



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.322-002.2-053.2/.8-08

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИНГ ТУРЛИ ЁШ ГУРУҲЛАРИДА КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ САМАРАДОРЛИГИ

Нурова Г.У. <https://orcid.org/0000-0003-2708-7874> e-mail: nurova_guzal88@mail.ru orcid.org/
Салимова Н.Ф. e-mail: nazokatsalimova613@gmail.com

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Сурункали тонзиллит юқори нафас йўллариинг энг кўп тарқалган инфекциян-яллигланиш касалликларидан бири бўлиб, аҳоли орасида тарқалиш даражаси 5–15 % ни ташкил этади, айниқса болалар ва ўсмирлар орасида кўпроқ учрайди. Касаллик такрорий ангина эпизодлари, иммунологик ўзгаришлар ва беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши билан тавсифланади.

Танглай муртаклари Вальдейер–Пирогов лимфоид ҳалқасининг таркибий қисми сифатида маҳаллий ва умумий иммун жавоб шаклланишида муҳим рол ўйнайди, шу боис уларда кечувчи сурункали яллигланиш жараёни нафақат маҳаллий, балки организмнинг умумий иммун ҳолатига ҳам таъсир кўрсатади.

Сўнгги йиллардаги халқаро адабиётларда "chronic tonsillitis" атамаси ўрнига "recurrent acute tonsillitis" тушунчасининг кенг қўлланилиши таъкидланган, чунки клиник жараён кўпинча қайталанувчи ўткир ангина шаклида намоён бўлади. Бу эса таъхис қўйиш ва даволаш тактикасини белгилашда муҳим клиник аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, танглай муртаклари, иммунитет, маҳаллий иммунитет, диагностика, даволаш тактикаси.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Нурова Г.У. <https://orcid.org/0000-0003-2708-7874> e-mail: nurova_guzal88@mail.ru orcid.org/
Салимова Н.Ф. e-mail: nazokatsalimova613@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Хронический тонзиллит является одним из наиболее распространённых инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Распространённость заболевания среди населения составляет 5–15 %, при этом оно чаще встречается у детей и подростков. Заболевание характеризуется повторными эпизодами ангины, иммунологическими нарушениями и снижением качества жизни пациентов.

Нёбные миндалины, являясь составной частью лимфоидного кольца Вальдейера–Пирогова, играют важную роль в формировании местного и системного иммунного ответа. Поэтому хронический воспалительный процесс в миндалинах оказывает влияние не только на локальный иммунитет, но и на общее иммунное состояние организма.

В последние годы в международной литературе вместо термина «chronic tonsillitis» всё чаще используется понятие «recurrent acute tonsillitis», поскольку клиническое течение заболевания чаще проявляется в виде повторных эпизодов острого тонзиллита. Это имеет важное клиническое значение при постановке диагноза и выборе оптимальной лечебной тактики.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, нёбные миндалины, иммунитет, местный иммунитет, диагностика, лечебная тактика.

CLINICAL COURSE OF CHRONIC TONSILLITIS IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT STRATEGIES

G.U. Nurova <https://orcid.org/0000-0003-2708-7874> e-mail: nurova_guzal88@mail.ru orcid.org/
N.F. Salimova e-mail: nazokatsalimova613@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Chronic tonsillitis is one of the most common infectious and inflammatory diseases of the upper respiratory tract, with a prevalence ranging from 5% to 15% in the general population. It is particularly common among children and adolescents. The disease is characterized by recurrent episodes of tonsillitis, immunological alterations, and a reduced quality of life.

As a component of Waldeyer–Pirogov's lymphoid ring, the palatine tonsils play a crucial role in the development of both local and systemic immune responses. Therefore, chronic inflammation of the palatine tonsils affects not only local immunity but also the overall immune status of the organism.

In recent years, the term "recurrent acute tonsillitis" has increasingly replaced "chronic tonsillitis" in the international literature, as the clinical course of the disease is more commonly manifested by recurrent episodes of acute tonsillitis. This concept has important clinical implications for establishing the diagnosis and selecting the most appropriate treatment strategy.

