

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
4-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ВА БОШ-БУЙИН  
КАСАЛЛИКЛАРИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**«ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС»  
НОЗОЛОГИЯСИГА ОИД МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ – 2025**

«Тасдиқлайман»

Республика ихтисослаштирилган  
оториноларингология ва бош-буйин  
касалликлари илмий-амалий марказ

директори, Хасанов У.С.

2025 й.



**«ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС»  
НОЗОЛОГИЯСИГА ОИД МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025

[Введите текст]

## **Мундарижа**

1. «Паратонзилляр абцесс» нозологияси бўйича диагностика ва даволаш миллий клиник протокол .....6
2. «Паратонзилляр абцесс» нозологияси бўйича тиббий амалиёти/аралашуви миллий клиник протокол .....23
3. «Паратонзилляр абцесс» нозологияси бўйича тиббий профилактика ва реабилитацияси миллий клиник протокол» .....27

**«ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС»  
НОЗОЛОГИЯСИГА ОИД ТАШХИСЛАШ ВА  
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

## 1. Кириш қисми

- Халқаро касалликлар таснифи – МКБ-10 шифри:

МКБ-10	Номланиши
Код:	
J36.0	Паратонзилляр абцесс
(ХКТ-10 хавола ва и)	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>
SA0K.1	Перитонзиллярный абцесс
ХКТ-11	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047</a>

- **Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

- **Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:** Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон оториноларингология ва бош-бўйин жарроҳлиги уюшмаси.

**Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар хисса қўшди:**

Жараёни ташкил этиш бўйича оториноларингология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1.Хасанов У.С. РИОваББКТМ директори, ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор;

2.Эргашев У.М. РИОваББКТМ директор ўринбосари, ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,

3.Амонов Ш.Э. ТошПТИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор;

[Введите текст]

4.Арифов С.С. ТошВМОИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

**Асосий муаллифлар, кўшимча муаллифлар жамоаси рўйхати (Ф.И.Ш., иш жойи, унвони/лавозими):**

1.Хасанов У.С. РИОваББКTM директори, ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор;

2.Эргашев У.М. РИОваББКTM директор ўринбосари, ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,

3.Джангиров Т.Г., РИОваББКTM биринчи тоифали оториноларинголог шифокори

4. Хуснитдинов Р.А., РИОваББКTM оториноларинголог шифокори

**Шархловчилар:**

- Шархловчилар: Кожантаева С.К. т.ф.д., Марата Оспанова номидаги ҒҚТУ оториноларингология, офтальмология кафедраси мудири, Қозоғистон Республикаси Оториноларингологлар ассоциацияси аъзоси, Ақтүбе ш. бош оториноларинголог шифокори;

Ички: Махкамова Н.Э. ТДСИ Оториноларингология кафедраси профессори, т.ф.д., профессор;

- РИОваББКTM Кенгашида муҳокама қилинди, протокол № , 2025й.;

**Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш Вазирлиги қошидаги  
Эксперт гуруҳ мутахассислар томонидан экспертлик бахоси:**

1. Ашуров А.М. т.ф.д. Ўзбекистон соғлиқни сақлаш Вазирлиги ЛОР мутахассислиги бош эксперти.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

**Протоколда ишлатилган қисқартмалар:**

<b>КТ</b>	Компьютер томографияси;
<b>НПВП</b>	нестероид яллиғланишга қарши воситалар;
<b>ПА</b>	Паратонзилляр абсцесс
<b>СРБ</b>	С – реактив оқсил
<b>ТЭ</b>	иккитарафлама тонзиллоэктомия

**-Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар:** оилавий шифокорлар, оториноларингологлар.

**-Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:** катталар.

**-Далилий тиббиётга асосланган далиллик даражаси шкаласи.**

<b>A</b>	Натижалари тегишли популяцияга тадбиқ этилиши мумкин бўлган, юқори сифатли мета-таҳлил, ТКБ тизимли шарҳи ёки тизимли хатолик эҳтимоли жуда паст (++) бўлган йирик ТКБ.
<b>B</b>	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқотларининг юқори сифатли (++) тизимли шарҳи ёки тизимли хатолик хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки кейс-контрол тадқиқотлари ёки натижалари тегишли популяцияга тадбиқ этилиши мумкин бўлган тизимли хатолик хавфи юқори бўлмаган (+) ТКБ.

С	<p>Когорт ёки ходиса-назорат тадқиқоти ёки тизимли хатолик хавфи юқори бўлмаган (+) тасодифийлаштирилган назорат остидаги тадқиқот.</p> <p>Натижалари тегишли популяцияни қамраб олиши мумкин бўлган ёки натижалари тегишли популяцияга тўғридан-тўғри тадбиқ этилиши мумкин бўлмаган, тизимли хатолик хавфи жуда паст ёки юқори бўлмаган (++) ёки (+) ТКБ.</p>
D	<p>Касаллик ҳолатлари сериясининг тавсифи ёки назорат остида бўлмаган тадқиқот ёки экспертларнинг фикри.</p>

## 2.1 Асосий қисм.

### Кириш

Паратонзилляр абсцесс (ПА) – танглай муртаги псевдокапсуласи ва фаренкс мушак констрикторларини қопловчи фаринкс фасцияси ўртасида жойлашган паратонзилляр тўқима йирингли эриши билан кечадиган касаллик заболевание.

## 2.2 Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

### этиологияси ва патогенези

Касаллик паратонзилляр бўшлиғга генетик жиҳатдан белгиланган патогенлик омилларига эга бўлган, асосан анаэроб нафас олиш турига мансуб микроорганизмлар кириб келиши натижасида ривожланади, бунинг учун уларнинг колонизацияси учун қулай шарт-шароитлар мавжуд бўлиши лозим. Қўзғатувчи сифатида кўпинча **А серогуруҳи** β-гемолитик стрептококки ҳамда спора ҳосил қилмайдиган облигат-анаэроб микроорганизмлар бўлади. Шунингдек, инфекция жараёнининг фаол шаклларида оғиз-халқум транзитор микробиотасига мансуб ко-патоген микроорганизмлар ҳам иштирок этиши мумкин. Паратонзиллит одатда танглай муртакларининг иммун ҳолати ўзгариши оқибатида ривожланади, ва бу иммунитетнинг Т- ва В-хужайра боғламлари кўрсаткичларининг камайиши билан намоён бўлади.

