

Приложение 4  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

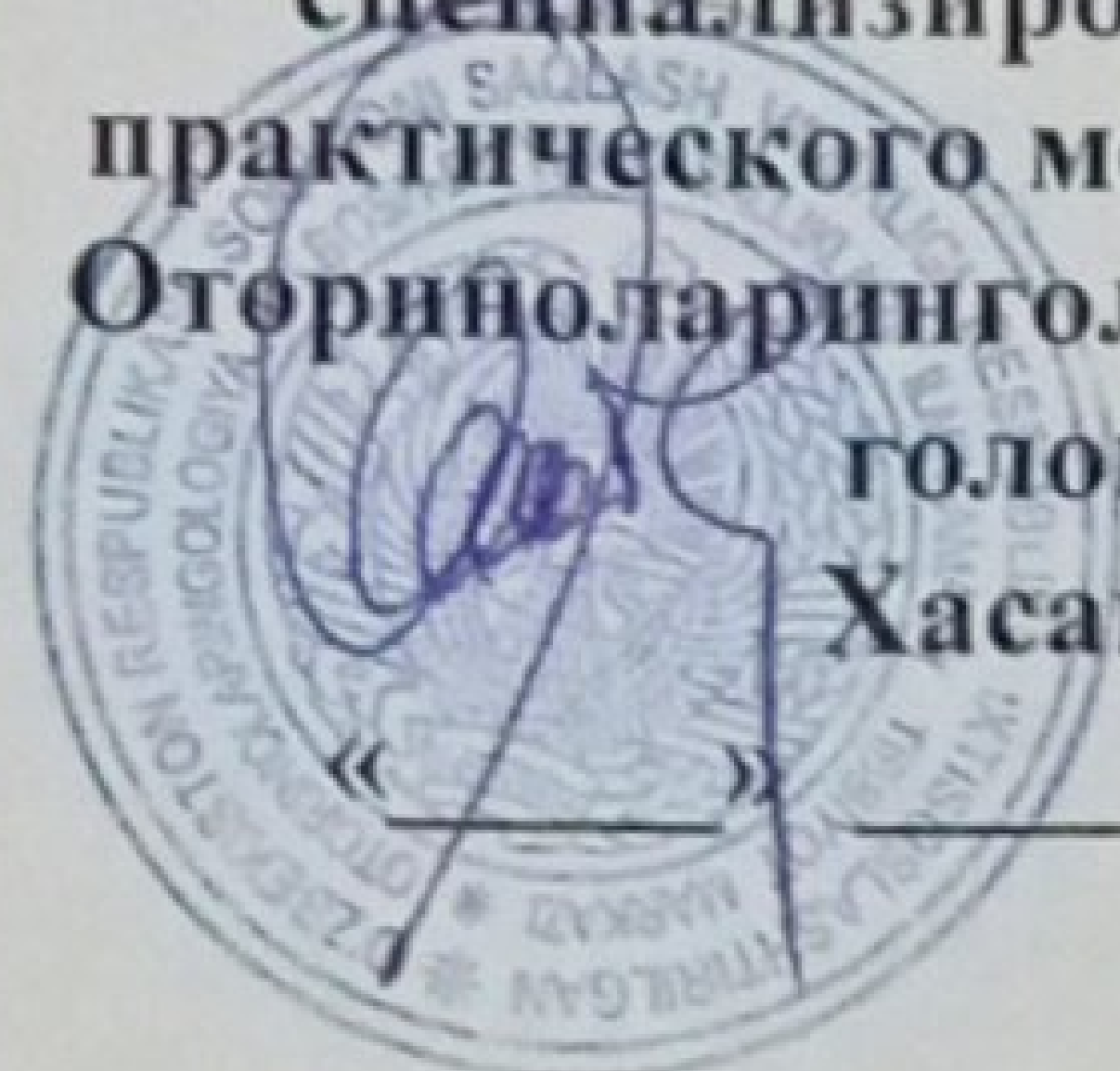
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ-ШЕИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ «ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБЦЕСС»**

[Введите текст]

**" СОГЛАСОВАНО "**

**Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического медицинского центра  
Оториноларингологии и заболеваний  
головы-шеи  
Хасанов У.С.**



« \_\_\_\_\_ » 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ «ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБЦЕСС»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

# ТАШКЕНТ – 2025

## Оглавление

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «Паратонзиллярный абцесс» .....	6
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «Паратонзиллярный абцесс» .....	23
3. Национальный клинический протокол медицинской профилактики или реабилитации по нозологии «Паратонзиллярный абцесс» .....	27

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБЦЕСС»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

## 1. Вводная часть

- Международная классификация болезни – МКБ-10/11 шифр:

МКБ-10	Название
Код:	
J36.0	Паратонзиллярный абцесс
(ссылка на МКБ-10)	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>
CA0K.1	Перитонзиллярный абсцесс
	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047</a>

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциация оториноларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии:

- 1.Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
- 3.Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашПМИ, д.м.н., профессор;
- 4.Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашИУВ, д.м.н., профессор;

**Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);**

- 1.Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
  2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
- [Введите текст]

Оториноларингологии ТМА;

3. Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории  
РСНПМЦОиЗГШ

4. Хуснитдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

**Рецензенты:**

- Рецензенты: Кожантаева С.К. д.м.н., руководитель кафедры оториноларингологии, офтальмологии, ЗКМУ имени Марата Оспанова, член ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, главный внештатный оториноларинголог г.Актюбе.

Внутренний: Махкамова Н.Э. профессор кафедры Оториноларингология ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в совете РСНПМЦОиЗГШ, протокол № , от 2025г.;

**Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

1. Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашиУВ  
главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической

[Введите текст]

помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### Сокращения, используемые в протоколе:

КТ	компьютерная томография;
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты;
ПА	Паратонзиллярный абсцесс
СРБ	С – реактивный белок
ТЭ	двусторонняя тонзиллэктомия

- **Пользователи протокола по данной нозологии:** врачи общей практики, оториноларингологи.
- **Категория пациентов в данной нозологии:** взрослые.
- **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

## 2.1 Основная часть.

### Введение

Паратонзиллярный абсцесс (ПА) – заболевание, характеризующееся гнойным расплавлением околоминдаликовой клетчатки, располагающейся

[Введите текст]

между псевдокапсулой небной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей мышечные констрикторы глотки.

## **2.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Заболевание возникает в результате проникновения в паратонзиллярное пространство микроорганизмов, преимущественно, анаэробного типа дыхания, обладающих генетически детерминированными факторами патогенности, при наличии благоприятных условий для их колонизации. В качестве возбудителя чаще всего выступают  $\beta$ -гемолитический стрептококк серогруппы А, а также неспорообразующие облигатно-анаэробные микроорганизмы. При этом в развитии активных форм инфекционного процесса могут принимать участие и представители ко-патогенных микроорганизмов, относящихся к представителям транзитной микробиоты ротоглотки. Паратонзиллит как правило, развивается на фоне изменения иммунного статуса небных миндалин, что проявляется недостаточной региональной иммунореактивностью в виде снижения показателей Т- и В-клеточного звеньев иммунитета.

В большинстве случаев паратонзиллярный абсцесс развивается вследствие гнойного расплавления паратонзиллярной клетчатки на фоне ее первичного воспаления, чаще, как осложнение ангины, несколько реже – как очередное обострение хронического тонзиллита. При этом имеет место тонзиллогенный путь проникновения инфекции в паратонзиллярное пространство. Возможен также одонтогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки, связанный с наличием кариозного процесса в преимущественно в задних зубах нижней челюсти (вторые моляры, зубы мудрости), а также периостита альвеолярного отростка. В ряде случаев возможно инфицирование в результате попадания инородных тел (рыбные кости и т.д.) в паратонзиллярную клетчатку. Возникновению паратонзиллита способствует наличие в небных миндалинах глубоких крипт, пронизывающих миндалину через всю её толщу и благоприятствующих развитию при ангинах воспалительных процессов в паратонзиллярной ткани. Частые обострения хронического тонзиллита и рецидивы ангин сопровождаются процессами рубцевания, в частности, в области устьев крипт, небных дужек, где образуются сращения с миндалиной. Этот процесс затрудняет дренирование крипт, что приводит к активизации инфекционных агентов, преимущественно с анаэробным типом метаболизма, и распространению их через капсулу миндалины в паратонзиллярное пространство.

Наиболее частым местом проникновения инфекции из миндалины в паратонзиллярное пространство является верхний полюс миндалины. Это связано с тем, что в области верхнего полюса вне структуры псевдокапсулы миндалины расположены слизистые железы Вебера, которые вовлекаются в

воспаление при хроническом тонзиллите. Отсюда инфекция может распространяться непосредственно в паратонзиллярное пространство, которое в области верхнего полюса миндалины содержит большее количество рыхлой клетчатки, чем в других отделах. Иногда в надминдаликовом пространстве в толще мягкого неба имеется добавочная долька; если она оставлена при тонзилэктомии, то оказывается замурованной рубцами, что создает условия для последующего абсцедирования.

Перенесенный ранее паратонзиллит или паратонзиллярные абсцессы в анамнезе создают условия для рецидивирования патологического процесса. Это связано с тем, что развивающаяся в результате предшествующих паратонзиллитов рубцовая ткань изолирует те или иные участки паратонзиллярного пространства и способствует формированию латентных очагов активной инфекции в этих участках.