Keywords: *chronic tonsillitis, palatine tonsils, immunity, local immunity, diagnosis, treatment strategy.*

Долзарблиги

Сурункали тонзиллит (СТ) юқори нафас йўлларининг энг кўп учрайдиган инфекция-яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, унинг тарқалиши турли мамлакатларда аҳолининг 5–15 % игача етади. Болалар ва ўсмирларда касалликнинг учраш частотаси катталарга нисбатан юқори бўлиб, такрорий ангина эпизодлари, иммунологик ўзгаришлар ҳамда ҳаёт сифати пасайиши билан кечади [1,2].

Танглай муртақлари Вальдейер–Пирогов лимфоид ҳалқасининг муҳим қисми ҳисобланади ва маҳаллий ҳамда умумий иммун жавоб шаклланишида иштирок этади. Шу сабабли улардаги сурункали яллиғланиш нафақат маҳаллий ўзгаришларга, балки организмнинг умумий иммун тизими фаолиятига ҳам салбий таъсир кўрсатиши мумкин [3].

Сўнгги йилларда халқаро адабиётларда "chronic tonsillitis" атамаси ўрнига кўпроқ "recurrent acute tonsillitis" тушунчаси қўлланилмоқда, чунки аксарият беморларда клиник жараён қайталанувчи ўткир ангина эпизодлари билан намоён бўлади. Бу ҳолат ташхис қўйиш ва даволаш тактикасини танлашда муҳим аҳамият касб этади [4].

Сурункали тонзиллитнинг асосий кўзгатувчиси β-гемолитик А гуруҳ стрептококки (*Streptococcus pyogenes*) ҳисобланади. Бироқ *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae* ҳамда аралаш микробиота ҳам касаллик ривожланишида иштирок этади [5,6]. Шу билан бирга, айрим тадқиқотларда *Helicobacter pylori* нинг бодомча безлари тўқимасида касалликнинг ривожланишида сабаб булиши таъкидланган, аммо олинган натижаларга кўра унинг сурункали тонзиллит патогенезидаги ўрни катта аҳамиятга эга эмаслиги аниқланди [10].

Ҳозирги вақтда сурункали тонзиллит патогенезида бактерияларнинг биоплёнка ҳосил қилиши энг муҳим механизмлардан бири сифатида баҳоланмоқда. Биоплёнкалар микроорганизмларни антибиотиклар ҳамда иммун тизими таъсиридан ҳимоя қилиб, касалликнинг узоқ сақланиши ва рецидивларига сабаб бўлади [7]. Сўнгги йилларда адабиётларда таъкидланишича, биоплёнкалар — ўз ишлаб чиқарган матрицаси билан ўралган микроорганизмлар структуравий бирлашмалари бўлиб, ЛОР аъзолари (қулоқ, бурун, томоқ) сурункали ва такрорий инфекцияларидаги ролига кўра отораринголарингологияда муҳим муаммо ҳисобланади, жумладан сурункали риносинусит, ўрта қулоқ яллиғланиши,

ларингофарингеал рефлюкс ва тонзиллитда даволашга резистентлик ва касалликнинг қайталанишига сабаб бўлади [11,12]. Замонавий микроскопик усуллар (мультимодал оптик мезоскопия) ёрдамида бодомча безилари тўқимасида грам-мусбат биоплёнкаларнинг миқдори ва фазовий тарқалишини аниқ баҳолаш имконияти яратилган [13].

Сурункали тонзиллит патогенезда яна бир муҳим йўналиш — васкуляр эндотелиал ўсиш омили (VEGF) ва гипоксиянинг ўрни катта аҳамиятга эга. Бодомча безилари тўқимасида VEGF экспрессиясининг ортиши такрорий ёки сурункали тонзиллит патогенезида иштирок этиши, натижада гипоксия ҳолати эса умумий яллиғланиш жараёнини кучайтириши мумкин. Ушбу ҳолат анти-VEGF терапиянинг келажакда даволаш усули сифатида қўлланилиши мумкинлигини кўрсатади [14].

