infiltratsiyasi shishgan joyda terida juda tez paydo bo'ladi.

Parotit teri bo'yin bezi ajoyib tarzda cho'zilgan, ammo giperemik emas va shishgan bezning o'zi yumshoq. Qo'shni to'qimalarning infiltratsiyasi, qoida tariqasida, kuzatilmaydi.

O'tkir nonspesifik parotit ko'p hollarda bir tomonlama jarayon bo'lib, ko'pincha hamroh bo'ladi. Umumiy og'ir

kasalliklar yoki operatsiyadan keyingi davrda yuzaga keladi davr, ayniqsa qorin bo'shlig'iga aralashuvlar paytida va parotit, qoida tariqasida, ikki tomonlama jarayon, virusli ' kelib chiqishi. Dastlab kanaldan o'tkir nonspesifik parotitda (loyqa so'lak kam miqdorda chiqariladi, keyin esa yiring ajraladi. Epidemik parotitda odatda shaffof so'lak ajralib chiqadi, garchi odatdagidan ancha kam miqdorda bo'lsa ham.

O'tkir nonspesifik parotitda oq rangdagi qon o'zgarishlar yiringli jarayonga xosdir. Parotit bilan oq qonda sezilarli o'zgarishlar bo'lmaydi.

Parotid-chaynash yoki submandibulyar soxaning absesi yoki flegmonasi bilan o'tkir o'ziga xos bo'lmagan sialoadenitning differentsial diagnostikasi zarurati belgilaydi -quyidagi umumiy xususiyatlar bilan: harorat reaksiyasi, parotid- chaynash yoki submandibulyar mintaqada shish paydo bo'lishi, og'riq paydo bo'lishi, terining kuchli giperemiyasi va bu sohalarda infiltratsiya, oq qon rasmidagi o'zgarishlarning bir xil siflatli tabiati.

O'tkir nonspesifik sialoadenit xo'ppoz va flegmonadan farq 'qiladi, chunki u og'ir umumiy kasalliklarda yoki qorin bo'shlig'i organlariga jarrohiik aralashuvlardan so'ng, so'lak bezlarining sekretor funksiyasining vaqtinchalik refleksli pasayishi bilan birga kuzatiladi; ko'rsatilgan lokalizatsiyaning xo'ppozlari va flegmonalari ko'pincha pastki katta molyarlar, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, yuz 'terisi (yarali gingivit, stomatit, periodontal kasallik, furunkul, travma), va boshqalar.).



O'tkir nonspesifik sialadenitni xo'ppoz va flegmona parotid-chaynashdan ajratib turadigan asosiy simptom. Nonspesifik sialadenitda parotid yoki pastki jag'osti so'lak yo'lida yiring bo'lsa, bu sohalarning xo'ppoz va flegmonasida so'lak bezi yo'lidan normal miqdorda tiniq so'lak ajralib chiqadi.

Xuddi shu o'ziga xos belgi, aytib o'tilganidek, parotid-chaynash va submandibulyar hududlarda lokalizatsiya qilingan limfadenitga ham xosdir.

Differensial diagnostika o'tkir nonspesifik kuchaygan surunkali nospetsifik sialadenit bilan sialadenit ikkinchisining klinikasi taqdim etilgandan keyin tasvirlangan.

# Surunkali nospesefik sialadenitlari

Surunkali o'ziga xos bo'lmagan sialadenit bor birlamchi surunkali jarayonlar, ko'pincha parotid so'lak bezlarida va kamdan-kam hollarda submandibulyarda paydo bo'ladi. Shu bilan birga, I. F. Romacheva (1972) ta'kidlaganidek, ko'plab mualliflar ushbu kasallikning barcha bosqichlari yallig'lanishning klinik belgilari bilan tavsiflanmasligini va bezdagi bir qator funktsional va morfologik o'zgarishlar yallig'lanishdan oldin sodir bo'lishini va fon ekanligini ta'kidlaydilar, unda surunkali yallig'lanish jarayoni paydo bo'ladi va rivojlanadi.

Surunkali yallig'lanish jarayoni birinchi navbatda bezning parenximasida, interlobulyar biriktiruvchi to'qimada yoki kanallarda rivojlanishi mumkin. Bunga qarab ular (I.F.Romacheva tasnifi bo'yicha, 1961 yil): surunkali parenximal sialadenit, surunkali interstitsial sialadenit va surunkali sialodoxitni ajratadilar.

# Surunkali parenximatoz sialodenit

Surunkali parenximal sialoadenit uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi. Bemor uchun sezilmaydigan tarzda boshlangan jarayon ko'p yillar davomida davom etadi va vaqti-vaqti bilan kuchayadi. Ko'pincha, jarayon bitta parotid so'lak bezida sodir bo'ladi, lekin ko'pincha ikkala parotid bezining shikastlanishi kuzatiladi. Submandibulyar so'lak bezlari kamroq ta'sir qiladi.

Kasallikning dastlabki belgilari kam. Ba'zida bemorlarning yagona shikoyati – so'lakning sho'r ta'mi hissi paydo bolishi.

Ba'zi hollarda bemorlar o'tkir sialadenit belgilari bilan jarayonning kuchayishi davrida tibbiy muassasaga murojaat qilishadi. Kasallikning keyingi bosqichlarida bemorlar so'lak bezining shishishidan shikoyat qiladilar.

Dastlabki bosqichda, jarayonning kuchayishidan tashqari, bezni tashqi tekshirish va uni palpatsiya qilish ko'pincha uning biron bir o'zgarishini aniqlay olmaydi, shuningdek, kanal teshigini tekshirishda o'zgarishlarni qayd etib bo'lmaydi. Bezni massajlashda kanaldan shaffof so'lak chiqariladi, ba'zida shilimshiq bo'laklari va bo'laklari aralashmasi bilan.

Kasallikning kuchaymasdan keyingi bosqichida tashqi tekshiruv aniq konturli bezning shishishi mavjudligini aniqlaydi. Shishgan bez ustidagi teri normal rangga ega va unga lehimlanmagan. Kattalashgan bezni paypaslaganda, u og'riqsiz, zich va bo'lakli ko'rinadi. Uni massaj qilganda, so'lak yiringli

yoki fibrinli pihtilar aralashmasi bilan, ba'zan sezilarli miqdorda, chiqarish kanalidan chiqariladi.

Ko'pincha tanani sovutgandan so'ng kuzatiladigan o'tkir bosqichda bemorlar odatda shishishning ko'payishi, ovqatlanish paytida og'riq, tana haroratining 38 darajaga ko'tarilishidan shikoyat qiladilar va undan yuqori shikoyat qiladilar, ba'zan esa og'izning ochilishini cheklash uchun.

Tekshiruvda so'lak bezining shishishi, teri ustida taranglik. Palpatsiyada kattalashgan, zich, bo'g'imli og'riqli bez aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'ini tekshirganda, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shishishi va chiqarish yo'li teshigining bo'shlig'i, palpatsiyada esa chiqarish yo'lining og'irligi aniqlanadi. Parotid so'lak bezini massaj qilganda, yiringli yoriqlar yoki fibrinli pihtilar aralashmasi bilan qalin yopishqoq so'lak chiqariladi.

Jarayonning kuchayishi turli vaqt oralig'ida, ba'zan juda tez-tez – har 2-3 oyda, ba'zan esa 2-3 yilda bir marta sodir bo'ladi [Vasilyev G.A., Panikarovskiy V.V., Romacheva I.F., 1972].

Surunkali parenximal sialadenitni aniqlashda xavo xarorati sovuq davrda o'tkazilishi kerak bo'lgan sialografiya katta ahamiyatga ega. I. F. Romacheva (1952) ta'kidlaganidek, allaqachon kiritilgan kontrast moddaning miqdori asosida bezdagi o'zgarishlarning xarakterini aniqlash mumkin. Surunkali parenximal sialoadenitda bez parenximasida bo'shliqlar mavjudligi sababli, to'ldirish uchun sezilarli miqdorda yodolipol talab qilinadi. Shunday qilib, surunkali parenximal parotitga, uni ba'zan 6-8 ml gacha yuborish kerak.

Sialogrammada ushbu kasallikning dastlabki belgilari bez parenximasidagi kichik kanallarning (IV-V tartibli) dezolatsiyasida ifodalanadi. Parenximaning soyasi aniq belgilanmagan, uning fonida bo'shliqlarning kichik (diametri 1-2 mm) yumaloq soyalari ko'rinadi. Asosiy chiqarish kanali va birinchi darajali kanallar, qoida tariqasida, normal konturlarga ega. Kasallikning davomiyligi oshgani sayin sialogrammada rentgenografik o'zgarishlar kuchayadi: bo'shliqlarning soyalari kattalashadi, II—III tartibli kanallar bo'shab qoladi, birinchi tartibli yo'llarning soyalari deformatsiyalanadi. Kechki davrda sialogrammalar parenxima hududidagi bo'shliqlarning katta (diametri 5-8 mm gacha) soyalarini ko'rsatadi; bez lobulalarining soyalari butunlay yo'q; kanallarning soyalari faqat ma'lum joylarda kuzatilishi mumkin; bo'shliqlar va alohida kanallar o'rtasida hech qanday aloqa yo'q.