Помимо тонзиллогенного механизма развития данной патологии, возможен также одонтогенный путь развития паратонзиллита, а затем и паратонзиллярного абсцесса, связанный с кариозным процессом, затрагивающим преимущественно задние зубы нижней челюсти (вторые моляры, зубы мудрости), а также возможным периоститом альвеолярного отростка. При этом инфекция распространяется по лимфатическим сосудам непосредственно на околоминдаликовую клетчатку, минуя небные миндалины [9;10].

Воспалительные изменения в паратонзиллярной клетчатке бывают различной интенсивности – от воспалительных инфильтратов до некроза тканей. При сформировавшемся абсцессе участки паратонзиллярной ткани густо инфильтрированы лейкоцитами. Иногда абсцедирование и некроз настолько распространяются кнаружи, что образуется сообщение между паратонзиллярным и парафарингеальным пространствами. Чаще это бывает при наружном или боковом паратонзиллите.

В процесс вовлекается также и ткань самой миндалины, в паренхиме которой, как правило, обнаруживаются выраженные в той или иной степени явления обострения хронического тонзиллита: инфильтрация лейкоцитами лимфоидной ткани и соединительнотканых трабекул, эпителиального покрова крипт и поверхности миндалины.

Различают клинико-морфологические формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. Каждая из этих форм может существовать отдельно, либо является лишь стадией, фазой, которая затем переходит в другую. Если преобладают лимфостаз и отек тканей, можно говорить об отечной форме паратонзиллита; при инфильтративной форме вокруг сосудов, мышечных волокон и слизистых желез скапливаются лимфогистиоциты и нейтрофильные лейкоциты; при переходе к абсцедированию клеточная инфильтрация ещё более нарастает.

При обращении к врачу отечная форма воспаления диагностируется редко, инфильтративная – у 15 – 20%, у большинства больных определяется абсцедирующая форма паратонзиллита – до 80 – 85%. Чаще от начала

заболевания до формирования абсцесса проходит 4-6 дней, однако в ряде случаев этот срок резко сокращается и составляет несколько часов. Иногда начавшийся воспалительный процесс в паратонзиллярном пространстве подвергается обратному развитию под воздействием своевременного адекватного консервативного лечения, возможна также инкапсуляция небольшого абсцесса

### **2.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паратонзиллярный абсцесс занимает одно из первых мест среди гнойных процессов глотки по тяжести и наблюдается у людей любого возраста, однако чаще паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет; в более молодом, а также в более пожилом возрасте он встречается реже. Заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин.

### **2.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Выделяют несколько локализаций паратонзиллярного абсцесса:

1. Супратонзиллярная локализация (передневерхняя), встречается более чем в 70% случаев (абсцесс локализуется между капсулой миндалина и верхней частью передней небной дужкой);
2. Задняя локализация, встречается реже и составляет около 15% случаев (абсцесс локализуется между небной миндалиной и задней дужкой);
3. Нижняя локализация, встречается чуть более чем в 5% случаев (абсцесс локализуется между нижним полюсом миндалина и боковой стенкой глотки);
4. Боковая локализация (латеральная), встречается менее чем в 5% случаев (абсцесс локализуется между средней частью миндалина и боковой стенкой глотки) [4;8;17].

### **2.5 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паратонзиллярный абсцесс чаще возникает на фоне ангины или через несколько дней после ее завершения. Сначала в околоминдаликовой клетчатке появляются гиперемия сосудов, нарушение их проницаемости, развивается отек и наступает мелкоклеточная инфильтрация. Всасывание бактериальных токсинов и продуктов воспалительной реакции вызывает лихорадку, явления интоксикации, изменение состава крови. Сдавливание нервных стволов вызывает резкую боль, нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Абсцесс образуется вследствие гнойного расплавления инфильтрата, возникающего в паратонзиллярном пространстве. Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая постепенно становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну, иррадирует в ухо, зубы. Характерными симптомами являются головная боль, общая разбитость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, при этом больные отказываются от пищи и питья. Постепенно возникает и нарастает

тризм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом.

**При передневерхнем или переднем паратонзиллярном абсцессе** отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также книзу и кзади.

**Задний паратонзиллярный абсцесс**, локализуясь в клетчатке между задней дужкой и миндалиной, может распространиться на дужку и боковую стенку глотки. При фарингоскопии в этой же области отмечается припухлость. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, язычок и мягкое небо обычно отечны и инфильтрированы.

**Нижний паратонзиллярный абсцесс** имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны. В процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника. Возможно распространение коллатерального отека на верхний отдел гортани, что может привести к ее стенозированию.