Иммунопатогенезда маҳаллий секретор IgA миқдорининг камайиши, Т-лимфоцитлар функциясининг бузилиши, интерлейкинлар (IL-1 β , IL-6, IL-8), TNF- α экспрессиясининг ортиши ҳамда оксидловчи стресс муҳим аҳамият касб этади. Шу сабабли сурункали тонзиллит инфекцион касаллик билан бир қаторда иммун-яллиғланиш жараёни сифатида ҳам қаралади [8,9].

Биоплёнкалар мавжудлиги мана шу иммун жараёнларни янада мураккаблаштиради — улар бактерияларни фагоцитоздан ҳимоя қилиш билан бирга, маҳаллий ҳужайравий ва гуморал иммунитетнинг сурункали фаоллашувига олиб келади, натижада узоқ давом этувчи субклиник яллиғланиш шаклланади [11]. Болаларда лимфоид тўқима юқори даражада ривожланганлиги сабабли сурункали тонзиллит кўпроқ юқори ҳарорат, тез-тез қайталанувчи ангина, регионар лимфаденит ва аденоид гипертрофияси билан намоён бўлади. Иммун тизимнинг тўлиқ шаклланмаганлиги касалликнинг юқори тарқалишига сабаб бўлади [10].

Сўнгги тадқиқотларда аниқланишича, лимфоид тўқима гомеостазини сақлашда апоптоз ва пролиферация ўртасидаги мувозанат ҳал қилувчи аҳамиятга эга, чунки гипертрофия лимфоид гиперплазия натижасида иккиламчи равишда ривожланади, апоптознинг камайиши эса сурункали яллиғланиш ва тўқима гиперплазиясининг кучайишига олиб келади [15]. Клиник тадқиқотда кўрсатилишича, такрорий тонзиллитда апоптоз кучайган бўлса, безлар гипертрофиясида эса апоптозни фаоллаштирувчи иккита кўрсаткич (эндонуклеаза активацияси ва тапсигаргинга сезгирлик) пасайган бўлади. Ушбу ҳолат гипертрофияга мойил болаларда базофиллар улуши ошиши ва интерлейкин-4 ажралишининг кўпайиши, лимфоид апоптозни тўхтатиб, ҳужайра пролиферациясини кучайтириши мумкинлигини кўрсатади [16]. Демак, гипертрофия ва сурункали тонзиллит патогенетик жиҳатдан бир-биридан фаркли эканлиги кўринади, яъний биринчисида пролиферация апоптоздан устун келади, иккинчисида эса яллиғланиш билан бирга ҳужайра ўлими кучайган бўлади.

Безлар ҳажми бевосита ўртача бактериал юкламага боғлиқ бўлиб, юкнинг ортиши ҳасаланган бодомча безларида В ва Т ҳужайралар сонининг кўпайишига сабаб бўлади, натижада вирусли (масалан, RSV) ва бактериал (*Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*) инфекциялар лимфоид гиперплазия билан боғлиқ эканлиги тасдиқланган [17].

Янги гипотезага кўра, тонзилладаги мезенхимал ствол ҳужайраларининг анормал стимуляцияси гипертрофиянинг сабабларидан бири бўлиши мумкин — танглай муртаги бундай ҳужайраларнинг яхши манбаи ҳисобланади, бу эса тўқима ўсишининг қўшимча механизми сифатида ўрганилмоқда [17].

Комменсал бактериялар ва обструктив уйқу апноэси (ОУА) билан боғлиқлик ҳолатларида, болаларда бодомча безлари гипертрофияси моноклеар ҳужайралари культурада тезда про-яллиғланувчи цитокин ҳолатини намоён қилади, В-лимфоцитлар эса TNF- α даражасини оширувчи асосий ҳужайра популяциясига айланади, IL-17 эса асосан CD4⁺ Т-ҳужайралар томонидан ишлаб чиқарилади, бунда германатив марказлар гипертрофияси ва IgG/IgM мусбат В-лимфоцитлар гиперплазияси кузатилади [18].

Бодомчасимон безлар асосан В-ҳужайрали аъзо бўлиб, иммунологик жиҳатдан 4–10 ёш оралиғида энг фаол ҳисобланади [18]. Бу давр лимфоид тўқиманинг физиологик "пик" даври бўлиб, шу пайтда яллиғланиш омиллари кўшилса, гипертрофия янада яққол намоён бўлади.