### **Differentsial diagnostika**

Differentsial diagnostika rejasida surunkali parenximal sialoadenitning ikki bosqichini aj'ratib ko'rsatish maqsadga muvofiqdir: 1) xurujdandan oldin va 2) o'tkir bosqichda. Sovuq bosqichda (jarayonning kuchayishidan oldin) surunkali parenximal sialoadenit surunkali interstitsial sialadenit va so'lak bezlarining o'smalariga (aralash, mukoepidermoid, silindri, saraton va boshqalar) o'xshashligi sababli, uning surunkali bilan differentsial diagnostikasi. interstitsial sialoadenit va bu o'smalar, ularning klinikasini tasvirlab keyin amalga oshirish uchun

mantiqiy. Shuningdek, parotit, o'tkir sialoadenit, flegmona va limfadenit bilan surunkali kuchaygan parenximal sialadenitning differentsial tashxisini tavsiflash kerak.

Parotit bilan surunkali kuchaygan parenximal sialadenitning (parotit) differentsial tashxisiga ehtiyoj asoslangan: nisbatan soat- parotid so'lak bezlarining parenximali yallig'lanish jarayonida ty ikki tomonlama zararlanishi, bu parotitga ham xosdir; muhim mavjudligi parotid bezlarining shishishi, ikkala jarayonda ham kuzatiladi; ovqatlanayotganda bezlarda og'riq paydo bo'lishi va ba'zi hollarda og'iz ochilishini cheklash va bu kasalliklarda, ya'ni surunkali kuchaygan sialadenit (parotit) va epidemik parotitda yuzaga keladigan tana haroratining ko'tarilishi.

A.V.KIementov (1967) parenximal parotitning kuchayishi davrida diagnostik xatolar kamdan-kam uchramasligini ta'kidlaydi: kasallik epidemik parotit bilan adashib, bemorlar infeksiyon bo'limlarga yuboriladi.

Surunkali kuchaygan parenximal parotit va epidemik "o'rtasidagi farqlar: paypaslash yo'li bilan aniqlanadigan shishgan parotid so'lak bezlarining aniqlanadi; chiqaruv yollaridan yiringli yoki fibrinli pihtilar bilan aralashtirilgan qalinlashgan so'lakning suv kanallari.

Epidemik Parotitda shishgan parotid so'lak bezlari yuzasi silliq, yumshoq elastik konsistensiyaga ega. Chiqaruvchi yo'llardan juda oz miqdorda shaffof so'lak ajralib chiqadi, ba'zan esa butunlay yo'q.

Surunkali kuchaygan parenximal sialadenitni o'tkir sialoadenit bilan differentsial diagnostika qilish zarurati ularning quyidagi o'xshash belgilari bilan belgilanadi: tana haroratining ko'tarilishi, parotid yoki kamroq tez-tez submandibulyar so'lak bezlarida shishish, bezlar hududida terining kuchlanishi, cheklangan og'iz ochilishi.

Surunkali kuchaygan parenximal sialoadenitni o'tkirdan farqlash: takroriy kursni ko'rsatadigan anamnez. Shu bilan birga, surunkali parenximal sialoadenitning kuchayishi ko'p hollarda oldingi umumiy kasalliklarsiz sodir bo'ladi va o'tkir sialoadenit ko'pincha bemorlarning og'ir umumiy kasalliklari fonida yoki jarrohiik aralashuvlardan keyin o'zini namoyon qiladi.

Surunkali kuchaygan parenximal sialoadenitning yuzasi g'adir-budir, o'tkirlari esa bez to'qimalarining aniq infiltratsiyasi bilan silliq sirtga ega. Surunkali kuchaygan sialoadenitda sekretor kanaldan yiringli yoki fibrinli tromblar aralashmasi bilan qalin so'lak chiqariladi; o'tkir sialadenitda chiqarish yo'lidan yiring ajralib chiqadi.

A. A. Sakovich (1976) surunkali kuchaygan parenximal parotit bilan og'rigan bemorlarda sekretiya smetalarining lyuminesstent va yorug'lik-optik mikroskopiyasini o'tkazdi va sitoplazma va hujayra yadrolarining piknozini, leykotsitlar va shilimshiqlar shuningdek, chiqarish yo'llarining epiteliysiga o'xshashligini aniqladi. O'layotgan hujayralarning yadrolarida yashil chiroq bor edi. Shundan kelib chiqib, surunkali parenximal parotitning kuchayishi paytida kanaldan ko'proq

yiringli ajralma ajraladi. Leykotsitlar ekssudatining etishmasligi, unda fibrin yo'qligi va mayda shilliq qavatlar surunkali parotitning kuchayishi uchun o'tkirdan ko'ra ko'proq xosdir.

Abses, flegmona bilan surunkali kuchaygan parenximal sialadenitning differentsial diagnostikasi, limfadenit xuddi shu belgilar asosida amalga oshiriladi, o'tkir kasalliklarda bo'lgani kabi, yuqoridagi kasalliklarda ta'sirlangan bezning so'lak funksiyasi buzilmaydi: tiniq so'lak chiqarish yo'llaridan normal miqdorda chiqariladi, surunkali kuchaygan parenximal sialadenitda esa yiringli yoki fibrinli aralashmalar bilan qalinlashgan so'lak yoriqlar.



# Surunkali interstitsial sialodenit

Surunkali interstitsial sialadenit bez to'qimalariga ta'sir qilmasdan, interlobulyar biriktiruvchi to'qimalarning o'sishi bilan tavsiflanadi. Surunkali parenximal parotit bilan solishtirganda, u kamroq uchraydi. A. V. Klementov (1967) ma'lumotlariga ko'ra, so'lak bezlarining surunkali yallig'lanishlari orasida bu kasallik 10% dan kam hollarda kuzatilgan va A. A. Sakovich (1976) ma'lumotlariga ko'ra, surunkali parotit bilan og'rikan 65 bemorning 11-da interstitsial tashxis qo'yilgan. Ko'pincha ikki tomonlama, asosan parotid so'lak bezlarida lokalizatsiya qilinadi. Kasallikning bu shakli bilan submandibular so'lak bezlarining mag'lubiyati kam uchraydi va til osti bezlari umuman topilmaydi.

Kasallik bemor tomonidan sezilmasdan sodir bo'ladi va ikkala parotid so'lak bezlarining sezilmaydigan kengayishi bilan boshlanadi, ular bir vaqtning o'zida yumshoq, og'riqsiz, normal rangdagi teri bilan qoplangan ko'rinadi. Shaffof so'lak chiqarish yo'llaridan ajralib chiqadi. Kasallik o'ziga xos to'lqinli xarakterga ega: so'lak bezlari kattalashadi, keyin jarayonning teskari rivojlanishi boshlanadi. Shu bilan birga, to'liq tiklanish sodir bo'lmaydi va alevlenmeler takrorlanganda, bezlar hajmi tobora ortib boradi.

G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) ta'kidlaganidek, shunga asoslanib, ba'zi mualliflar bu

kasallikni "parotid so'lak bezlarining intervalgacha kengayishi" deb atashgan, bemorlar juda uzoq vaqt davomida (bir necha yillar davomida) holatida bo'lishi mumkin. Ammo keyin, kutilmaganda, 1-2 kun ichida bitta bezning aniq shishishi kuchayadi. U zich, og'riqli bo'ladi. Ko'pincha 2-3-kuni boshqa parotid bezdagi jarayonning kuchayishi kuzatiladi. Kasallikning kuchayishi davrida so'lakning kanallardan ajralishi kamayadi, u loyqa bo'ladi va ba'zi bemorlarda so'lak ajralishi butunlay to'xtaydi. Kanaldan yiringning chiqishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Kasallikning kuchayishi davrida bemorlarning umumiy holati buzilmaydi.

Konservativ davodan so'ng (kompreslar, isitish yostiqlari) kuchayishi asta-sekin yo'qoladi, bezlar hududida shishish biroz kamayadi, ammo bezlar kattalashgan holda qoladi. Kanallardan chiqarilgan so'lak shaffof bo'ladi, uning miqdori ortadi, lekin chiqarish yo'llari shunchalik torayadiki, bu ularni tekshirishga to'sqinlik qilishi mumkin.

Kuchlanish davriy ravishda yiliga 1-2 marta, ba'zan esa tez-tez kuzatiladi, lekin juda kamdan-kam hollarda yiringli yallig'lanish bilan kechadi. Abseslanish, qoida tariqasida, sodir bo'lmaydi.

Ushbu kasallikning uzoq muddatli kursi bilan bemorlar og'iz bo'shlig'ida quruqlikdan shikoyat qiladilar, bu, ehtimol, bez parenximasining ikkilamchi sklerozi natijasida so'lak ning sezilarli darajada pasayishi bilan izohlanadi.

Sialografiya paytida kasallikning uzoq davom etishi bilan, F.Romacheva (1952) ta'kidlaganidek, yo'llarning torayishi

tufayli odatdagidan ancha kam miqdorda (0,5-0,8 ml) yodolipol eritmasini kiritish mumkin. Shu bilan birga, sialogrammada tekis konturli toraygan kanallarning ingichka soyalari qayd etilgan.

