

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

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

**"СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

«Тасдиклайман»
Республика ихтисослаштирилган
оториноларингология ва бош-буйин
касалликлари илмий-амалий марказ
директори, Хасанов У.С.
_____ 2025 й



**"СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

1. «Сурункали тонзиллит» нозологияси бўйича миллий клиник протокол.....5
2. « Сурункали тонзиллит » нозологияси бўйича тиббий аралашув миллий клиник протоколи 23
3. « Сурункали тонзиллит » нозологияси бўйича тиббий профилактика ва реабилитация миллий клиник протоколи31

**"СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми.

– ҲКК(МКБ)-10 шифри **J35.0; J35.8; J35.9** сурункали тонзиллит, ушбу клиник протокол оилавий поликлиника, КТМП ва стационар оториноларингология бўлимларида қўлланилади.

- Ҳалқаро касалликлар классификатори – ҲКК(МКБ)-10 шифри (лар):

ҲКК (МКБ)-10	
J35.0; J35.8; J35.9	Сурункали тонзиллит
	ҲКК 10 – Сурункали муртак ва аденоидлар касаллиги (J35) (mkb-10.com))

- Ҳалқаро касалликлар классификатори – ҲКК(МКБ)-11 шифри (лар):

ҲКК (МКБ)-10	
CA0F.Y	Бодомсимон безлар ва аденоидларнинг бошқа сурункали касалликлари
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#512796448%2Fother

- Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил., қайта кўриб чиқилган сана 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда ёллон қилинади.

Мазкур клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса: Ўзбекистон оториноларингология ва бош-бўйин асалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси.

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Оториноларингология йўналиши, жараёни ташкиллаштириш бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Хасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудир, тфд., профессор;
2. Эргашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, тфн.,
3. Амонов Ш.Тошпति Оториноларингология кафедраси мудир, тфд, профессор;
4. Арифов С. С. ТОШИУВ Оториноларингология кафедраси мудир, тфд, профессор;
5. Ботиров А. Ж. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, тфн;
6. Шаумаров А. З. Тфн, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
7. Жуманов Д. А. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, тфн;
8. Жабборов Н. Н. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти;
9. Абдуллаев У. П. ТТА Оториноларингология кафедраси ассистенти.

- Асосий ва қўшимча муаллифлар рўйхати (Исми-шарифи, иш жойи, унвони, мансаби);

1. Хасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, тфд., профессор;
2. Эргашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, тфн.;
3. Шаумаров А. З. Тфн, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
4. Шодмонов Ш.А., РИОваББКИАТМ, олий тоифали врач оториноларинголог;
5. Жангиров Т.Г., РИОваББКИАТМ, биринчи тоифали врач оториноларинголог;
6. Хуснитдинов Р.А., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог;
7. Уринов Т.Ш., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог.

- Такризчилар:

Ташқи: Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар уюшмаси Бош котиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош мустақил оториноларингологи, МД, профессор Г. А. Мухамадиева.

Ички: Шамсиев Д. Ф. ТДСИ Оториноларингология кафедраси мудири, МД, профессор;

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси:

Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси, баённома №2, _____ йил;

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан эксперт баҳоси:

Ашурув А. М. т.ф.д., "Оториноларингология" кафедраси доценти Ташиув

Соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни сақлаш вазирлигининг ЛОР

мутахассислиги бўйича Бош мутахассиси

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 қўлланилган қисқартмалар

АСЛО-О	Антистрептолизин-О
БГСА	Бета гемолитик стрептококк А гуруҳ
ХКК 10	касалликларнинг халқаро таснифи 10
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши восита
РФ	Ревматоид фактор
СРО	С реактив оқсил
ТЭ	Тонзиллэктомия
СТ	Сурункали тонзиллит

- Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари - оториноларингологлар;
- Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси - катталар;
- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи

А	Юқори сифатли мета-таҳлил, РКТларни тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато эҳтимоли (++) жуда паст бўлган катта РКИ, натижалари тегишли аҳолига етказилиши мумкин.
В	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки систематик хато хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки кейс-контрол тадқиқотлари ёки паст (+) тизимли хато хавфи бўлган РКТлар, натижалари қуйидагича кенгайтирилиши мумкин. тегишли аҳоли.
С	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқоти ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли популяцияга ёки тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган РКТларга (++) ёки (+) кенгайтирилиши мумкин, натижалари тўғридан-тўғри тегишли популяцияга етказилиши мумкин эмас
Д	Бир қатор ишларнинг тавсифи ёки назоратсиз тадқиқот ёки эксперт хулосаси.

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш.

Сурункали тонзиллит ЛОР органларининг энг кўп ўрганилган касалликларидан биридир. Бодомча безлари касалликлари масаласида жуда катта ҳажмдаги ишлар мавжуд. Аҳолининг 20% гача қисми Танглай муртаклари сурункали яллиғланишидан азият чекади. Ушбу нозологиянинг турли жиҳатларини ўрганиш нафақат ЛОР шифокорлари, балки терапевтлар, педиатрлар, неврологлар, дерматологлар, гематологлар, микробиологлар, эндокринологлар ва бошқалар томонидан ҳам амалга оширилади.

Бугунги кунга келиб, бошқа органлар ва тизимлар касалликларининг ривожланишида сурункали тонзиллитнинг етакчи роли тасдиқланган. Тонзиллит

сурункали касалликлар курсини мураккаблаштиради, бу айниқса унинг кучайиши пайтида сезилади.

2.2. Таъриф.

Сурункали тонзиллит - бу, бутун тананинг юқумли ва аллергия касаллиги бўлиб, Танглай муртакларининг доимий яллиғланиш реакцияси шаклида маҳаллий намоён бўлади, морфологик жиҳатдан ўзгариш, экссудация ва пролиферация билан ифодаланади [1; 2; 3]. СТ полиэтологик касаллик ҳисобланади [1; 4; 5]. Стрептококк (А гуруҳи бета-гемолитик стрептококк – *S.pyogenes*), стафилококк (*S. aureus*), ва *Candida* замбуруғларининг микробиал бирлашмалари беморларнинг бодомсимон шиллиқ қавати экмаларида тез-тез аниқланади. Вирусли (аденовирус, Эпштейн Барр вируси, цитомэгаловирус), доимий микоплазма ва хламидия инфекцияларининг роли ҳақида маълумотлар келтирилган [6,7]. Пиоген стрептококк атроф-муҳитнинг физик ва кимёвий омилларига жуда чидамли. Макроорганизмдаги пиоген стрептококкларнинг ягона табиий резервуари танглай муртакларининг дистал крипталаридир. Пиоген стрептококк инфекцияларининг патогенези бу микроорганизмларнинг Танглай муртакларининг чуқур крипталарида фаоллашиши, уларнинг кўп сонли хужайрадан ташқари ферментлар мавжудлиги туфайли бодомсимон лимфоид тўқима тузилмаларига кириши билан боғлиқ: стрептокиназа, бу плазминогеннинг протеолитик ферментга айланишини катализлайди. Плазмин; бириктирувчи тўқималарнинг асосий компоненти бўлган гиалурон кислотасини йўқ қиладиган гиалуронидаза; стрептодорназа (ДНК-аза), бириктирувчи тўқима хужайралари геномининг элементларини йўқ қилади ва ҳоказо. Ушбу патогенга хос бўлган мембранага зарар етказувчи О- ва S - стрептолизин токсинларини ишлаб чиқариш тизимли интоксикация, кардиотоксикликнинг ривожланишига олиб келади, бу о-стрептолизин фаоллиги шароитида миокард хужайралари митохондрияларида энергия жараёнларини бостириш билан изоҳланади.

2.3. Таснифи.

Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида сурункали тонзиллитнинг клиник таснифи Б. S. Преображенский-В. Т. Палчун [23] касалликнинг икки шаклини:

1. Оддий
2. Токсико-аллергик шакл (Таш I) ва (Таш II) даражаларини ажратади. Даволаш тастикаси СТ шаклига ҳам боғлиқ.

3. Сурункали тонзиллит ташхиси.

СТ нинг клиник кўриниши Танглай муртакларининг доимий (доимий) сурункали яллиғланиши (асосан бодомча безлари) туфайли юзага келади, бунинг натижасида Танглай муртакларининг ўзида, атрофдаги тўқималарда, минтақавий лимфа тугунларида морфологик ўзгаришлар ҳосил бўлади ва ўткир тонзиллит, бошқа органлар ва тизимлардаги функционал ва органик ўзгаришлар ҳам патогенетик тарзда содир бўлиши мумкин бу жараён билан боғлиқ.

СТ нинг маҳаллий белгиларининг 5 гуруҳи мавжуд [1]:

1. гиперемия ва ҳалқум камарларининг қирраларининг қалинлашиши (Гиза белгилари,

В. Н. Зак, Б. С. Преображенский);

2. Танглай муртаклари ва ҳалқум камарлари орасидаги чандиқ битишмалари;

3. бўшашган ёки чандиқ ўзгарган ва сиқилган Танглай муртаклари;

4. бодомсимон лакуналарда казеоз-йирингли тикинлар ёки суяқ йиринг;

5. минтақавий лимфа тугунларининг кенгайиши (пастки жағорқасида, олдинги юқори бачадон бўйни).

Гизез белгиси-палато-lingual (олд) камар қирраларининг гиперемияси.

В.Н. Закнинг белгиси танглай-тил (олд) ва танглай-ҳалқум (орқа) камарларнинг туташган бурчаги соҳасидаги шишдир.

В. С. Преображенскийнинг белгиси - танглай-тил (олд) ва танглай-ҳалқум (орқа) камарларнинг юқори қисмлари қирраларининг бурмасимон қалинлашиши (гиперплазия ва инфилтрация).

СТ нинг оддий шакли фақат маҳаллий билан тавсифланади.

СТ белгилари, 96% да илгари ўтказилган томоқ оғриғи кўрсаткичлари мавжуд.

Токсик-аллергик шакл икки даражага бўлинади. СТ белгилари

биринчи даражали токсик-аллергик шакллар:

1. субфебрил тана ҳароратининг даврий эпизодлари;

2. ҳолсизлик, безовталиқ эпизодлари; тез чарчаш, ишлашнинг пасайиши, соғлиғининг ёмонлиги;

3. даврий кўшма оғриқ;

4. минтақавий лимфа тугунларини палпация қилишда ўсиш ва оғриқ (бошқа инфекция ўчоқлари бўлмаса);

5. юракнинг функционал бузилишлари, беқарор, жисмоний машқлар пайтида ёки дам олиш пайтида, сурункали тонзиллитнинг авж олиш даврида намоён бўлади

6. лаборатория маълумотлари нормасидан беқарор ва беқарор оғишлар кўрсаткичлар.