Кўп ҳолатларда паратонзилляр абсцесс паратонзилляр тўқиманинг бирламчи яллиғланиши оқибатида - кўпинча ангина асорати сифатида, камроқ ҳолларда эса сурункали тонзиллитнинг навбатдаги ёмонлашуви сифатида – йирингли эриши натижасида ривожланади. Бу жараёнда инфекциянинг тонзиллоген йўли билан паратонзилляр бўшлиққа кириши кузатилади. Шунингдек, одонтоген йўл ҳам мавжуд, бунда асосан пастки орқа тишларда (иккинчи молярлар, ақл тишлари) кариес жараёни ва **альвеоляр ўсма (отросток)** периостити билан боғлиқ ҳолларда паратонзилляр тўқима зарарланиши мумкин. Баъзи ҳолатларда эса ёт жисм (масалан, балиқ суяги) паратонзилляр [Введите текст]

тўқимага ботиб кириши натижасида инфекция пайдо бўлиши мумкин. Паратонзиллит ривожланишига танглай муртакларида чуқур крипталар мавжудлиги сабаб бўлади, улар муртакларнинг бутун танаси бўйлаб жой эгаллиди ва ангина даврида паратонзилляр тўқимада яллиғланиш жараёнларини ривожланишида хизмат қилади. Сурункали тонзиллитнинг доимий оўирлашиши ва ангинанинг қайталаниши крипталар кириш қисми ва танглай яримайланаси атрофидаги тўқималарда бирикиш жараёнини келтириб чиқаради. Бу жараён крипталар дренажини қийинлаштиради, бу эса асосан анаэроб метаболизмга эга инфекция ташувчиларнинг фаоллашиши ва уларнинг муртак капсуласи орқали паратонзилляр бўшлиққа тарқалишига олиб келади.

Инфекция муртаклардан паратонзилляр бўшлиққа кириш жойи бўлиб кўпинча муртакларнинг юқори қисми ҳисобланади. Бу ерда муртакларнинг псевдокапсуласидан ташқари Вебер шиллиқ безлари жойлашган бўлиб, улар сурункали тонзиллитда яллиғланиш жараёнида иштирок этади. Шу жойдан инфекция бевосита паратонзилляр бўшлиққа тарқалиши мумкин. Юқори қисми бошқа бўлимларга қараганда кўпроқ бўш тўқимага эга. Баъзи ҳолларда муртакларнинг устки қисмида қўшимча бўлак бўлиши мумкин; агар у тонзиллэктомия вақтида ташаб қолдирилса, чандиқлар билан ўралиб кейинчалик абсцесс шаклланиши учун қулай муҳит яратилади.

Бемор анамнезида ўтказилган паратонзиллит ёки паратонзилляр абсцесс кейинчалик патологик жараённинг қайта кузатилиши учун шароит яратади. Бу ўз навбатида олдинги паратонзиллитлар натижасида ҳосил бўлган чандиқ тўқимаси паратонзилляр бўшлиқнинг айрим жойларини изоляция қилиб, ўша ҳудудларда инфекциянинг латент ўчоғлари ривожланишига сабаб бўлади.

Тонзиллоген механизмга қўшимча равишда, одонтоген йўл ҳам паратонзиллит ва кейинчалик паратонзилляр абсцесс ривожланишида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, у асосан пастки орқа тишлардаги кариес жараёнлари ва альвеоляр ўсиг периостити билан боғлиқ. Инфекция лимфа томирлари орқали тўғридан-тўғри паратонзилляр тўқимага тарқалиб, танглай муртакларини айланиб ўтади [9;10].

Паратонзилляр тўқимадаги яллиғланиш оқибатидаги ўзгаришлар турлича интенсивликда бўлади – яллиғланувчи инфильтратлардан то тўқималар некрозига қадар. Ташқи абсцесс шаклланишида, паратонзилляр тўқималар лейкоцитлар билан кенг инфильтрланган бўлади. Баъзан абсцессланиш ва некроз шунчалик кенг тарқаладики, паратонзилляр ва парафарингеал бўшлиқлар ўртасида алоқа ҳосил бўлади. Бу ҳолат кўпинча ташқи ёки ён паратонзиллитда кузатилади.

Жараёнга муртакларнинг ўзи тўқимаси ҳам жалб қилинади, унинг паренхимасида кўпинча сурункали тонзиллитнинг ҳар хил даражадаги

[Введите текст]

оғирлашиш белгилари мавжуд: лимфоид тўқималар ва бириктирувчи тўқима трабекулаларида лейкоцитлар инфильтрацияси, крипт эпителий қоплами ва мураккаб юзасидаги ўзгаришлар.

Паратонзиллитнинг клиник-морфологик шакллари: **шишиқли (отёкли)**, инфильтратив ва абсцедирловчи шакллар бор. Ҳар бир шакл мустақил мавжуд бўлиши мумкин ёки бошқа шаклга ўтиш босқичи кўринишида бўлиши мумкин. Тўқималардаги лимфостаз ва шишиш устувор бўлса, шишиқли шакл тушунилади; инфильтратив шаклда томирлар, мушак толалари ва шиллик безлар атрофида лимфогистиоцитлар ва нейтрофил лейкоцитлар тўпланади; абсцедирланишга ўтишда ҳужайра инфильтрацияси янада кучаяди.

Шифокорга мурожаат қилинганда шишиқли шакл кам учрайди, инфильтратив шакл 15-20% ҳолатларда, аксарият беморларда (80-85%) эса абсцедирловчи шакл аниқланади. Касаллик бошлангандан абсцесс шаклланишига қадар одатда 4-6 кун вақт ўтади, лекин баъзи ҳолларда бу муддат бир неча соатга қисқариши мумкин. Баъзи ҳолларда эса вақтида ва адекват консерватив даволаш натижасида паратонзилляр бўшлиқдаги яллиғланиш жараёни ортга қайтади, кичик абсцесснинг инкапсуляцияси ҳам кузатилиши мумкин.

### **2.3 Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) этиологияси ва патогенези**

Паратонзилляр абсцесс оғиз бўшлиғи яллиғланиш жараёнлари орасида оғирлик даражасига кўра етакчи ўринлардан бирини эгаллайди ва ҳар қандай ёшдаги одамларда кузатилади. Бироқ паратонзиллитга аксар ҳолларда 15 ёшдан 30 ёшгача бўлган шахслар чалинади; ёшроқ ва кексароқ ёшда у камроқ учрайди. Касаллик эркаклар ва аёлларда бир хил рўй беради.

### **2.4 Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) таснифи**

Паратонзилляр абсцесснинг бир неча локализация турлари мавжуд:

1.Супратонзилляр локализация (олдинги ёқори қисми) — ушбу тур 70% дан ортиқ ҳолларда учрайди. Абсцесс тонзилла капсуласи билан олд танглай яримайланасининг юқори қисми орасида жойлашади.

2.Орқа локализация — тахминан 15% ҳолларда учрайди. Абсцесс кўпинча тонзилла ва орқа танглай яримайланаси орасида жойлашади.

3.Пастги локализация — 5% дан бир оз кўпроқ ҳолларда кузатилади. Абсцесс тонзилланинг паст қисми ва ҳалқумнинг ён девори орасида жойлашади.

4.Ён (латерал) локализация — 5% дан кам ҳолларда учрайди. Абсцесс тонзилланинг ўрта қисми ва ҳалқумнинг ён девори орасида жойлашади 4;8;174;8;174;8;17.

## **2.5 Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) клиник намоёни**

Паратонзилляр абсцесс одатда ангина замирида ёки унинг тугашидан кейинги бир неча кун ичида ривожланади.