**Наружный, или боковой паратонзиллярный абсцесс** встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым. Процесс развивается в клетчатке, заполняющей тонзиллярную нишу снаружи от миндалины, поэтому условия для самопроизвольного вскрытия с прорывом гноя в полость глотки здесь наименее благоприятные. При данной локализации выражены отечность и инфильтрация мягких тканей шеи на стороне поражения, кривошея, тризм. Со стороны глотки воспалительные изменения бывают меньше. Отмечаются умеренное выбухание всей миндалины и отечность окружающих ее тканей.

### **3.1 Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

*Критерии установления диагноза.*

Диагноз «**паратонзиллярный абсцесс**» ставится на основании:

1. анамнестических данных;
2. физикального обследования, включающего оценку врачом общего состояния пациента с тщательным осмотром подчелюстной области и регионарных лимфатических узлов, а также по данным результатов обследований другими специалистами;

[Введите текст]

3. инструментального обследования глотки –фарингоскопии

4. данных лабораторных исследований.

### **3.2 Жалобы и анамнез**

**Из анамнеза важны указания на наличие перенесенных ангин, хронического тонзиллита, предыдущие эпизоды паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса, проводимое ранее лечение хронического тонзиллита и его эффективность, наличие данных о кариозном процессе в полости рта, возможном попадании инородных тел, включая рыбные кости и т.д.**

**У больного паратонзиллярным абсцессом вне зависимости от формы заболевания имеются фарингеальные жалобы:**

боль в горле различной интенсивности, чаще резкой, односторонней, усиливающейся при глотании с возможной иррадиацией в ухо, зубы на соответствующей стороне

-тризм жевательной мускулатуры,

-ощущение инородного в области горла,

-гнусавость,

-неприятный запах изо рта,

-боль в шее при поворотах головы

**Эти жалобы крайне специфичны для данной патологии. Также возможно появление неприятного запаха изо рта.**

**Помимо этого, могут наблюдаться жалобы системного характера:**

-длительное недомогание, общая слабость, разбитость.

-снижение работоспособности,

-фебрильная лихорадка,

-головная боль

**Системные жалобы неспецифичны и всегда требуют проведения тщательного обследования больного и дифференциального диагноза.**

**Рекомендуется с целью постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики выявлять фарингеальные и системные жалобы у детей и взрослых, особенно часто болеющих острым тонзиллитом (ангиной) и у пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом.**

[Введите текст]

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)*

### **3.3 Физикальное обследование**

Оценка общего состояния, общий осмотр и фарингоскопия позволяют исключить острые заболевания с поражением глотки и полости рта и перейти к диагностике паратонзиллярного абсцесса.

**Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс осмотр врачом оториноларингологом с целью оценки общего состояния, выявления системных проявлений и наличия реактивных изменений со стороны слизистой оболочки и мягкотканых структур ротоглотки [4;13;17;19].

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).*

**Комментарии.** *К системным проявлениям паратонзиллярного абсцесса относятся:*

*-повышение температуры тела (чаще фебрильная лихорадка), связанная с острым заболеванием, имеющим инфекционную природу.*

*-слабость, недомогание, явления общей интоксикации, связанное с системными проявлениями заболеванием инфекционной природы.*

**Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс выполнение фарингоскопии для проведения дифференциального диагноза с различными острыми состояниями, характеризующимися поражением слизистой оболочки глотки и полости рта.

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)*

**Комментарии:** к местным признакам паратонзиллярного абсцесса (которые наиболее выражены при передней локализации абсцесса) относят:

*-яркую гиперемию, отек и воспалительную инфильтрацию слизистой оболочки нёбных дужек, небных миндалин, мягкого неба и язычка, задней стенки глотки;*

*-асимметрию мягкого неба, медиальное смещение одной из миндалин;*

*-ограничение открывания рта;*

*-регионарный лимфаденит (в зависимости от локализации возможно увеличение, уплотнение, болезненность при пальпации поднижнечелюстных, задненижнечелюстных, передних и задних шейных лимфатических узлов.*

### 3.4 Лабораторные диагностические исследования

*Лабораторные методы диагностики: анализы крови, мочи, бактериологическое и микологическое исследование посевов со слизистой оболочки миндалин, цитологическое исследование содержимого лакун, не имеют существенного значения в выявлении паратонзиллярного абсцесса, однако общий (клинический) анализ крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови позволяют подтвердить реактивный характер течения бактериального воспаления. Представляется целесообразным выполнение микробиологического исследования патологического экссудата, полученного после хирургического вскрытия абсцесса с выделением чистой культуры возбудителя и проведением теста на антибиотикочувствительность, с целью, в случае необходимости, дальнейшей коррекции эмпирической антибактериальной терапии.*

**Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс клинико-лабораторное исследование (исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, Общий (клинический) анализ крови, Общий (клинический) анализ мочи) для выявления реактивного характера течения бактериального воспаления).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии.** Высокие показатели уровня лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокие показатели СРБ свидетельствуют о гиперреактивном характере течения процесса с высоким риском развития тонзиллогенных осложнений и требуют коррекции терапии, включая антибактериальную терапию.

