

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Ходжаева Н.Х.¹, Шамсиев Д.Ф.¹

¹ Тошкент давлат стоматология институти

Аннотация. Шарҳнинг мақсади бўлиб сурункали тонзиллитни даволаш усулларига замонавий ёндашув таҳлил қилишдан иборат. Шарҳ материаллари бўлиб Google scholar маълумотлар базасида охириги 5 йил ичида сурункали тонзиллитга бағишланган илмий нашрлар ҳисобланди. Шундан қилиб, хулоса қилиш мумкинки, сурункали тонзиллитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам физиотерапевтик муолажаларни бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

Калит сўзлар: сурункали тонзиллит, даволаш, консерватив, жарроҳлик, физиотерапевтик даво.

Иқтибослик учун:

Ходжаева Н.Х., Шамсиев Д.Ф. Сурункали тонзиллитни даволаш усулларига замонавий ёндашув. *Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи*. 2023;2(4):45–50. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2023.2.4.007>

MODERN APPROACH TO TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

Khodjaeva N.Kh.¹, Shamsiev D.F.¹

¹Tashkent State Dental Institute

Abstract. The purpose of the review is to analyze the modern approach to the treatment of chronic tonsillitis. Scientific publications devoted to chronic tonsillitis in the last 5 years in the Google scholar database were considered as review materials. Thus, it can be concluded that the treatment of chronic tonsillitis requires a complex approach, therefore, the combined use of both drug treatment and physiotherapeutic procedures allows to achieve high efficiency.

Keywords: chronic tonsillitis, treatment, conservative, surgical, physiotherapeutic treatment.

For citation:

Khodjaeva N.Kh., Shamsiev D.F. Modern approach to treatment of chronic tonsillitis. *Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2023;2(4):45–50. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2023.2.4.007>

МУАММОНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ

Бугунги кунда тиббиётда катта ютуқларга эришимизга қарамасдан оториноларингологияда сурункали тонзиллит билан беморлар мурожаати нисбатан юқорилиги сақланиб қолган. Бу муаммо ҳозирги замон тиббиётининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Сурункали тонзиллит нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, невролог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидаги муаммога айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан кўриб чиқилишини тақозо этади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, сурункали тонзиллитларни эрта аниқлаш, ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб

қолмоқда [2,5,9,14,18].

Сурункали тонзиллит тарқалганлиги 43,8%, катталарда 31,1% гача етади. Аҳоли орасида сурункали тонзиллит учраши 16-21% ташкил қилади. Касалликни энг юқори фойизда учраши 16-20 ёшлилар гуруҳига тўғри келади [1,3,7].

Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган. Улар қаторига организмда, ҳамма аъзо ва тизимларни меъёрда ишлашини, патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини назорат қилишда муҳим ўрин эгаллайдиган вегетатив нерв тизимида сурункали инфекция ўчоғи, яъни сурункали тонзиллит таъ-

сирида кечадиган ўзгаришларнинг ўрганишни ҳам киритиш мумкин [4,8,10,15].

Танглай муртакларининг кўп қиррали вазифалари ва биринчи навбатда юқори нафас йўлларида инфекциянинг киришини биринчи ҳимоя бўғинини таъминловчи, иммунитетни шакллантирувчи аъзо сифатида тутган муҳим ўрнини инobatга олган ҳолда уни бутунлай олиб ташлаш тахсисига нисбатан қарашлар ўзгарди, яъни унга нисбатан кўрсатмалар қисқармоқда. Ҳозирги кунда сурункали тонзиллитни даволашда танглай муртакларининг функциясини меъёрлашишига уни сақлаб қолишга қаратилган даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда. Аммо, ҳасталик билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган кўп консерватив усуллар ишлаб чиқилганига қарамай, уларнинг самарадорли ҳар доим ҳам юқори эмас. Жаҳон адабиётларида сурункали тонзиллитни, барча ички аъзоларга, жумладан юрак-қон томир, асаб, эндокрин ва бошқа тизимларига таъсири кенг ёритилган [2,11,14,17].

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ:

Сурункали тонзиллитни даволаш усулларида замонавий ёндашувни таҳлил қилиш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛИ:

Google scholar маълумотлар базасида охириги 5 йил ичида сурункали тонзиллитни даволашга бағишланган илмий нашрлар ҳисобланди.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ:

Сурункали тонзиллит диагностикаси ва даволаш усулини танлашда цитологик текшириш усулига катта эътибор берилган, у бу усул нафақат диагностикада ёрдам беради, балким ўтказилаётган даволашни самараси ҳақида фикр юритишга ёрдам беради деб ҳисоблайди. Сурункали тонзиллит бўшлиқларда нейтрофиллар кўп миқдорда эканлигини кўрсатишди [11]. Соғлом одамлардаги оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ювиндиларида полиморф ўзакли лейкоцитлар кўпроқ, кейин макрофаглар ва лимфоцитлар, ундан кейин эса плазматик ҳужайралар учрашини аниқлашди. Юқори нафас олиш йўлларида яллиғланиш жараёнида цитогамма сезиларли ўзгарди ва беморларнинг ёши, этиологик омилли, касалликни оғирлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда бир хил йўналишга эга бўлади. Сурункали тонзиллит беморларда муртак

безлари устига лейкоцитларнинг миграциясини тезлиги, соғлом одамларникига нисбатан тезроқ. Муртак безлари устидан олинган нишона суртма цитогаммаларда жуда кўп миқдорда сегмент ўзакли лейкоцитлар кузатилган, улардан кўпчилигида дегенерация белгилари мавжуд эди, улардан ташқари алоҳида лимфоцитлар, эпителия ҳужайралари ва детрит мавжуд. Лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллиги кескин равишда камайган эди [12].