Ўсмирлик даврида гормонал қайта қурилиш ҳамда иммун реактивликнинг ўзгариши натижасида тонзиллит рецидивлари кўпаяди. Айниқса токсик-аллергик шакллар кўпроқ учраб, ўқиш самарадорлиги ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади [11].

Катталарда клиник белгилари нисбатан кам намоён бўлиши мумкин. Бироқ инфекция ўчоғининг узоқ сақланиши ревматизм, инфекцион эндокардит, гломерулонефрит ва бошқа стрептококк билан боғлиқ асоратлар хавфини оширади [12].

Кексаларда иммун тизимининг ёшга боғлиқ ўзгаришлари (иммуносенесценция) натижасида туғма ва орттирилган иммунитет функцияси пасаяди. Нейтрофиллар, макрофаглар ва дендрит хужайраларининг фагоцитар фаоллиги камаяди, Т- ва В-лимфоцитлар пролиферацияси сусаяди, цитокинлар синтези издан чиқади. Шу сабабли инфекцияга қарши маҳаллий яллиғланиш реакцияси кучсиз кечади ва касалликнинг клиник белгилари ҳар доим ҳам яққол намоён бўлмайди. Кексаларда тана ҳароратининг сезиларли ошмаслиги, оғриқ синдромининг кучсизлиги ва лейкоцитознинг етарлича ривожланмаслиги туфайли касаллик кеч аниқланиши мумкин [13,14].

Бундан ташқари, ёш ўтиши билан шиллиқ қаватда қон айланиши ёмонлашади, мукоцилиар клиренс секинлашади, эпителий регенерацияси сусаяди ҳамда секретор IgA ишлаб чиқарилиши камаяди. Бу ўзгаришлар юқори нафас йўллариининг маҳаллий ҳимоя механизмларини заифлаштириб, сурункали инфекциянинг узоқ сақланиши ва қайта-қайта қўзишига шароит яратади [15].

Кексаларда қандли диабет, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги, сурункали буйрак етишмовчилиги ва сурункали ўпка касалликлари каби коморбид ҳолатлар тез-тез учрайди. Айниқса, қандли диабет микроангиопатия, нейтрофиллар функциясининг пасайиши ва яра битишининг секинлашиши орқали инфекциянинг оғир кечишига сабаб бўлади. Шу билан бирга, юрак-қон томир касалликлари тўқималар перфузиясини ёмонлаштириб, антибиотикларнинг яллиғланган ўчоққа етиб боришини чеклаши мумкин. Натижада даволаш муддати узаяди, асоратлар хавфи ортиб, консерватив терапия самарадорлиги пасаяди [16,17].

Сурункали тонзиллит билан оғриган кекса беморларда юқорида қайд этилган хусусиятлар касалликнинг атипик кечиши, компенсацияланган шаклдан декомпенсацияланган шаклга тезроқ ўтиши ҳамда маҳаллий ва системали асоратлар хавфининг ошишига олиб келади. Шу сабабли ушбу ёш гуруҳида эрта диагностика, коморбид касалликларни оптимал назорат қилиш ва индивидуаллаштирилган даволаш тактикаси муҳим аҳамият касб этади [19,20].

Ҳозирги кунда сурункали тонзиллит диагностикаси комплекс ёндашувни талаб қилади. У қуйидагиларни ўз ичига олади - клиник симптомларни баҳолаш, фарингоскопия, бактериологик текширув, экспресс Streptococcus pyogenes тести, умумий қон таҳлили, С-реактив оксил, ASLO титри, иммунологик кўрсаткичлар, ҳаёт сифати сўровномалари [14].

Консерватив даволашда замонавий самарали усуллардан қуйидагилар қўлланилади - маҳаллий антисептиклар, оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар, стрептококк инфекцияси тасдиқланганда антибиотиклар, иммунокоррекция, симптоматик терапия [17]. Бироқ тадқиқотлар антибиотиклар ҳар доим ҳам узоқ муддатли ремиссияни таъминламаслигини кўрсатмоқда. Бу ҳолат асосан бактерияларнинг биоплёнка ҳосил қилиши билан изоҳланади [7].