**Рекомендуется** микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого, полученного после хирургического вскрытия абсцесса, на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, неспорообразующие анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам с целью коррекции эмпирической антибактериальной терапии, а также микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), с целью исключения дифтеритической инфекции (выявление tox+ штаммов *C. diphtheriae*).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** материал из полости абсцесса забирают непосредственно после вскрытия гнойной полости с последующим введением в нее стерильного ватного тампона или стерильного 0,9% раствора натрия хлорида непосредственно в полость абсцесса и затем аспирируя содержимое в стерильный шприц. При этом необходимо помнить о том, что гной содержит большое количество протеолитических ферментов, разрушающих структуры микроорганизмов, и по возможности забирать для исследования не само гнойное отделяемое, а смыв или мазок со стенок полости абсцесса. После этого патологический материал, с соблюдением правил асептики, вносится в пробирку с транспортной питательной средой и доставляется в бактериологическую лабораторию. Транспортные питательные среды по своему составу должны соответствовать биологическим свойствам этиологически значимым микроорганизмам. Для транспортировки патологического материала с целью исключения наличия *tox+* штаммов *S.diphtheriae* необходимо использовать специальные среды. Оптимальное время доставки патологического материала в бактериологическую лабораторию – 40 минут. Материал для проведения молекулярно-генетических исследований доставляется в лабораторию в пробирках типа «эппендорф». При этом, по возможности, особое внимание необходимо уделять минимальному наличию активного гноя в исследуемом материале из-за большого содержания протеолитических ферментов, способных лизировать генетический материал микроорганизмов.

### 3.5 Инструментальные диагностические исследования

**Обычной фарингоскопии, выполняемой врачом оториноларингологом, как правило, достаточно для всесторонней оценки состояния слизистой оболочки и цитоархитектоники ротоглотки для выявления/исключения паратонзиллярного абсцесса. Осмотр выполняется при ярком направленном освещении, достигаемом с помощью специального осветителя, отраженного света от лобного рефлектора, эндоскопа. Держа шпатель в левой руке, отжимают им передние 2/3 языка книзу, не касаясь его корня. Шпатель вводят через правый угол рта.**

Рекомендуется инструментальное обследование - фарингоскопия всем детям и взрослым с целью выявления паратонзиллярного абсцесса.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Выявление фарингоскопических признаков является решающим в диагностике паратонзиллярного абсцесса.

**Рекомендуется** при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку, проведение непрямой ларингоскопии или фиброларингоскопии.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 2)**

**Комментарии:** *В тяжелых случаях, когда не удается установить точный диагноз, локализацию абсцесса или требуется дифференцировать воспаление паратонзиллярной клетчатки и более глубоких отделов шеи, используется КТ и УЗИ шеи.*

### **3.6 Иные диагностические исследования**

Паратонзиллярный абсцесс следует дифференцировать с дифтерией, скарлатиной, абсцессом язычной миндалины, флегмоной дна полости рта, новообразованиями ротоглотки.

Односторонняя припухлость ротоглотки с гиперемией и отеком слизистой оболочки, похожая на паратонзиллит, может наблюдаться при дифтерии и скарлатине, с которыми проводят дифференциальную диагностику. При этом, прежде всего, необходимо учитывать определенные эпидемиологические данные.

При дифтерии, как правило, за счет отека слизистая оболочка имеет бледно-цианотичный цвет, бывают налеты (сероватого цвета, распространяются за пределы поверхности небных миндалин), однако при этом отсутствует тризм; по результатам микробиологического исследования выделяют штаммы *Corynebacterium diphtheriae* (tox+).

Для скарлатины характерны розеолезная сыпь на коже, четкая граница пораженной и интактной слизистой оболочки, «малиновый» язык. При воспалении и абсцедировании в области язычной миндалины отсутствует тризм и характерные изменения в ротоглотке. При флегмоне дна полости рта боли, отек и инфильтрация локализуются в подчелюстной области, движения языком ограничены, изменения со стороны небных дужек и миндалин отсутствуют.

В некоторой степени сходны с паратонзиллитом опухолевые заболевания — рак, саркома, лимфоэпителиома миндалины. Для них характерно медленное развитие, отсутствие температурной реакции, сильных болей в горле и тризма жевательной мускулатуры, а также болезненности при пальпации регионарных лимфатических узлов (последние обычно плотные и малоподвижные) позволяют дифференцировать опухоли глотки и паратонзиллит.