Parenximaning soyasi butun bo'ylab teng ravishda kuzatilishi mumkin, ammo jarayon qanchalik aniq bo'lsa, kasallikning boshlanishidan qancha vaqt o'tgan bo'lsa va bu soyaning intensivligi shunchalik kam bo'ladi [Romacheva I.F., 1952].

Sialogrammalarda kasallikning juda uzoq muddatlari bilan kenqayish va torayish joylari bilan kanallar aniq yo'q qilinishi aniqlanishi mumkin va parenximaning soyasida, ehtimol, bez parenximasi sklerozi tufayli to'ldirish nuqsonlari paydo bo'ladi (176-rasm).

## **Differentsial tashxis**

Surunkali interstitsial sialoadenitni kanalga begona jismlarning kirib borishi natijasida kelib chiqqan surunkali parenximaldan, kalkulyoz sialoadenit va limfadenitdan va kuchaygan interstitsial sialadenitdan – parotit, o'tkir sialadenit (parotit), abses va flegmona bu kasalliklarning barchasidan ajratish kerak, so'lak bezlarining lobulyar biriktiruvchi to'qimasida surunkali jarayon rivojlanadigan ma'lum umumiy belgilarga ega va ba'zi kasalliklarda (surunkali parenximal sialoadenit; limfadenit; kanalga begona jismlarning kiritilishidan kelib chiqqan sialadenit; kalkuloz sialadenit) bu umumiy alomatlar o'zini namoyon qiladi. surunkali interstitsial sialadenitning kuchayishidan tashqari, boshqalar bilan (epidemik

parotit, o'tkir nonspesifik parotit, xo'ppoz va flegmona) uning kuchayishi bosqichida.

Differensial diagnostika sabab bo'lgan sialadenit kalkulyoz sialadenit ularning klinikasi taqdimotidan keyin tasvirlanadi.

Surunkali interstitsial sialadenit (parotit) bilan surunkali parenximal sialadenit (parotit) bilan differentsial tashxis qo'yish zaruratini belgilaydi – quyidagi umumiy xususiyatlar bilan: ikkala kasallik ham parotid so'lak bezlarining ko'payishi bilan kechadi, ularning kechishi surunkali, uzoq muddatli, takroriy kuchayishi bilan tavsiflanadi.

Surunkali o'rtasidagi farq interstitsial sialadenit (parotit) surunkali parenximal sialadenitdan (parotit): surunkali interstitsial sialoadenitda (parotit) kengaygan so'lak bezining yuzasi silliq, yumshoq tuzilishga ega. Massaj paytida uning chiqarish kanaidan shaffof so'lak chiqariladi. Ba'zida bez hajmining vaqtincha pasayishi kuzatiladi. Surunkali parenximal sialadenitda (parotit) so'lak bezi zich bo'lib, yuzasi bo'g'inli bo'ladi. Uning hajmining vaqtincha pasayishi kuzatilmaydi. U massaj qilinganda, yiringli yoki fibrinli pihtilar aralashmasi bilan so'lak ajralib chiqadigan kanaldan chiqariladi.

Surunkali interstitsial sialoadenitning (parotit) kuchayishi paytida so'lak bezlari silliq bo'lib qoladi, bemorning umumiy holati buzilmaydi va surunkali kasallikning kuchayishi paytida temir parenximal sialoadenit (parotit) gadir-budir sirtini saqlaydi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati

ko'tariladi.

Surunkali interstitsial sialoadenitda (parotit) sialogrammada barcha bez yo'llarining torayishi aniqlanadi, surunkali parenximal sialadenit esa (parotit) bilan sialogrammada parenximadagi bo'shliqlarning xarakterli soyalari kontrast moddaning to'planishining yumaloq o'choqlari shaklida aniqlanadi.

Submandibulyar soxaning limfadeniti bilan submandibulyar bezning interstitsial sialadenitini differentsial diagnostika qilish zarurati umumiy lokalizatsiya tufayli yuzaga keladi va yallig'lanish paytida bu anatomik shakllanishlarning shishishi bilan alomatlarning o'xshashligi bilan tavsiflangan. Shishgan jag' osti so'lak bezi va pastki jag' osti limfa tugunlari silliq yuzaga ega, normal teri rangi bilan qoplangan, palpatsiya paytida oq'riqsizdir. Ikkala iarayonda ham bemorlarnin umumiy holati buzilmaydi.

Sovuq xavo davrida jag' osti so'lak bezining interstitsial sialoadenitining asosiy farqlovchi xususiyati shundan iboratki, kattalashgan jag' osti so'lak bezi yumshoq teksturaga ega, kattalashgan limfa tugunlari esa zich elastik bo'ladi.

Submandibulyar so'lak bezining surunkali interstitsial sialadenitining kuchayishi bilan kanaldan kam miqdorda loyqa so'lak ajralib chiqadi va ba'zida so'lak bo'lmaydi.

Submandibulyar soxaning surunkali limfadenitining kuchayishi bilan submandibulyar so'lak bezining chiqarish kanalidan normal miqdorda shaffof so'lak chiqariladi, bu uning

normal ishlashini tavsiflaydi.

Epidemik parotit bilan qaytalangan surunkali interstitsial sialoadenitning (parotit) differentsial tashxisi zarur, chunki interstitsial bilan sialadenit ko'pincha jarayon parotid so'lak bezlarida (interstitsial parotit) lokalizatsiya qilinadi va uning kuchayishi paytida, epidemik parotitda bo'lgani kabi, xuddi shunday belgilarning bir qismi kuzatiladi: bezlarning keskin shishishi va og'rig'i bor, pasayish va ko'p hollarda, chiqarish kanallaridan so'lakning to'liq to'xtashi kuzatiladi.

Qaytalangan surunkali interstitsial parotitning epidemik parotitdan farqi shundaki, surunkali interstitsial parotitning kuchayishi paytida ilgari kattalashgan parotid so'lak bezlari shishiradi va epidemik parotit bilan ilgari o'zgormagan parotid so'lak bezlari ta'sirlanadi.

Surunkali interstitsial parotitning kuchayishi bilan parotid so'lak bezlari zichlashadi va epidemik parotit bilan shishgan so'lak bezlari yumshoq tuzilishga ega.

Surunkali interstitsial parotitning kuchayishi bilan bemorning umumiy holati buzilmaydi. Epidemik parotit bemorning umumiy holatining buzilishi bilan birga keladi.

Surunkali interstitsial parotitning kuchayishi bilan kanaldan oz miqdorda loyqa so'lak chiqariladi. Parotit bilan, agar so'lak kam miqdorda ajratilsa, u doimo shaffof bo'ladi.

O'tkir nonspesifik sialadenit (parotit) bilan qaytalangan surunkali interstitsial sialoadenitning (parotitning) differentsial diagnostikasi biroz- ularning klinik kechishining yana

bir o'xshashligi (o'tkir boshlanishi, parotid tuprik bezlari shishishining tez ortishi, oq'riq paydo bo'lishi va bez to'qimalarining infiltratsiyasi).

Qaytalangan surunkali interstitsial parotit va o'tkir parotit o'rtasidagi farqlar: 1) surunkali interstitsial parotitning qaytalannishi bilan, parotid so'lak bezlarida o'tkir yallig'lanish ularning to'qimalarida allaqachon mavjud bo'lgan surunkali o'zgarishlar fonida sodir bo'ladi. O'tkir parotitda ilgari buzilmagan so'lak bezi ta'sirlanadi. Ko'pincha bu og'ir umumiy kasallikning fonida yoki operatsiyadan keyin sodir bo'ladi. Jarayon ko'p hollarda bir tomonlama, lekin ba'zida ikkala parotid so'lak bezlari ham ta'sirlanadi; 2) surunkali interstitsial parotitning kuchayishi bemorning umumiy holatini buzilishiga olib kelmaydi, normal haroratda davom etadi. O'tkir parotit umumiy holatning yomonlashishi bilan birga keladi va haroratni yuqori raqamlarga sakrash; 3) surunkali interstitsial parotit qaytalanganda juda kamdan-kam hollarda bezning yiringli yallig'lanishi bilan kechadi. O'tkir parotit juda tez (2-3 kun ichida) yallig'lanishning yiringli shakliga o'tadi; 4) surunkali interstitsial parotitning qaytalanishi bilan, yiring chiqarish kanalidan juda kamdan-kam hollarda chiqariladi. O'tkir parotitda yiring doimo ekskretor kanalning og'zidan chiqariladi.

Ushbu farqlovchi xususiyatlar jag' osti so'lak bezining qaytalangan surunkali sialoadenitini xuddi shu bezning o'tkir sialadeniti bilan differentsial tashxislashda ham qo'llaniladi.

Abses yoki flegmona bilan kuchaygan surunkali

sialadenitning differentsial diagnostikasi, avval aytib o'tilganidek, so'lak funktsiyasi holatini tavsiflovchi belgilarga asoslanadi, ya'ni surunkali sialoadenitda shikastlangan so'lak bezining kanalidan loyqalangan so'lak kam miqdorda, abses yoki flegmona bo'lganda esa yengil va normal miqdorda ajralib chiqadi.