Сурункали тонзиллитда тез-тез учраб турадиган белгиларга танглай безларининг консистенциясини ўзгариши киради, бинобарин 61,19% ҳолларда говак консистенцияга, 38,81% ҳолларда эса муртак безлари зич консистенцияга эга бўлган. Танглай безларининг бўшлиқларининг ичидаги патологик омил, 100% ҳолларда суюқ йиринг, 92,54% ҳолларда муртак безлари танглай равоқлари билан чатишиб кетган. 50% беморларда жағ орти лимфааденити аниқланди [10].

Сурункали тонзиллит беморларни даволашда ҳар хил усуллар қўлланилади, аммо касалликни у ёки бу босқичларида танглай безларини олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги ҳалигача очиқ қолмоқда [14]. Тонзиллэктомия фақатгина 30% компенсацияланган тонзиллитли беморларда ўтказилар эди, аммо асоратлари ривожланган беморларнинг 30-50% бу усулнинг самараси бўлмади [17]. Масалан, сурункали тонзиллитни жарроҳлик усули билан даволаганда иммун статус тонзиллэктомиядан сўнг тезда ва узоқроқ вақтдан кейин ҳам тикланмайди ва бу ҳолатни HLA тизими антигенини тарқалишидаги хусусиятлари билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар, чунки сурункали тонзиллит патогенезнинг биринчи бўғини бўлмай, балким организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатини кўринишидир деган фикрга келдилар. Охириги ўн йил ичида тонзиллэктомия камайганини кўрсатишди. Улар буни, операциядан сўнг бир неча бор касаллик зўрайгани, томоқ яллиғланишини кучайгани, тана ҳароратини ошгани, беморни умумий ҳолатини ёмонлашгани билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Иммун бирикмалар, C3а ва C5а комплементларининг миқдорини ошиши тонзиллэктомия учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади. Шунинг учун, тонзиллитни даволашда жарроҳлик усулини фақатгина асоратлар йўғида ўтказиш ва унга дифференциал ёндошиш кераклиги тўғрисида хулоса қиладилар. Шунингдек,

аллергик ринит сурункали тонзиллит билан бирга келганда, унинг кўп маротаба зўрайишларида, касалликни этиологик омилини аниқлаш лозим, агарда *Haemophilus Influenzae* бор бўлиб, уни вируслар ва бактериялар ёки уларнинг токсинлари билан боғлиқлиги аниқланса, жарроҳлик усули тўғрисида ҳал қилиш керак деб уйлайдилар. Тонзиллит ҳуружда жарроҳлик усулини маслаҳат бермайдилар. Сурункали тонзиллит унча узоқ вақт олдин кечмаган, умумий заҳарланиш белгилари бўлмаса беморларга консерватив даволашни маслаҳат берадилар. Яллиғланишнинг маҳаллий белгилари йўқолса, ангина қайталанишлари тўхтаса консерватив даволашни давом эттиришга асос бўла олади [18].

Стрептококкли тонзиллит билан оғриган беморларнинг 72% даволашда пенициллин самарали деб ҳисоблайдилар. Пенициллин макропен ёки 2 ёки 3 авлод цефалоспоринларга нисбатан самарали деб ҳисоблайди [12].

2 гуруҳга мансуб *beta-haemolytic streptococci* чақирган тонзиллитни цефалдроксил моногидрит (92,6%) ва лоразарбетом билан даволаш пенициллинга нисбатан самарадорлироқ эканлигини кўрсатишди. *beta-haemolytic streptococcal* тонзиллит билан оғриган катталарда амоксициллинни 6 кун ичида ва пенициллинни 10 кун ичида самараси ва ҳафвсизлигини солиштириб кўришди. Амоксациллин ва пенициллинни самараси ўхшаш бўлиб, мувофиқ ҳолда 92% ва 92,7% ташкил қилди [13].

Лакунар ва псевдомембраноз ангиналарни даволашда пенициллин гуруҳи дори воситаларининг самараси йўқлиги, бу патология эпидемия даврида кўпинча аденовируслар томонидан чақирилишини тушунтириб беришди. Шунинг учун катта эпидемия даврида бу гуруҳ дориларни профилактика учун ҳам қўллашга тавсия этилмайди [15].