[Введите текст]

В редких случаях припухлость в глотке может быть связана с близким от поверхности положением сонной артерии или ее аневризмы. Наличие пульсации, определяемой визуально, позволяет поставить верный диагноз.

#### **4. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Лечение пациентов с паратонзиллярным абсцессом осуществляет врач оториноларинголог в условиях специализированного учреждения. Основным видом лечения является хирургическая санация полости абсцесса.

##### **4.1 Консервативное лечение**

*Консервативная терапия служит дополнением хирургическим методам лечения и направлена на санацию сформировавшегося очага инфекции и недопущение генерализации инфекции и снижению реактивно-воспалительных изменений, возникших в тканях ротоглотки.*

##### **4.1.1 Общее лечение**

*Основная роль в консервативной терапии отводится назначению антибактериальных препаратов системного действия.*

**Рекомендуется** назначение системной антибактериальной терапии при паратонзиллярном абсцессе.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *Антибактериальная терапия должна быть начата до получения результатов бактериологического исследования, должна носить эмпирический характер с учетом индивидуальных клинических проявлений.*

*Поскольку в этиологии паратонзиллярного абсцесса велико значение микробных ассоциаций с присутствием облигатно-анаэробных микроорганизмов, в качестве препаратов эмпирической терапии необходимо применять антибиотики широкого спектра, способные воздействовать и на облигатно-анаэробные микроорганизмы. См. таблицу 1*

**Таблица 1.** Рекомендуемые антибактериальные препараты (АБП) и режимы лечения паратонзиллярного абсцесса

<b>Показание</b>	<b>Препараты выбора</b>
<b>Пероральные антибактериальные препараты</b>	Амоксициллин+ клавулановая кислота** внутрь 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки* (дозы указаны для пациентов 12 лет и старше)

[Введите текст]

	или с массой тела 40 кг и более, см. также инструкцию) или Амоксициллин+ сульбактам** 1 г 2-3 раза в сутки для пациентов 12 лет и старше
<b>Парентеральные антибактериальные препараты</b>	Цефтриаксон** внутримышечно или внутривенно 2 г 1 раз в сутки в течение 4-14 дней Цефотаксим** внутримышечно или внутривенно 1 г 2 раза в сутки Клиндамицин** - 300 мг 2 раза в сутки, при тяжелом течении – до 1,2-4,8 г/сут (разделенные на 2-4 равные дозы), детям 10-40 мг/кг/сут (разделенные на 3-4 равные дозы )при непереносимости цефалоспоринов 3-его поколения

*Курс антибактериальной терапии в среднем составляет от 10 до 14 суток. Препаратами выбора являются комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, имеющие широкий спектр действия, включая активность в отношении облигатно-анаэробных патогенов. При наличии проблем с проглатыванием таблетированных форм антибактериальных препаратов, возможно использование диспергируемых лекарственных форм, суспензий или парентеральных лекарственных форм.*

*При наличии выраженных реактивных проявлений со стороны мягкотканых образований глотки и шеи, выраженного тризма жевательной мускулатуры, обуславливающего невозможность приема таблетированных форм, а также высоком риске развития генерализованных осложнений, показано назначение парентеральных цефалоспоринов 3 го поколения, а при их непереносимости – линкозамидов (клиндамицин\*\* – код АТХ: J01FF).*

Помимо системной антибактериальной терапии необходимо назначение системной противовоспалительной терапии, направленной на купирование реактивной симптоматики, лихорадки и/или болевого синдрома. С этой целью возможно использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

**Рекомендуется пациентам с выраженными реактивными проявлениями ПА с целью уменьшения воспалительной симптоматики применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в стандартных рекомендованных дозах (Парацетамол, Ибупрофен, Нимесулид)**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Принцип обезболивающего действия НПВС основан на подавлении активности циклооксигеназы 1-го и 2-го типов (ЦОГ-1, ЦОГ-2) – основных ферментов, являющихся предшественниками появления простагландинов.

Назначение антигистаминных средств системного действия при лечении паратонзиллярного абсцесса обуславливают системные эффекты десенсибилизации и уменьшают выраженность токсико-аллергических реакций и системной интоксикации.

**Рекомендуется всем пациентам с ПА** с целью десенсибилизации и дезинтоксикации, назначение антигистаминных средств системного действия [13] ( Хлоропирамин, Цетиризин, Дезлоратадин ).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5).**

**Рекомендуется всем пациентам с ПА** применение препаратов системного действия для повышения естественной резистентности организма.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** к этой группе относят препараты кальция, аскорбиновой кислоты (витамин С), витамины А, антигистаминные средства системного действия. При проведении данной терапии необходимо проводить динамический контроль на основе анализа клинических симптомов, лабораторных и дополнительных инструментальных методов и избегать полипрагмазии.