# Surunkali sialodoxit

"Surunkali sialodoxit" atamasi asosiy chiqish yo'lida yoki parotid yoki submandibulyar so'lak bezining katta intraglandular kanallarida birlamchi surunkali yallig'lanish sifatida tushuniladi.

Shu bilan birga, bemorlar, ayniqsa, pastki jag'ni harakatga keltirganda (gapirganda, ovqatni chaynashda) doimiy ortiqcha so'lakdan shikoyat qiladilar.

Kasallikning dastlabki bosqichida chiqish yo'li hududini tekshirganda, odatda sialodochitning tashqi ko'rinishini qayd etib bo'lmaydi. Yonoq sohasi yoki og'iz bo'shlig'ining bimanual palpatsiyasi ta'sirlangan chiqarish kanalining elastik qalinlashishini aniqlaydi. Kanalni engil massaj qilish, undan ko'p miqdorda shilimshiq bo'laklarning aralashmasi bilan so'lakning ko'p sekretsiyasiga olib keladi, shundan so'ng uning qalinlashishi hajmi kamayadi.

Jarayonning kuchayishi paytida kanal ixcham, og'riqli tarmoqli shaklida palpatsiya qilinadi; og'zidan shilliq yiringli tupurikyoki yiring ajralib chiqadi. Bunday holda, jarayon bezning parenximasiga tarqalishi mumkin, keyin tuprik bezining hududida og'riq va shish paydo bo'ladi.

Kasallikning dastlabki bosqichida tuzilgan sialogrammada bezning katta kanallarining (I va II tartibli) tekis konturli kengayishi kuzatiladi. Kichkina kanallarning tasvirlari va bezning soyasi odatda o'zgarishsiz ko'rinadi.

Kasallikning keyingi bosqichlarida tuzilgan sialogramma nafaqat barcha kanallarning kengayishini, balki toraygan va kengaygan bo'limlarning almashinishi ko'rinishidagi konturlarining deformatsiyasini ham qayd etish imkonini beradi. Bez parenximasining soyasi uning alohida bo'limlari sklerozi tufayli notekis kuzatilishi mumkin.

### **Differentsial diagnostika**

Surunkali sialodoxitni surunkali sialoadenitdan (parenximal va interstitsial) ajratish kerak, chunki bu kasalliklar surunkali sialodoxit bilan bir qator umumiy xususiyatlarga ega. Ularning barchasi tashqi ko'rinishlarsiz so'lak bezlari tomonidan shilliq bo'laklarning aralashmasi bilan solakning chiqishi bilan boshlanadi. Surunkali sialodochitning kuchayishi bilan jarayon mos keladigan so'lak bezining parenximasiga tarqalishi, og'riq keltirishi mumkin, hislar va shish, bu ham kuchaygan surunkali sialadenitga xosdir.

Surunkali belgilar sialodochita, uni aj'ratib turadi

surunkali sialadenit, surunkali sialodochitda so'lakning kanal og'zidan ko'p miqdorda o'z-o'zidan oqishi bilan tavsiflanadi. Kanalni bo'shatish uni engil massaj qilish orqali osonlashadi. Surunkali sialadenitda kanaldan tupurik oqishi bezning o'zi hududini massaj qilishni talab qiladi.

Surunkali sialodoxitning surunkali sialoadenitdan ikkinchi farqlovchi xususiyati surunkali sialodoxitdagi sialogrammaning parenximal va interstitsial sialadenitdagi sialogrammadan

sezilarli farqlanishidir.

## SPESIFIK SIALOADENITLAR

O'ziga xos yallig'lanish kasalliklari allaqachon etarlicha batafsil muhokama qilingan. Bu erda faqat so'lak bezlari zararlanishida ularning klinik kechish xususiyatlariga to'xtalib o'tish kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, o'ziga xos sialoadenit nisbatan kam uchraydi.

# So'lak bezlari aktinomikozi

Mualliflar o'rtasida so'lak bezlarining aktinomikoz zararlanish jarayonlari chastotasi bo'yicha bitta fikr yo'q. Ba'zi mualliflar [AsninI., 1956; Minsker OB, 1963 va boshqalar] aktinomikoz ko'pincha submandibular so'lak beziga ta'sir qiladi, deb hisoblashadi. Boshqa mualliflar [Zedgenidze G. A., 1953; Vasilev G. A., Panikarovskiy V. V., Romacheva I. F., 1972] o'z kuzatishlari asosida parotid so'lak bezining ustun zararlanishini qayd etadilar.

Aktinomisetlar og'iz bo'shlig'idan bezga uning kanali bo'ylab yoki zararlangan qo'shni hududlardan tarqalish natijasida kirib borishi mumkin, deb ishoniladi.

Aktinomisetlarning bezga kirib borish yo'llariga ko'ra so'lak bezlarining birlamchi (aktinomisetlar yo'l orqali o'tganda) va ikkilamchi (atrofdagi to'qimalardan aktinomisetlar tarqalganda) aktinomikozlari mavjud.

Birlamchi aktinomikozda kasallikning dastlabki davrida og'riq paydo bo'lishi, bez hududida shishish va harorat reaksiyasisiz uning to'qimalariga infiltratsiya qayd etiladi. Sekin-asta va juda sekin shishning kuchayishi, bezning asosiy to'qimalar bilan infiltratsiyasi va lehimlanishining kuchayishi kuzatiladi, natijada uning harakatchanligi progressiv cheklanadi. Infiltrat yog'och zichligi xarakterini oladi, izolyatsiyasi ta'sirlangan bezning kanalidan qarama-qarshi tomonning

o'xshash bezi bilan solishtirganda kamayadi. Bir qator hollarda ajratilayotgan so'lak shilliq yiringli xususiyatga ega.

Piyojenik infeksiya qo'shilganda, o'tkir sialadenitning klinik ko'rinishiga o'xshash jarayonning kuchayishi sodir bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, bez sohasida og'riqlar paydo bo'ladi va yutish og'riqli bo'ladi. Jarayon parotid so'lak bezida lokalizatsiya qilinganida, yallig'lanish kontrakturasi natijasida og'iz ochilishining cheklanishi paydo bo'ladi.

Zararlangan bezda, yog'ochli zich infiltrat hududida yumshatuvchi o'choqlar paydo bo'ladi, ular ochilgandan so'ng (o'z- o'zidan yoki jarrohlik yo'li bilan) oqmalar paydo bo'ladi. Aktinomisetlarning druzalari ularning shilliq-yiringli ajralmalarida uchraydi. Yumshatilgan o'choqni ochgandan so'ng, jarayon vaqtincha susayadi, lekin keyin infiltrat qo'shni to'qimalarga tarqalishda davom etadi, xuddi aktinomikozning odatdagi chuqur teri osti-mushak ichiga shaklidagi kabi.

So'lak bezlarining ikkilamchi aktinomikozi klinik jihatdan teri osti- mushaklararo shakl sifatida davom etadi.

So'lak bezining patologik jarayonga jalb etilishini aktinomikotik jarayonning lokalizatsiyasi, palpatsiya bilan aniqlangan bezdagi o'zgarishlar va ajratilgan so'lak miqdorining kamayishi bilan baholanishi mumkin, bu ba'zida shilliq yiringli xususiyatga ega.

## **Differentsial tashxis**

Soʻlak bezlari aktinomikozining differensial diagnostikasi, birinchi navbatda, surunkali nonspetsifik sialoadenit bilan amalga oshirilishi kerak, chunki "birlamchi aktinomikozda soʻlak bezining shishishi va qalinlashishi, soʻlak ajralishining kamayishi, kanaldan shilliq yiringli suyuqlikning chiqishi sezilarli darajada kuzatiladi. tez- tez va surunkali nonspesifik sialadenit bilan, va shuning uchun differensial diagnostika belgilari sifatida foydalanish mumkin emas," G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) ta'kidlaydi. Shu munosabat bilan ular immunodiagnostikaga katta ahamiyat berishadi.

Darhaqiqat, yuqoridagi belgilar soʻlak bezlarining birlamchi aktinomikoziga ham, surunkali nonspesifik sialadenitga ham xosdir. Shubhasiz, soʻlak bezlarining aktinomikozini tashxislashda immunodiagnostika katta ahamiyatga ega. Ammo immunodiagnozni oʻtkazish uchun aktinomikozga shubha qilish kerak.

Soʻlak bezlarining aktinomikoziga shubha qilish imkonini beradigan asosiy belgi bu shunchaki " Soʻlak bezining zichlashishi" emas, balki mualliflar tomonidan "yogʻochli zichlikli infiltrat" deb taʼriflangan juda zich infiltratning mavjudligi. A.V.Klementov (1967) esa soʻlak bezlari aktinomikozini differensial diagnostika qilish uchun immunodiagnostika, sitologik, patoanatomik va bakteriologik tadqiqotlar juda qimmatli ekanligini taʼkidlab, oʻtdi. Ammo ularning har biri, deydi u, klinik koʻrinishni hisobga

olmasdan, dominant deb hisoblanishi mumkin emas. Har bir alohida holatda aktinomikozni aniqlash uchun bemorni har tomonlama tekshirishdan foydalanish kerak. Ushbu keng qamrovli tekshiruvda ponksiyon biopsiya usuli muhim o'rin tutadi.