Дастлаб, муртак атрофи бўшлиғида қон томирларнинг гиперемияси, уларнинг ўтказувчанлиги бузилиши, шиш пайдо бўлиши ва майдаҳужайрали инфильтрация ривожланиши билан кечади. Бактерия токсинлари ва яллиғланиш маҳсулотларининг сўрилиши иситма, интоксикация аломатлари ҳамда қон таркибида ўзгаришлар юзага келишига олиб келади. Асаб тўқималарининг сиқилиб қолиши кескин оғриққа, марказий ва вегетатив асаб тизими томонидан бузилишларга сабаб бўлади. Абсцесс паратонзилляр соҳадаги инфильтратнинг йирингли эрий бошлаши натижасида ҳосил бўлади. Касаллик аввал ютишида оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади; бу оғриқ босқичма-босқич доимий тус олади ва хатто сўлакни ютишга уринишда кескин кучаяди, оғриқ қулоққа, тишларга тарқалади. Хос симптомлар қаторида бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг фебрил даражаларгача кўтарилиши кузатилади. Беморлар овқат ва суюқлик истеъмол қилишдан бош тортадилар. Аста-секин чайнаш мушакларида тризм ривожланади. Нутқ ноаниқ ва бурунсимои тус олади. Ҳалқум мушакларининг яллиғланиши ва бўйин лимфа безларининг шиши сабабли бошни буришда оғриқ пайдо бўлади; бемор бошини ёнга бурганда бўйинини тик тутуди ва зарур ҳолда бутун танаси билан бурилади.

**Олд ёки олд-юқори паратонзилляр абсцесс** ҳолатларида тонзилланинг юқори қисми, танглай яримайланаси ва юмшоқ танглай билан бирга ўрта чизиққа томон шишган, юзаси таранг ва гиперемияланган бўлади. Тилча қарама қарши томонга силжиган бўлади, муртак эса пастга ва орқага сурилган ҳолатда бўлади.

**Ортги паратонзилляр абсцесс** тонзилла ва орқа яримайлана орасидаги боғловчи тўқимада жойлашиб, яримайлана ва ҳалқумнинг ён деворига тарқалиши мумкин. Фарингоскопияда шу соҳада шиш кузатилади. Танглай муртаклари ва олдинги яримайлана камроқ ўзгарган бўлади, тилча ва юмшоқ танглай эса одатда шишган ва инфильтрацияланган бўлади.

**Пастги паратонзилляр абсцесс** фарингоскопик белгилари жиҳатдан камроқ ифода топган бўлади. Фақат олдинги яримайлана қуйи қисмида шиш ва инфильтрация кўринади. Лекин субъектив аломатлар бу локализацияда анча

[Введите текст]

кучли бўлади. Жараёнга одатда тил илдизига туташ қисм ҳам жалб этилади, баъзан эса эпиглотиснинг тилга қараган юзаси шишади. Коллатерал шиш **ларинкснинг** юқори қисмигача тарқалиши мумкин, бу эса стенозга олиб келиши эҳтимолига эга.

**Ташқи ёки ён (латерал) паратонзилляр абсцесс** бошқа турларга нисбатан камроқ учрайди, аммо энг оғир шакл ҳисобланади. Жараён муртаклар ташқарисида жойлашган тонзилляр чуқурликни тўлдирувчи боғловчи тўқимада ривожланади, шунинг учун йирингнинг ҳалқум бўшлиғига ўз-ўзидан чиқиб кетиш хавфи мавжуд. Бу локализацияда зарарланган томонда бўйин юмшоқ тўқималарида шиш ва инфильтрация аниқ ифода топади, **кривошея** ва тризм кузатилади. Ҳалқум томонида яллиғланиш ўзгаришлари камроқ бўлади. Муртакнинг бутун қисмида ўртача бўртиб чиқиш ва уни ўраб турган тўқималарда шиш аниқланади.

### **3.1 Касаллик ёки ҳолат (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) диагностикаси ва диагностик усулларни қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар**

*Диагноз қўйиш мезонлари*

«Паратонзилляр абсцесс» ташҳиси қуйидагилар асосида қўйилади:

1. Анамнез маълумотлари;
2. Физикал кўрик натижаларига кўра. Бу қуйидагиларни ўз ичига олади: шифокор томонидан беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, жағости ва маҳаллий лимфа тугунларни эътибор билан ўрганиб чиқиш, шунингдек бошқа мутахассислар томонидан ўтказилган текширувлар маълумотлари;
3. Ҳалқумни инструментал текшириш – фарингоскопия орқали;
4. Лаборатория таҳлиллари натижалари.

### **3.2 Шикоятлар ва анамнез**

**Анамнез маълумотлари орасида қуйидагилар муҳим аҳамиятга эга:** аввал бошдан ўтказилган ангиналар, сурункали тонзиллит, олдинги паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесс эпизодлари, сурункали тонзиллитга қаратилган олдинги даволаш чоралари ва уларнинг самарадорлиги, оғиз бўшлиғида кариес мавжудлиги, ёт жисмлар, жумладан балиқ суяклари ва бошқаларнинг мавжудлиги эҳтимоли.

**Паратонзилляр абсцесс билан хасталанган беморларда, касаллик шаклидан қатъи назар, фарингеал шикоятлар** кузатилади:

-турли даражадаги томоқ оғриғи, одатда бир томонлама ва қаттиқ, ютишда кучаяди, тегишли томондаги кулоқ ва тишларга тарқалиши мумкин;

-чайнаш мушаклари тризми;

-томоқда ёт жисм ҳисси;

**-бурундан келувчи овоз (гнусавость);**

-оғиздан нохуш ҳид келиши;

-бошни бурганда бўйинда оғрик.

Бу шикоятлар ушбу патология учун жуда хос ҳисобланади. Оғиздан нохуш ҳиднинг юзага чиқиши ҳам мумкин.

**Бундан ташқари, умумий шикоятлар ҳам кузатилиши мумкин:**

-узоқ давом этувчи ҳолсизлик, умумий кучсизлик, чарчоқ;

-меҳнат қобилиятининг пасайиши;

-фебрил иситма (38–39°C);

-бош оғриғи.

Умумий шикоятлар носпецифик бўлиб, улар ҳар доим беморни пухта текшириш ва дифференциал ташхис ўтказиш заруратини талаб қилади.

**Диагноз қўйиш ва дифференциал диагностика мақсадида**, болаларда ва катталарда, айниқса тез-тез ўткир тонзиллит (ангина) билан касалланувчи ва сурункали тонзиллитдан азият чекувчи беморларда, фарингеал ва умумий шикоятларни аниқлаш тавсия этилади.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 4).**

### **3.3 Физикал текширув**

Умумий ҳолатни баҳолаш, умумий кўрик ва фарингоскопия орқали ҳалқум ва оғиз бўшлиғининг ўткир касалликларини инкор этиш ва паратонзилляр абсцесс ташхисини ўрнатиш мумкин.