Токсик-аллергик шаклнинг белгилари II даража:

1. юрак фаолиятининг даврий функционал бузилишлари (бемор шикоят қилади, бузилишлар ЭКГда қайд этилади);

2. жараён давомида қайд этилган юрак уриши, юрак ритмининг бузилиши объектив тадқиқот усуллари;

3. Ангина пайтида ҳам, авж олишдан ташқари ҳам юрак ёки бўғимларда оғриқ сурункали тонзиллитнинг авж олмаган даврида ҳам намоён бўлади;

4. мумкин бўлган субфебрил тана ҳарорати;

5. буйраклар, юрак ишларида юқумли табиатнинг функционал бузилишлари, қон томир тизими, бўғинлар, жигар ва бошқа органлар ва тизимлар клиник ва лаборатория усулларида фойдаланган ҳолда рўйхатдан ўтган;

6. СТ билан умумий юқумли касалликларга чалинган" боғланган " одамлар.

Сабаблари: паратонзилляр хўшпозит, парафарингит, ўткир ва сурункали (кўпинча ёпиқ аломатлар билан) тонзиллоген сепсис, ревматизм, артрит, орттирилган юрак нуқсонлари, сийдик тизими касалликлари (гломерулонефрит), бўғинлар ва бошқа аъзолар касалликлари. ЖССТ сурункали тонзиллит билан боғлиқ бўлган 100 га яқин касалликларни санаб ўтади [8,23]. Юрак, бўғинлар, буйраклар, эндокрин тизим ва тери энг заиф ҳисобланади, шунинг учун ҳар бир қийин ҳолатда даволаш тактикасини танлаш тўғрисида қарор тегишли мутахассис билан касалликнинг ривожланиши ва прогнозини биргаликда муҳокама қилгандан сўнг қабул қилиниши керак.

3.1. Шикоятлари

СТ билан бемор, касаллик шаклидан қатъий назар, шикоят кузатилиши мумкин: кучсиз оғриқ, томоқда қирилиш, ёт жисм хисси, даврий қуруқ йўтал, оғиздан хид келиши (ҳалитоз). Ушбу шикоятлар махсус эмас ва сурункали фарингит, ҳалқум, оғиз бўшлиғи ва тишларнинг патологиясида ҳам қайд этилади. СТ билан оғриган баъзи беморларда шикоятлар умуман бўлмаслиги мумкин. Декомпенсацияланган шаклда тизимли шикоятлари кузатилиши мумкин: узоқ муддатли безовталик, ишлаш қобилятининг пасайиши, субфебрил ҳароратнинг узоқ муддатли эпизодлари. Тизимли шикоятлар ҳам ўзига хос эмас ва бошқа сабабларни истисно қилиш ва уларнинг сурункали тонзиллит сабаб бўлганлигини аниқлаш учун ҳар доим беморни тўлиқ текширишни талаб қилади. Бундан ташқари, СТнинг декомпенсацияланган шаклида беморлар СТ билан патогенетик боғлиқ бўлган ҳолат ёки касалликнинг клиник кўринишига мос келадиган шикоятларни билдирадilar.

3.2. Анамнез:

Касаллик тарихидан тез-тез нафас олиш йўллари инфекцияларини, айниқса ўткир тонзилофарингитни, паратонзиллит ва паратонзилляр хўппози кўринишидаги асоратларни, СТни олдинги даволаш ва унинг самарадорлигини, патогенетик боғлиқ касалликларни кузатиш ва даволашни кўрсатиш муҳимдир. Болалар ва катталардаги ҳалқум ва тизимли шикоятларни, айниқса нафас олиш йўллари касалликлари билан тез-тез ва узоқ муддатли беморларни аниқлаш ва тез-тез ўткир тонзиллит борлиги учун анамнезни аниқлаш тавсия этилади [11,13,23]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).

СТ шаклини (компенсацияланган ёки декомпенсацияланган) кейинги ташхислаш, такрорий тонзиллит шаклида декомпенсация турини аниқлаш учун охириги 3 йил ичида анамнез муҳим аҳамиятга эга.

3.3. Сурункали тонзиллитнинг клиник белгилари:

- касалликнинг клиник кечиши, ушбу нозология учун беморларни объектив ва физик текширувлари;
- асосий ва қўшимча лаборатория текширувлари (масалан, қонда лейкоцитларнинг меъёрий кўрсаткичлари ошиши ва / ёки патологик ҳолат кўрсаткичларини кўрсатган ҳолда, иложи бўлса далиллар даражасини кўрсатиш керак);
- асосий ва қўшимча инструментал тадқиқотлар (масалан, асосий-рентген текшируви, натижаларни талқин қилиш ва ушбу нозологияга хос белгиларни кўрсатиш; қўшимча-эзофагогастроуденоскопия, ушбу нозологияда таъсир қиладиган/ёки ривожлана бошлайдиган мумкин бўлган белгиларни тавсифлаш ва талқин қилиш билан, иложи бўлса, далиллар даражасини кўрсатиш керак);
- мутахассис маслаҳати учун кўрсатмалар (маслаҳат мақсади кўрсатилган соҳа мутахассиси);

3.4. Ташхис қўйиш мезонлари

"СТ" ташхиси қуйидагилар асосида амалга оширилади:

1. Тез-тез нафас йўли касалликлари ҳақида анамнестик маълумотлар, ангина қайталаниши, шу жумладан асоратлари билан, юрак, буйрак, бўғимлар, эндокрин

аъзоларнинг ҳамроҳ касалликлари, узоқ вақт давомида сабабсиз ҳолсизлик, иш қобилиятининг пасайиши, узоқ муддатли субфебрил ҳарорат.

2. Шифокор томонидан физикал текширув ва бошқа мутахассислар томонидан ўтказилган текширувлар натижаларига кўра беморнинг умумий ҳолатига баҳо бериш;

3. лаборатория текширувлари;

4. ҳалқумни инструментал текшириш - фарингоскопия.

<http://www.enthealth.org/conditions/tonsillitis/>

3.5. Физикал текширув.

Умумий ҳолатни баҳолаш, умумий текширув ва фарингоскопия ўткир ҳалқум касаллигини истисно қилиш имконини беради. Болалар ва катталар учун фарингоскопия ўткир тонзиллитнинг фарингоскопик белгиларини истисно қилиб, СТнинг маҳаллий белгиларини аниқлаш учун тавсия этилади [1; 11; 23].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Шарҳлар: ўткир тонзиллит маҳаллий белгилари ўз ичига олади:

- танглай равоғи, ҳалқум муртаги, ҳалқум орқа девори (камроқ - юмшоқ танглай ва тилча) ёрқин гиперемияси ва шиллик қаватининг шишиши;

- танглай муртакларида, камроқ - ҳалқумнинг орқа деворида экссудат ва караш;

- регионар лимфаденит (субмандибулар, постмандибулар, олд ва орқа бўйни лимфа тугунларини катталашиши, зичлашиши палпация оғриқлилиги);

- юмшоқ танглай ва тилчада петехиал энантема.

Ўткир ҳалқум касаллигининг маҳаллий кўринишлари СТни аниқлашга имкон бермайди; ўткир ҳалқум яллиғланиш тугаганидан атиги 2-3 ҳафта ўтгач, СТнинг морфологик белгиларини ишончли аниқлаш мумкин [23].

3.6. Лаборатория диагностикаси тадқиқотлари

Лаборатор диагностик усуллар: қон ва сийдикни умумий (клиник) таҳлил қилиш, муртаклар шиллик қаватидан бактериологик ва микологик текшириш учун эзма, лакуналар таркибини цитологик текшириш, СТни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга эмас, улар касаллигининг кечишини, СТ шакллари, микробиал биоценознинг этиологик роли, бошқа органлар ва тизимлар касалликлари билан боғлиқлиги, ўтказилган даволаш усуллари самарадорлигини аниқлаштириш учун ишлатилади. Клиник ва лаборатория текшируви қон, сийдикнинг умумий (клиник) текшируви, қон зардобидаги С-реактив оқсил даражасини текшириш, қондаги ревматоид омил мавжудлигини, мумкин бўлган асорат касаллиқни аниқлаш учун тавсия этилади [1,11,23].

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

СТ билан оғриган беморларга (болалар ва катталар) қон зардобидаги антистрептолизин-О таркибини текшириш β-гемолитик стрептококкларнинг (асосан БГСА) ҳужайра ичидаги турғунлигини аниқлаш учун тавсия этилади [24].

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: халқум шиллиқ қавати юзасидан ва танглай муртаклари ажралмалари таркибидаги экмаларда β -гемолитик стрептококклар (БГСА) бўлмаган тақдирда АСЛ-О нинг юқори кўрсаткичлари микроорганизмларнинг хужайра ичидаги турғунлигини кўрсатади, бу эса СТ декомпенсациясини тасдиқлайди. Бироқ, АСЛ-О нинг юқори титрлари, танглай муртакларининг зарарланиш клиник белгилари бўлмаган тақдирда, давони тайинлаш учун кўрсатма сифатида қаралиши мумкин эмас ва микробиологик текширувни, шу жумладан экспресс тестларни ўтказилишини талаб қилади. Хужайра ичи турғунлиги билан СТ учун хос бўлган стрептококклар патоген бактериологик усули ёрдамида аниқланмайди. Стрептококкларни ажратиш материалда гемолитик стафилококклар (асосан *S.aureus*) мавжуд бўлганда, шунингдек, БГСА антаначаларини ўз ичига олган донор қони қўшилган озуқавий мухитлардан фойдаланганда қийин кечади. Антибиотиклардан бир марта фойдаланиш ҳам бакэма усули ёрдамида бастериал патогенларни аниқлаш эҳтимолини кескин камайтиради. Халқумдан А гуруҳидаги стрептококк ((*Streptococcus* gr. А), ажратилган юқори нафас йўлларида А гуруҳи стрептококк антигенини (*S.pyogenes*) аниқлаш, а гуруҳи стрептококкларига (асосан БГСА инфекцияси) халқум суртмаларини иммунохроматографик тезкор текшириш тавсия қилинади.

тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Изоҳлар: А гуруҳидаги б-гемолитик стрептококк СТ ривожланишининг муҳим этиологик омили, аъзолар (юрак, буйраклар, бўғинлар, тери) ва тизимларнинг (юрак-қон томир, асаб, эндокрин) патогенетик жиҳатдан боғлиқ ва БГСА воситачилигида оғир касалликларнинг пайдо бўлишида, шунингдек ўткир тонзиллитнинг қайталаниши билан асоратларнинг ривожланишида энг кўп аҳамиятли омил ҳисобланади.

