

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
4-ilova

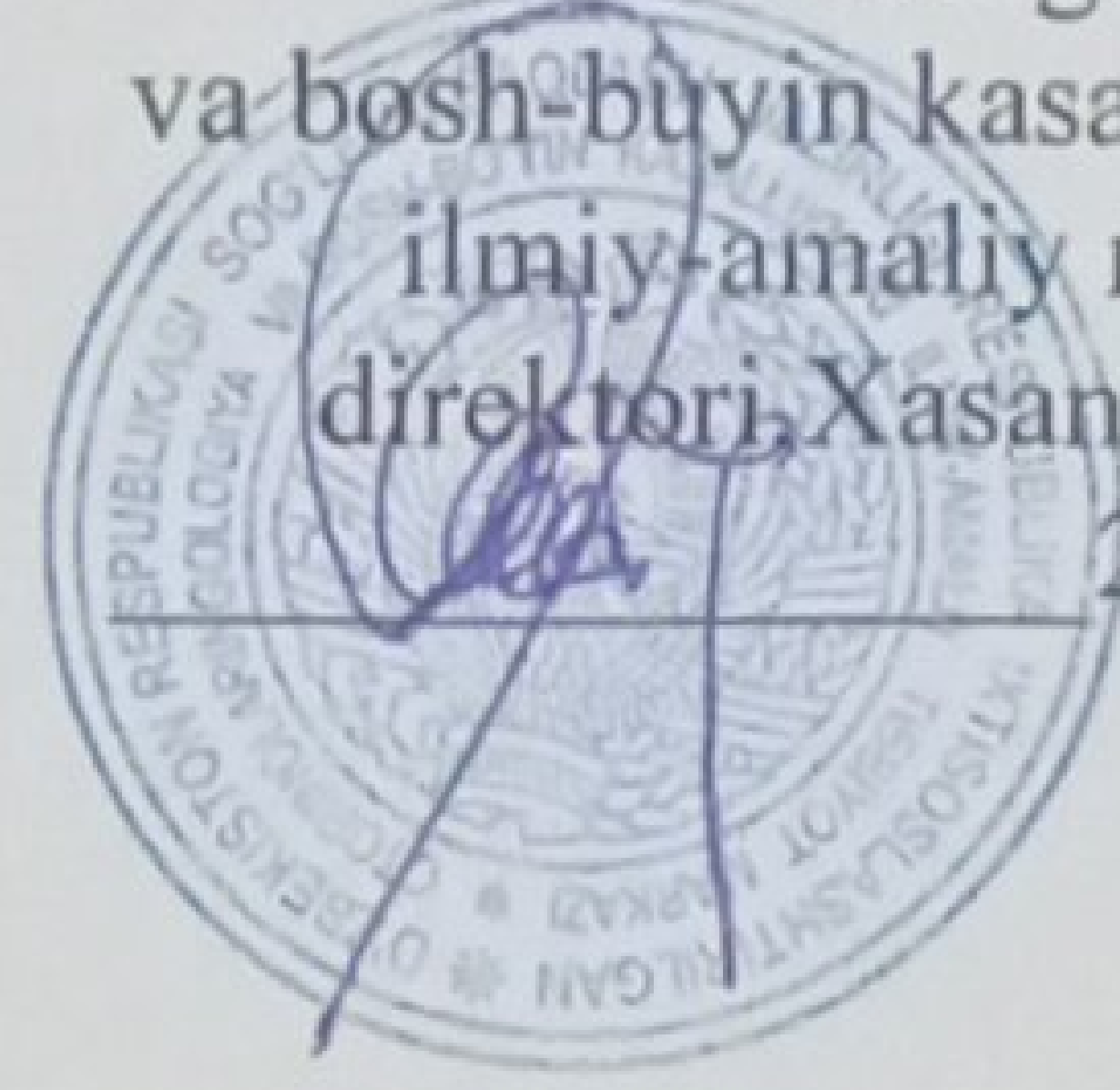
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN
OTORINOLARINGOLOGIYA VA BOSH-BUYIN KASALLIKLARI ILMIY-
AMALIY MARKAZI**

**«PARATONZILLYAR ABSTESS» NOZOLOGIYASIGA
OID MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT – 2025

«TASDIQLAYMAN»
O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri v.b.

«Tasdiklayman»
Respublika ixtisoslashtirilgan
otorinolaringologiya
va bosh-buyin kasalliklari
ilmiy-amaliy markaz
direktori, Xasanov U.S.
2025 y.



**«PARATONZILLYaR ABSTsESS» NOZOLOGIYaSIGA OID
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

1. «Paratonzillyar abtsess» nozologiyasi bo'yicha diagnostika va davolash milliy klinik protokol	6
2. «Paratonzillyar abtsess» nozologiyasi bo'yicha tibbiy amaliyoti/aralashuvi milliy klinik protokol	23
3. «Paratonzillyar abtsess» nozologiyasi bo'yicha tibbiy profilaktika va rehabilitatsiyasi milliy klinik protokol»	27

MKB-10	Nomlanishi
Kod:	
J36.0	Paratonzillyar absess
(XKT-10 xavolasi)	https://mkb-10.com/index.php?pid=7028 https://mkb-10.com/index.php?pid=7035
CA0K.1	Paratonzillyar absess
XKT-11	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047

- **Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 y. yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishi bilan. Taqdim etilgan tavisiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli xujjatlarda e'lon qilinadi.

- **Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish bo‘yicha mas'ul muassasa:** Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo‘yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, O‘zbekiston otorinolaringologiya va bosh-bo‘yin jarrohligi uyushmasi.

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar hissa qo‘shdi:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha otorinolaringologiya yo‘nalishidagi ishchi guruh a'zolari:

1.Xasanov U.S. RIOvaBBKTM direktori, TTA Otorinolaringologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor;

2.Ergashev U.M. RIOvaBBKTM direktor o‘rinbosari, TTA Otorinolaringologiya kafedrası dosenti, t.f.n.,

3.Amonov Sh.E. ToshPTI Otorinolaringologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor;

4.Arifov S.S. ToshVMOI Otorinolaringologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor.

Asosiy mualliflar, qo‘shimcha mualliflar jamoasi ro‘yxati (F.I.Sh., ish joyi, unvoni/lavozimi):

1.Xasanov U.S. RIOvaBBKTM direktori, TTA Otorinolaringologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor;

2.Ergashev U.M. RIOvaBBKTM direktor o‘rinbosari, TTA Otorinolaringologiya kafedrası dosenti, t.f.n.,

3.Djangirov T.G., RIOvaBBKTM birinchi toifali otorinolaringolog shifokori

4. Xusnitdinov R.A., RIOvaBBKTM otorinolaringolog shifokori

Sharxlovchilar:

- Sharxlovchilar: Kojantaeva S.K. t.f.d., Marata Ospanova nomidagi G'QTU otorinolariningologiya, oftal'mologiya kafedrasini mudiri, Qozog'iston Respublikasi Otorinolariningologlar assosiasiyasi a'zosi, Aktyube sh. bosh otorinolariningolog shifokori;

Ichki: Maxkamova N.E. TDSI Otorinolariningologiya kafedrasini professori, t.f.d., professor;

- RIOvaBBKTM Kengashida muxokama qilindi, protokol № , 2025 y.;

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash Vazirligi qoshidagi Ekspert gurux mutaxassislar tomonidan ekspertlik baxosi:

1. Ashurov A.M. t.f.d. O'zbekiston sog'liqni saqlash Vazirligi LOR mutaxassisligi bosh eksperti.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Protokolda ishlatilgan qisqartmalar:

KT	Komp'yuter tomografiyasi;
NYQV	nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar;
PA	Paratonzillar absess
SRO	S – reaktiv oqsil
TE	ikkitaraf lama tonzilloektomiya

- **Ushbu nozologiya uchun protokoldan foydalanuvchilar:** umumiy amaliyot shifokorlari, otorinolariningologlar.
- **Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:** bolalar va kattalar.
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi**

A	Natijalari tegishli aholida qo‘llash mumkin bo‘lgan yuqori sifatli meta-tahlil, RKT larni tizimli tahlil yoki tizimli xato ehtimoli (++) juda past bo‘lgan katta RKT.
B	Natijalari tegishli aholida qo‘llash mumkin bo‘lgan kogort, yoki keys-nazorat tadqiqotlarini yuqori sifatli (++) tizimli ko‘rib chiqish yoki sistematik xato xavfi juda past bo‘lgan yuqori sifatli (++) kogort yoki keys-nazorat tadqiqotlari yoki past (+) tizimli xato xavfi bo‘lgan RKTlar.
C	Natijalari tegishli aholida qo‘llash mumkin bo‘lgan kogort, yoki keys-nazorat tadqiqoti, yoki tizimli xato xavfi past bo‘lgan randomizatsiyasiz boshqariladigan sinov (+), yoki natijalari tegishli aholida to‘g‘ridan to‘g‘ri qo‘llash mumkin bo‘lmagan tizimli xato xavfi juda past yoki past bo‘lgan RKTlar(++ yoki+).
D	Bir qator ishlarning tavsifi yoki nazoratsiz tadqiqot yoki ekspert xulosasi.

2.1 Asosiy qism.

Kirish

Paratonzillary abscess (PA) – tanglay murtagi psevdokapsulasi va farenks mushak konstriktorlarini qoplovchi farinks fassiyasi o‘rtasida joylashgan paratonzillary to‘qima yiringli erishi bilan kechadigan kasallik zabolevanie.

2.2 Kasallik yoki xolat (kasalliklar yoki xolatlar guruxi) etiologiyasi va patogenezi

Kasallik paratonzillary bo‘shlig‘ga genetik jihatdan belgilangan patogenlik omillariga ega bo‘lgan, asosan anaerob nafas olish turiga mansub mikroorganizmlar kirib kelishi natijasida rivojlanadi, buning uchun ularning kolonizatsiyasi uchun qulay shart-sharoitlar mavjud bo‘lishi lozim. Qo‘zg‘atuvchi sifatida ko‘pincha A seroguruhi β -gemolitik streptokokki hamda spora hosil qilmaydigan obligat-anaerob mikroorganizmlar bo‘ladi. Shuningdek, infeksiya jarayonining faol shakllarida og‘iz-xalqum tranzitor mikrobiotasiga mansub ko-patogen mikroorganizmlar ham ishtirok etishi mumkin. Paratonzillit odatda tanglay murtaklarining immun xolati o‘zgarishi oqibatida rivojlanadi, va bu immunitetning T- va V-hujayra bog‘lamlari ko‘rsatkichlarining kamayishi bilan namoyon bo‘ladi.

Ko‘p xolatlarda paratonzillary abscess paratonzillary to‘qimaning birlamchi yallig‘lanishi oqibatida - ko‘pincha angina asorati sifatida, kamroq hollarda esa surunkali tonzillitning navbatdagi yomonlashuvi sifatida – yiringli erishi natijasida rivojlanadi. Bu jarayonda infeksiyaning tonzillogen yo‘li bilan paratonzillary bo‘shliqqa kirishi kuzatiladi. Shuningdek, odontogen yo‘l xam mavjud, bunda asosan pastki orqa tishlarda (ikkinchi molyarlar, aql tishlari) karies jarayoni va

al'veolyar o'sma (otrostok) periostiti bilan bog'liq hollarda paratonzillyar to'qima zararlanishi mumkin. Ba'zi holatlarda esa yot jism (masalan, baliq suyagi) paratonzillyar to'qimaga botib kirishi natijasida infeksiya paydo bo'lishi mumkin. Paratonzillit rivojlanishiga tanglay murtaklarida chuqur kriptalar mavjudligi sabab bo'ladi, ular murtaklarning butun tanasi bo'ylab joy egallydi va angina davrida paratonzillyar to'qimada yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishida xizmat qiladi. Surunkali tonzillitning doimiy o'irlashishi va anginaning qaytalanishi kriptalar kirish qismi va tanglay yarimaylanasi atrofidagi to'qimalarda birikish jarayonini keltirib chiqaradi. Bu jarayon kriptalar drenajini qiyinlashtiradi, bu esa asosan anaerob metabolizmga ega infeksiya tashuvchilarning faollashishi va ularning murtak kapsulasi orqali paratonzillyar bo'shliqqa tarqalishiga olib keladi.

Infeksiya murtaklardan paratonzillyar bo'shliqqa kirish joyi bo'lib ko'pincha murtaklarning yuqori qismi hisoblanadi. Bu yerda murtaklarning psevdokapsulasidan tashqari Veber shilliq bezlari joylashgan bo'lib, ular surunkali tonzillitda yallig'lanish jarayonida ishtirok etadi. Shu joydan infeksiya bevosita paratonzillyar bo'shliqqa tarqalishi mumkin. Yuqori qismi boshqa bo'limlarga qaraganda ko'proq bo'sh to'qimaga ega. Ba'zi hollarda murtaklarning ustki qismida qo'shimcha bo'lak bo'lishi mumkin; agar u tonzillektomiya vaqtida tashab qoldirilsa, chandiqlar bilan o'ralib keyinchalik abscess shakllanishi uchun qulay muhit yaratiladi.

Bemor anamnezida o'tkazilgan paratonzillit yoki paratonzillyar abscess keyinchalik patologik jarayonning qayta kuzatilishi uchun sharoit yaratadi. Bu o'z navbatida oldingi paratonzillitlar natijasida xosil bo'lgan chandiq to'qimasi paratonzillyar bo'shliqning ayrim joylarini izolyasiya qilib, o'sha hududlarda infeksiyaning latent o'chog'lari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Tonzillogen mexanizmga qo'shimcha ravishda, odontogen yo'l ham paratonzillit va keyinchalik paratonzillyar abscess rivojlanishida muhim ahamiyatga ega bo'lib, u asosan pastki orqa tishlardagi karies jarayonlari va al'veolyar o'sig' periostiti bilan bog'liq. Infeksiya limfa tomirlari orqali to'g'ridan-to'g'ri paratonzillyar to'qimaga tarqalib, tanglay murtaklarini aylanib o'tadi [9;10].

Paratonzillyar to'qimadagi yallig'lanish oqibatidagi o'zgarishlar turlicha intensivlikda bo'ladi – yallig'lanuvchi infil'tratlardan to'qimalar nekroziga qadar. Tashqi abscess shakllanganida, paratonzillyar to'qimalar leykositlar bilan keng infil'trlangan bo'ladi. Ba'zan abscesslanish va nekroz shunchalik keng tarqaladiki, paratonzillyar va parafaringeal bo'shliqlar o'rtasida aloqa hosil bo'ladi. Bu holat ko'pincha tashqi yoki yon paratonzillitda kuzatiladi.