**Тавсия этилади**, паратонзилляр абсцессга гумон қилинган барча беморлар оториноларинголог шифокор кўригидан ўтказилиши лозим. Бу умумий ҳолатни баҳолаш, умумий намоёнлар ва оғиз-ҳалқум соҳа (ротоглотка) шиллиқ қавати ҳамда юмшоқ тўқималар томонидан реактив ўзгаришларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади 4;13;17;194;13;17;194;13;17;19.

[Введите текст]

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 5).**

**Изоҳлар.** Паратонзилляр абсцесснинг умумий намоёнларига қуйидагилар киради:

-тана ҳароратининг кўтарилиши (кўп ҳолларда фебрил иситма), бу инфекцион табиатга эга бўлган ўткир кечиш билан боғлиқ;

-кучсизлик, ҳолсизлик, умумий интоксикация аломатлари, инфекцион хусусиятга эга касалликнинг умумий кўриниши билан боғлиқ.

**Тавсия этилади:** паратонзилляр абсцессга гумон қилинган барча беморларда фарингоскопия ўтказиш. Бу усул орқали ҳалқум ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасини зарарлайдиган турли ўткир ҳолатлар билан дифференциал диагностика юритиш.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 5).**

**Изоҳлар.** Паратонзилляр абсцесснинг маҳаллий белгилари (айниқса абсцесснинг олд локализациясида аниқроқ кузатилади):

-танглай яримайланаси, танглай муртаклари, юмшоқ танглай, тилча ва ҳалқумнинг орқа девори шиллиқ пардасида яққол гиперемия, шиш ва яллиғланиш инфльтрацияси;

-юмшоқ танглай асимметрияси, муртаklarнинг бирининг ўрта чизикқа силжиши;

-оғиз очилиши чекланганлиги;

-**маҳаллий лимфаденит** — локализацияга қараб, субмандибуляр, артемандибуляр, олд ва орқа бўйин лимфа тугунларининг катталашуви, сиқилиши ва пальпацияда оғриқли бўлиши мумкин.

### **3.4 Лаборатор диагностика текшируви**

**Лаборатория усуллари орқали ташхис қўйиш:** қон ва сийдик таҳлиллари, муртакла шиллиқ пардасидан олинган суртмаларнинг бактериологик ва микологик текшируви, лакуналардаги материалнинг цитологик таҳлили паратонзилляр абсцессни аниқлашда катта аҳамиятга эга эмас. Бироқ **умумий (клиник) қон таҳлили ва қон суюқлигида С-реактив оқсил (CRP) даражасини баҳолаш** бактерияли яллиғланиш жараёнининг реактив характерини тасдиқлаш имконини беради. Абсцессни жарроҳлик йўли билан очгандан сўнг патологияли экссудатдан **микробиологик (культураль) текширув** ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бу орқали қўзғатувчи

[Введите текст]

микроорганизмнинг соф штамми ажратиб олинади ва унинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади. Бу натижалар, агар зарур бўлса, **эмпирик антибактериал терапияни кўриб чиқиш** имконини беради.

**Тавсия этилади:** паратонзилляр абсцессга гумон қилинган барча беморларда куйидаги **клиник-лаборатор текширувлар** ўтказиш: С-реактив оқсил даражасини аниқлаш (қон суюқлигида); умумий (клиник) қон таҳлили; умумий (клиник) сийдик таҳлили. Бу текширувлар яллиғланиш жараёнининг реактив хусусиятини баҳолашга ёрдам беради.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 5).**

**Изоҳлар:** Лейкоцитлар сонининг юқори бўлиши, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши ва С-реактив оқсил даражасининг баландлиги жараённинг гиперреактив тусда кечаётганини кўрсатади. Бу ҳолат тонзиллоген асоратлар хавфининг юқорилигини билдиради ва антибактериал терапияни ўз ичига олган даволаш тактикасини қайта кўриб чиқишни талаб қилади.

**Тавсия этилади:** Жарроҳлик орқали очилган абсцесс бўшлиғидан олинган йирингли материалда **аэроб ва факультатив анаэроб бактериялар, спора ҳосил қилмайдиган анаэробларни** аниқлаш ва уларнинг **антимикроб воситаларга сезувчанлигини** баҳолаш бўйича микробиологик (культураль) текширув ўтказиш. Шунингдек, муртаклардаги шилликдан **Corynebacterium diphtheriae** (дифтерия таяқчаси) учун суртмалар олиб текшириш тавсия этилади. Бу **дифтеритик инфекцияни истисно қилиш**, жумладан **tox+ штаммларини** аниқлаш мақсадида амалга оширилади.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 5).**

**Изоҳлар:** Абсцесс бўшлиғидан материал тўғридан-тўғри йиринг чиқарилган захоти олинади. Бу мақсадда стерил пахта тампон ёки 0,9% натрий хлорид эритмаси абсцесс бўшлиғига юборилади ва сўнгра стерил шприцга аспирация қилинади. Шунини ҳисобга олиш керакки, йиринг ўзида катта миқдорда протеолитик ферментлар сақлайди, улар микроорганизмларнинг тузилишини бузиши мумкин. Шунинг учун текширув учун тўғридан-тўғри йиринг эмас, балки **бўшлиқ деворидан олинган мазок ёки смыв** устунроқ ҳисобланади. Ушбу патологик материал **асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда транспортировка учун озуқавий муҳитига жойлаштирилади** ва бактериологик лабораторияга етказилади. Транспортировка муҳитлари кўзгатувчи микроорганизмларнинг биологик хусусиятларига мос бўлиши керак; **tox+** штаммлар бўйича **дифтерияни истисно қилиш мақсадида махсус муҳитлардан фойдаланиш талаб қилинади**; оптимал транспортировка вақти — **40 дақиқа**. Молекуляр-генетик текширувлар учун материал **эппендорф туридаги пробиркаларда** лабораторияга юборилади. Бу [Введите текст]

ҳолда иложи борича **йирингни камроқ миқдорда олиш** тавсия этилади, чунки йирингдаги протеазалар микроорганизмларнинг генетик материални лизис (эритиш) қилиши мумкин.

### 3.5 Инструментал диагностик усуллар

Фарингоскопик кўрик ва инструментал текширувлар оториноларинголог шифокор томонидан ўтказиладиган **оддий фарингоскопия** ҳолқум ва оғиз-ҳалқум шиллиқ пардаси ҳамда унинг **цитоархитектоникасини** баҳолашда, паратонзилляр абсцессни аниқлаш ёки истисно қилиш учун, одатда, етарли ҳисобланади. Тиббий кўрик ёруғлик яхши таъминланган шароитда олиб борилади. Буни махсус ёритгич, пешона рефлектори орқали қайтарилган нур ёки эндоскоп ёрдамида амалга ошириш тавсия этилади. Шифокор чап қўлида шпатель тутиб, уни оғизнинг ўнг бурчаги орқали киритади ва тилнинг олдинги 2/3 қисмига босим бериб, пастга силжитади (илдизи билан алоқага кирмасдан).