3.7. Инструментал диагностика тадқиқотлари

Бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари томонидан қўлланиладиган анъанавий фарингоскопия одатда СТни аниқлаш/истисно қилиш учун танглай муртакларининг ҳолатини ҳар томонлама баҳолаш учун етарли эмас. Текшириш махсус ёритгич, пешона рефлектори, эндоскоп ёруғлиги ёрдамида амалга оширилади. Агар керак бўлса, чандиқларни фарқлаш учун иккита шпатель, лакуналарни текшириш учун қўшимча тугмачали ёки ичи бўш зонд ишлатилади. Текширувдан олдин беморга 20-30 дақиқа давомида овқат, иссиқ, совуқ ва газланган ичимликлар истеъмол қилмаслик, чекиш, атроф-мухит ҳарорати паст ва шамолли об-ҳаво шароитида гаплашмаслик тавсия этилади. Бу халқум шиллиқ қаватининг ҳолатини, хусусан, ўткинчи гиперемияни нотўғри баҳолашни олдини олади. Иккинчи шпательдан фойдаланиш танглай муртаклари лакуналарининг патологик таркибини, танглай муртаклари безлари ва танглай равоқлари орасидаги чандиқларни аниқлашга имкон беради. СТ белгиларини аниқлашда барча болалар ва катталар учун қўшимча ёруғлик манбалари, шпатель ва ойна, ёрдамида фарингоскопия, эпифарингоскопия юқори нафас йўлларини инструментал текширув тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Шарҳлар: фарингоскопик белгиларни аниқлаш СТ диагностикасида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. СТ ташхиси Танглай муртақларининг сурункали яллиғланишининг маҳаллий белгиларининг юқоридаги бешта комбинациясидан икки ёки ундан кўпроғи мавжуд бўлганда қўйилади. Энг муҳим белги Танглай муртақларининг лакуналарида суюқ йирингли, кўпинча ёқимсиз хидли таркибнинг мавжудлиги. Регионар лимфа тугунларининг қалинлашиши СТ билан боғлиқ бўлмаслиги ва бош ва бўйин соҳасидаги бошқа яллиғланиш жараёнларида кузатилиши мумкин. СТ диагностикаси учун Танглай муртақларининг катталиги муҳим эмас, аммо, болалик даврида халқум ва танглай муртақларининг гипертрофияси унинг ривожланишига ҳисса қўшиши мумкин. Бошқа диагностика усуллари касалликнинг шаклини аниқлашга, терапевтик ва профилактика чораларини танлашга хизмат қилади.

3.8. Бошқа диагностик тадқиқотлар

Сурункали тонзиллитни объективлаштириш учун қўшимча диагностика усуллари ишлаб чиқилган - танглай муртақлари фаолиятини ўрганиш, томирларнинг лазерли доплер флоуметрияси, тепловизион текшируви, хиқилдоқни ултратовуш текшируви, беморнинг тупугини инфрақизил текширишнинг аппарат ва дастурий комплекси, улар ҳали кенг тарқалмаган ва уларнинг самарадорлиги тўғрисида объектив далиллар йўқ.

3.9. Дифференциал ташхис

Дифференциал ташхис ва қўшимча тадқиқотлар асослаш (аниқ дифференциал ташхис ва қандай мезонлар нима ташхис билан буюриш):

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асос	Анкеталар	Ташхисни истисно қилиш учун асос
Стоматит	Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг шикастланиши	Анамнез йиғиш, фарингоскопия	Фарингоскопик расм
Скарлатина	Танглай муртақларининг шикастланиши	Анамнез йиғиш, фарингоскопия	Фарингоскопик расм
Ўткир ва сурункали фарингит	Ҳалқум орқа деворининг шикастланиши	Анамнез йиғиш, фарингоскопия	Фарингоскопик расм
Танглай муртақларининг ўсмалари	Танглай муртақларининг шикастланиши	Фарингоскопия, биопсия	Биопсия натижаси
Ҳалқум ўсмалари	Танглай муртақларининг силжиши	Фарингоскопия, биопсия	Биопсия натижаси

4. Амбулатория даражасида даволаш тастикаси:

4.1. дори воситаларисиз даволаш (соғлом турмуш тарзи элементлари, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, кундалик ва уйқу режими, овқатланиш (№15-стол));

Сурункали тонзиллит билан оғриган беморларни хуружлараро даврда даволаш оториноларинголог ва бирламчи тиббий ёрдам шифокори (педиатр, терапевт, умумий амалиёт шифокори) иштирокида амалга оширилади. Ўткир тонзиллитнинг қайталанишини даволаш (ангина кўринишида хуружи) ўткир тонзиллофарингитни даволаш бўйича клиник тавсиялар асосида амалга оширилади. Асоратларни даволаш (паратонзиллит, паратонзилляр хўппози ва бошқалар.) ушбу касалликлар бўйича тегишли клиник тавсиялар асосида амалга оширилади.

СТ учун даволаш усулини танлаш - консерватив ва жарроҳлик усули унинг шаклига, кўшимча касалликлар ва клиник кўринишларга боғлиқ. СТни даволашнинг ҳар қандай турини бошлашдан олдин тишларни, бурун ёндош бўшлиқларини ва бурун-ҳалқумни санация қилиш тавсия этилади.

4.2. Медикаментоз даволаниш

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник баённомасига киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида қопланиш учун асос бўлмайди.

Консерватив давонинг мақсади танглай муртакларини санация қилиш, патогенетик соғлом даволаш усуллари ва дори-дармонларни қўллаш орқали уларнинг фаолиятини тиклашдир. Консерватив даво қуйидагилар учун кўрсатилади:

- "Сурункали тонзиллит, оддий шакли" клиник ташхиси қўйилган беморлар (даволаш курси -йилига 2 марта, баҳор ва кузда);

- "Сурункали тонзиллит, токсик-аллергик шакл I даража" клиник ташхис қўйилган беморлар: (курсни даволаш-йилига 4 мартагача, ўткир тонзиллитнинг кутилаётган такрорланишидан 1-1,5 ой олдин),

- Декомпенсацияланган сурункали тонзиллит билан, декомпенсациянинг бошқа турлари билан, II даражали СТ токсик-аллергик шакли билан оғриган беморлар, агар жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса.

Консерватив даво режалаштирилган курсларда - ўткир тонзиллит/тонзиллофарингитнинг қайталаниши орасидаги даврда амалга оширилади. Консерватив даво самарадорлигининг ажралмас шарти танглай муртаклари лакуналарини дренажлаш, муртаклар бурмаларни, чўнтакларни патологик экссудат ва детритдан тозалашдир.

<https://cyberleninka.ru/article/n/etiology-and-conservative-treatment-of-chronic-tonsillitis/viewer>

4.3. Умумий даволаш

Умумий даволаш оториноларингологнинг тавсияларини инобатга олган ҳолда бирламчи тиббий ёрдам шифокори назорати остида маҳаллий даволаниш билан бир вақтда амалга оширилади. Ремиссия даврида СТ билан оғриган беморларда тизимли антибактериал терапиядан фойдаланиш қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади [8, 24]: бактериологик экма натижаларига кўра БГСА инфекцияси

тасдиқланса -бета-лактама антибактериал препаратлар буюрилади: пенициллинлар бактериологик экмаларининг салбий натижалари билан ортиб бораётган ва АСЛО кўрсаткичлари узок муддат пасаймайдиган ҳолатларда -макролидларга устунлик берилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳ: СТ ривожланишда танглай муртаги микроб флораси роли муҳимлиги кўпчилик мутахасислар томонидан эътироф этилиб, СТ ҳамда ўткир тонзиллитнинг асосий юқумли агенти, БГСА эканлигини таъкидланади. Бироқ, хуружлараро даврда СТ учун этиотропик тизимли антибактериал терапияни буюришга муносабат сезиларли даражада фарқ қилади.

БГСА инфекциясидан келиб чиққан СТ энг салбий кечади. Ўткир тонзиллитнинг тез-тез қайталаниши ва оғир асоратларнинг биринчи кунларидан (паратонзилляр хўппози, йирингли лимфаденит ва бошқалар), шунингдек, БГСА билан боғлиқ касалликлар (гломерулонефрит, ревматик иситма ва бошқалар.) ўткир тонзиллитнинг қайталаниши тугаганидан бир неча ҳафта ўтгач ривожланиши билан бирга келади. Қоида тариқасида, СТ билан оғриган беморда аллақачон антибактериал терапиянинг бир неча курслари олинган, ремиссия пайтида патогенлар биофилмларда мавжуд ёки хужайра ичидаги тўқималарда турғун сақланиб қолади. Буларнинг барчаси патогенларни самарали йўқ қилишга имкон бермайди ва уларнинг қаршилик хусусиятларини олишига ёрдам беради. Бундан ташқари, тизимли антибактериал терапия оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари ва ошқозон-ичак тракти микробиомасининг бузилишига ёрдам беради ва иммуносупрессив таъсирга эга бўлиши мумкин. Шу муносабат билан, ремиссия даврида тизимли антибактериал терапия керак эмас деган фикр бор [23].

Қарама-қарши фикр тарафдорлари бодомсимон тўқималарда патогеннинг турғунлиги фактини ўта хавфли деб ҳисоблашади, бу БГСА сабаб бўлган ўткир касалликлар ва СТнинг "ангинасиз кечиши" фониди тез-тез учрайдиган асоратларнинг пайдо бўлиши учун шароит яратади. Шунинг учун АСЛ-О нинг юқори ва камаймайдиган титрлари сурункали стрептококк инфекциясининг кўрсаткичи ҳисобланади, бу тизимли равишда тегишли антибиотикларни тайинлашни талаб қилади [8, 24]. Ушбу фактлар ва фикрлар хуружлараро даврда СТ билан беморга объектив клиник белгилар динамикаси, лаборатория маълумотлари ва тадқиқотлар кўрсаткичларга асосланган индивидуал ёндашув асосида қўшимча антибактериал терапияни буюриш тўғрисидаги қарорни ўта муҳим ва масъулиятли деб ҳисоблашга имкон беради,. Агар замбуруг этиологияли СТ тасдиқланса, замбуругга қарши дориларга сезгирликни ўрганиш натижаларини ҳисобга олган ҳолда тизимли замбуругга қарши препаратлар буюрилади.