Jarayonga murtaklarning o'zi to'qimasi ham jalb qilinadi, uning parenximasida ko'pincha surunkali tonzillitning har xil darajadagi og'irlashish belgilari mavjud: limfoid to'qimalar va biriktiruvchi to'qima trabekularida leykositlar infil'tratsiyasi, kript epiteliy qoplami va murtak yuzasidagi o'zgarishlar.

Paratonzillitning klinik-morfologik shakllari: shishiqli (ot'yokli), infil'trativ va abscedirlovchi shakllar bor. Har bir shakl mustaqil mavjud bo'lishi mumkin yoki boshqa shaklga o'tish bosqichi ko'rinishida bo'lishi mumkin. To'qimalardagi limfostaz va shishish ustuvor bo'lsa, shishiqli shakl tushuniladi; infil'trativ shaklda tomirlar, mushak tolalari va shilliq bezlar atrofida limfogistiositlar va neyetrofil

leykositlar to'planadi; abscedirlanishga o'tishda hujayra infil'tratsiyasi yanada kuchayadi.

Shifokorga murojaat qilinganda shishiqli shakl kam uchraydi, infil'trativ shakl 15-20% holatlarda, aksariyat bemorlarda (80-85%) esa abscedirlovchi shakl aniqlanadi. Kasallik boshlangandan abscess shakllanishiga qadar odatda 4-6 kun vaqt o'tadi, lekin ba'zi hollarda bu muddat bir necha soatga qisqarishi mumkin. Ba'zi hollarda esa vaqtida va adekvat konservativ davolash natijasida paratonzillyar bo'shliqdagi yallig'lanish jarayoni ortga qaytadi, kichik abscessning inkapsulyasiyasi ham kuzatilishi mumkin.

2.3 Kasallik yoki xolat (kasalliklar yoki xolatlar guruxi) etiologiyasi va patogenezi

Paratonzillyar abscess og'iz bo'shlig'i yallig'lanish jarayonlari orasida og'irlik darajasiga ko'ra yetakchi o'rinlardan birini egallaydi va har qanday yoshdagi odamlarda kuzatiladi. Biroq paratonzillitga aksar xollarda 15 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan shaxslar chalinadi; yoshroq va keksaroq yoshda u kamroq uchraydi. Kasallik erkaklar va ayollarda bir xil ro'y beradi.

2.4 Kasallik yoki xolat (kasalliklar yoki xolatlar guruxi) tasnifi

Paratonzillyar abscessning bir necha lokalizasiya turlari mavjud:

1. Supratonzillyar lokalizasiya (oldingi yoqori qismi) — ushbu tur 70% dan ortiq hollarda uchraydi. Abscess tonzilla kapsulasi bilan old tanglay yarimaylanasining yuqori qismi orasida joylashadi.

2. Orqa lokalizasiya — taxminan 15% hollarda uchraydi. Abscess ko'pincha tonzilla va orqa tanglay yarimaylanasi orasida joylashadi.

3. Pastgi lokalizasiya — 5% dan bir oz ko'proq hollarda kuzatiladi. Abscess tonzillaning past qismi va halqumning yon devori orasida joylashadi.

4. Yon (lateral) lokalizasiya — 5% dan kam hollarda uchraydi. Abscess tonzillaning o'rta qismi va halqumning yon devori orasida joylashadi
4;8;174;8;174;8;17.

2.5 Kasallik yoki xolat (kasalliklar yoki xolatlar guruxi) klinik namoyoni

Paratonzillyar abscess odatda angina zamirida yoki uning tugashidan keyingi bir necha kun ichida rivojlanadi.

Dastlab, murtak atrofi bo'shlig'ida qon tomirlarning giperemiyasi, ularning o'tkazuvchanligi buzilishi, shish paydo bo'lishi va maydahujayrali infil'tratsiya rivojlanishi bilan kechadi. Bakteriya toksinlari va yallig'lanish mahsulotlarining so'rilishi isitma, intoksikasiya alomatlari hamda qon tarkibida o'zgarishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Asab to'qimalarining siqilib qolishi keskin og'riqqa, markaziy va vegetativ asab tizimi tomonidan buzilishlarga sabab bo'ladi. Abscess paratonzillyar sohadagi infil'tratning yiringli eriy boshlashi natijasida hosil bo'ladi. Kasallik avval yutishida og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi; bu og'riq bosqichma-bosqich doimiy tus oladi va xatto so'lakni yutishga urinishda keskin kuchayadi, og'riq quloqqa, tishlarga tarqaladi. Xos simptomlar qatorida bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, tana haroratining febril darajalargacha ko'tarilishi

kuzatiladi. Bemorlar ovqat va suyuqlik iste'mol qilishdan bosh tortadilar. Astasekin chaynash mushaklarida trizm rivojlanadi. Nutq noaniq va burunsimon tus oladi. Halqum mushaklarining yallig'lanishi va bo'yin limfa bezlarining shishi sababli boshni burishda og'riq paydo bo'ladi; bemor boshini yonga burganda bo'ynini tik tutadi va zarur holda butun tanasi bilan buriladi.

Old yoki old-yuqori paratonzillyar abscess holatlarida tonzillaning yuqori qismi, tanglay yarimaylanasi va yumshoq tanglay bilan birga o'rta chiziqqa tomon shishgan, yuzasi tarang va giperemiyalangan bo'ladi. Tilcha qarama qarshi tomonga siljigan bo'ladi, murtak esa pastga va orqaga surilgan holatda bo'ladi.

Ortgi paratonzillyar abscess tonzilla va orqa yarimaylana orasidagi bog'lovchi to'qimada joylashib, yarimaylana va halqumning yon devoriga tarqalishi mumkin. Faringoskopiyada shu sohada shish kuzatiladi. Tanglay murtaklari va oldingi yarimaylana kamroq o'zgargan bo'ladi, tilcha va yumshoq tanglay esa odatda shishgan va infil'tratsiyalangan bo'ladi.

Pastgi paratonzillyar abscess faringoskopik belgilari jihatdan kamroq ifoda topgan bo'ladi. Faqat oldingi yarimaylana quyi qismida shish va infil'tratsiya ko'rinadi. Lekin sub'ektiv alomatlar bu lokalizasiyada ancha kuchli bo'ladi. Jarayonga odatda til ildiziga tutash qism ham jalb etiladi, ba'zan esa epiglotisning tilga qaragan yuzasi shishadi. Kollateral shish larinksning yuqori qismigacha tarqalishi mumkin, bu esa stenozga olib kelishi ehtimoliga ega.

Tashqi yoki yon (lateral) paratonzillyar abscess boshqa turlarga nisbatan kamroq uchraydi, ammo eng og'ir shakl hisoblanadi. Jarayon murtaklar tashqarisida joylashgan tonzillyar chuqurlikni to'ldiruvchi bog'lovchi to'qimada rivojlanadi, shuning uchun yiringning halqum bo'shlig'iga o'z-o'zidan chiqib ketish xavfi mavjud. Bu lokalizasiyada zararlangan tomonda bo'yin yumshoq to'qimalarida shish va infil'tratsiya aniq ifoda topadi, krivosheya va trizm kuzatiladi. Halqum tomonida yallig'lanish o'zgarishlari kamroq bo'ladi. Murtakning butun qismida o'rtacha bo'rtib chiqish va uni o'rab turgan to'qimalarda shish aniqlanadi.