Тавсия этилади:

Болалар ва катта ёшдаги беморларда паратонзилляр абсцессни аниқлаш мақсадида **инструментал текширув — фарингоскопия** ўтказиш лозим.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 5).**

Изоҳлар: Фарингоскопик белгиларни аниқлаш — **паратонзилляр абсцесс ташхисида ҳал қилувчи босқич** ҳисобланади.

---

Қўшимча тавсия:

Агар яллиғланиш жараёнининг **ларингофаринксга** тарқалишига гумон қилинса, **нотўғридан-тоғри ларингоскопия** ёки **фибрларингоскопия** ўтказиш тавсия этилади.

**Тавсия этиш даражаси — С (далиллар ишончилиги даражаси — 2).**

Изоҳлар: Агар ҳолат оғир бўлса, аниқ ташхис қўйиш ёки абсцесснинг локализациясини белгилаш қийин бўлса, ёки паратонзилляр тўқималар ва бўйиннинг чуқур тузилмалари яллиғланиши орасида дифференциал ташхис керак бўлса, **бўйин КТ (компьютер томографияси)** ёки **УЗИ (ултратовуш текшируви)** қўлланилади.

### 3.6 Қўшимча диагностик текширувлар

Паратонзилляр абсцессни қўйидаги касалликлар билан **дифференциал ташхис қилиш зарур: дифтерия, скарлатина, тил муртаги абсцесси, оғиз бўшлиғи ости флегмонаси, оғиз-ҳалқум шишлари (неоплазмалар).**

**Паратонзиллитга ўхшаш ҳалқумдаги бир томонлама шиш, шиллик парданинг гиперемияси ва шиши билан намоён бўладиган ҳолатлар дифтерия ва скарлатинада ҳам кузатилиши мумкин.** Бу ҳолларда дифференциал ташхис олиб боришда **эпидемиологик маълумотларни** ҳисобга олиш муҳим.

Дифтерияда: шиш туфайли шиллик парда ҳисобига сиёҳимтир-цианотик тус олади; **налёт** ҳосил бўлади (кулрангсифат бўлади ва муртаклар юзаси чегарасидан ташқарига тарқалади); тризм кузатилмайди; микробиологик таҳлилда *Corynebacterium diphtheriae* (tox<sup>+</sup>) штаммлари аниқланади.

Скарлатина учун хос: тананинг турли жойларида розеолёз тошмалар, шиллик парданинг соғлом ва зарарланган қисмлари орасида аниқ чегара, “малина” тил (малиновый язык) симптоми кузатилади. Тил муртаги яллиғланиши ва абсцессидан тризм кузатилмайди, оғиз-ҳалқум қисмида хос ўзгаришлар кузатилмайди. Оғиз бўшлиғи таги флегмонасида оғрик, шиш ва инфильтрация субмандибуляр соҳада жойлашган бўлади, тил ҳаракатлари чеклан, аммо танглай яримайланаси ва муртакларда ўзгаришлар кузатилмайди.

Қайсидир маънода паратонзиллит ва онкологик ўсмалар - рак, саркома, муртак лимфоэпителиомаси – кечиши ўхшаш бўлади. Масалан: секин ривожланш, тана юқори харорати йўқ, оғиз очиш чекланиши ва қаттиқ оғриқлар кузатилмайди, ҳамда маҳаллий лимфа тугунлар (одатда қаттиқ, кам ҳаракатчан) пальпацияди оғриқли бўлиши ҳалқум ўсмалари ва паратонзиллитни фарқлашда хизмат қилади.

Кам ҳолларда ҳалқумдаги шиш сон артерияси юзасига яқин жойлашуви ёки аневризма билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолда визуал пульсация мавжудлиги тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

#### **4. Даволаш, дори воситаларидан фойдаланган ва фойдаланмаган ҳолда терапия, диетотерапия, оғриксизлантириш, муолажаларни қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

Паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморларни даволаш оториноларинголог шифокор томонидан ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасида амалга оширилади.

Асосий даво усули — абсцесс бўшлиғини жарроҳлик йўли билан санация қилиш.

#### 4.1 Консерватив даволаш

Консерватив терапия жарроҳлик даволаш усулларига қўшимча бўлиб, шакланган инфекция марказини санация қилишга, инфекциянинг генерализациясига йўл қўймасликка ҳамда оғиз-халқум тўқималарида юзага келган реактив-яллиғланиш ўзгаришларни камайтиришга қаратилган.

##### 4.1.1 Умумий даволаш

Консерватив терапияда асосий урғу систематик таъсир қилувчи антибактериал препаратларни тайинлашга қаратилади.

Паратонзилляр абсцессда системали антибактериал терапия тайинлаш тавсия этилади.

**Тавсия ишончлилик даражаси С (далиллар ишонч даражаси – 5).**

Изоҳлар: Антибактериал терапия бактериологик текширув натижалари олингунча бошланиши керак, эмпирик характерда бўлиб, беморнинг шахсий клиник кўринишлари инобатга олинishi лозим.

Паратонзилляр абсцесс этиологиясида микроб ассоциацияларининг, жумладан облигат анаэроб микроорганизмларнинг аҳамияти катта бўлгани учун, эмпирик терапия сифатида кенг спектрли антибиотиклар қўлланилиши керак, улар облигат анаэроб микроорганизмларга ҳам таъсир қила олади. (№1 Жадвал)

**Жадвал 1.** Паратонзилляр абсцесс учун тавсия этилган антибактериал препаратлар (АБП) ва даволаш режимлари.

Кўрсатма	Танлов препаратлари
Перорал антибактериал препаратлар	Амоксициллин+ клавулановая кислота** ичга 500/125 мг кунига 3 махал ёки 875/125 мг кунига 2 махал* (доза 12 ёш ва ундан катта ёки тана вазни 40 кг ва ундан оғир бўлган беморлар учун ҳисобланган, йўриқномага қаранг*) ёки Амоксициллин+ сульбактам** 1 г кунига 2-3 махал 12 ва ундан катта беморларга
Парентерал антибактериал препаратлар	Цефтриаксон** мушак орасига ёки вена ичига 2 г кунига 1 махал 4-14 кун давомида Цефотаксим** мушак орасига ёки вена ичига 1 г кунига 2 махал Клиндамицин** - 300 мг кунига 2 махал, оғир ҳолатларда – 1,2-4,8 г/кун гача ( 2-4 тенг дозага

[Введите текст]

	бўлинган холда), болаларга 10-40 мг/кг/кун (3-4 тенг дозага бўлинган холда) 3-авлод цефалоспоринларига чидамсизликда
--	--

Антибактериал терапия курси ўртача 10 дан 14 кунгача давом этади. Танловдаги препаратлар сифатида кенг спектрга эга бўлган пенициллинлар комбинациялари, жумладан бета-лактамаз ингибиторлари билан биргаликда комбинациялар қўлланилади, улар облигат анаэроб патогенларга нисбатан таъсирга эга.

Антибактериал препаратларни таблетка шаклда оғиз орқали қабул қилишда муаммо бўлса, диспергирланадиган дорилар, суспензиялар ёки парентерал шакллардан фойдаланиш мумкин.