Асосий дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100 %): далил даражасини кўрсатиш керак

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг дозаси	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антибактериал препаратлар (агар юқумли жараён бўлса)			

Амоксициллин + клавулан кислотаси	20-40 мг /кг	3 марта	А
Бензилпенициллин натрийли тузи	100 - 150 минг бирлик / кг	4 марта	А
Цефазолин	20–100 мг/кг	2-4 марта	А
Цефтриаксон	20-100 мг/кг	1-2 марта	А
Антисептиклар			
Прополис дамламаси, Хлоргексидин	10%	2-4 марта	С

Жадвал-2

Қўшимча дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг лозаси	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антипиретик ва оғриқ қолдирувчи воситалар			
НЯҚВ	Ибупрофен	10-30 мг / кг 1-3 марта	А

Ўткир тонзиллитнинг қайталанишини олиш, СТ кечинини яхшилаш учун ҳуружлараро даврда СТ патогенезининг калит бўғинларига комплекс таъсир кўрсатувчи келиб чиқиши табиий дориларни қўллаш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишонч даражаси С (далилларнинг ишонч даражаси 4).

Шарҳлар: тахмин қилинаётган клиник самарага эришиш ва нохуш ходисаларни минималлаштириш учун, стандартлаштирилган таркибли, далилларга асосланган тадқиқотлари мавжуд биологик фаол модалардан фойдаланилади.

Комплекс таъсирга яллигланиш қарши, иммуномодуляцион, антибактериал, вирусга қарши таъсир киради. Тавсия этилган дозаларга, , қабул қилиш маҳалларига, муддатига ва ёш чекловларига риоя қилиш лозим.

4.4. Маҳаллий даволаш

Маҳаллий даволаш оториноларинголог томонидан амалга оширилади ва ҳуружлараро даврда СТнинг консерватив терапия курси муҳим қисмидир. Танглай муртакларини санация қилиш сурункали яллигланишнинг чуқурланишини олдини олиш учун ҳуружлараро даврда тавсия этилади [1; 13; 22; 29].

Тавсияларнинг ишонч даражаси С (далилларнинг ишонч даражаси – 4)

Изоҳ: Танглай муртакларини ювиш 10 кунлик кундалик ёки кун ора муолажалар курси кўринишида амалга оширилади. Мумкин бўлган муртак лакуналарининг микротравматизациясини ҳисобга олиш лозим. Муртак лакуналари, муртак бурмалари, муртаклар орасидаги чунтак ва равоклар холатига баҳо берган холда, авайлаб олиб ташлаш ва дори воситаларини куллаш. Жараён оториноларинголог томонидан амалга оширилади.

Ювиш учун стерил эритмалар фойдаланилади: натрий хлорид**;

антисептик эритмалари (Бетадин, Хлоргексидин, Декаметоксин), тизимли таъсир килувчи замбуруғга қарши дорилар ва бошқалар. Антисептиклардан фойдаланилганда, уларнинг қўлланмасига, дозаларига ва ёш чекловларига риоя қилиш ва аллергия реакциялари (йод препаратлари) ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олиш керак. Танглай муртақларини ювиш 10-15 давомида амалга оширилади бу эса ўткир яллиғланиш жарёнини профилактикаси ҳисобланади.

Сурункали яллиғланишни камайтириш мақсадида антисептик, дезинфекцияловчи воситалар ва чайиш шаклидаги антисептик дорилар, инсуфляция, ингаляция, ҳамда танглай муртақларини санация қилиш учун таблеткадан фойдаланиш тавсия қилинади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Шарҳлар: Танглай муртақларидаги патоген ва шартли патоген флорасига таъсир килувчи маҳаллий антисептиклар СТ даволаш жараёнида фойдаланилади(Бактерия лизатлари -Иммудон, Лизоцим, Деквалиния Хлорид) . Уларнинг тўқималарга кириб боришини асосан юзаки таъсирини ҳисобга олиш керак. Улардан баъзиларининг ўзига хос токсиклигини (хлоргексидин**) ва аллергия реакциялар (йод препаратлари, сульфаниламидлар) ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, рухсат этилган дозага, частотага, қабул қилиш муддатига ва ёш чекловларига риоя қилиш керак.

<http://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2013/3/030042-4668201332>

4.5. Физиотерапия хуружлараро даврда СТ ни даволашда қўлланилади. У умумий (тана юзасида ёки унинг қисмларида) ва маҳаллий (Танглай муртақлари ва маҳаллий лимфа тугунлари соҳасида) таъсир қилишнинг мустақил усули сифатида ишлатилиши мумкин: ултрабинафша нурланиш, ултратовуш, магнито-, лазер-, нурли терапияси ва бошқалар. Физиотерапия асбоблари ёрдамида доривор моддаларни тўқималарга киритиш осонлашади. Жараёнлар физиотерапевт томонидан амалга оширилади.

Яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация килувчи ва иммуностимуляцион таъсирларни кучайтириш мақсадида хуружга қарши даволаш курси давомида СТ билан оғриган беморларнинг умумий резистентлигини ошириш учун маҳаллий физиотерапия тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси– 5).

Изоҳлар: бодомсимон лакуналарни ювиш курси физиотерапия муолажаларидан олдин амалга оширилиши керак (оғиз бўшлиғи ва тишлар патологиясида магнит майдонларга таъсир қилиш, юқори интенсив импулсли магнит майдонга таъсир қилиш, магнит майдонларга таъсир қилиш, магнетофорез, гелий таъсир қилиш, танглайни паст интенсивликдаги лазер нурланишига таъсир қилиш юқори нафас йўллари касалликларида ултрабинафша нурлар, юқори нафас йўллари касалликларида паст интенсивликдаги лазер нурланишига таъсир қилиш).

Танглай муртақларини ювиш жараёнида қисқа ултрабинафша нурланиш (ҚУН) таъсирини буюриш мумкин.

Танглай муртақлари ва маҳаллий тўқималарга дориларни киритиш учун паст частотали ултратовуш, гелий-неон лазер ва бошқалар қўлланилади.

4.6. Жарроҳлик аралашуви:

Икки томонлама экстракапсуляр тонзиллэктомия СТ ни даволашнинг энг радикал ва самарали жарроҳлик усули ҳисобланади.

Жарроҳлик амалиёти СТнинг хуружлараро даврида сурункали ўчоқни танглай муртагидан радикал элиминация қилиш учун икки томонлама тонзиллэктомия бажарилади.

Танглай муртакларида инфекциянинг сурункали марказини тубдан йўқ қилиш учун хуружлараро даврда СТ.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Икки томонлама тонзиллэктомия учун кўрсатмалар.

1. СТ шакллари ТАФ II;
2. СТ оддий ва ТАФ I бўлган беморларда консерватив давонинг самарасизлиги;
3. Уйқу пайтида нафаснинг тўхтаб қолиш синдроми
4. Касалликнинг йирингли асоратлари
5. Ютинишнинг бузулиши
3. Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар-икки томонлама тонзиллэктомиялар.

Икки томонлама тонзиллэктомияга қарши кўрсатмалар

Мутлақ қарши кўрсатма:

1. қон касалликлари(гемофилия ,лейкемия, геморрагик диатез);
2. ҳалқумда аномал қон томирларнинг мавжудлиги (ҳалқумнинг ён деворининг пулсацияси);
3. оғир юрак этишмовчилиги билан оғир юрак касалликлари II-III даража.
4. оғир буйрак этишмовчилиги бўлган сурункали буйрак касалликлари;
5. қандли диабетнинг оғир шакли, кетонурия мавжуд бўлганда;
6. оғир прогрессив жигар касалликлари;
7. оғир нейропсихиятрик касалликлар;
8. хавфли ўсмалар;
9. ОИВ инфекцияси;
10. сил касаллигининг фаол шакли.

Нисбий қарши кўрсатма:

1. ўткир юқумли касалликлар даври, продромал белгилар мавжудлиги. инфекциялар ва ўткир юқумли касалликдан кейинги давр (2-3 ҳафта);
2. ўткир яллиғланиш касалликлари ва сурункали яллиғланиш касалликларининг кучайиши, шу жумладан ЛОР органлари;
3. грипп ва юқумли касалликларнинг эпидемик тарқалиш даври;
4. аёлларда ҳайз кўришдан олдин ва ҳайз даврида;
5. силнинг ёпиқ, фаол бўлмаган шакллари;
6. вақтинчалик тромбопения;
7. қандли диабет, оғир шакллар эмас;
8. кариес тишлар.

Шарҳлар: икки томонлама тонзиллэктомия операцияси маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Кўпинча экстракапсулар олиб ташлаш усули анъанавий жарроҳлик асбоблари ёрдамида қўлланилади. Шунингдек, янги усуллардан криё-, ултратовуш, моно - ва биполяр диатермик, лазер ва совуқ плазмали тонзиллэктомияси қўлланилади.

Шарҳлар: икки томонлама экстракапсуляр тонзиллэктомия СТни даволашнинг энг самарали усули ҳисобланади.

Икки томонлама тонзиллэктомиянинг энг кенг тарқалган асоратлари жарроҳлик пайтида ёки операциядан кейинги дастлабки 5-7 кун ичида юзага келадиган халқумдан қон кетишдир. Операциядан кейинги халқум қон кетиш тонзиллэктомиядан кейинги 8-15-кунларда ҳам бўлиши мумкин, бу операциядан кейин беморни бодомсимон бўшлиқлар фибрин парда тўлиқ тозаланмагунча ва эпителизация бошлангунга қадар кузатиб бориш зарурлигини кўрсатади. Бемор дастлабки 5-7 кунни касалхонада ўтказди, кейин поликлиника назорати остида чиқарилади ва яна 5-7 кун ишга лаёқатсизлик варақаси очилади. Лазер техникасидан фойдаланиш операциядан кейинги қон кетиш хавфини, оғриқнинг камайтириши мумкин.

Операциядан кейинги асоратлар (икки томонлама тонзиллэктомиядан кейин):

1. халқум қон кетиш ;
2. ҳаво йўллариининг обструкцияси;
3. ўпка шиши;
4. ўпканиннг хўппози ва ателектази;
5. пневмония
6. тери ости эмфиземаси;
7. атрофдаги тўқималар ва органларнинг ўткир яллиғланиш жараёнлари: парахалқум бўшлиқ, тил илдизи, оғиз бўшлиғи қавати, маҳаллий (жағ орти) ва бачадон бўйни лимфа тугунлари;
8. йирингли медиастенит;
9. юз ва бўйин томирларининг тромбофлебитлари;
10. мия пардаларининг синус тромбози;
11. мия хўппози;
12. менингит
13. тонзиллоген сепсис билан боғлиқ йирингли метастатик ўчоқларнинг шаклланиши;
14. нервларнинг ёки уларнинг шоҳларининг анестетикадан кейинги ёки травматик фалажи (тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган) – тил ости, вагус, симпатик;
15. халқум танғлай етишмовчилиги;
16. узоқ муддатли томоқдаги оғриқ;
17. вазн йўқотиш.

кейинги парваришлаш;

Икки томонлама тонзиллэктомиядан ўтган беморларга бир ой давомида жисмоний фаолликни чеклаш буюрилади; уйку ва дам олиш режимига риоя қилиш ва умумий қувватловчи терапияни тавсия этилади.