3.1 Kasallik yoki xolat (kasalliklar yoki xolatlar guruxi) diagnostikasi va diagnostik usullarni qo'llashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar

Diagnoz qo'yish mezonlari

«Paratonzillyar abscess» tashxisi quyidagilar asosida qo'yiladi:

1. Anamnez ma'lumotlari;
2. Fizikal ko'rik natijalariga ko'ra. Bu quyidagilarni o'z ichiga oladi: shifokor tomonidan bemorning umumiy holatini baholash, jag'osti va maxalliy limfa tugunlarni e'tibor bilan o'rganib chiqish, shuningdek boshqa mutaxassislar tomonidan o'tkazilgan tekshiruvlar ma'lumotlari;
3. Halqumni instrumental tekshirish – faringoskopiya orqali;
4. Laboratoriya tahlillari natijalari.

3.2 Shikoyatlar va anamnez

Anamnez ma'lumotlari orasida quyidagilar muhim ahamiyatga ega: avval boshdan o'tkazilgan anginalar, surunkali tonzillit, oldingi paratonzillit va

paratonzillyar abscess epizodlari, surunkali tonzillitga qaratilgan oldingi davolash choralari va ularning samaradorligi, og‘iz bo‘shlig‘ida karies mavjudligi, yot jismlar, jumladan baliq suyaklari va boshqalarning mavjudligi ehtimoli.

Paratonzillyar abscess bilan xastalangan bemorlarda, kasallik shaklidan qat‘i nazar, faringeal shikoyatlar kuzatiladi:

- turli darajadagi tomoq og‘rig‘i, odatda bir tomonlama va qattiq, yutishda kuchayadi, tegishli tomondagi quloq va tishlarga tarqalishi mumkin;
- chaynash mushaklari trizmi;
- tomoqda yot jism hissi;
- burundan keluvchi ovoz (gnusavost’);
- og‘izdan noxush hid kelishi;
- boshni burganda bo‘yinda og‘riq.

Bu shikoyatlar ushbu patologiya uchun juda xos hisoblanadi. Og‘izdan noxush hidning yuzaga chiqishi ham mumkin.

Bundan tashqari, umumiy shikoyatlar ham kuzatilishi mumkin:

- uzoq davom etuvchi holsizlik, umumiy kuchsizlik, charchoq;
- mehnat qobiliyatining pasayishi;
- febril isitma (38–39°C);
- bosh og‘rig‘i.

Umumiy shikoyatlar nospesifik bo‘lib, ular har doim bemorni puxta tekshirish va differensial tashxis o‘tkazish zaruratini talab qiladi.

Diagnoz qo‘yish va differensial diagnostika maqsadida, bolalarda va kattalarda, ayniqsa tez-tez o‘tkir tonzillit (angina) bilan kasallanuvchi va surunkali tonzillitdan aziyat chekuvchi bemorlarda, faringeal va umumiy shikoyatlarni aniqlash tavsiya etiladi.

Tavsiya etish darajasi — S (dalillar ishonchliligi darajasi — 4).

3.3 Fizikal tekshiruv

Umumiy holatni baholash, umumiy ko‘rik va faringoskopiya orqali halqum va og‘iz bo‘shlig‘ining o‘tkir kasalliklarini inkor etish va paratonzillyar abscess tashxisini o‘rnatish mumkin.

Tavsiya etiladi, paratonzillyar abscessga gumon qilingan barcha bemorlar otorinolarolog shifokor ko‘rigidan o‘tkazilishi lozim. Bu umumiy holatni baholash, umumiy namoyonlar va og‘iz-halqum soha (rotoglotka) shilliq qavati hamda yumshoq to‘qimalar tomonidan reaktiv o‘zgarishlarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi 4;13;17;194;13;17;194;13;17;19.

Tavsiya etish darajasi — S (dalillar ishonchliligi darajasi — 5).

Izohlar. Paratonzillyar abscessning umumiy namoyonlariga quyidagilar kiradi:

- tana haroratining ko‘tarilishi (ko‘p hollarda febril isitma), bu infeksiyon tabiatga ega bo‘lgan o‘tkir kechish bilan bog‘liq;
- kuchsizlik, holsizlik, umumiy intoksikasiya alomatlari, infeksiyon xususiyatga ega kasallikning umumiy ko‘rinishi bilan bog‘liq.

Tavsiya etiladi: paratonzillyar abscessga gumon qilingan barcha bemorlarda faringoskopiya o‘tkazish. Bu usul orqali halqum va og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasini zararlaydigan turli o‘tkir holatlar bilan differensial diagnostika yuritish.

Tavsiya etish darajasi — S (dalillar ishonchliligi darajasi — 5).

Izohlar. Paratonzillar abscessning mahalliy belgilari (ayniqsa abscessning old lokalizatsiyasida aniqroq kuzatiladi):

-tanglay yarimaylanasi, tanglay murtaklari, yumshoq tanglay, tilcha va halqumning orqa devori shilliq pardasida yaqqol giperemiya, shish va yallig'lanish infil'tratsiyasi;

-yumshoq tanglay asimmetriyasi, murtaklarning birining o'rta chiziqqa siljishi;

-og'iz ochilishi cheklanganligi;

-maxalliy limfadenit — lokalizatsiyaga qarab, submandibulyar, artemandibulyar, old va orqa bo'yin limfa tugunlarining kattalashuvi, siqilishi va pal'pasiyada og'riqli bo'lishi mumkin.

3.4 Laborator diagnostika tekshiruvi

Laboratoriya usullari orqali tashxis qo'yish: qon va siydik tahlillari, murtakla shilliq pardasidan olingan surtmalarning bakteriologik va mikologik tekshiruvi, lakunalardagi materialning sitologik tahlili paratonzillar abscessni aniqlashda katta ahamiyatga ega emas. Biroq umumiy (klinik) qon tahlili va qon suyuqligida C-reaktiv oqsil (CRP) darajasini baholash bakteriyali yallig'lanish jarayonining reaktiv xarakterini tasdiqlash imkonini beradi. Abscessni jarrohlik yo'li bilan ochgandan so'ng patologiyali ekssudatdan mikrobiologik (kul'tural') tekshiruv o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bu orqali qo'zg'atuvchi mikroorganizmning sof shtammi ajratib olinadi va uning antibiotiklarga sezuvchanlii aniqlanadi. Bu natijalar, agar zarur bo'lsa, empirik antibakterial terapiyani ko'rib chiqish imkonini beradi.

Tavsiya etiladi: paratonzillar abscessga gumon qilingan barcha bemorlarda quyidagi klinik-laborator tekshiruvlar o'tkazish: S-reaktiv oqsil darajasini aniqlash (qon suyuqligida); umumiy (klinik) qon tahlili; umumiy (klinik) siydik tahlili. Bu tekshiruvlar yallig'lanish jarayonining reaktiv xususiyatini baholashga yordam beradi.

Tavsiya etish darajasi — S (dalillar ishonchliligi darajasi — 5).

Izohlar: Leykositlar sonining yuqori bo'lishi, leykositlar formulaning chapga siljishi va S-reaktiv oqsil darajasining balandligi jarayonning giperreaktiv tusda kechayotganini ko'rsatadi. Bu holat tonzillogen asoratlar xavfining yuqoriligini bildiradi va antibakterial terapiyani o'z ichiga olgan davolash taktikasini qayta ko'rib chiqishni talab qiladi.

Tavsiya etiladi: Jarrohlik orqali ochilgan abscess bo'shlig'idan olingan yiringli materialda aerob va fakul'tativ anaerob bakteriyalar, spora hosil qilmaydigan anaeroblarni aniqlash va ularning antimikrob vositalarga sezuvchanligini baholash bo'yicha mikrobiologik (kul'tural') tekshiruv o'tkazish. Shuningdek, murtaklardagi shilliqdan *Corynebacterium diphtheriae* (difteriya tayaqchasi) uchun surtmalar olib tekshirish tavsiya etiladi. Bu difteritik infeksiyani istisno qilish, jumladan tox+ shtammlarini aniqlash maqsadida amalga oshiriladi.