Халқум ва бўйин соҳасидаги юмшоқ тўқималар томондан яққол реакциялар, яъни жағ мушакларининг тризми кузатилиб, таблетка қабул қила олмаслик ҳолатлари юзага келса вау мумий асоратлар хавфи юқори бўлса, 3-авлод цефалоспоринларини парентерал қабул қилиш тавсия этилади; уларга чидамсизликда линкозамидлар (клиндамицин\*\* – АТХ коди: J01FF) қўлланилади.

Системали антибактериал терапиядан ташқари, системали яллиғланишга қарши терапия ҳам зарур бўлиб, у реактив симптоматикани, юқори иситма ва/ёки оғриқ синдромини камайтиради. Бу мақсадда ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НПВП) қўлланилиши мумкин.

Паратонзилляр абсцесснинг сезиларли реактив белгилари бўлган беморларга НПВП стандарт тавсия этилган дозаларда тавсия этилади. Тавсия даражаси С (доказлар ишонч даражаси – 5) (Парацетамол, Ибупрофен, Нимесулид).

Изоҳлар: НПВПнинг оғриқни камайтириш механизми циклооксигеназа 1 ва 2 (ЦОГ-1, ЦОГ-2) фаолиятини бўғишга асосланган бўлиб, улар простагландинлар пайдо бўлишининг асосий ферментларидир.

Паратонзилляр абсцесс даволашда системали антигистамин препаратларни тайинлаш десенсибилизация ва токсико-аллергик реакцияларни камайтириш, шунингдек системали интоксикацияни йўқотишга ёрдам беради (Хлоропирамин, Цетиризин, Дезлоратадин).

Паратонзилляр абсцессли барча беморларга десенсибилизация ва дезинтоксикация мақсадида системали антигистамин препаратлар тавсия қилинади [13].

Тавсия даражаси С (доказлар ишонч даражаси – 5).

Шунингдек, барча ПА беморларига табиий иммунитетни ошириш мақсадида системали препаратлар қўлланилиши тавсия этилади. Тавсия даражаси С (доказлар ишонч даражаси – 5).

Изоҳлар: Бу гуруҳга кальций препаратлари, аскорбин кислота (витамин С), А витамини ва системали антигистаминлар киради. Даволаш жараёнида клиник симптомлар, лаборатория ва бошқа инструментал текширувларга асосланган динамик назорат ўтказилиши ва полипрагмазиядан сақланиш керак.

Жиддий умумий интоксикация ҳолатларида системали инфузион ва дезинтоксикация терапияси тавсия этилади. Тавсия даражаси С (доказлар ишонч даражаси – 5).

#### 4.1.2 Маҳаллий даво

Паратонзилляр абсцессли (ПА) барча беморларга оғриқни камайтириш, яллиғланишга қарши ва антисептик таъсирга эга симптоматик терапия – ОТФ маҳаллий воситалар кўринишида — чайиш, инсуфляциялар, ингаляциялар, шунингдек таблетка ва пастилкалар шаклида тавсия этилади. Тавсия даражаси С (ишонч даражаси – 5).

Изоҳлар: Маҳаллий терапиянинг мақсади — оғриқ синдроми ва бошқа яллиғланиш белгилари тез камайиши ҳамда шикастланган шиллик мембрананинг иккиламчи инфекция билан зарарланишини олдини олишдир. Бироқ, маҳаллий терапия систематик ўткир стрептококкли тонзиллитда антибактериал терапияни ўрнини боса олмайди, чунки у «кечикган» аутоиммун асоратлар ривожланиши эҳтимолини камайтирмайди [28-31].

Маҳаллий антисептик препаратларни тайинлаганда:

- цетилпиридиний хлорид (инфльтрация ўзгаришлари бошланғич босқичида тавсия этилади; АТХ коди: R02AA06),
- гексэтидин (АТХ коди: A01AB12),
- лизоцим + пиридоксин (АТХ коди: R02AA20),
- амилметакрезол + дихлорбензил спирти (АТХ коди: R02AA03),
- хлоргексидин (АТХ коди: D08AC02),
- йод препаратлари,
- бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат (тонзилло-фаринг патологиясида абсцесс ривожланишида тавсия этилади; АТХ коди: D08AJ)

Доза танлаш ва ёшга доир чекловларга риоя қилиш керак, чунки баъзиларида муайян токсик ва аллергик таъсир ҳамда индивидуал сезувчанлик эҳтимоли бор.

Маҳаллий ностероид яллиғланишга қарши препаратлар: бензидамин (тонзилло-фаринг патологиясида абсцесс ривожланганда тавсия этилади; АТХ коди: А01АD02), флурбипрофен (АТХ коди: R02АХ01), булар комплекс препаратларнинг таркибида бўлиши ёки алоҳида монопрепарат сифатида қўлланилиши мумкин.

### 4.1.3 Физиотерапия

Физиотерапия паратонзилляр абсцессни хирургик даволашдан кейин қўлланилади (абсцессни очиш ёки танг миндалларни олиш жараёнида бир вақтнинг ўзида очиш). Умумий (бадан ёки унинг қисмларига) ва маҳаллий (муртақлар ҳамда маҳаллий лимфа узулмаларига) таъсир кўрсатиш усуллари мавжуд: ультраюқори частотали тоқлар (УВЧ), ультраюқори частотали электр майдони (ЭП УВЧ), магнитофорез, ультрафиолет нурланиши (шумладан қисқа тўлқинли УФ (КУФ)), ультратовуш терапияси, паст интенсивликдаги лазер нурланиши (инфрақизил, гелий-неон), сантиметр тўлқин терапияси (СМВ). Муолажани физиотерапевт олиб боради; зарур бўлганда, ушбу методика ва ускуналар мавжуд бўлса, отоларинголог ёки оилавий шифокор ҳам бажариши мумкин.

**Тавсиялар:** Паратонзилляр абсцессни хирургик даволашдан кейин беморларда организмнинг умумий резистентлигини ошириш учун умумий физиотерапевтик таъсир кўрсатиш тавсия этилади.  
*Тавсия даражаси: С (доказлар даражаси 5).*  
Изох: Умумий усуллар қаторидан гипербарик оксигенация ва умумий УФ нурланиши ўрин олган.

Абсцесс очилган жойга маҳаллий физиотерапевтик таъсир кўрсатиш тавсия этилади.

*Тавсия даражаси: С (доказлар даражаси 5).*

Изох: ПА очилган сохага КУФ яъни ультрафиолет нурланиши-, маҳаллий лимфатугунларга - УВЧ, СМВ, магнитотерапия ва лазер терапиясини қўллаш тавсия этилади. Қўшимча равишда, доривор воситаларни турли физиотерапевтик усуллар билан – масалан, паст частотали ультратовуш, гелий-неон лазери ёрдамида абсцесс ҳудуди, тонзиллар соха ва маҳаллий лимфа тугунларга киритиш мумкин.