# So'lak bezlari tuberkulezi

So'lak bezlarining sil kasalligi ularning aktinomikotik jarayonlariga qaraganda kamroq uchraydi va umumiy sil infeksiyasining mahalliy ko'rinishidir.

Infeksiya tez-tez limfogen yo'l bilan, kamroq gematogen yo'l bilan va juda kamdan-kam hollarda og'iz bo'shlig'idan bezning chiqarish kanali orqali tarqalishi mumkin, deb ishoniladi. Ko'pincha, G. A. Zedgenidze (1953) ma'lumotlariga ko'ra, so'lak bezlarining sil kasalligi bezning qalinligida yoki qo'shni bo'lgan limfoid to'qimalarning hududlari uzunligi bo'ylab o'ziga xos yallig'lanishning tarqalishi natijasidir. uchun uning limfa tugunlari.

So'lak bezining shikastlanishi, odatda bir tomonlama, og'riq va harorat reaksiyalarisiz bemor uchun sezilmaydigan tarzda yuzaga keladi, juda sekin, ba'zan yillar davomida davom etadi va bezning asta-sekin o'sishi va qalinlashishi bilan tavsiflanadi.

Klinik ko'rinishlar jarayonning rivojlanish bosqichiga bog'liq. Dastlabki bosqichda bezning qalinligida infiltrat paydo bo'ladi. Bezning terisi, qoida tariqasida, o'zgarmaydi. Chiqarish yo'lining og'zidan oddiy miqdorda engil so'lak chiqariladi. Muayyan jarayonning rivojlanishi bilan butun bezning ko'payishi tuberkulyoz infiltratning tarqalishi (diffuz jarayon) yoki tuberkulyoz jarayonlarning yangi o'choqlari paydo bo'lishi (fokal jarayon) natijasida yuzaga keladi. Bunday holda, bezning yuzasi



bo'g'imlarga aylanadi. Teri o'zgaraydi, lekin ba'zida ba'zi joylarda ular giperemik va shish paydo bo'ladi.

Jarayonning sezilarli darajada tarqalishi va so'lak bezining bo'limlari o'lishi bilan, G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) ta'kidlaganidek, so'lak ishlab chiqarish kamayadi va shuning uchun uning kanaldan chiqishi Kamayadi.

Jarayonning kuchayishi juda kam uchraydi. Kuchlanish bilan og'riq paydo bo'ladi, trigeminal nervning shoxlari bo'ylab tarqaladi va bezning shishishi kuchayadi. Agar u proparotid so'lak bezida chiqadi, keyin og'iz ochilishini cheklash bo'lishi mumkin.

AV Klementov (1967) kazeoz degeneratsiya bosqichida so'lak bezlarining nisbatan kamdan-kam hollarda tuberkulyoz jarayonlari teri yuzasida ochiladigan oqmalar hosil bo'lishi bilan kechishini ko'rsatadi.

So'lak bezining fokal jarayonlari bo'lgan sialogrammada bezning ta'sirlangan hududida kanal tizimining xiralashganligi kuzatiladi va ularning dastlabki bo'limlarida kontrast modda kichik bo'shliqlarni – bo'shliqlarni to'ldiradi. Bezdagi diffuz jarayon davomida kontrast modda bilan to'ldirilgan turli o'lchamdagi bir nechta yumaloq bo'shliqlar aniqlanadi [Romacheva I. F., 1952]. Kanallarning kengayishi qayd etilmaydi. Ayrim hollarda bezning qalinligida petrifikatsiya joylari kuzatiladi [Zedgenidze GA, 1952].

## **Differentsial diagnostika**

Soʻlak bezlarining sil kasalliklarini aktinomikozdan, surunkali nonspesifik sialadenitdan, aralash oʻsmalardan va soʻlak bezlarining malign neoplazmalaridan farqlash kerak. Oxirgi ikkita oʻsma jarayoni bilan differentsial diagnostika ularning klinikasi tavsifidan keyin amalga oshiriladi.

Soʻlak bezlarining sil kasalligini ularning aktinomikotik jarayonlaridan differentsial diagnostikasi aniqlash Ushbu kasalliklarning klinik koʻrinishlari oʻxshash: ikkala jarayon ham bemor uchun sezilmaydigan tarzda sodir boʻladi, sekin davom etadi va soʻlak bezlarining koʻpayishi va qalinlashishi bilan tavsiflanadi.

Tuberkulyoz soʻlak bezlari aktinomikozidan farqi shundaki:

1) sil kasalligi jarayonida soʻlak bezida toʻqimalarning infiltratsiyasi alohida sohadan boshlanib, soʻngra butun bezga tarqaladi yoki alohida sohalarda bezda joylashadi. Aktinomikotik jarayonda butun bez yogʻochli zichlikka ega boʻlgan infiltratga kiradi;

2) sil kasalligida teri, qoida tariqasida, oʻzgarmas, aktinomikotik bilan – siyanotik-binafsha rangga aylanadi;

3) soʻlak bezlarida sil kasalligi kamdan-kam hollarda kuchayadi, aktinomikotik jarayonda kuchayishi tez-tez kuzatiladi.

Soʻlak bezlarining tuberkulyoz jarayonlarini tashxislashda bezning punktatini oʻrganishda sil tayoqchalarini aniqlash juda muhim, ammo eng ishonchli belgi bezning taʼsirlangan joylarini gistopatologik tekshirish natijalaridir.

Surunkali nonspesifik sialadenit bilan so'lak bezlarining sil kasalliklarini differentsial tashxislash zarurati Ularning klinik ko'rinishining o'xshashligi tufayli yuzaga keladi Kurs: bemorning boshlanishi uchun sezilmaydigan, uzoq davom etadigan kurs, shunga o'xshash klinik ko'rinishlar.

So'lak bezlarining tuberkulyozli zararlanishlari va surunkali nonspesifik sialoadenit o'rtasidagi farq quyidagicha ifodalanadi:

- 1) surunkali nospetsifik sialadenit bilan solishtirganda tuberkulyoz jarayonining kamdan-kam yuzaga kelishi kuzatiladi;
- 2) tuberkulyoz jarayonining xarakterli rentgenografik rasmida – sialogrammada, yuqorida aytib o'tilganidek, so'lak yo'llarining kengayishi kuzatilmaydi; petrifikatlar bezning qalinligida topiladi, bu tuberkulyoz sialoadenitni surunkali nonspesifik sialadenitdan aj'ratib turadi. Yakuniy tashxis patologik tekshiruvdan so'ng belgilanadi.

# So'lak bezlarining sifilisi

So'lak bezlarining sifilitik zararlanishlari juda kam uchraydi. Shunday qilib, A. V. Klementov (1967) mahalliy adabiyotda 1927 yilda F. P. Eruximovich va M. I. Blyumkinning parotid bezining sifilisi haqidagi ma'ruzasidan keyin ushbu mavzu bo'yicha maxsus ishlar nashr etilmaganligini aniqlandi, shuning uchun bu erda faqat sifilis haqida o'tgan yillar ishiga asoslangan so'lak bezlari qisqacha ma'lumot berilgan.

Ushbu mualliflarning fikriga ko'ra, parotid so'lak bezi asosan sifilis bilan kasallangan. Submandibular va sublingual juda kamdan-kam hollarda ta'sirlanadi. Faqat kamdan-kam hollarda bir vaqtning o'zida bir nechta so'lak bezlarining shikastlanishi kuzatildi.

So'lak bezining shikastlanishi sifilisning ikkilamchi va uchinchi darajali davrlarida tavsiflanadi.

Ikkilamchi davrda, so'lak bezi shikastlanganda, u kattalashadi va qalinlashadi, og'riqli bo'ladi. Uning so'lak chiqishi kuchayadi.

Bu hodisalarning barchasi asta-sekin va keyinchalik rivojlanadi. Shu bilan birga, parotid yoki submandibular limfa tugunlari ham ko'payadi va qalinlashadi. Ba'zida abses shakllanishi kuzatiladi, ayniqsa simob preparatlari bilan davolash oxirida.

Uchinchi davrda so'lak bezlarining sifilitik zararlanishlarining ikki shakli tavsiflanadi: gummous shakl yoki gummous

sialadenit va interstitsial shakl yoki interstitsial sialadenit.

Gummous sialadenitda birinchi navbatda bezning og'riqli shishishi paydo bo'ladi, so'ngra uning qalinligida bir yoki bir nechta tugunlar hosil bo'ladi, keyinchalik ular yumshaydi va tipik gümma hosil bo'lishi bilan ochiladi.

Interstitsial sifilitik sialadenit bilan bezning shishishi ko'rinishi qayd etiladi, bu juda sekin rivojlanadi. Bezning siqilishi ham sekin sodir bo'ladi. Asta-sekin u atrofdagi to'qimalarga lehimlanadi va harakatsiz bo'ladi.

### **Differensial diagnostika**

So'lak bezining sifilitik zararlanishlari o'ziga xos bo'lmagan sialadenit, aktinomikoz, sil va o'smalardan farqlanishi kerak.