При выраженной общей интоксикации рекомендуется проведение системной инфузионной и дезинтоксикационной терапии.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)**

#### 4.1.2 Местное лечение

**Рекомендуется всем пациентам с ПА** проведение симптоматической противовоспалительной, обезболивающей, антисептической терапии ОТФ местными средствами в виде полосканий, инсуфляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)**

**Комментарии:** Целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных явлений, а также профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой оболочки. Местная терапия не может заменить системную антибактериальную терапию при остром стрептококковом тонзиллите, т.к. не влияет на вероятность развития «поздних» аутоиммунных осложнений [28-31].

При назначении местных антисептиков: цетилпиридиния хлорид (показан на начальных стадиях формирования инфильтрационных изменений; код АТХ: R02AA06), гексэтидин (код АТХ: A01AB12), лизоцим + пиридоксин (код АТХ: R02AA20), амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт (код АТХ: R02AA03), хлоргексидин (код АТХ: D08AC02), препараты йода, бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат (показан при развитии абсцесса на фоне тонзилло-фарингиальной патологии; код АТХ: D08AJ) и др., следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них и учитывать возможность развития аллергических реакций и индивидуальных реакций непереносимости.

Местные нестероидные противовоспалительные препараты: бензидамин (показан при развитии абсцесса на фоне тонзилло-фарингеальной патологии; код АТХ: A01AD02), флурбипрофен (код АТХ: R02AX01), могут входить как в состав комплексных средств, так и применяться в виде монопрепаратов.

### 4.1.3 Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическое лечение может применяться после выполнения хирургического вмешательства (вскрытие паратонзиллярного абсцесса или одномоментного вскрытия абсцесса в процессе удаления небных миндалин). Может использоваться как самостоятельный метод общего (на поверхность тела или его частей) и местного (на область миндалин и регионарных лимфатических узлов) воздействия: токами ультравысокой частоты, электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ), магнитофорез, ультрафиолетовое облучение, ультразвуком, лазерным низкоинтенсивным излучением, коротким ультрафиолетовым светом. Проводится врачом-физиотерапевтом, некоторые процедуры могут проводиться оториноларингологом и врачом общей практики, если это предусмотрено методикой и возможностями лечебного устройства.

**Рекомендуется** общее физиотерапевтическое воздействие для повышения резистентности организма у пациентов с ПА после выполнения хирургического вмешательства.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)**

**Комментарии:** среди физиотерапевтических процедур общего действия используются гипербарическая оксигенация, общее УФО-облучение.

**Рекомендуется** местное физиотерапевтическое воздействие для повышения общей резистентности организма больных ПА после выполнения хирургического вмешательства.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5).**

**Комментарии:** на зону вскрытия ПА назначают фокусное ультрафиолетовое облучение (КУФ), на область регионарных лимфатических узлов – УВЧ-, сантиметрововолновую (СМВ-), магнито-, лазер- терапию (инфракрасный, гелий-неоновый). Возможно введение лекарственных веществ в область расположения полости абсцесса или на область тонзиллярных ниш, а также регионарных лимфатических узлов с помощью различных физических методов воздействия – низкочастотного ультразвука, гелий-неонового лазера и др.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО  
НОЗОЛОГИИ «ПАРАТОНЗИЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС»**

## ТАШКЕНТ – 2025

- Международная классификация болезни – МКБ-10/11 шифр:

МКБ-10	Название
Код:	
J36.0	Паратонзиллярный абцесс
(ссылка на МКБ-10)	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>
CA0K.1	Перитонзиллярный абцесс
	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047</a>

### 1. Основная часть

#### Введение:

Пациентам с впервые возникшим паратонзиллярным абсцессом показано его вскрытие и дренирование.

Рекомендуется хирургическое лечение – вскрытие и дренирование паратонзиллярного абсцесса.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарии:* при различных локализациях процесса и различных техниках вскрытия паратонзиллярного абсцесса с использованием различных инструментов существуют единые принципы: убедиться в отсутствии пульсации в месте вскрытия, продвижение на глубину более 0,5 см в паратонзиллярную клетчатку производить только тупым путем, вскрытие производить достаточно широко (до 4 см) для адекватного дренирования абсцесса.

Выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. При передневерхнем абсцессе вскрытие проводят либо через небо-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выбухания. Задний паратонзиллярный абсцесс рекомендуют

[Введите текст]

дренировать через заднюю небную дужку, отступая 0,5 см от ее края. При вскрытии нижнего паратонзиллярного абсцесса разрез тканей осуществляется в нижней части небо-язычной дужки. Техника вскрытия паратонзиллярных абсцессов должна предусматривать обильное кровоснабжение данной области ветвями крупных артерий, поэтому рекомендуется рассечение тканей проводить вдоль хода сосудов и на небольшую глубину (0,5-1,0 см), а далее корнцангом, раздвигая ткани проводить вскрытие абсцессов, дабы исключить возможность травмирования крупных артериальных стволов. После вскрытия абсцессов проводятся полоскания глотки растворами антисептиков,

*В последующем регулярно проводят разведение краев разреза с целью адекватного дренирования.*

Радикальным методом лечения паратонзиллярного абсцесса является удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса, которую проводят при наличии частых ангин в анамнезе или повторном развитии паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса, его затяжном течении, неадекватном дренировании вскрытого абсцесса, при возникновении кровотечения вследствие выполнения его вскрытия или при развитии прочих тонзиллогенных осложнений.

**Рекомендуется пациентам с ПА** при наличии частых ангин в анамнезе или повторном развитии паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса, его затяжном течении, неадекватном дренировании вскрытого абсцесса, при возникновении кровотечения вследствие выполнения его вскрытия, хирургическое лечение – удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)**

**Комментарии:** Удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса, позволяет не только дренировать полость абсцесса, но и удалить очаг инфекции в миндалине, который является причиной формирования абсцесса в околоминдаликовой клетчатке. Удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса проводят в любом возрасте, начиная от 3-4 до 70 лет и старше. Противопоказаниями для удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса считают терминальные или крайне тяжелое состояние пациента, обусловленное патологией внутренних органов; тромбоз сосудов мозга; разлитой менингит.

После инфильтрационной анестезии выполняют разрез слизистой оболочки вдоль края передней небной дужки. Через разрез за псевдокапсулой небной миндалины вводят распатор и выделяют ее верхний полюс. Как правило, в

этом момент происходит вскрытие и опорожнение абсцесса. Верхний полюс миндалины берут на зажим и тупым путём отсепаровывают миндалину от передней и задней небных дужек, низводят ее при помощи широкой хирургической ложки до нижнего полюса, при необходимости, разрушают спайки. В области нижнего полюса миндалину отсекают при помощи проволочной петли (петля Бахона). После окончания операции внимательно осматривают тонзиллярную нишу на предмет наличия возможного патологического выпячивания (признак наличия парафарингеального абсцесса).

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПРОФИЛАКТИКИ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

[Введите текст]

**- Международная классификация болезни – МКБ-10/11 шифр:**

<b>МКБ-10</b>	<b>Название</b>
<b>Код:</b>	
<b>J36.0</b>	Паратонзиллярный абцесс
<b>(ссылка на МКБ-10)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7028">https://mkb-10.com/index.php?pid=7028</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=7035">https://mkb-10.com/index.php?pid=7035</a>
<b>CA0K.1</b>	Перитонзиллярный абсцесс
	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1782446047</a>

**5.1 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Профилактика ПА заключается в проведении мероприятий по недопущению развития заболевания (первичная), ухудшения течения (вторичная) и недопущению развития осложнений (третичная).

**Рекомендуется** выявление факторов риска развития ПА на первом этапе диспансеризации.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: К факторам риска развития ПА относятся признаки наличия хронического тонзиллита, а также рецидивирующий острый тонзиллит. Профилактические мероприятия заключаются в устранении факторов риска закаливания, санитарно-просветительской работе с населением по разъяснению причин возникновения абсцесса, своевременном лечении заболеваний зубов, десен*

**5.2 Организация оказания медицинской помощи**

[Введите текст]

Лечение в большинстве случаев осуществляется врачом-оториноларингологом в условиях соответствующего хирургического стационара.

Показанием для госпитализации является необходимость вскрытия паратонзиллярного абсцесса или удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса.

Улучшение состояния после вскрытия паратонзиллярного абсцесса или вскрытия абсцесса в процессе выполнения тонзиллэктомии наблюдается уже через 12-24 ч.

Показанием к выписке пациента из стационара является завершение лечения в оториноларингологическом отделении после удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса на 5-7-е сутки после операции при неосложненном течении. Выписка из стационара осуществляется при устойчивом купировании проявлений болезни и отсутствии угрозы жизни и здоровью пациента.

Прогноз при ПА, при условии адекватного лечения, в большинстве случаев благоприятный.

Риск развития гнойных генерализованных осложнений повышается на фоне первичных и приобретенных иммунодефицитных состояний (врожденный иммунодефицит, прием иммуносупрессивной и цитостатической терапии, ВИЧ инфекция).

#### **Осложнения.**

Отсутствие лечения или неадекватное лечение ПА чревато высокой вероятностью развития **гнойных осложнений, включая генерализованные:**

- флегмона мягких тканей шеи
- гнойный медиастинит
- тонзиллогенный сепсис
- инфекционно-токсический шок

## Список литературы

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

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