**«ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС» НОЗОЛОГИЯСИ  
ТИББИЙ АМАЛИЁТИГА ОИД МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

- Халқаро касалликлар таснифи – МКБ-10 шифри:

МКБ-10	Номланиши
Код:	
J36.0	Паратонзилляр абсцесс
(МКБ-10 хавола ва н)	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>

## 1. Асосий қисм

### Кириш:

Беморларда паратонзилляр абсцесс биринчи бор юзага келганда, уни очиш ва дренаж қилиш тавсия қилинади. Хирургик даволаш тавсия этилади— паратонзилляр абсцессни очиш ва дренаж қилиш.

Тавсия даражаси: С (исбот даражаси – 5)  
Изоҳ: Абсцесснинг турли жойлашишлари ва турли асбоблар билан очиш техникаларига қарамай, умумий қоидалар мавжуд: очиш жойида пульсация йўқлигига ишонч ҳосил қилиш, паратонзилляр тўқималарига 0,5 смдан чуқурроқ киришни фақат ўткир бўлмаган йўл билан амалга ошириш, абсцессни адекват дренаж қилиш учун очишни етарлича кенг (4 смгача) қилиш керак.

Хирургик кесиш жойи яллиғланиш жараёни жойлашган паратонзилляр тўқимадан келиб чиқиб белгиланади. Операция маҳаллий аппликацион анестезия остида бажарилади. Олд юқори абсцессда очиш одатда танглай-тилча яримайланаси орқали ёки энг кўп шишган жойда ўтказилади. Орт паратонзилляр абсцессни орқа танглай яримайланаси орқали, унинг четидан 0,5 см ортга қайтиб, дренаж қилиш тавсия этилади. Пастги паратонзилляр абсцесс очилишида кесиш қуйи қисмидаги танглай-тилча яримайланаси чизигини кесиш билан амалга оширилади. Паратонзилляр абсцессларни очиш техникаси танлови бу ҳудуднинг йирик артерия шохлари билан бой қон таъминотига эгаллигини ҳисобга олган ҳолда бўлиши керак. Шунинг учун тўқималар қон томирлар йўли бўйлаб ва 0,5–1 см чуқурликда кесилиши, кейин эса корнцанг ёрдамида тўқималарни олиб тарқатиб, абсцессни очиш керак. Бу йирик артерия шохлари шикастланиши хавфини

[Введите текст]

камайтиради.

Абсцесс очилгандан кейин халқумни антисептик эритмалари билан чайилиб, кейинчалик кесиш четларини мунтазам кенгайтириш орқали адекват дренаж таъминланади.

Паратонзилляр абсцессни радикал даволаш усули бўлиб танглай муртаклари олиниши билан абсцесс очилиши хисобланади. Кўп маротаба ангина қайталанган ёки паратонзиллит/паратонзилляр абсцесс қайта ривожланган, давомийлиги узок, очилган абсцессда адекват дренаж бўлмаган, очишда қон кетиши юз берган ёки бошқа тонзиллоген асоратлар пайдо бўлган ҳолларда амалга оширилади.

Пациентларда шундай ҳолатлар бўлганда танглай муртакларини олиш ва абсцессни очиш тавсия этилади.  
Тавсия даражаси: С (исбот даражаси – 5)

Изоҳлар: танглай муртакларини олиш ва абсцессни очиш нафақат абсцесс бўшлиғини дренаж қилади, балки муртакдаги инфекция манбаасини ҳам йўқ қилади, бу эса абсцесс ҳосил бўлишини олдини олади. Ушбу операция ҳар қандай ёшда (3-4 ёшдан 70 ва ундан юқоригача) бажарилиши мумкин. Қарши кўрсатмалар: ички органларнинг оғир касалликлари, мия қон томирлари тромбози, тарқалган менингит каби терминал ёки жуда оғир ҳолатлар.

Инфильтрацион анестезиядан сўнг, олд танглай тилча яримайланаси чизиғи четидан кесиш амалга оширилади. Танглай муртакларини псевдокапсуласи орқали распатор киритилади ва муртакнинг юқори қисми ажратилади. Одатда шу вақтда абсцесс очилиб, бўшатилади. Юқори қисми муртакни зажим билан ушлаб, ўтмас йўл билан олдинги ва орқа танглай яримайланасидан ажратилади, кенг хирургик қошик ёрдамида пастга туширилади, агар зарур бўлса, яллиғланиш ўчоқларнинг боғловчи тўқималари бузилади.

Пастки қисмида Бахон петляси ёрдамида муртак ажратиб олинади. Операциядан кейин тонзилляр сохани эътибор билан текшириб, парафарингеал абсцесс белгилари бор-йўқлиги аниқланади.

**«ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС» НОЗОЛОГИЯСИ  
ПРОФИЛАКТИКАСИГА ОИД МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

**- Халқаро касалликлар таснифи – МКБ-10 шифри:**

<b>МКБ-10</b>	<b>Номланиши</b>
<b>Кодлар:</b>	
<b>J36.0</b>	Паратонзилляр абсцесс
<b>(МКБ-10 хаволаси)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>

**5.1 Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактик услубларини қўллашда тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

ПА профилактикаси касаллик ривожланишини олдини олиш (бирламчи), касаллик кечиши оғирлашмаслиги (иккиламчи) ва асоратлар ривожланиши олдини олишга (учинчи) қаратилган чора-тадбирларни амалга оширишни назарда тутди.

ПА ривожланиши хавфи омилларини диспансеризациянинг биринчи босқичидаёқ аниқлаш тавсия этилади.

**Тавсияларга ишонч даражаси С (далиллар аниқлиги даражаси – 5)**

Изохлар: ПА ривожланиши хавф омили бўлиб сурункали тонзиллит мавжудлиги, ҳамда қайтарилувчи ўткир тонзиллит хизмат қилади. Профилактика сифатида чиниқиш хавфи омили олдини олиш, абсцесс ҳосил бўлиш сабаблари билан аҳолини таништириш, санитар ва маърифий ишлар олиб бориш, тиш ва милкларни ўз вақтида даволаш каби чора-тадбирлар амалга оширин тавсия этилади.

**5.2 Тиббий ёрдамни ташкил этиш**

Касалликни даволаш кўпинча оториноларинголог шифокори томонидан мувофиқ жаррохлик стационари шариотида амалга оширилади.

Госпитализация учун паратонзилляр абсцессни ёриш зарурати ёки абсцесс ёрилиши билан кечадиган танглай муртақларини олиб ташлаш кўрсатма бўла олади.

Холат яхшиланиши паратонзилляр абсцесс очилганидан сўнг ёки тонзиллоэктомия давомида абсцесс ёрилишидан 12-24 соат ўтибоқ кузатилади.

Беморни стационардан чиқариш учун кўрсатма бўлиб оториноларингология бўлимидаги абсцесс очилиб, танглай муртаклари олиб ташланганидан 5-7 кунлик оғирлашмаган даволаниш якуни хизмат қилади. Касаллик аломатлари буткул йўқолиб, бемор ҳаёти ва соғлигига хавф солувчи омиллар бартараф этилганидан сўнг стационардан рухсат берилади.