Tavsiya etish darajasi — S (dalillar ishonchliligi darajasi — 5).

Izohlar: Abscess bo'shlig'idan material to'g'ridan-to'g'ri yiring chiqarilgan zahoti olinadi. Bu maqsadda steril paxta tampon yoki 0,9% natriy xlorid eritmasi

abscess bo'shlig'iga yuboriladi va so'ngra steril shprisga aspiratsiya qilinadi. Shuni hisobga olish kerakki, yiring o'zida katta miqdorda proteolitik fermentlar saqlaydi, ular mikroorganizmlarning tuzilishini buzishi mumkin. Shuning uchun tekshiruv uchun to'g'ridan-to'g'ri yiring emas, balki bo'shliq devoridan olingan mazok yoki smiv ustunroq hisoblanadi. Ushbu patologik material aseptika qoidalariga rioya qilgan holda transportirovka uchun ozuqaviy muhitga joylashtiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yetkaziladi. Transportirovka muhitlari qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarning biologik xususiyatlariga mos bo'lishi kerak; tox+ shtammlar bo'yicha difteriyani istisno qilish maqsadida maxsus muhitlardan foydalanish talab qilinadi; optimal transportirovka vaqti — 40 daqiqa. Molekulyar-genetik tekshiruvlar uchun material eppendorf turidagi probirkalarda laboratoriyaga yuboriladi. Bu holda iloji boricha yiringni kamroq miqdorda olish tavsiya etiladi, chunki yiringdagi proteazalar mikroorganizmlarning genetik materialini lizis (eritish) qilishi mumkin.

3.5 Instrumental diagnostik usullar

Faringoskopik ko'rik va instrumental tekshiruvlar otorinolaringolog shifokor tomonidan o'tkaziladigan oddiy faringoskopiya holqum va og'iz-halqum shilliq pardasi hamda uning sitoarxitektonikasini baholashda, paratonzillyar abscessni aniqlash yoki istisno qilish uchun, odatda, yetarli hisoblanadi. Tibbiy ko'rik yorug'lik yaxshi ta'minlangan sharoitda olib boriladi. Buni maxsus yoritgich, peshona reflektori orqali qaytarilgan nur yoki endoskop yordamida amalga oshirish tavsiya etiladi. Shifokor chap qo'lida shpatel' tutib, uni og'izning o'ng burchagi orqali kiritadi va tilning oldingi 2/3 qismiga bosim berib, pastga siljitadi (ildizi bilan aloqaga kirmasdan).

Tavsiya etiladi:

Bolalar va katta yoshdagi bemorlarda paratonzillyar abscessni aniqlash maqsadida instrumental tekshiruv — faringoskopiya o'tkazish lozim.

Tavsiya etish darajasi — C (dalillar ishonchliligi darajasi — 5).

Izohlar: Faringoskopik belgilarni aniqlash — paratonzillyar abscess tashxisida hal qiluvchi bosqich hisoblanadi.

Qo'shimcha tavsiya:

Agar yallig'lanish jarayonining laringofarinksga tarqalishiga gumon qilinsa, noto'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya yoki fibrolaringoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiya etish darajasi — C (dalillar ishonchliligi darajasi — 2).

Izohlar: Agar holat og'ir bo'lsa, aniq tashxis qo'yish yoki abscessning lokalizatsiyasini belgilash qiyin bo'lsa, yoki paratonzillyar to'qimalar va bo'yinning chuqur tuzilmalari yallig'lanishi orasida differensial tashxis kerak bo'lsa, bo'yin KT (komp'yuter tomografiyasi) yoki UZI (ultratovush tekshiruvi) qo'llaniladi. Pasiyada og'riqli bo'lishi mumkin.

3.6 Qo'shimcha diagnostik tekshiruvlar

Paratonzillyar abscessni quyidagi kasalliklar bilan differensial tashxis qilish zarur: difteriya, skarlatina, til murtagi abscessi, og'iz bo'shlig'i osti flegmonasi, og'iz-halqum shishlari (neoplazmalar).

Paratonzillitga o'xshash halqumdagi bir tomonlama shish, shilliq pardaning giperemiyasi va shishi bilan namoyon bo'ladigan holatlar difteriya va skarlatinada ham kuzatilishi mumkin. Bu hollarda differensial tashxis olib borishda epidemiologik ma'lumotlarni hisobga olish muhim.

Difteriyada: shish tufayli shilliq parda hisobiga siyohimtir-sianotik tus oladi; nalyot hosil bo'ladi (kulrangsifat bo'ladi va murtaklar yuzasi chegarasidan tashqariga tarqaladi); trizm kuzatilmaydi; mikrobiologik tahlilda *Corynebacterium diphtheriae* (tox⁺) shtammlari aniqlanadi.

Skarlatina uchun xos: tananing turli joylarida rozeolyoz toshmalar, shilliq pardaning sog'lom va zararlangan qismlari orasida aniq chegara, "malina" til (malinovi yozik) simptomi kuzatiladi. Til murtagi yallig'lanishi va absessida trizm kuzatilmaydi, og'iz-xalqum qismida xos o'zgarishlar kuzatilmaydi. Og'iz bo'shlig'i tagi flegmonasida og'riq, shish va infil'tratsiya submandibulyar sohada joylashgan bo'ladi, til harakatlari cheklan, ammo tanglay yarimaylanasi va murtaklarda o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Qaysidir ma'noda paratonzillit va onkologik o'smalar - rak, sarkoma, murtak limfoepiteliomasi – kechishi o'xshash bo'ladi. Masalan: sekin rivojlansh, tana yuqori xarorati yo'q, og'iz ochish cheklanishi va qattiq og'riqlar kuzatilmaydi, xamda maxalliy limfa tugunlar (odatda qattiq, kam harakatchan) pal'pasiyadi og'riqli bo'lishi xalqum o'smalari va paratonzillitni farqlashda xizmat qiladi.

Kam hollarda xalqumdagi shish son arteriyasi yuzasiga yaqin joylashuvi yoki anevrizma bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bu holda vizual pul'sasiya mavjudligi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi.

4. Davolash, dori vositalaridan foydalangan va foydalanmagan xolda terapiya, dietoterapiya, ogriqsizlantirish, muolajalarni qo'llashga tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar.

Paratonzillyar absess bilan kasallangan bemorlarni davolash otorinolog shifokor tomonidan ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasasida amalga oshiriladi.

Asosiy davo usuli — absess bo'shlig'ini jarrohlik yo'li bilan sanasiya qilish.

4.1 Konservativ davolash

Konservativ terapiya jarrohlik davolash usullariga qo'shimcha bo'lib, shakllangan infeksiya markazini sanasiya qilishga, infeksiyaning generalizatsiyasiga yo'l qo'ymaslikka xamda og'iz-xalqum to'qimalarida yuzaga kelgan reaktiv-yallig'lanish o'zgarishlarni kamaytirishga qaratilgan.

4.1.1 Umumiy davolash

Konservativ terapiyada asosiy urg'u sistematik ta'sir qiluvchi antibakterial preparatlarni tayinlashga qaratiladi.

Paratonzillyar absessda sistemali antibakterial terapiya tayinlash tavsiya etiladi.