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш, касалхонага ётқизиш ва чиқариш учун кўрсатмалар.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш беморни бошқариш алгоритмига мувофиқ амалга оширилади. Кўпгина ҳолларда даволаниш амбулатория шароитида, оториноларинголог томонидан амалга оширилади.

Комплекс терапия фонида терапиянинг доимий ремиссиясига эришиш мумкин. Даволашнинг самарасизлиги, йирингли асоратга шубҳа (паратонзилляр, халкум орти хўппоз, йирингли лимфаденит), атипик фарингоскопик манзара (неоплазмага шубҳа), жарроҳлик аралашув зарурати (хўппозни дренажлаш, биопсия, тонзиллэктомия) тегишли жарроҳлик бўлимига ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Тиббий ташкилотга касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- икки томонлама тонзиллэктомияни амалга ошириш – касалхонанинг оториноларингология бўлимига режалаштирилган тартибда касалхонага ётқизилади.

Беморни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:

- икки томонлама тонзиллэктомия қилинганидан кейин 5-7 кун ўтгач асоратлар кузатилинмаса оториноларингология бўлимида чиқарилади.

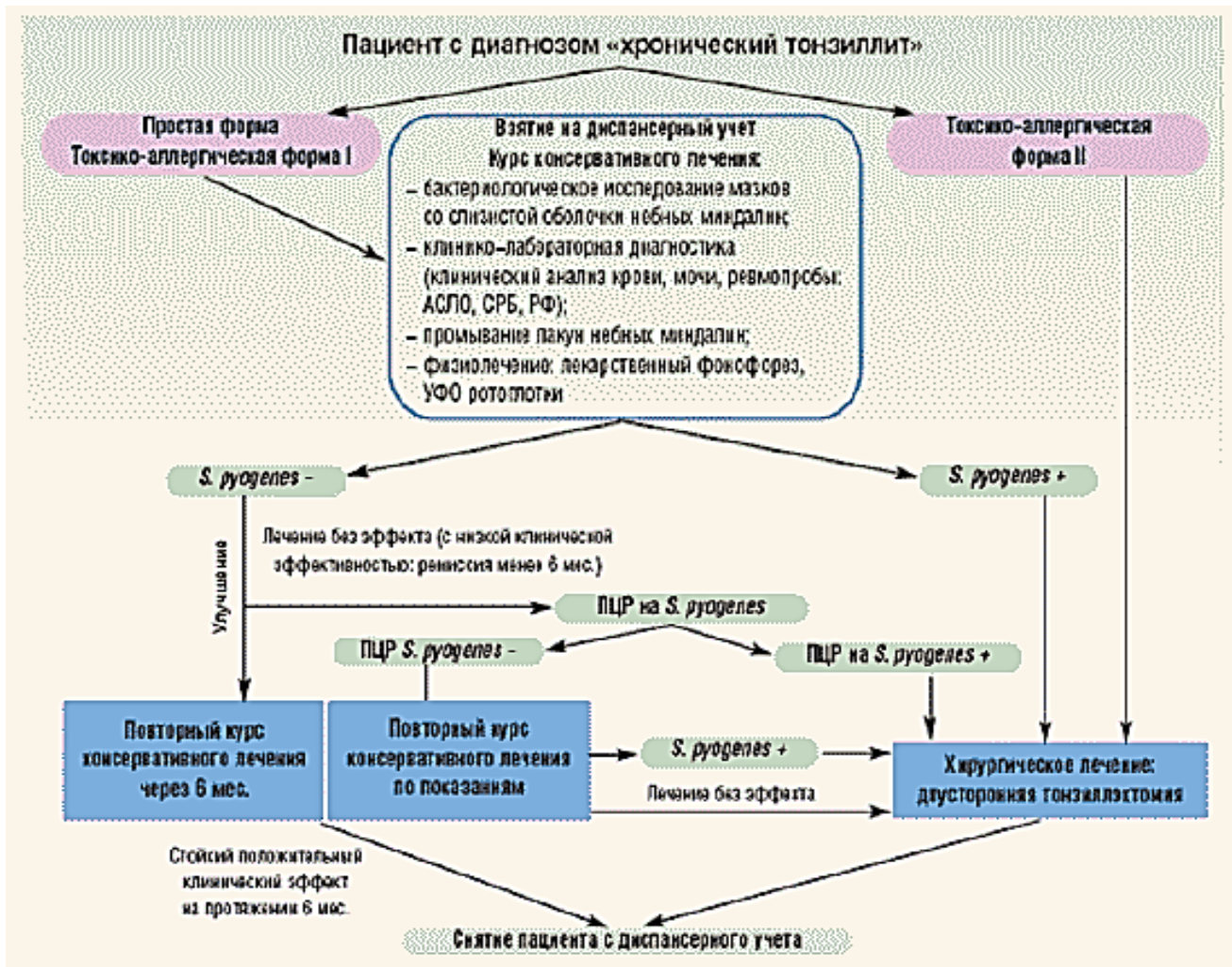
Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: 1. Сурункали тонзиллитнинг асоратлари тонзилоген сепсис ва тонзилоген интоксикация билан намоён бўлса;

2. Паратонзилляр хўппози;

3. Танглай муртаклари безларидан қон кетиш.

5. Стационар даражадаги даволаш тастикаси:

1) беморни кузатиш харитаси, беморни йўналтириш (схемалар, алгоритмлар);



1) Номедикаментоз даволаш (соғлом турмуш тарзи элементлари, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, кун ва ухлаш тартиби, парҳез (15-стол));

Касалликлараро даврда сурункали тонзиллит билан оғриган беморларни даволаш оториноларинголог ва бирламчи тиббий ёрдам шифокори (педиатр, терапевт, умумий амалиёт шифокори) иштирокида амалга оширилади. Ўткир тонзиллитнинг қайталанишини даволаш (рецидив шаклидаги ангина) ўткир тонзилофарингитни даволаш бўйича клиник тавсиялар асосида амалга оширилади. Асоратларни даволаш (паратонзиллит, паратонзиллар хўпposisi ва бошқалар) ушбу касалликларга мос келадиган клиник тавсиялар асосида амалга оширилади.

СТ даволаш консерватив ва жарроҳлик усулини касалликнинг шаклига боғлиқ. СТни даволашнинг ҳар қандай турини бошлашдан олдин тишларни, бурун ёндош бўшлиқларини ва бурун халқумни тозалаш тавсия этилади.

6. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисида маълумот: йўқ

**"СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш

Кўпинча, бу ҳолда консерватив даво етарли эмас, кейин сурункали инфекциянинг марказини олиб ташлаш кўрсатилиши мумкин, яъни. танглай муртаклари безларини олиб ташлаш учун жарроҳлик аралашув – тонзиллэктомия. Бу сўнгги 3000 йил ичида одамлар томонидан фаол қўлланилган энг қадимги жарроҳлик амалиётларидан биридир.

2.2. Таъриф.

Тонзиллэктомия (лат. тонзилла-бодомсимон без ва юнон. эктоми , олиб ташлаш)- бириктирувчи тўқима капсуласи билан бирга танглай муртаклари безларини тўлиқ олиб ташлаш учун 3000 йилдан ортиқ вақтдан бери маълум бўлган жарроҳлик[1]. Ўткир тонзиллит ёки аденоидитнинг қайталаниши, нафас йўллариининг бурун обструкцияси, апноэ, ҳорлама ва паратонзиллар хўппози учун амалга оширилади. Ҳозиргача энг кенг тарқалган жарроҳлик аралашувлардан бири бўлиб қолмоқда.

2.3. Таснифлаш. Ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикасида Б. С. Преобразженский – В. Т. Палчун сурункали тонзиллитининг клиник таснифларидан фойдаланилмоқда [23] касалликнинг икки шаклини – оддий ва токсик - аллергик (таф I) ва II(таф II) даражаларини ажратиб кўрсатади. Даволаш тастикаси ҳам СТ шаклига боғлиқ.

3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари, процедуралари

3.1. жараён ёки аралашувнинг мақсади: консерватив давонинг мақсади танглай муртаклари безларини тозалаш, патогенетик асосланган даволаш усуллари ва доридармонларни қўллаш орқали уларнинг фаолиятини тиклашдир. Консерватив даво кўрсатилади: клиник ташхис қўйилган беморларга: "сурункали тонзиллит, оддий шакл" (курс даволаш-баҳор ва кузда йилига 2 марта);

клиник ташхис қўйилган беморлар: "сурункали тонзиллит, I даражали токсик-аллергик шакл" (курс даволаш-йилига 4 мартагача, ўткир тонзиллитнинг кутилаётган такрорланишидан 1-1,5 ой олдин амалга оширилади), сурункали декомпенсацияланган тонзиллит билан оғриган беморлар. декомпенсациянинг бошқа турлари билан, II даражали токсик-аллергик шакл билан, агар жарроҳлик даволашга қарши кўрсатма бўлса.

Консерватив даво мунтазам равишда - ўткир тонзиллит/тонзилофарингитнинг қайталаниши ўртасидаги даврда амалга оширилади. Консерватив даво самарадорлигининг ажралмас шарти Танглай муртаклари безларининг лакуналарини дренажлаш, муртак бурмаларини, чўнтақларини патологик экссудат ва детритдан тозалашдир.

3.2. Жарроҳлик аралашуви:

СТ тни даволашнинг энг радикал ва самарали жарроҳлик усули икки томонлама экстракапсуляр тонзиллэктомия ҳисобланади.

Беморларда жарроҳлик даволаш икки томонлама тонзиллэктомия тавсия этилади.

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Операциядан кейинги мумкин бўлган асоратлар (икки томонлама тонзилестомиядан кейин):

1. халқумдан кетиш ;
2. ҳаво йўлларининг обструкцияси;
3. ўпка шиши;
- 4.ўпка хўппози ва ателектази;
- 5.пневмония;
- 6.тери ости эмфиземаси;
- 7.атрофдаги тўқималар ва органларнинг ўткир яллиғланиш жараёнлари: халқум атрофи бўшлиқ, тилнинг илдизи, оғиз бўшлиғи, маҳаллий (жағ орти) ва бўйин лимфа тугунлари;
- 8.йирингли медиастинит;
- 9.юз ва бўйин томирларининг тромбофлебитлари;
- 10.мия пардалари синус тромбози;
- 11.мия хўппози;
- 12.менингит;
- 13.йирингли метастатик ўчоқларнинг шаклланиши билан тонзилоген сепсис;
- 14.постанестезиологик ёки травматик фалаж (тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган) нервлар ёки уларнинг шохлари-тио ости, вагус, симпатик;
- 15.халқум танглай этишмовчилик;
- 16.узок муддатли томоқ оғриғи;
- 17.тана вазнининг йўқолиши.