ПА **прогнози**, адекват даво чоралари қўлланилганда, аксарият ҳолларда ижобийдир.

Бирламчи ва орттирилган иммунодефицит ҳолатларда (туғма иммунодефицит, иммуносупрессор ва цитостатиклар қабули, ВИЧ инфекция) йирингли кенг тарқалган асоратлар ривожланиш хавфи ортади.

#### **Асоратлар.**

ПАни даволамаслик ёки ноадекват даволаш кейинчалик йирингли ва тарқоқ асорталарга олиб келади, масалан:

- бўйин юмшоқ тўқимаси флегмонаси
- йирингли медиастенит
- тонзиллоген сепсис
- инфекцион-токсик шок

## Адабиёт рўйхати

1. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов // Русский медицинский журнал «Оториноларингология». 2015; № 6: с. 307-311.
2. Цветков, Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии / Э.А.Цветков. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. - 123с.
3. Л.Ф. Азнабаева, Н.А. Арефьева, Ф.А. Хафизова. Экология и иммунология слизистых оболочек верхних дыхательных путей / сборник тезисов второго конгресса Российского общества ринологов.- 1996, Сочи.
4. Пальчун В.Т. и соавт. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М.: «ГЭОТАР- Медиа», 2012. – 288с.
5. Бухарин О.В. Экология микроорганизмов человека / Под ред О.В.Бухарина. Екатеринбург: УрО РАН, 2006. – 480с.
6. Дроздова, М.В. Лимфопролиферативный синдром у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей (этиология, патогенез, клиническая и лабораторная диагностика): автореферат дисс. ... докт. мед. наук .- СПб, 2010. – 48с.
7. Белов Б.С. А-стрептококковая инфекция глотки в практике интерниста. Вестник оториноларингологии.2013;3:39-44
8. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты / Под ред. профессоров С.А. Карпищенко и С.М. Свистушкина. – Изд-е 3-е. –СПб.: Диалог, 2017. – 264с.
9. Рапопорт Е.В. Одонтогенный фактор в генезе перитонзиллитов. В кн.: Сб. тр. Ленинградского научн.-исслед. ин-та уха, горла, носа и речи. Л 1958; XI: 280-287.
10. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении / Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М.// Вестник оториноларингологии. - 2013. №3.- с.29-34.
11. Vieira F., Allen S.M., Stocks R.M., Thompson J.W. Deep neck infection. Otolaryngol Clin North Am 2008; 41: 3: 459-483.
12. Гофман, В.Р. Хронический тонзиллит / В.Р.Гофман, А.В.Черныш, В.В.Дворянчиков. М.: ТЕХНОСФЕРА, 2015. – 144с.
13. Оториноларингология: Национальное руководство, краткое издание / Под ред. чл. кор. В.Т. Пальчуна. - . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
14. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Гуров А.В., Ермолаев А.Г. Небные миндалины: физиология и патология. Вестник оториноларингологии. 2019;84(6):11-16.
15. Papacharalampous G.X., Vlastarakos P.V., Kotsis G., Davilis D., Manolopoulos L. Bilateral peritonsillar abscesses: A case presentation and review of the current literature with regard to the controversies in diagnosis and treatment. Case Report Med 2011; 98:19-24.
16. Repanos C., Mukherjee P., Alwahab Y. Role of microbiological studies in management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 2009; 123: 8: 877-87
17. Киселев А.С. К диагностике острого гнойного воспаления пара- и ретрофарингеального пространств. Новости оторинолар и логопат 1998; 4: 80-8
18. Извин, А.И. Генетические аспекты хронического тонзиллита / А.И. Извин // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. - №2 (30). –С.90-92.
19. Плужников М.С. Ангина и хронический тонзиллит / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, К.А. Никитин.- СПб., 2002. – 58с.

20. Богомилский, М.Р. Опыт применения азитромицина в терапии обострений хронического тонзиллита / М.Р. Богомилский, Т.И. Гаращенко, Е.В. Шишмарева // Российская оториноларингология. 2003. - №1. – С172-176.
21. Оториноларингология: Учебник. / В.В.Вишняков. - . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
22. Вахрушев С.Г. Комплексное хирургическое лечение хронического тонзиллита / С.Г.Вахрушев, Г.И.Буренков // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. - №2(3). – С.70-73.
23. Пономарев Л.Е. Методы тепловизионного исследования в диагностике хронического тонзиллита у детей / Л.Е. Пономарев, М.М. Сергеев, В.В. Скибицкий // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: материалы XVI съезда оториноларин. РФ . – С.404-406.(21-24 марта2001). – Сочи, 2001
24. Palm J, Kishchuk VV, Ulied A et al. Effectiveness of an add-on treatment with the homeopathic medication SilAtro-5-90 in recurrent tonsillitis: An international, pragmatic, randomized, controlled clinical trial. //Complementary Therapies in Clinical Practice, 2017, Volume 28, Issue null, p 181-191.
25. Sakaguchi M., Sato S., Asawa S., Taguchi K. Computed tomographic findings in peritonsillar abscess and cellulitis. J Laryngol Otol 1995; 109: 5: 449-451.
26. Scott P.M., Loftus W.K., Kew J., Ahuja A., Yue V., van Hasselt C.A. Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. J Laryngol Otol 1999; 113: 3: 229-232.
27. Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Еремина Н.В., Еремин С.А. Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит». Российская оториноларингология. 2019;18(3):92–102
28. Карнеева О.В. Острый тонзиллофарингит / О.В. Карнеева, Д. П. Поляков // Путеводитель врачебных назначений. - Москва.: РНМОТ, 2016.-150 с.
29. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М., Биданова Д.Б., Волкова К.Б. Эффективность применения комплексных топических препаратов у пациентов с воспалительными заболеваниями глотки // Медицинский Совет ЛОР №8 2017. С.8-12.
30. Богомилский М.Р. Местная терапия воспалительной патологии гортаноглотки у детей/ М.Р. Богомилский, Е.Ю. Радциг., Е.Н. Котова, орд. Н.В. Ермилова. - Вестник оториноларингологии № 2, 2010/ С/12-16
31. Салмаси Ж.М., Казимирский А.Н., Антонова Е.А., Порядин Г.В. Влияние препаратов местной антимикробной терапии на свойства клеток врожденного и адаптивного иммунитета. Медицинский Совет. 2019;(8):76-82.
32. Нестерова К.И. Низкочастотный ультразвук в комплексной терапии грибкового тонзиллита // Российская оториноларингология. – 2002. -№2(2). –С.94-07
33. Дайхес Н.А. Рациональный выбор обезболивающей терапии у больных после тонзиллэктомии / Н.А. Дайхес, Х.Ш. Давудов, А.С. Шкода, Г.Б. Элькун // Вестник оториноларингологии.-2006.-6.- С. 66-68.
34. Ляшенко Ю. И. и др. Дифференциальная диагностика дифтерии у взрослых // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 2. – №. 4. – С. 6-14.