G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy va I. F. Romacheva (1972) ta'kidlaganidek, sifilitik sialadenitning nospesifik sialoadenit bilan differensial diagnostikasida, bemorlarda sifilistarixi mavjudligini ko'rsatish, ushbu kasallikning boshqa sohalarida namoyon bo'lishini aniqlash. tana (ikkilamchi sifilida teri toshmasi, uchinchi darajali saqich va tuberkulyoz sifiliz), shuningdek, ijobiy laboratoriya ma'lumotlari.

So'lak bezlari sifilizini aktinomikoz va sil kasalligidan

Farqlash bilan bir xil xususiyatlarga asoslanadi oldingi bobda tasvirlangan edi.

# So'lak bezlari tizimli kasalliklar

Mikulich kasalligi va Shegren sindromini o'z ichiga olgan so'lak bezlarining tizimli kasalliklari nisbatan kam uchraydigan kasalliklardir. Ular so'lak bezlarini mag'lub etishdan tashqari, tananing boshqa organlari va tizimlaridagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ularning sababi hali ham aniq emas. Shegren sindromining rivojlanishida otoimmun mexanizmlar muhim rol o'ynaydi.

## Mikulich kasallik klinikasi

Mikulich kasalligi so'lak va lakrimal bezlarning ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. Bu parotid, submandibular, sublingual va kichik so'lak bezlarining (labial, bukkal, palatin, lingual) shishishiga olib keladi.

Kasallik kamdan-kam hollarda barcha bezlarning ko'payishi bilan boshlanadi. Ko'pincha bitta bez (odatda parotid) birinchi navbatda undagi limfoid to'qimalarning o'sishi tufayli shishiradi. G. A. Vasilev, V. V. Panikarovskiy, I. F. ROmacheva (1972) ta'kidlaganidek, bu davrda kasallik interstitsial parotitning dastlabki bosqichiga o'xshaydi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Faqat 2-3 yildan keyin boshqa so'lak bezlari ham ulardagi limfoid to'qimalarning o'sishi tufayli ko'payadi. Shu bilan birga, kattalashgan bezlar zich, tuberous, og'riqsiz, ularning ustidagi teri rangi, o'zgarmasligi. Chunki lakrimal bezlar, yuqori ko'z

govoqlari pastga tushiriladi, bu esa palpebral yoriqlarning torayishiga olib keladi.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida soʻlak bezlari kanallaridan normal, baʼzan esa ortiqcha miqdorda shaffof soʻlak ajʼralib chiqadi. Kelajakda soʻlak sekretsiyasi sezilarli darajada kamayadi, keyin esa butunlay toʻxtaydi. Bemorlar bir vaqtning oʻzida ogʻiz boʻshligʻida tobora ortib borayotgan quruqlikni qayd etadilar. Koʻz yoshlari oqimi ham toʻxtaydi, buning natijasida bemorlarda quruq koʻzlar paydo boʻladi.

## **DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKA**

Mikulich kasalligi oʻzining klinik kechishida baʼzi hollarda surunkali interstitsial sialadenitning klinik kurinishiga juda oʻxshaydi: ikkala kasallik ham bir, koʻpincha parotid, soʻlak bezining sezilmaydigan shishishi bilan boshlanadi, soʻngra ikkinchisi jarayonda ishtirok etadi. Shishgan bezlar ogʻriqsiz, zich, normal teri rangi bilan qoplangan. Kasallikning dastlabki davrida kanallardan normal miqdorda tiniq soʻlak chiqariladi. Keyinchalik, patologik jarayonning rivojlanishi bilan, kanallardan soʻlak sekretsiyasi kamayadi va ogʻiz boʻshligʻining quruqligi – kserostomiya paydo boʻladi

Mikulich kasalligining surunkali interstitsial sialadenitdan farqlari: birinchidan, Mikulich kasalligida soʻlak bezlarining sekin, lekin doimiy ravishda ortib borishi kuzatiladi, bu koʻpincha parotid bezlardan boshlanadi. Surunkali interstitsial

sialoadenitda bu bezlarning shishishi ulardagi "interstitsial" o'sish sifatida paydo bo'ladi; ikkinchidan, Mikulich kasalligi bilan katta va kichik barcha so'lak bezlari ko'payadi. Surunkali interstitsial sialoadenitda ko'p hollarda faqat juftlashgan simmetrik o'sish kuzatiladi (ko'pincha parotid); uchinchidan, Mikulich kasalligi bilan so'lak va lakrimal bezlarning tizimli shishishi qayd etilgan. Surunkali interstitsial sialadenitda faqat so'lak bezlari (ko'pincha parotid) shishiradi.

### Shegren sindromi klinikasi

1933 yilda Shegren tomonidan tasvirlangan ushbu sindrom quyidagi alomatlarini o'z ichiga oladi: quruq ko'zlar (kseroftalmiya), quruq og'iz (kserostomiya), quruq burun va nazofarenks, oshqozon-ichak traktining disfunktsiyasi, parotid so'lak bezlarining takroriy shishishi va poliartrit hodisalari.

Belgilangan kasallik 40 yoshdan keyin ayollarda tez-tez kuzatiladi va juda uzoq davom etadi (yillar davomida).

Uning birinchi namoyon bo'lishi lakrimal bezlarning sekretor funksiyasining pasayishi, so'ngra so'lak bezlari, quruq ko'zlar va og'iz bo'shlig'ining paydo bo'lishida namoyon bo'ladi. Dastlab, parotid so'lak bezlarining shishishi kuzatilmaydi. Kelajakda, quruq og'iz hodisalariga qo'shimcha ravishda, ikkala parotid so'lak bezlarining shishishi paydo bo'ladi, ular vaqt o'tishi bilan kuchayadi, og'riqli bo'ladi va ularning kanallaridan yiring chiqariladi.

Kasallikning rivojlangan bosqichida tekshirilganda parotid



soʻlak bezlari kattalashgan koʻrinadi. Ustidagi teri normal rangga ega. Koʻz va ogʻiz boʻshligʻining shilliq pardalari quruq, giperemik. Dudoqlar qizil chegarasida qobiqlar, tilda yoriqlar mavjud. Soʻlak bezlarini massaj qilganda, chiqarish yoʻllaridan soʻlak oqishi kuzatilmaydi. Koʻpincha kichik boʻgʻinlar deformatsiyalangan, ularning baʼzilari ankilozlangan.

Parotid soʻlak bezlarining sialogrammasi kichik kanallarning yoʻq qilinishini, ularning alohida joylarda torayganligini va parenximada boʻshliqlarning mavjudligini koʻrsatadi.

### **Differentsial diagnostika**

Shегren sindromining differentsial diagnostikasi surunkali parenximal parotit va u bilan koʻplab umumiy klinik va patomorfologik xususiyatlarga ega boʻlgan Mikulich kasalligi bilan amalga oshirilishi kerak.

Surunkali parenximal parotit bilan Shengren sindromining differentsial diagnostikasi zaruratiani aniqlash ularning klinik koʻrinishlarining sezilarli oʻxshashligi boʻlib, ular parotid soʻlak bezlarining asta-sekin va sekin oʻsishida, ikkala patologik jarayonning uzoq davom etishida, shuningdek, bir xil sialografik koʻrinishda namoyon boʻladi.

Shегren sindromining surunkali parenximal parotitdan farqi shundaki, Shегren sindromida kasallik quruq koʻz bilan boshlanadi (kseroftalmiya). Keyin ogʻiz boʻshligʻining quruqligi (kserostomiya) qoʻshiladi. Surunkali parenximal parotitda kasallikning boshlanishida soʻlak bezlarining soʻlak funksiyasi

buzilmaydi.

Shegren sindromida parotid so'lak bezlari, quruq ko'zlar, og'iz bo'shlig'ining kengayishi bilan bir qatorda, filamentli keratit va poliartrit hodisalari mavjud. Surunkali parenximal parotitda bunday o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Shegren sindromini Mikulich kasalligi bilan differentsial tashxis qo'yish zaruratidan biri bo'lganligi sababli yuzaga kelgan Shegren sindromining alomati parotid so'lak bezlarining kengayishi hisoblanadi. Mikulich kasalligi ham parotid so'lak bezlarining ustun o'sishi bilan birga keladi.

Kasallikning ilg'or bosqichida ikkala jarayon ham quruq og'iz bilan birga keladi.

Shegren sindromi va Mikulich kasalligi o'rtasidagi farq shundaki, Shegren sindromining dastlabki belgisi lakrimal bezlarning, keyin esa so'lak bezlarining sekretor funksiyasining pasayishi hisoblanadi.

Parotid bezlarining kengayishi keyinroq paydo bo'ladi. Mikulich kasalligi bilan jarayon bitta so'lak bezining, ko'pincha parotid bezining ko'payishi bilan boshlanadi. Og'iz bo'shlig'ining quruqligi keyinchalik paydo bo'ladi – kasallikning ifodalangan bosqichida.

Shegren sindromida parotid so'lak bezlarining shikastlanishidan tashqari, ko'zning shikastlanishi (filamentli keratit) va bo'g'imlarning deformatsiyasi, ba'zan esa ankiloatlanishi bilan artrit kuzatiladi. Mikulich kasalligi bilan barcha so'lak va lakrimal bezlar ta'sirlanadi, ammo artrit

kuzatilmaydi.