3.2.1. Жараён ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

икки томонлама тонзиллэктомияга қарши кўрсатмалар

Мутлақ қарши кўрсатма:

1. қон касалликлари(гемофилия ,лейкемия, геморрагик диатез);
2. халқумда аномал қон томирларнинг мавжудлиги (халқумнинг ён деворининг пулсацияси);
3. оғир юрак этишмовчилиги билан оғир юрак касалликлари II-III даража.
4. оғир буйрак этишмовчилиги бўлган сурункали буйрак касалликлари;
5. қандли диабетнинг оғир шакли, кетонурия мавжуд бўлганда;
6. оғир прогрессив жигар касалликлари;
7. оғир нейрорсихиатрик касалликлар;
8. хавфли ўсмалар;
9. ОИВ инфекцияси;
10. сил касаллигининг фаол шакли.

Нисбий қарши кўрсатма:

1. ўткир юқумли касалликлар даври, продромал белгилар мавжудлиги. инфекциялар ва ўткир юқумли касалликдан кейинги давр (2-3 ҳафта);
2. ўткир яллиғланиш касалликлари ва сурункали яллиғланиш касалликларининг кучайиши, шу жумладан ЛОР органлари;
3. грипп ва юқумли касалликларнинг эпидемик тарқалиш даври;
4. аёлларда ҳайз кўришдан олдин ва ҳайз даврида;
5. силнинг ёпик, фаол бўлмаган шакллари;
6. вақтинчалик тромбопения;
7. қандли диабет, оғир шакллар эмас;
8. кариес тишлар.

3.2.2. Жаррохлик аралашув учун кўрсатмалар:

Консерватив даво кўрсатилади: клиник ташхис қўйилган беморларга: "сурункали тонзиллит, оддий шакл" (курс даволаш-баҳор ва кузда йилига 2 марта); клиник ташхис қўйилган беморлар: "сурункали тонзиллит, I даражали токсик-аллергик шакл" (курс даволаш-йилига 4 мартагача, ўткир тонзиллитнинг кутилаётган такрорланишидан 1-1,5 ой олдин амалга оширилади), сурункали декомпенсацияланган тонзиллит билан оғриган беморлар. декомпенсациянинг бошқа турлари билан, II даражали токсик-аллергик шакл билан, агар жарроҳлик даволашда қарши кўрсатма бўлмаса.

Консерватив даво мунтазам равишда - ўткир тонзиллит/тонзилофарингитнинг қайталаниши ўртасидаги даврда амалга оширилади. Консерватив даво самарадорлигининг ажралмас шарти Танглай муртаклари безларининг лакуналарини дренажлаш, тозиллар бурмаларини, чўнтақларини патологик экссудат ва детритдан тозалашдир.

Сурункали тонзиллит билан оғриган беморларда икки томонлама тонзиллэктомиyani тайинлаш учун кўрсатмалар СССР РМН академиги Б. С. Преображенский томонидан таклиф етилган СТ таснифига мувофиқ корр. аъзоси. Ран В. Т. Палчун томонидан [2017]:

1. ТАФ-II шаклидаги СТ;

2. Дикқат билан ўтказилган такрорий (йилига 2-3 марта) курсларнинг самарасизлиги

СТ билан оғриган беморларда консерватив даво оддий шакл ва шакл таф I;

Тонзиллэктомия учун қарши кўрсатма:

Мутлақ қарши кўрсатма:

1. қон касалликлари(гемофилия ,лейкемия, геморрагик диатез);

2. ҳалқумда аномал қон томирларнинг мавжудлиги (ҳалқумнинг ён деворининг пулсацияси);

3. оғир юрак этишмовчилиги билан оғир юрак касалликлари II-III даража.

4. оғир буйрак этишмовчилиги бўлган сурункали буйрак касалликлари;

5. қандли диабетнинг оғир шакли, кетонурия мавжуд бўлганда;

6. оғир прогрессив жигар касалликлари;

7. оғир нейропсихиатрик касалликлар;

8. хавфли ўсмалар;

9. ОИВ инфекцияси;

10. сил касаллигининг фаол шакли.

Нисбий қарши кўрсатма:

1. ўткир юқумли касалликлар даври, продромал белгилар мавжудлиги. инфекциялар ва ўткир юқумли касалликдан кейинги давр (2-3 ҳафта);

2. ўткир яллиғланиш касалликлари ва сурункали яллиғланиш касалликларининг кучайиши, шу жумладан ЛОР органлари;

3. грипп ва юқумли касалликларнинг эпидемик тарқалиш даври;

4. аёлларда ҳайз кўришдан олдин ва ҳайз даврида;

5. силнинг ёпиқ, фаол бўлмаган шакллари;

6. вақтинчалик тромбопения;

7. қандли диабет, оғир шакллар эмас;

8. кариес тишлар.

4. Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар: ихтисослаштирилган таълимнинг мавжудлиги (мутахассислик дипломи – "оториноларинголог"). Касалликлараро даврда сурункали тонзиллит билан оғриган беморларни даволаш оториноларинголог ва бирламчи тиббий ёрдам шифокори (педиатр, терапевт, умумий амалиёт шифокори) иштирокида амалга оширилади. Ўткир тонзиллитнинг қайталанишини даволаш (тонзиллит шаклида релапс) ўткир тонзилофарингитни даволаш бўйича клиник тавсиялар асосида амалга оширилади. Асоратларни даволаш (паратонзиллит, паратонзиллар хўппози ва бошқалар) ушбу касалликларга мос келадиган клиник тавсиялар асосида амалга оширилади.

Консерватив ва жарроҳлик даволаш усулини танлаш СТ шаклга боғлиқ.

СТни даволашнинг ҳар қандай турини бошлашдан олдин тишларни, бурун ёндош бўшлиқлариинива бурун халқумни тозалаш тавсия этилади.

5. Процедура ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

Асосий:

Физик текширув.

Умумий ҳолатни баҳолаш, умумий текширув ва фарингоскопия қуйидагиларни истисно қилиши мумкин халқум шикастланиш билан ўткир касаллик ва СТ ташхисига ўтинг.

Истисно қилиш учун болалар ва катталарга фарингоскопия қилиш тавсия этилади ўткир тонзиллитнинг фарингоскопик белгилари ва КТ нинг маҳаллий белгиларини аниқлаш [1; 11; 23].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Шарҳлар: ўткир тонзиллитнинг маҳаллий белгиларига қуйидагилар киради: Танглай равоқлари, танглай муртаклари безлари, халқум нинг орқа девори шиллиқ қаватининг ёрқин гиперемияси ва шишиши(камроқ - юмшоқ танглай ва танглай тилчаси);

Танглай муртакларида экссудат ва бляшка, камдан-кам ҳолларда томоқнинг орқа деворида;

минтақавий лимфаденит (субмандибуляр, орқа мандибуляр, олд ва орқа бўйин лимфа тугунларини палпация қилишда катталашиш, сиқилиш, оғриқ);

юмшоқ танглай ва танглай тилчасида петехиал энантема.

Ўткир фарингеал касалликнинг маҳаллий намоён бўлиши СТ ташхисини қўйишга имкон бермайди, фақат халқум ўткир яллиғланиш тугаганидан 2-3 ҳафта ўтгач, СТ морфологик белгиларини аниқлаш мумкин [23].

Лаборатория диагностикаси тадқиқотлари

Лаборатория диагностикаси усуллари: қон ва сийдикни умумий (клиник) таҳлил қилиш, бодомсимон шиллиқ қаватидан бактериологик ва микологик текшириш, лакуналар таркибини цитологик текшириш, СТ ни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга эмас, касалликнинг боришини аниқлаштириш учун ишлатилади: СТ шакллари, микробил биоценознинг этиологик роли, бошқа органлар ва тизимлар касалликлари билан боғлиқлиги, ўтказилган даволаш усуллари.

Клиник ва лаборатория текшируви тавсия этилади: қон, сийдикнинг умумий (клиник) текшируви, қон зардобидаги С-реактив оқсил даражасини текшириш, қондаги Ревматоид омил таркибини аниқлаш, мумкин бўлган касалликни аниқлаш [1,11,23].

<https://jnrbm.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-5751-12-11>

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

В-гемолитик стрептококкларнинг (асосан БГС) хужайра ичидаги турғунлигини аниқлаш учун СТ билан оғриган беморларга (болалар ва катталар) қон зардобидаги антистрептолизин-О таркибини аниқлаш тавсия этилади [24].

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳлар: асл-о нинг юқори кўрсаткичлари (жадвал.1) Танглай муртаклари безларининг лакуналари таркибидаги суртмада В-гемолитик стрептококклар (БГС) бўлмаса ва халқум шиллик қаватидан микроорганизмларнинг хужайра ичидаги турғунлигини кўрсатади, бу эса СТ декомпенсациясини тасдиқлайди. Бироқ, асл-о нинг юқори титрлари, танглай муртакларининг шикастланишининг клиник белгилари бўлмаса, терапияни тайинлаш учун кўрсатма сифатида қаралиши мумкин эмас ва микробиологик текширувни, шу жумладан тезкор тестларни талаб қилади. СТ учун хос бўлган стрептококкларнинг хужайра ичидаги турғунлиги билан патоген маданият суртма олиш усулида аниқланмайди. Стрептококкларни ажратиш материалда гемолитик стафилококклар (асосан С. ауреус) мавжуд бўлганда, шунингдек, БГС антикорларини ўз ичига олган донор қон қўшилиши билан озуқавий воситалардан фойдаланганда қийин [23; 24]. Антибиотиклардан бир марта фойдаланиш ҳам маданий усул ёрдамида бактериял патогенларни аниқлаш эҳтимолини кескин камайтиради. Халқумдан А гуруҳидаги стрептококк (*Streptococcus* гр. А), ажратилган юқори нафас йўлларида А гуруҳи стрептококк антигенини (*S. пиогенес*) аниқлаш, А гуруҳи стрептококклари (асосан бгса инфекцияси) учун халқум суртмасини иммунохроматографик тезкор текшириш [8,23].

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Изоҳлар: а гуруҳидаги б-гемолитик стрептококк энг кўп ҳисобланади КТ ривожланишининг муҳим этиологик омили ва органлар (юрак, буйраклар, бўғинлар, тери) ва тизимларнинг (юрак-қон томир, асаб, эндокрин) патогенетик жиҳатдан боғлиқ ва БГС воситачилигида оғир касалликларнинг пайдо бўлиши, шунингдек ўткир тонзиллитнинг қайталаниши билан асоратларнинг ривожланиши.