Tavsiya ishonchlilik darajasi S (dalillar ishonch darajasi – 5).

Izohlar: Antibakterial terapiya bakteriologik tekshiruv natijalari olinguncha boshlanishi kerak, empirik xarakterda bo‘lib, bemorning shaxsiy klinik ko‘rinishlari inobatga olinishi lozim.

Paratonzillary abscess etiologiyasida mikroorganizmlarning ahamiyati katta bo‘lgani uchun, empirik terapiya sifatida keng spektrli antibiotiklar qo‘llanilishi kerak, ular obligat anaerob mikroorganizmlarga ham ta'sir qila oladi. (№1 Jadval)

Jadval 1. Paratonzillary abscess uchun tavsiya etilgan antibakterial preparatlar (ABP) va davolash rejimlari.

Ko‘rsatma Peroral antibakterial preparatlar	Tanlov preparatlari
	Amoksisillin+ klavulanovaya kislota** ichiga 500/125 mg kuniga 3 maxal yoki 875/125 mg kuniga 2 maxal* (doza 12 yosh va undan katta yoki tana vazni 40 kg va undan og‘ir bo‘lgan bemorlar uchun xisoblangan, yo‘riqnomaga qarang*) yoki Amoksisillin+ sul'baktam** 1 g kuniga 2-3 maxal 12 va undan katta bemorlarga
Parenteral antibakterial preparatlar	Seftriakson** mushak orasiga yoki vena ichiga 2 g kuniga 1 maxal 4-14 kun davomida Sefotaksim** mushak orasiga yoki vena ichiga 1 g kuniga 2 maxal Klindamisin** - 300 mg kuniga 2 maxal, og‘ir xolatlarda – 1,2-4,8 g/kun gacha (2-4 teng dozaga bo‘lingan xolda), bolalarga 10-40 mg/kg/kun (3-4 teng dozaga bo‘lingan xolda) 3-avlod sefalosporinlariga chidamsizlikda

Antibakterial terapiya kursi o‘rtacha 10 dan 14 kungacha davom etadi.

Tanlovdagi preparatlar sifatida keng spektrga ega bo‘lgan penisillinlar kombinatsiyalari, jumladan beta-laktamaz ingibitorlari bilan birgalikda kombinatsiyalar qo‘llaniladi, ular obligat anaerob patogenlarga nisbatan ta'sirga ega.

Antibakterial preparatlarni tabletka shaklda og‘iz orqali qabul qilishda muammo bo‘lsa, dispergirlanadigan dorilar, suspenziyalar yoki parenteral shakllardan foydalanish mumkin.

Xalqum va bo‘yin soxasidagi yumshoq to‘qimalar tomondan yaqqol reaksiyalar, ya'ni jag‘ mushaklarining trizmi kuzatilib, tabletka qabul qila olmaslik

holatlari yuzaga kelsa va u mumiy asoratlar xavfi yuqori bo'lsa, 3-avlod sefalosporinlarini parenteral qabul qilish tavsiya etiladi; ularga chidamsizlikda linkozamidlar (klindamisin** – ATX kodi: J01FF) qo'llaniladi.

Sistemali antibakterial terapiyadan tashqari, sistemali yallig'lanishga qarshi terapiya ham zarur bo'lib, u reaktiv simptomatikani, yuqori isitma va/yoki og'riq sindromini kamaytiradi. Bu maqsadda nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (NPVP) qo'llanilishi mumkin (Paratsetamol, Ibuprofen, Nimesulid).

Paratonzillar abscessning sezilarli reaktiv belgilari bo'lgan bemorlarga NPVP standart tavsiya etilgan dozalarda tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi S (dokazlar ishonch darajasi – 5).

Izohlar: NPVPning og'riqni kamaytirish mexanizmi siklooksigenaza 1 va 2 (SOG-1, SOG-2) faoliyatini bo'g'ishga asoslangan bo'lib, ular prostaglandinlar paydo bo'lishining asosiy fermentlaridir.

Paratonzillar abscess davolashda sistemali antigistamin preparatlarni tayinlash desensibilizatsiya va toksiko-allergik reaksiyalarni kamaytirish, shuningdek sistemali intoksikatsiyani yo'qotishga yordam beradi.

Paratonzillar abscessli barcha bemorlarga desensibilizatsiya va dezintoksikatsiya maqsadida sistemali antigistamin preparatlar tavsiya qilinadi (Hloropiramin, Tsetirizin, Dezloratadin) [13].

Tavsiya darajasi S (dokazlar ishonch darajasi – 5).

Shuningdek, barcha PA bemorlariga tabiiy immunitetni oshirish maqsadida sistemali preparatlar qo'llanilishi tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi S (dokazlar ishonch darajasi – 5).

Izohlar: Bu guruhga kal'siy preparatlari, askorbin kislota (vitamin S), A vitamini va sistemali antigistaminlar kiradi. Davolash jarayonida klinik simptomlar, laboratoriya va boshqa instrumental tekshiruvlarga asoslangan dinamik nazorat o'tkazilishi va polipragmaziyadan saqlanish kerak.

Jiddiy umumiy intoksikatsiya holatlarida sistemali infuzion va dezintoksikatsiya terapiyasi tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi S (dokazlar ishonch darajasi – 5).

4.1.2 Maxalliy davo

Paratonzillar abscessli (PA) barcha bemorlarga og'riqni kamaytirish, yallig'lanishga qarshi va antiseptik ta'sirga ega simptomatik terapiya – OTF mahalliy vositalar ko'rinishida — chayish, insulyasiyalar, ingalyasiyalar, shuningdek tabletka va pastilkalar shaklida tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi S (ishonch darajasi – 5).

Izohlar: Mahalliy terapiyaning maqsadi — og'riq sindromi va boshqa yallig'lanish belgilari tez kamayishi xamda shikastlangan shilliq membrananing ikkilamchi infeksiya bilan zararlanishini oldini olishdir.

Biroq, mahalliy terapiya sistematik o'tkir streptokokkli tonsillitda antibakterial terapiyani o'rnini bosa olmaydi, chunki u «kechikgan» avtoimmun asoratlar rivojlanishi ehtimolini kamaytirmaydi [28-31].

Mahalliy antiseptik preparatlarni tayinlaganda:

- setilpiridiniy xlorid (infil'tratsiya o'zgarishlari boshlang'ich bosqichida tavsiya etiladi; ATX kodi: R02AA06),
- geksetidin (ATX kodi: A01AB12),
- lizosim + piridoksin (ATX kodi: R02AA20),
- amilmetakrezol + dixlorbenzil spirti (ATX kodi: R02AA03),
- xlorgeksidin (ATX kodi: D08AC02),
- yod preparatlari,
- benzildimetil [3-(miristoilamino)propil] ammoniy xlorid monogidrat (tonzillo-faring patologiyasida abscess rivojlanishida tavsiya etiladi; ATX kodi: D08AJ)

Doza tanlash va yoshga doir cheklovlarga rioya qilish kerak, chunki ba'zilarida muayyan toksik va allergik ta'sir hamda individual sezuvchanlik ehtimoli bor.

Mahalliy nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar: benzidamin (tonzillo-faring patologiyasida abscess rivojlanganda tavsiya etiladi; ATX kodi: A01AD02), flurbiprofen (ATX kodi: R02AX01), bular kompleks preparatlarning tarkibida bo'lishi yoki alohida monopreparat sifatida qo'llanilishi mumkin.