# Bez yo'llaridagi yod jismlar

Ko'pincha submandibulyar so'lak bezining kanaliga kiradigan begona jismlar kichik baliq suyaklari, ularni og'iz bo'shlig'ida ushlab turish va tishlari bilan tishlash odatiga ega bo'lgan odamlarda o'simliklarning ingichka poyalari.

Bezlarining kanallariga begona jism kirganda, bemorlar sublingual yoki bukkal soxada engil tirqishni his qilishadi. Ular bu tuyg'uni yaxshi eslashadi, bu anamnezni yig'ishda aniq bo'ladi.

Bezning kanaliga begona jism kiritilgandan bir necha soat o'tgach, ikkinchisi shishiradi, zich elastic va o'rtacha og'riqli bo'ladi. Ovqatlanayotganda bezda spontan og'riqlar paydo bo'ladi, shish va kattiqlashish kuchayadi. Oziq-ovqat iste'mol qilishni to'xtatgandan so'ng, o'z-o'zidan paydo bo'ladigan og'riqlar yo'qoladi, bezning shishishi kamayadi, lekin bez hech qachon odatdagi hajmiga etib bormaydi, lekin kattalashgan, o'rtacha og'riqli va zich elastik mustahkamlikni saqlab qoladi.

Jarayonning kuchayishi ham kuzatilishi mumkin: oziq-ovqat iste'mol qilishdan qat'i nazar, bezda spontan og'riqlar paydo bo'ladi, bemorning tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvol yomonlashadi, bez sezilarli darajada shishiradi, juda zich bo'ladi, uning ustidagi teri qizil rangga aylanadi, ya'ni hodisalar. yuzaga keladi, o'tkir sialadenitda kuzatiladi. Bunday holda, jarayon tezda atrofdagi to'qimalarga tarqalishi mumkin, chunki bezning kapsulasi erib, flegmonoz jarayon hosil bo'ladi.

Adabiyotda begona jism soʻlak toshlarining paydo boʻlishining markazi boʻlgan holatlar tasvirlangan.

Sialografiya begona jismning joylashishini aniqlash uchun ishlatiladi. Sialogrammada bez kanallaridan birida toʻldirish nuqsoni aniqlanadi, bu bez kanalida begona jism mavjudligining obʻektiv diagnostik belgisi boʻlib xizmat qiladi.

### **Differentsial diagnostika**

Bez yoʻliga yod jismning natijasida kelib chiqqan sialoadenit klinikasi tavsifidan ichida , bu boshida ekanligi aniq muayyan bosqichda u surunkali sialoadenitga oʻxshaydi, jarayonning kuchayishi bilan u oʻtkirdir va baʼzi hollarda begona jism uzoq vaqt davomida kanalda boʻlsa, uning klinikasi soʻlak tosh kasalligiga oʻxshaydi. Ushbu kasalliklardan, begona jismni kirishi natijasida sialadenit ichida bez kanali, va farqlash kerak. Soʻlak bilan tosh kasalligining differentsial diagnostikasi uning klinikasi koʻringanidan keyin tasvirlanadi.

Surunkali oʻziga xos boʻlmagan sialadenit bilan bezlar kanallariga begona jismlarni kirishi natijasida yuzaga kelgan sialoadenitning differentsial diagnostikasi zaruratini belgilaydi – quyidagi umumiy simptomlar bilan: bu jarayonlarning barchasi davomida soʻlak bezlarining koʻpayishi va ularning moʻtadil infiltratsiyasi, shuningdek, ularning vaqti-vaqti bilan paydo boʻladigan kuchayishi sodir boʻladi.

Surunkali nospetsifik sialadenitdan bezlar kanallariga begona jismlarning kiritilishidan kelib chiqqan sialoadenit oʻrtasidagi

farq: birinchidan, anamnezda – bemorlar til osti yoki og'iz soxasida in'ektsiyani ko'rsatadi; ikkinchidan, so'lak bezining ko'payishi, uning to'liqligi hissi va ovqatlanish bilan bog'liq og'riq paydo bo'lishi.

Surunkali sialoadenitda bunday hodisalar yuzaga kelmaydi, uchinchidan, bezlar kanallariga begona jismlarning kiritilishidan kelib chiqqan sialoadenit bilan, sialogrammada begona jism joylashgan kanalni to'ldirishda nuqson bor. Surunkali sialadenitda sialografik rasm boshqacha bo'ladi.

Bezlarining kanallariga begona jismlarni kiritish natijasida yuzaga kelgan kuchaygan sialadenitning differentsial diagnostikasi, o'tkir sialadenit bilan mavjudligi sababli zarur tana haroratining ko'tarilishi, bemorlarning umumiy ahvolining yomonlashishi, so'lak bezlarida o'tkir yallig'lanishning mahalliy belgilarining paydo bo'lishi (qattiq shish, giperemiya, infiltratsiya, og'riq) kabi ikkala kasallikka xos bo'lgan umumiy belgilar.

Bezlarining kanallariga begona jismning kirib kelishi natijasida yuzaga kelgan kuchaygan sialadenit uchun o'tkir sialadenitdan farqli o'laroq, quyidagilar xarakterlidir: 1) anamnezda travma belgisi mavjudligi; 2) jag osti so'lak bezining tez-tez shikastlanishi.

# **Kalkulyoz sialadenit (so'lak tosh kasalligi)**

Solak bezlari kasalligini o'rgangan mualliflar [Klementov A.V,

1960, 1970; Romacheva I.F., 1952, 1972; Sakovich A. A., 1976 yil; Ugulava S.N., 1960, va boshqalar], kalkulyoz sialoadenit (so'lak tosh kasalligi) so'lak bezlarining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri ekanligini ta'kidlagan.

Ko'pincha so'lak toshlari submandibular so'lak bezida va uning kanallarida lokalizatsiya qilinadi. Parotid so'lak bezida va uning kanallarida so'lak toshlari kamroq uchraydi. Sublingual so'lak bezida so'lak toshlarining lokalizatsiyasiga kelsak, A. V. Klementov (1970) bu masala bo'yicha adabiyotlarda bir nechta ma'ruzalarning noaniqligini ta'kidlaydi.

So'lak tosh kasalligining klinik ko'rinishi toshning joylashishi, jarayonning davomiyligi va tabiati bilan belgilanadi.

Tosh shakllanishining dastlabki bosqichlari, qoida tariqasida, klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi. Ko'pincha bemorlar yallig'lanish hodisalari qo'shilishi yoki so'lakning buzilishi bilan bog'liq holda tibbiy muassasalarga murojaat qilishadi. Ba'zi hollarda so'lak toshlari klinik jihatdan hech qanday tarzda namoyon bo'lmaydi va tasodifan aniqlanadi.

Kasallikning birinchi belgilari so'lakning chiqishi buzilgan

paytdan boshlab paydo bo'ladi. Bu odatda ovqat paytida sodir bo'ladi. Tegishli bezda to'liqlik hissi paydo bo'ladi, keyin "so'lak kolikasi" deb ta'riflangan og'riqlar paydo bo'ladi. Bez kattalashib, qalinlashadi. Ovqatlanish tugagandan so'ng, bu hodisalar asta-sekin yo'qoladi, ammo keyingi ovqatda ular yana takrorlanadi.

So'lakning chiqishining uzoq vaqt kechikishi uning bezdagi turg'unligiga, bez to'qimalarining atrofiyasi bilan surunkali yallig'lanishining rivojlanishiga va uning tolali to'qimalar bilan almashtirilishiga olib keladi. Bu ta'sirlangan bezning o'rtacha shishishi bilan namoyon bo'ladi. Uning ustidagi teri rangi o'zgarmaydi, burmalarda yaxshi olinadi. Palpatsiyada so'lak bezi zich, harakatsiz va bo'g'imli ko'rinadi.

So'lak kanalining og'iz bo'shlig'ida shilliq qavat giperemik bo'lib, bezga bosim o'tkaziladi, kanaldan yiring chiqariladi va kanal bo'ylab palpatsiya ko'pincha so'lak toshini yoki uning atrofidagi infiltratni his qilish imkonini beradi. Agar tosh bezning parenximasida lokalizatsiya qilingan bo'lsa, kanalning yallig'lanishi kuzatilmaydi, ammo so'lakning kamayishi qayd etiladi. Jarayonning kuchayishi bilan bemorning harorati ko'tariladi, umumiy hol'at yomonlashadi. Bezning shishishi va siqilishi kuchayadi, og'riq kuchayadi. Bez harakatsiz bo'lib qoladi, atrofdagi to'qimalarning o'rtacha darajada diffuz shishishi paydo bo'ladi. Bez ustidagi terining rangi o'zgarmaydi, u burmada yaxshi olinadi. Submandibulyar so'lak bezida jarayonning kuchayishi bilan og'iz ochilishi ko'pincha



cheklangan va yutish keskin og'riqli bo'ladi. Chiqaruvchi kanalning bimanual palpatsiyasi bilan u og'riqli tarmoqii sifatida aniqlanadi. Og'iz atrofidagi shilliq qavat giperemik, kanali bo'shliq. Bezga bosilganda, kanaldan yiring yoki sof yiring bilan aralashgan so'lak chiqariladi. Kanalda va bezning o'zida so'lak toshini aniqlash uchun juda katta imkoniyatlar rentgenografiya va sialografiya orqali ochiladi. IF Romacheva (1952) kontrast moddani bezning kanaliga kiritilganda, toshning joylashgan joyida kanalning yoki bo'shliqning kengayishi aniqlanadi. Shu bilan birga, tosh qilingan yodolipolga qaraganda kamroq kontrastli soyani beradi yoki hatto kontrast moddani to'ldirish nuqsoni sifatida aniqlanadi (I-rasm).