Инструментал диагностика тадқиқотлари

Бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари томонидан қўлланиладиган анъанавий фарингоскопия фойдаланилади.

Танглай муртаклари безларининг ҳолатини ҳар томонлама баҳолаш учун етарли эмас

СТни аниқлаш / истисно қилиш. Текшириш махсус ёритгич, фронтал реффлектор, эндоскопдан акс еттирилган ёруғлик ёрдамида амалга оширилади. Иккита шпатель ишлатилади, агар керак бўлса, ёпишқоқликни фарқлаш, лакуналарни текшириш – қўшимча тугмачали ёки ичи бўш зонддан фойдаланилади. Текширувдан олдин

беморга 20-30 дақиқа давомида овқат, иссиқ, совуқ ва газланган ичимликлар истеъмол қилмаслик, чекиш, атроф-муҳит ҳарорати паст ва шамолли об-ҳаво шароитида гаплашиш тавсия этилади. Бу халқум шиллиқ қаватининг ҳолатини, хусусан, вақтинчалик гиперемияни нотўғри баҳолашдан олиб келади. Иккинчи шпателдан фойдаланиш Танглай муртаклари лакуналарининг патологик таркибини, Танглай муртаклари безлари ва Палатин камарлари орасидаги чандиклар ва ёпишқоқликларни аниқлашга имкон беради. Инструментал текширув тавсия этилади - СТ белгиларини аниқлаш учун барча болалар ва катталар учун қўшимча ёруғлик манбалари, шпател ва нометалл, фарингоскопия, Эпифарингоскопия ёрдамида юқори нафас йўллари текшириш бажарилади. [1; 2; 3; 4; 8; 23].

С тавсияларининг ишончлилик даражаси (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)

Шарҳлар: фарингоскопик белгиларни аниқлаш ҳал қилувчи аҳамиятга эга СТ диагностикаси. СТ ташхиси Танглай муртакларининг сурункали яллиғланишининг маҳаллий белгиларининг юқоридаги бешта комбинациясидан икки ёки ундан кўпроғи мавжуд бўлганда амалга оширилади. Энг муҳим белги Танглай муртакларининг лакуналарида суюқ йирингли таркибнинг мавжудлиги, кўпинча ёқимсиз ҳид билан баҳоланади [1,4,23]. Маҳаллий лимфа тугунларининг кенгайиши СТ билан боғлиқ бўлмаслиги ва бош ва бўйин соҳасидаги бошқа яллиғланиш жараёнларида кузатилиши мумкин. СТ диагностикаси учун Танглай муртакларининг катталиги муҳим эмас. Шу билан бирга, халқум ва Танглай муртаклари безларининг гипертрофияси болалик даврида ва унинг ривожланишига ҳисса қўшган бўлиши мумкин [1;13;14;23].

Бошқа диагностика усуллари касалликнинг шаклини аниқлашга, терапевтик ва профилактика чораларини танлашга хизмат қилади.

Қўшимча:

Сурункали тонзиллитни объективлаштириш учун қўшимча диагностика усуллари ишлаб чиқилган-Танглай муртаклари безлари функциясини ўрганиш [24], лазерли Доплер қон томир флоуметрияси [25], термал кўриш текшируви [26], хикилдоқ ултратовуши [27], беморнинг тупуригини инфрақизил текшириш учун аппарат ва дастурий таъминот комплекси бажариш [15], улар ҳали кенг тарқалмаган ва уларнинг самарадорлигини исботлаш.

6. Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Операция икки томонлама тонзиллэктомия маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантиш остида амалга оширилади. Оддий жарроҳлик асбоблари ёрдамида экстракапсуляр олиб ташлаш усули кўпинча қўлланилади. Янги усуллар ҳам қўлланилади - крио, ултратовуш, моно ва биполяр диатермик, лазер, совуқ плазма тонзиллэктомия.

7. Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар

Икки томонлама экстракапсуляр тонзиллэктомия СТНИ даволашнинг энг самарали усули ҳисобланади.

Икки томонлама тонзиллэктомиянинг энг кенг тарқалган асоратлари жарроҳлик пайтида ёки операциядан кейинги дастлабки 5-7 кун ичида халқумдан қон кетиш дир. Операциядан кейинги халқум дан қон кетиш тонзиллэктомиядан 8-15 кун

ўтгач ҳам бўлиши мумкин мумкин, бу эса беморни операциядан кейин жароҳат юзасидан фибринли қоплама ва эпителизация бошланишидан тўлиқ тозалагунча кузатиш зарурлигини асослайди. Бемор дастлабки 5-7 кунни касалхонада ўтказди, сўнгра поликлиника назорати остида чиқарилади ва яна 5-7 кунга ишга лаёқатсизлик варақаси очилади.

Лазер усулларида фойдаланиш операциядан кейинги қон кетиш хавфини, оғрик синдромининг камайтириши мумкин.

8. Жараён ёки аралашув самарадорлиги кўрсаткичлари.

маҳаллий яллиғланиш жараёнини йўқ қилиш;
интоксикация ва асоратлар аломатларини бартараф этиш;
умумий ҳолатни яхшилаш;

9. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисида маълумот: йўқ

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

Ашуров А. М. т. ф. д., "Оториноларингология" кафедраси доценти Ташиув Соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни сақлаш вазирлигининг ЛОР мутахассислиги бўйича Бош мутахассиси

3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (протокол ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далил даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш);

Янги дорилар ва даволаш усуллари пайдо бўлиши;

Тавсия этилган даволаш усуллари ва дори воситаларидан фойдаланишнинг самарасизлиги ёки қарши кўрсатмани аниқлаш;

**"СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
ПРОФИЛАКТИКА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш.

Сурункали тонзиллит ЛОР органларининг энг кўп ўрганилган касалликларидан биридир. Бодомсимон без касалликлари билан боғлиқ ҳолатлар бўйича жуда кўп ишлар мавжуд. Д.И. Тарасовнинг сўзларига кўра, танглай муртақларининг сурункали яллиғланиши билан аҳолининг 20 фоизи азият чекади. Ушбу нозологияни ўрганиш нафақат ЛОР шифокорлари, балки терапевтлар, педиатрлар, неврологлар, дерматологлар, гематологлар, микробиологлар, эндокринологлар ва бошқалар томонидан ҳам амалга оширилади.

Бугунги кунга келиб, сурункали тонзиллитнинг бошқа органлар ва тизимлар касалликларининг ривожланишида етакчи ўрин тутди. Тонзиллит сурункали касалликларнинг боришини мураккаблаштиради, бу айниқса унинг кўзиши даврида аниқ намоён бўлади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, биз яна бир бор турли мутахассис шифокорларининг эътиборини сурункали тонзиллитнинг бошқа касалликларнинг кучайишидаги ролига қаратамиз.

2.2. Таъриф.

Сурункали тонзиллит-бу бутун организмнинг юқумли ва аллергия касаллиги бўлиб, у танглай муртақларининг доимий яллиғланиш реакцияси шаклида маҳаллий намоён бўлади, морфологик жиҳатдан алтерация, экссудация ва пролиферация билан фарқланади [1; 2; 3]. Сурункали тонзиллит полиэтиологик касаллик ҳисобланади [1; 4; 5]. Беморларда бодомсимон шиллиқ қаватидан олинган экинларда стрептококкнинг микробиал ассоциациялари тез-тез аниқланади (А гуруҳга мансуб β -гемолитик стрептококклари – *S.pyogenes* етакчи рол ўйнайди), стафилококклар (*S.aureus*), ферментациясиз бактериялар, *Candida* гуруҳидаги замбуруғлар. Вирусли (*adenovirus*, Эпштейн Барр вируси, цитомегаловирус), доимий микоплазма ва хламидиал инфекцияларнинг роли ҳақида маълумотлар берилган [6,7]. Анаэробларнинг роли муҳокама қилинади [8]. *S.pyogenes* – стрептококклар учун классик жойлашиш турига эга бўлган грам-мусбат кокклар бўлган микроорганизмлар – занжир шаклида, қон агариди эритроцитларнинг тўлиқ лизисини (бета-гемолиз) беради ва стрептококкларнинг антигеник таснифида А серологик гуруҳига киради. Пиоген стрептококклар ташқи муҳитнинг физик ва кимёвий омилларига сезиларли даражада қаршилиқ кўрсатади. Макроорганизмдаги пиоген стрептококкларнинг ягона табиий резервуари танглай муртақлари криптларининг дистал бўлимларидир. Пиоген стрептококк инфекцияларининг патогенези бу микроорганизмларнинг Танглай муртақлари криптларининг чуқур қисмларида фаоллашиши, кейинчалик уларнинг кўп миқдордаги экстрацеллюляр ферментлар мавжудлиги сабабли танглай муртақларининг лимфоид тўқималарининг тузилмаларига кириб бориши билан боғлиқ: плазминогеннинг протеолитик ферментга айланишини катализловчи стрептокиназа, плазмин, гиалуронидаза, бириктирувчи тўқималарнинг асосий таркибий қисми бўлган гиалурон кислотасини йўқ қилади;

бириктирувчи тўқима хужайралари геномининг элементларини йўқ қиладиган стрептодорназалар (ДНК асослари) ва бошқалар ушбу патогенга хос бўлган О- ва S- стрептолизинларнинг мембранага зарар етказувчи токсинларини ишлаб чиқариш тизимли интоксикация, кардиотоксикликнинг ривожланишига олиб келади, бу О- стрептолизин фаоллиги шароитида миёкард хужайраларининг митохондрияларидаги энергия жараёнларини бостириш билан изоҳланади.

3.1. Профилактика усуллари ва процедуралари.

Сурункали тонзиллитнинг **бирламчи профилактикаси** сурункали тонзиллит пайдо бўлишининг олдини олиш, унинг ривожланиши учун хавф омилларининг олдини олишдан иборат. Бу умумий гигиена, санитария ва ижтимоий-иқтисодий тадбирлардан иборат. Умумий гигиена чораларига чиниқтириш, тўғри овқатланиш овқатланиш, уй-жой ва иш жойларининг гигиенаси, микробиологик ифлосланишни, чангни, ташқи муҳитнинг газланишини йўқ қилиш киради. Ушбу чора-тадбирларни амалга оширишда тонзиллит сабабларини тушунтириш бўйича аҳоли билан санитария-маърифий ишлар муҳим рол ўйнайди. Санация чоралари тиш касалликлари, милк, кулоқ, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг патологиясини даволаш, бузилган бурун орқали нафасни тиклашдан иборат. Сурункали тонзиллитнинг бирламчи олдини олиш усули сифатида эмлаш мумкин эмас, бу турли хил этиологик омиллар ва патогенез билан боғлиқ. Булар ижтимоий-иқтисодий тадбирлар турмуш тарзи ва атроф-муҳитни яхшилашдир.