4.1.3 Fizioterapiya

Fizioterapiya paratonzillyar abscessni xirurgik davolashdan keyin qo'llaniladi (abscessni ochish yoki tang mindallarni olish jarayonida bir vaqtning o'zida ochish). Umumiy (badan yoki uning qismlariga) va mahalliy (murtaklar hamda maxalliy limfa uzulmalariga) ta'sir ko'rsatish usullari mavjud: ul'trayuqori chastotali toklar (UVCh), ul'trayuqori chastotali elektr maydoni (EP UVCh), magnitoforez, ul'trafioret nurlanishi (shumlardan qisqa to'lqinli UF (KUF)), ul'tratovush terapiyasi, past intensivlikdagi lazer nurlanishi (infraqizil, geliy-neon), santimetr to'lqin terapiyasi (SMV). Muolajani fizioterapevt olib boradi; zarur bo'lganda, ushbu metodika va uskunalar mavjud bo'lsa, otolaringolog yoki oilaviy shifokor ham bajarishi mumkin.

Tavsiyalar: Paratonzillyar abscessni xirurgik davolashdan keyin bemorlarda organizmning umumiy rezistentligini oshirish uchun umumiy fizioterapevtik ta'sir ko'rsatish tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi: S (dokazlar darajasi 5).

Izox: Umumiy usullar qatoridan giperbarik oksigenasiya va umumiy UF nurlanishi o'rin olgan.

Abscess ochilgan joyga mahalliy fizioterapevtik ta'sir ko'rsatish tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi: S (dokazlar darajasi 5).

Izox: PA ochilgan soxaga KUF ya'ni ul'trafioret nurlanishi-, maxalliy limfatugunlarga - UVCh, SMV, magnitoterapiya va lazer terapiyasini qo'llash tavsiya etiladi. Qo'shimcha ravishda, dorivor vositalarni turli fizioterapevtik usullar bilan – masalan, past chastotali ul'tratovush, geliy-neon lazeri yordamida abscess hududi, tonzillar soxa va maxalliy limfa tugunlarga kiritish mumkin.

**«PARATONZILLYaR ABSSESS» NOZOLOGIYaSI TIBBIY
AMALIYoTIGA OID MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

1. Asosiy qism

Kirish:

Bemorlarda paratonzillyar abscess birinchi bor yuzaga kelganda, uni ochish va drenaj qilish tavsiya qilinadi.

Xirurgik davolash tavsiya etiladi— paratonzillyar abscessni ochish va drenaj qilish.

Tavsiya darajasi: S (isbot darajasi – 5)

Izoh: Abscessning turli joylashishlari va turli asboblardan bilan ochish texnikalariga qaramay, umumiy qoidalar mavjud: ochish joyida pul'sasiya yo'qligiga ishonch hosil qilish, paratonzillyar to'qimalariga 0,5 sm dan chuqurroq kirishni faqat o'tkir bo'lmagan yo'l bilan amalga oshirish, abscessni adekvat drenaj qilish uchun ochishni yetarlicha keng (4 sm gacha) qilish kerak.

Xirurgik kesish joyi yallig'lanish jarayoni joylashgan paratonzillyar to'qimadan kelib chiqib belgilanadi. Operatsiya mahalliy applikatsion anesteziya ostida bajariladi.

Old yuqori abscessda ochish odatda tangshlay-tilcha yarimaylanasi orqali yoki eng ko'p shishgan joyda o'tkaziladi.

Ort paratonzillyar abscessni orqa tanglay yarimaylanasi orqali, uning chetidan 0,5 sm ortga qaytib, drenaj qilish tavsiya etiladi.

Pastgi paratonzillyar abscess ochilishida kesish quyi qismidagi tanglay-tilcha yarimaylanasi chizig'ini kesish bilan amalga oshiriladi. Paratonzillyar abscesslarni ochish texnikasi tanlovi bu hududning yirik arteriya shoxlari bilan boy qon ta'minotiga egaligini hisobga olgan holda bo'lishi kerak. Shuning uchun to'qimalar qon tomirlar yo'li bo'ylab va 0,5–1 sm chuqurlikda kesilishi, keyin esa kornsang yordamida to'qimalarni olib tarqatib, abscessni ochish kerak. Bu yirik arteriya shoxlari shikastlanishi xavfini kamaytiradi.

Abscess ochilgandan keyin xalqumni antiseptik eritmalari bilan chayilib, keyinchalik kesish chetlarini muntazam kengaytirish orqali adekvat drenaj ta'minlanadi.

Paratonzillyar abscessni radikal davolash usuli bo'lib tanglay murtaqlari olinishi bilan abscess ochilishi xisoblanadi. Ko'p marotaba angina qaytalangan yoki paratonzillit/paratonzillyar abscess qayta rivojlangan, davomiyligi uzoq, ochilgan abscessda adekvat drenaj bo'lmagan, ochishda qon ketishi yuz bergan yoki boshqa tonzillogen asoratlar paydo bo'lgan holda amalga oshiriladi.

Pasientlarda shunday holatlar bo'lganda tanglay murtaqlarini olish va abscessni ochish tavsiya etiladi.

Tavsiya darajasi: S (isbot darajasi – 5)

Izohlar: tanglay murtaqlarini olish va abscessni ochish nafaqat abscess bo'shlig'ini drenaj qiladi, balki murtaqdagi infeksiya manbaasini ham yo'q qiladi, bu esa abscess hosil bo'lishini oldini oladi. Ushbu operatsiya har qanday yoshda (3-4 yoshdan 70 va undan yuqorigacha) bajarilishi mumkin. Qarshi ko'rsatmalar:

ichki organlarning og‘ir kasalliklari, miya qon tomirlari trombozi, tarqalgan meningit kabi terminal yoki juda og‘ir holatlar.

Infil'trasiya anesteziyadan so‘ng, old tanglay tilcha yarimaylanasi chizig‘i chetidan kesish amalga oshiriladi. Tanglay murtaklarini psevdokapsulasi orqali raspator kiritiladi va murtakning yuqori qismi ajratiladi. Odatda shu vaqtda abscess ochilib, bo‘shatiladi.

Yuqori qismi murtakni zanjim bilan ushlab, o‘tmas yo‘l bilan oldingi va orqa tanglay yarimaylanasidan ajratiladi, keng xirurgik koshik yordamida pastga tushiriladi, agar zarur bo‘lsa, yallig‘lanish o‘choqlarning bog‘lovchi to‘qimalari buziladi.

Pastki qismida Baxon petlyasi yordamida murtak ajratib olinadi.

Operatsiyadan keyin tonzil yoki tonsillar soxani e'tibor bilan tekshirib, parafaringeal abscess belgilari bor-yo‘qligi aniqlanadi.

**«PARATONZILLYaR ABSSESS» NOZOLOGIYaSI
PROFILAKTIKASIGA OID MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

5.1 Profilaktika va dispanser kuzatuvi, profilaktik uslublarini qo'llashda tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

PA profilaktikasi kasallik rivojlanishini oldini olish (birlamchi), kasallik kechishi og'irlashmasligi (ikkilamchi) va asoratlar rivojlanishi oldini olishga (uchinchi) qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirishni nazarda tutadi.

PA rivojlanishi xavfi omillarini dispanserizasiyaning birinchi bosqichidayoq aniqlash tavsiya etiladi.