Кўплаб рандомизацияланган тадқиқотлар оғир ва тез-тез қайталанувчи тонзиллитларда тонзиллэктомия касаллик эпизодларини ишончли даражада камайитишини кўрсатган [18].

Замонавий концепцияга кўра даволаш тактикаси беморнинг - ёши, иммун ҳолати, микробиоти, биоплёнка мавжудлиги, клиник оғирлиги, ҳаёт сифати каби омилларни ҳисобга олган ҳолда танланади [18,19].

Хулоса

Комплекс баҳолаш натижасида қуйидаги босқичли ёндашув қўлланилади яъний динамик кузатувлар, консерватив терапия, иммунокоррекция, физиотерапия, тонзиллэктомия. Бундай ёндашув ортқча операциялар сонини камайитириш ҳамда ҳақиқатан хирургик даволашга муҳтож беморларни аниқлаш имконини беради.

Адабиётлар таҳлили сурункали тонзиллитнинг клиник кечиши беморнинг ёши, иммунологик ҳолати, микробиологик хусусиятлари ҳамда коморбид касалликлар билан чамбарчас боғлиқлигини кўрсатади. Замонавий ташхис қўйишда клиник, лаборатор, микробиологик ва иммунологик кўрсаткичларни комплекс баҳолаш муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш тактикасини индивидуаллаштириш рецидивлар сонини камайтириш, асоратларнинг олдини олиш ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: Tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(4):973-987. doi:10.1007/s00405-015-3872-6
2. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: Tonsillitis II. Surgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(4):989-1009. doi:10.1007/s00405-015-3871-7
3. Brandtzaeg P. Function of mucosa-associated lymphoid tissue in antibody formation. Immunol Invest. 2010;39(4-5):303-355. doi:10.3109/08820131003680369
4. National Institute for Health and Care Excellence. Tonsillitis (acute): antimicrobial prescribing. NICE Guideline NG84. London: NICE; 2018 (updated 2023).
5. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012;55(10):e86-e102. doi:10.1093/cid/cis629
6. Brook I. The role of bacteria in tonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005;69(1):9-19. doi:10.1016/j.ijporl.2004.09.003
7. Di Domenico EG, Cavallo I, Pontone M, et al. Biofilm producing bacteria in chronic tonsillitis. Front Microbiol. 2019;10:182. doi:10.3389/fmicb.2019.00182
8. Passali D, Damiani V, Passali FM, et al. Structural and immunological characteristics of palatine tonsils. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2014;34(3):197-205.
9. Kvestad E, et al. Cytokine profile in chronic tonsillitis. Clin Exp Immunol. 2015. (следует уточнить полные выходные данные: том, номер, страницы)
10. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;160(1 Suppl):S1-S42. doi:10.1177/0194599818801757
11. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. N Engl J Med. 1984;310(11):674-683. doi:10.1056/NEJM198403153101102
12. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2002;35(2):113-125. doi:10.1086/340949
13. Nikolich-Zugich J. The twilight of immunity: emerging concepts in aging of the immune system. Nat Immunol. 2018;19(1):10-19. doi:10.1038/s41590-017-0006-x
14. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1-464. doi:10.4193/Rhin20.600
15. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1(3):239-246. doi:10.1177/0272989X8100100304
16. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. Validation of a clinical score for streptococcal pharyngitis. JAMA. 2004;291(13):1587-1595. doi:10.1001/jama.291.13.1587
17. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012;55(10):e86-e102. doi:10.1093/cid/cis629
18. Burton MJ, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical management for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD001802. doi:10.1002/14651858.CD001802.pub3
19. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;160(1 Suppl):S1-S42. doi:10.1177/0194599818801757
20. Ginaldi L, Loreto MF, Corsi MP, Modesti M, De Martinis M. Immunosenescence and infectious diseases. Microbes Infect. 2001;3(10):851-857. doi:10.1016/S1286-4579(01)01443-5

Қабул қилинган сана 20.06.2026