<https://medicinehelpful.com/17416494-symptoms-of-chronic-tonsillitis-its-prevention-and-treatment>

Сурункали тонзиллитнинг **иккиламчи профилактикаси** касалликнинг ёмонлашишига олиб келадиган сабабларни бартараф этишни ўз ичига олади, яъни декомпенсациянинг ҳар хил турларининг намоён бўлиши, биринчи навбатда – томоқ оғриғи.

Ҳозирги вақтда бактериофаглар сурункали тонзиллитни профилактик даволашда катта қизиқиш уйғотмоқда. Бактериофаглар-бактерияларни танлаб юқтирадиган вируслар; бактериофагларнинг ҳар бир тури фақат маълум бир бактерия турига нисбатан фаол ва бошқа турларга нисбатан нейтралдир. Клиник амалиётда бактериофаглар қўлланилади, улар патоген бактерияларни инсон нормофлорасини бузмасдан ёки унинг органлари ва тизимлари билан ўзаро таъсир қилмасдан йўқ қилади. Бу уларни барча тоифадаги беморларда (шу жумладан янги туғилган чақалоқларда, ҳомиладор ва эмизикли оналарда) самарали ва хавфсиз антибактериал профилактика ва терапия сифатида қўллаш имконини беради.

Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу диспансеризация-эрта аниқлашнинг комплекс 32 усули, йўналтирилган даволаш, динамик кузатув, рационал қадамма-қадам тикланиш. Сурункали тонзиллитни аниқлашда

профилактик текширувлар муҳим аҳамиятга эга. Диспансеризация усули мамлакатимизда XX асрнинг учинчи чорагида муваффақиятли ривожланди ва нафақат сурункали тонзиллит билан касалланишни камайтиришга, балки ревматизм билан касалланганлар сонини камайтиришга имкон берди. Сурункали тонзиллит билан оғриган беморларни тиббий кўриқдан ўтказиш пайтида касалликнинг клиник ташхисига мувофиқ ("таснифлаш", "диагностика" бўлимлари) консерватив ёки жарроҳлик даволаш курси ("даволаш" бўлими) ўтказилади. Бемор консерватив давонинг охириги курсидан 3 йил ўтгач (агар сурункали тонзиллит белгилари бўлмаса ва тонзиллитнинг қайталаниши ёки сурункали тонзиллит декомпенсациясининг бошқа кўринишлари бўлмаса), икки томонлама тонзиллэктомиядан 6 ой ўтгач, орган сақловчи операциядан 2 йил ўтгач диспансердан чиқарилади. Касалликнинг ривожланиши ва турли хил декомпенсацияларнинг пайдо бўлишининг олдини олишда муҳим рол хавф омилларини аниқлаш ва йўқ қилишдан иборат бўлиб, уларнинг таъсири маълум шароитларда кучаяди, шу жумладан иммунитетнинг пасайиши, жисмоний ва рухий стресс, мослашув бузилишида.

Сурункали тонзиллит учун **учинчи даражали профилактика** амалга оширилмайди. Бу сурункали тонзиллит билан боғлиқ касалликнинг мавжудлиги, масалан, юракнинг органик патологияси туфайли юзага келиши мумкин бўлган тўлиқ ҳаёт қобилятини йўқотган беморлар учун талаб қилинади. Учинчи даражали профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий ҳолатига ишончни шакллантириш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (шахснинг хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тизимларнинг функцияларини тиклаш) реабилитацияни ўз ичига олади. Бундай беморларда сурункали тонзиллитнинг мавжудлиги турли органлар ва тизимларнинг ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши, сурункали тонзиллитга қарши учинчи даражали профилактика ва даволаш-профилактика чораларини амалга оширишда эътиборга олиниши керак бўлган беморларни реабилитация потенциалини камайтириши мумкин (иккиламчи профилактика доирасида).

3.2. 3 турдаги профилактика ва реабилитация учун кўрсатмалар

Сурункали тонзиллитнинг маҳаллий ва умумий белгиларининг мавжудлиги (юқорига қаранг)

3.3. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (далилларга асосланган тиббиётга асосланган халқаро стандартларга мувофиқ);

Сурункали тонзиллитнинг бирламчи профилактикаси мезонлари:

- * Бодомсимон без лакуналарида казеоз тикинларнинг мавжудлиги;
- * Тез-тез ўткир тонзиллит (томоқ оғриғи);
- * Бўғимлардаги оғриқлар;
- * Юрак фаолиятидаги ўзгаришлар.

Сурункали тонзиллитнинг иккиламчи профилактикаси мезонлари:

- * Бодомсимон без лакуналарида казеоз тикинларнинг мавжудлиги;
- * Тез-тез ўткир тонзиллит (томоқ оғриғи);

- * Бўғимлардаги оғриклар;
- * Юрак фаолиятидаги ўзгаришлар;
- * Тизимли патологияларнинг мавжудлиги (ревматизм, гломерулонефрит, ревматоид артрит...);
- * Тизимли патологияларнинг асоратлари мавжудлиги (сурункали буйрак етишмовчилиги, юрак клапанлари нуқсонлари...)

4. Профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари (реабилитация натижалари халқаро фаолият таснифига, ҳаёт фаолияти ва соғлиқни сақлаш чекловларига мувофиқ халқаро миқёсга мувофиқ).

- * Тонзиллитнинг қайталанишини камайтириш;
- * Тизимли патологияларнинг такрорланишини камайтириш (яхшиланиш, динамикада барқарорлик);
- * Лаборатория кўрсаткичларини яхшилаш (ўзига хос, носпецефик).

10. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлигини кўрсатиш-йўқ;
- 2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
Ашуров А. М. т. ф. д., "Оториноларингология" кафедраси доценти ТВМОИ Соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни сақлаш вазирлигининг ЛОР мутахассислиги бўйича Бош мутахассиси
- 3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (протокол ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далил даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш);

Адабиётлар рўйхати

1. Хронический тонзиллит / А.И.Крюков, Н.Л.Кунельская, Г.Ю.Царапкин, А.С.Товмасын - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2019. - 112с.
2. Цветков, Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии / Э.А.Цветков. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. - 123с.
3. Петрова, Н.Н. Оториноларингология в прастике семейного врача / Н.Н.Петрова, А.Н.Пацинин. – СПб.: СПбГМА им.И.И.Мечникова, 2010. – 248с.
4. Пальчун, В.Т. 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. ... доСТ. мед. наук.- СПб, 2010. – 48с.
7. Хафизова, Ф.А. Клинико-лабораторное и иммуно-метофологическое обоснование таСттики лечения разных клинических форм хронического тонзиллита:
автореферат дисс. ... доСТ. мед. наук. - Москва, 2012. – 45с.
8. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты [Текст]

- / под ред. С.А.Карпищенко, С.М. Свистушкина. – Изд-е 3-е. –СПб.: Диалог, 2017. – 264с.
9. Черныш, А.В. О патогенезе хронического тонзиллита / А.В.Черныш, В.Р.Гофман, Э.Р.Мелконян // Российская оториноларингология. – 2002. - № 2 (2). – С.51-57.
10. Гофман, В.Р. Хронический тонзиллит [Текст] / В.Р.Гофман, А.В.Черныш, В.В.Дворянчиков. – М.: ТЕХНОСФЕРА, 2015. – 144с.
11. Оториноларингология: Учебник. 3-е изд. перераб. и доп. / В.Т.Пальчун, М.М.Магомедов, Л.А.Лучихин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
12. Бродовская, О.Б. Клинико-иммунологическая оценка эффективности местного лечения хронического тонзиллита рекомбинантным интерлейкином-1-β (Беталейкином): автореферат дисс. ... канд. мед. Наук / О.Б.Бродовская. – СПб, 2004. – 22с.
13. Оториноларингология: Национальное руководство, краткое издание / под ред. чл.-кор. В.Т.Пальчуна. - . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
14. Карнеева, О.В. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов Карнеева О.В., / О.В. Карнеева, Н.А. Дайхес, Д.П. Поляков // Русский медицинский журнал «Оториноларингология». - 2015.- № 6.- С.307-311.
15. Оториноларингология: Учебник / В.В.Вишняков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
19. Шульга, А.И. факторы риска в формировании хронического тонзиллита в условиях промышленного города: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2005. – 25с.
20. V. Popovych, I. Koshel, A. Malofiichuk et al. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute nonbacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. Am J Otolaryngol. 40 (2019). 265–273.
22. Мальцева, Г.С. Современные этиологические, патогенетические и клинические основы диагностики и лечения хронического тонзиллита: автореферат дисс. ... доСТ. мед. наук. - СПб, 2008. – 46с.
23. Вахрушев, С.Г. Комплексное хирургическое лечение хронического тонзиллита / С.Г.Вахрушев, Г.И.Буренков // Новости отоиноларингологии и логопатологии. – 2002. - №2(3). – С.70-73.
24. Palm J, Kishchuk VV, Ulied À 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. 28 (2017). P.181-191.
25. Крючко, Т.А. Результаты клинических исследований по применению Тонзилотрена у детей с хроническими тонзиллитами / Т.А.Крючко, Т.В. Шпехт // Детский врач.- 2010.- 5(7).- С. 54-58.
26. Рязанцев, С. В. Предварительные результаты Российской национальной пброграммы «Хронический тонзиллит» / С.В.Рязанцев, С.А.Артюшкин, Н.В.Еремина, С.А.Еремин // Российская оториноларингология.- 2019.- 18(3).- С.92–102.
27. Никифорова, Г.Н. эффективность применения комплексных топических репаратов у пациентов с воспалительными заболеваниями глотки / Г.Н.

Никифорова, В.М. Свистушкин, Д.Б.Биданова, К.Б. Волкова // Медицинский Совет. ЛОР. - 2017.- №8.- С.8-12.

28. Гуров, А. В. Местная терапия воспалительных заболеваний ротоглотки / А. В. Гуров, М. А. Юшкина, О. А. Гусева // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16. – № 3. – С. 41-46.

29. Максудова Г. А. К диагностике хронического тонзиллита // Наука и практика в оториноларингологии: материалы III Рос. науч.-практ.конф. // Вестник оториноларингологии. 2004. С. 115. Мальцева Г. С. Современные этиологические, патогенетические и клинические основы диагностики и лечения хронического тонзиллита: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2008. 46 с.

30. Tonsilotren in chronic tonsillitis: Results of a randomised, international, controlled clinical trial. / Jürgen Palm, Vasyl Kishchuk, Thomas Keller, Stephan Weber, Sabine De Jaegere, Petra Klement // European Journal of Integrative Medicine 8S. 2016. P. 37.

31. 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, Volume 28, Issue null, Pages 181–191.