Tavsiyalarga ishonch darajasi S (dalillar aniqligi darajasi – 5)

Izoxlar: PA rivojlanishi xavf omili bo'lib surunkali tonzillit mavjudligi, xamda qaytariluvchi o'tkir tonzillit xizmat qiladi. Profilaktika sifatida chiniqish xavfi omili oldini olish, abscess xosil bo'lish sabablari bilan axolini tanishtirish, sanitar va ma'rifiy ishlar olib borish, tish va milklarni o'z vaqtida davolash kabi chora-tadbirlar amalga oshirin tavsiya etiladi.

5.2 Tibbiy yordamni tashkil etish

Kasallikni davolash ko'pincha otorinolingolog shifokori tomonidan muvofiq jarroxlik stasionari shariotida amalga oshiriladi.

Gospitalizasiya uchun paratonzillyar abscessni yorish zarurati yoki abscess yorilishi bilan kechadigan tanglay murtaklarini olib tashlash ko'rsatma bo'la oladi.

Xolat yaxshilanishi paratonzillyar abscess ochilganidan so'ng yoki tonziltopektomiya davomida abscess yorilishidan 12-24 soat o'tiboq kuzatiladi.

Bemorni stasionardan chiqarish uchun ko'rsatma bo'lib otorinolingologiya bo'limidagi abscess ochilib, tanglay murtaklari olib tashlanganidan 5-7 kunlik og'irlashmagan davolanish yakuni xizmat qiladi. Kasallik alomatlari butkul yo'qolib, bemor xayoti va sog'ligiga xavf soluvchi omillar bartaraf etilganidan so'ng stasionardan ruxsat beriladi.

PA prognozi, adekvat davo choralari qo'llanilganda, aksariyat xollarda ijobiydir.

Birlamchi va orttirilgan immunodefisit xolatlarda (tug'ma immunodefisit, immunosupressor va sitostatiklar qabuli, VICH infeksiya) yiringli keng tarqalgan asoratlar rivojlanish xavfi ortadi.

Asoratlar.

PAni davolamaslik yoki noadekvat davolash keyinchalik yiringli va tarqoq asortalarga olib keladi, masalan:

- bo'yin yumshoq to'qimasi flegmonasi
- yiringli mediastenit
- tonzillogen sepsis
- infeksiyon-toksik shok

Adabiyot ro'yxati

1. Karneeva O.V., Dayxes N.A., Polyakov D.P. Protokoli diagnostiki i lecheniya ostrix tonzillofaringitov Russkiy medisinskiy jurnal «Otorinolaringologiya». 2015; № 6: s. 307-311.
2. Svetkov, E.A. Adenotonzilliti i ix oslojneniya. Limfoepitelial'noe glotochnoe kol'so v norme i patologii / E.A.Svetkov. – SPb.: ELBI, 2003. - 123s.
3. L.F. Aznabaeva, N.A. Aref'eva, F.A. Xafizova. Ekologiya i immunologiya slizistix obolochek verxnix dixatel'nix putey / sbornik tezisov vtorogo kongressa Rossiyskogo obshchestva rinologov.- 1996, Sochi.
4. Pal'chun V.T. i soavt. Vospalitel'nie zabolevaniya glotki: rukovodstvo dlya vrachey / V.T. Pal'chun, L.A. Luchixin, A.I. Kryukov. – M.: «GEOTAR-Media», 2012. – 288s.
5. Buxarin O.V. Ekologiya mikroorganizmov cheloveka / Pod red O.V.Buxarina. Yekaterinburg: UrO RAN, 2006. – 480s.
6. Drozdova, M.V. Limfoproliferativniy sindrom u detey s zabolevaniyami verxnix dixatel'nix putey (etiologiya, patogenez, klinicheskaya i laboratornaya diagnostika): avtoreferat diss. ... dokt. med. nauk .- SPb, 2010. – 48s.
7. Belov B.S. A-streptokokkovaya infeksiya glotki v praktike internista. Vestnik otorinolaringologii.2013;3:39-44
8. Xronicheskiy tonzillit i angina. Immunologicheskie i klinicheskie aspekti / Pod red. professorov S.A. Karpishenko i S.M. Svistushkina. – Izd-e 3-e. –SPb.: Dialog, 2017. – 264s.
9. Rapoport Ye.V. Odontogenniy faktor v geneze peritonzillitov. V kn.: Sb. tr. Leningradskogo nauchn.-issled. in-ta uxa, gorla, nosa i rechi. L 1958; XI: 280-287.
10. Svistushkin V.M., Mustafaev D.M. Parafaringit, tonzillogenniy sepsis: osobennosti patogeneza, klinicheskaya kartina i sovremennie predstavleniya o lechenii / Svistushkin V.M., Mustafaev D.M.// Vestnik otorinolaringologii. - 2013. №3.- s.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. Gofman, V.R. Xronicheskiy tonzillit / V.R.Gofman, A.V.Chernish, V.V.Dvoryanchikov. M.: TEXNOSFERA, 2015. – 144s.
13. Otorinolaringologiya: Nasional'noe rukovodstvo, kratkoe izdanie / Pod red. chl. kor. V.T. Pal'chuna. - . – M.: GEOTAR-Media, 2014.
14. Pal'chun V.T., Kryukov A.I., Gurov A.V., Yermolaev A.G. Nebnie mindalini: fiziologiya i patologiya. Vestnik otorinolaringologii. 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. Kiselev A.S. K diagnostike ostrogo gnoynogo vospaleniya para- i retrofaringeal'nogo prostranstva. *Novosti otorinolar i logopat* 1998; 4: 80-8
18. Izvin, A.I. Geneticheskie aspekty xronicheskogo tonsillita / A.I. Izvin // *Novosti otorinolaringologii i logopatologii*. – 2002. - №2 (30). – S.90-92.
19. Plujnikov M.S. Angina i xronicheskij tonsillit / M.S. Plujnikov, G.V. Lavrenova, K.A. Nikitin.- SPb., 2002. – 58s.
20. Bogomil'skiy, M.R. Opit primeneniya azitromisina v terapii obostreniy xronicheskogo tonsillita / M.R. Bogomil'skiy, T.I. Garashenko, Ye.V. Shishmareva // *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2003. - №1. – S172-176.
21. *Otorinolaringologiya: Uchebnik.* / V.V.Vishnyakov. - . – M.: GEOTAR-Media, 2014.
22. Vaxrushev S.G. Kompleksnoe xirurgicheskoe lechenie xronicheskogo tonsillita / S.G.Vaxrushev, G.I.Burenkov // *Novosti otorinolaringologii i logopatologii*. 2002. - №2(3). – S.70-73.
23. Ponomarev L.E. Metodi teplovizionnogo issledovaniya v diagnostike xronicheskogo tonsillita u detey / L.E. Ponomarev, M.M. Sergeev, V.V. Skibiskiy // *Otorinolaringologiya na rubezhe tisyacheletiy: materialy XVI s'ezda otorinolarin. RF*. – S.404-406.(21-24 marta2001). – Sochi, 2001
24. Palm J, Kishchuk VV, Ulied A et al. Effectiveness of an add-on treatment with the homeopathic medication SilAtró-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. Ryazansev S.V., Artyushkin S.A., Yeremina N.V., Yeremin S.A. Predvaritel'nie rezul'taty Rossiyskoy nacional'noy programmi «Xronicheskij tonsillit». *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(3):92–102
28. Karneeva O.V. Ostriy tonsillofaringit / O.V. Karneeva, D. P. Polyakov // *Putevoditel' vrachebnix naznacheniy*. - Moskva.: RNMOT, 2016.-150 s.
29. Nikiforova G.N., Svistushkin V.M., Bidanova D.B., Volkova K.B. Effektivnost' primeneniya kompl