### **Differentsial diagnostika**

So'lak tosh kasalligini tan olish ba'zi hollarda maxillofasiyal soxaning boshqa kasalliklari bilan o'xshashligi tufayli ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, shuning uchun to'g'ri tashxis qo'yish uchun differentsial tashxis qo'yish kerak.

So'lak tosh kasalligini quyidagi kasalliklardan ajratish kerak: surunkali parenximal sialoadenit; bezning kanaliga begona jismni kiritish natijasida kelib chiqqan sialadenit; limfadenit; submandibular soxaning limfa tugunlarida yomon sifatli o'smalarning metastazlari; maksiller-lingual trubaning absoslari; dermoid kistalar va so'lak bezlarining neoplazmalari. Oxirgi ikkita kasallik bilan differentsial diagnostika ularning klinikasi tavsifidan keyin tegishli bo'limlarda taqdim etiladi.

Surunkali parenximal sialadenit bilan so'lak tosh kasalligini differentsial tashxirlash zarurati hajmi ularning klinik kechishining o'xshashligi bilan aniqlanadi. Ushbu ikki kasallikda so'lak bezlari kattalashgan, zich, g'adir -budir. Bezlarni massajlashda kanallardan yiringli aralashma bilan so'lak chiqariladi. Ikkala jarayon ham yallig'lanish hodisalarining davriy kuchayishi bilan davom etishi mumkin.

So'lak tosh kasalligi va surunkali parenximal sialadenit o'rtasidagi farq tegishli so'lak bezining ovqatlanishi paytida so'lak tosh kasalligining ko'payishi va so'lak kolikasi paydo bo'lishida namoyon bo'ladi. Surunkali parenximal sialoadenitda bezning ko'payishi va ovqatlanish paytida so'lak kolikasi paydo bo'lishi kuzatilmaydi.

So'lak tosh kasalligida rentgen tekshiruvi kanalda yoki bez parenximasida tosh mavjudligini aniqlaydi. A.V.KIementov (1960) so'lak bezining surunkali yallig'lanishi va rentgenogrammada so'lak toshining soyasi bo'lmasa, toshning o'z-o'zidan chiqib ketishini istisno qilish uchun bemorni to'liq so'roq qilish tavsiya etiladi. Uning ta'kidlashicha, bunday hollarda sialografiya differentsial diagnostika uchun muhim yordam berishi mumkin. Sialogrammada toshning o'z-o'zidan o'tishi bilan bez va yo'lda xarakterli o'zgarishlar aniqlanadi: tosh joylashgan joyga distalda, asosiy kanal yoki uning intraglandular shoxlarining kengayishi va surunkali yallig'lanishga xos bo'lgan bezdagi o'zgarishlar. jarayon, qayd etilgan [Romacheva I.F., 1952].

Soʻlak tosh kasalligini differentsial diagnostika yot jismning kiritilishidan kelib chiqqan sialadenit bezning kanaliga, shuningdek, sezilarli sabab boʻladi ularning klinik koʻrinishlarining oʻxshashligi. Ikkala kasallikda ham taʼsirlangan soʻlak bezlari kattalashgan va qattiqlashgan koʻrinadi, ovqatlanayotganda soʻlak kolikasi paydo boʻladi; Yalligʻlanish hodisalarining davriy kuchayishi kuzatiladi.

Soʻlak tosh kasalligi va bez kanaliga begona jismni kiritish natijasida kelib chiqqan sialadenit oʻrtasidagi farq, birinchi navbatda, anamnestik maʼlumotlardagi farqda namoyon boʻladi. Soʻlak tosh kasalligi bilan bemorlar odatda kasallik ovqatlanish paytida ogʻriq paydo boʻlishi, soʻlak bezining kattalashishi va qalinlashishi bilan boshlanganligini koʻrsatadi. Bezning kanaliga begona jismni kiritish natijasida kelib chiqqan sialadenit bilan bemorlar ovqat paytida ogʻriq paydo boʻlishi, soʻlak bezining kattalashishi va qalinlashishi oldin til osti qismiga yoki yonoq sohasiga somon bilan inʼektsiya qilinganligini taʼkidlashadi. oʻt pichogʻi, baliq suyagi va boshqalar; ikkinchidan, rentgen tasviridagi farq. Soʻlak tosh kasalligi boʻlsa, tosh sohasidagi sialogrammada kanalning kengaygan soyasi yoki bez parenximasidagi boʻshliqning soyasi aniqlanadi. Shu bilan birga, toshning soyasi AOK qilingan yodolipolning soyasiga qaraganda kamroq kontrastli, yoki hatto toʻldirish nuqsoni sifatida aniqlanadi. Kanalga begona jismning kiritilishidan kelib chiqqan sialoadenitda sialogrammada begona jism joylashgan chiqarish yoʻlini toʻldirishda nuqson aniqlanadi.

Jag' osti limfadenit bilan jag' osti so'lak bezida so'laktosh kassalligi yoki xavli o'sma metastazlari bilan submandibular so'lak bezida lokalizatsiya qilinganida limfa tugunlariga tarqalganda differensial diagnostika maydoni anatomik birligi tufayli birlashadi. Kattalashgan jag'osti so'lak bezi va limfadenit bilan kattalashgan limfa tugunlari yoki undagi xavli o'sma shish metastazlari bir xil anatomik mintaqada joylashgan, bir xil tashqi ko'rinishga ega va bir xil zich elastik mustahkamlikka ega.

Jag'osti so'lak bezida tosh lokalizatsiyasi bo'lgan so'lak tosh kasalligi va jag'osti limfadenit yoki jag'osti limfa tugunidagi xavfli o'smaning metastazi o'rtasidagi farq shundaki, so'lak tosh kasalligida ovqatlanish og'riq (so'lak sanchig'i), kattalashishi va qalinlashishi bilan birga keladi. Submandibulyar limfadenit, xavli o'smaning submandibular limfa tuguniga metastazlari bo'lsa, ovqatlanish so'lak kolikasiga olib kelmaydi va bu shakllanishlarning ko'payishi bilan birga kelmaydi.

Submandibulyar so'lak bezida tosh lokalizatsiyasi bilan so'lak tosh kasalligi bo'lsa, kanaldan kam miqdorda loyqa so'lak yoki yiring chiqariladi. Submandibulyar limfadenit yoki malign o'simtaning submandibular limfa tugunidagi metastazlari bo'lsa, so'lak bezining kanalidan normal miqdorda tiniq so'lak aj'ralib chiqadi.

Submandibulyar so'lak bezida toshning lokalizatsiyasi bilan so'lak tosh kasalligi bo'lsa, sialogramma ushbu kasallikning xarakterli rasmini ko'rsatadi (yuqoriga qarang). Submandibulyar limfadenit, malign o'simtaning limfa tuguniga metastazi

bilan sialogramma submandibulyar so'lak bezida strukturaviy o'zgarishlarni ko'rsatmaydi.

Yuqori jag' ostidagi so'lak bezining surunkali yallig'lanishini differensial diagnostika qilish zarurati, so'lak tosh kasalligi asosida maksiller-lingual trubaning xo'ppozi bilan. bundaylarda bu jarayonlarning o'xshashligi tufayli ularning klinik ko'rinishlari, masalan, tana haroratining ko'tarilishi, bemorning umumiy ahvolidan yomonlashishi, maksiller-lingual truba va og'iz bo'shlig'i sohasidagi to'qimalarning shishishi va infiltratsiyasi.

So'lak tosh kasalligi asosida pastki jag' osti so'lak bezining kuchaygan surunkali yallig'lanishi va maksiller-lingual trubaning xo'ppozi o'rtasidagi farq oldingi jarayonlarning tabiatidagi farqda namoyon bo'ladi. So'lak tosh kasalligi asosida submandibular so'lak bezining surunkali yallig'lanishining kuchayishi ovqat paytida paydo bo'ladigan so'lak kolikasi kabi og'riqlardan oldin bo'ladi. Maksiller-lingual trubaning xo'ppozidan oldin pastki molarlarning periodontidagi yallig'lanish jarayoni, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi kuzatiladi.

Submandibulyar so'lak bezining surunkali yallig'lanishining kuchayishi bilan so'lak tosh kasalligi asosida loyqa so'lak kam miqdorda yoki yiringli uning chiqarish yo'lidan chiqariladi yoki bez kanalidan ajralishlar butunlay yo'q. Maksiller-lingual trubaning xo'ppozi bilan submandibulyar so'lak bezining chiqarish kanalidan tiniq so'lak ajralib chiqadi.