Стрептококкли сурункали тонзиллит даволашда цефаклор АФ 96,7% ҳолларда юқори самарали ва ҳавфсиз (таблеткалар 375 мг кунига 2 марта, цефаклор капсулалари 250 мг кунига 3 маҳал) [16].

Болаларда ўткир кечувчи β *haemolytic streptococci* инфекцияга нисбатан клиндамицин юқори самарали *B.Gallegos* муаллифлар билан биргаликда [8], Тузалиш 91,7%-93,1% ташкил қилади; ҳолатини яхшиланиши – 68%. Клиндами-

цинни қўлланганда касаллик зўраймади ва энг асосийси тонзиллэктомия ўтказилмайди. Клиндамицин терапевтик миқдорда муртак безларида, қабул қилинганидан 7-9 соат ўтиб ҳам сақланиб қолинишини кўрсатишди. Дори воситасини 300 мг кунига 3 маҳалдан оғиз орқали қабул қилинади [10].

Спирамицин эритромицин каби самарали, аммо спирамицинни қўллаш осон ва уни ишлатганда ошқозон-ичакка ножўя таъсири кузатилмайди, деган хулосага келдилар [9].

Chlamydia trachomatis чақирган сурункали тонзиллит рокситрамицин (макролидлар гуруҳи) билан даволашни таклиф қилди. Ушбу дорини қўлланган 92,2% ҳолларда 5-21 кун ичида микроорганизм топилмади, 96% ҳолларда сурункали тонзиллит ўткир ёки зўрайишини билдирувчи маҳаллий белгилари аниқланади [7].

Эритромицин ва 2-ацетил эритромицин миқдорини қон зардоби ва муртак безлари тўқималарида аниқлашди. Икки хил дори эканлигига қарамасдан эритромицин даражаси муртак безлари ва қон зардобиди бир хил эканлиги, аммо 24,6% беморларнинг муртак безлари тўқималарида эритромицин аниқланмади. Муртак безлари тўқималарида қонга нисбатан 2-ацетил эритромициннинг гидролиз даражаси эритромицинни кига қараганда 23,43% юқори [6].

Ототоксик моноцитларнинг фагоцитоз қилиш фаоллигини сусайтиради бу яна резистентликни пасайишига олиб келади, шунинг учун антибиотикларни қўллаганда, вирусларга қарши дорилар ва фагоцитар фаолликни оширувчи омиллар билан бирга қўллаш лозим. Оксациллин моноцитларнинг функционал фаоллигига таъсир кўрсатмайди [13].

Экспериментда, сурункали тонзиллит даволашда рифампицин ва продигозанни липосомал шакли самарали эканлигини кўрсатишди. Бу усулни сурункали тонзиллит даволашда келажаги бор деб ҳисоблайди, антибиотик 100% лимфа тизимига кира олади [16].

Сурункали тонзиллит патогенетик терапиясида фагоцитоз стимуляторларини қўллаш истиқболлидир [12].

Стрептококкли тонзиллитни даволашда муртак безларига Альфа-стрептококкларни қайта юктиришни таклиф қилишмоқда. Чунки альфа-стрептококк оғиз бўшлиғи ва томоқни нормал

микрофлораси таркибига киради ва инфекцияга қарши иммун ҳимояни ривожланишида аҳамияти катта. Тонзилэктомиядан сўнг альфа-стрептококларнинг миқдори ошган. Бу флора ҳамма антибиотикларга таъсирчан бўлиб, тонзиллитни даволашда патоген флорага нисбатан тезроқ нобуд бўлади [5].

Маълумки, сурункали тонзиллит организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатининг маҳсули ҳисобланади, шунинг учун агарда уни консерватив даволашда иммунтикловчи дори воситалари қўлланилмаса, ангинанинг тез-тез рецидивлари учрайди ва метатонзилляр асоратлари ривожланади. Иммунстимуляция ва организмнинг табиий резистентлигини кўтариш мақсадида муаллифлар аутозардоб, тонзилляр цитозардоб, левомизол, тималин, Т-активлик, тимоген, ИРС-19, "Анизон", Биопарокс каби яллиғланишга қарши аэрозол дорилар таклиф қилишди [17].

Тонзиллитларнинг комплекс этиопатогенетик терапиясида лимфатик тизимнинг аҳамиятини назардан қочирмаслик лозим [4].

Ҳозирги даврда сурункали тонзиллит беморларни даволашда қўлланиладиган янги усуллар кенгайиб бормоқда, уларнинг мақсади танглай безларини санация қилиш ва унинг функциясини тиклаш [16].

Сурункали тонзиллит муаммоси – бу биринчи навбатда бўшлиқларнинг дренажлик вазифасини ўзгариш муаммоси. Амалиётда сурункали тонзиллит энг кенг тарқалган консерватив даволаш усули бу муртак безлари бўшлиқларини ювиш. Бу мақсад учун ҳар хил дори воситалари қўлланилади (фурациллин, пенициллин, риванолнинг глициринли ва сувли эритмалари, хлоридиоксидин, йодиноксидин, хлорфиллипт, хлорли йод ва бошқалар [3, 12].

Бу дорилар, бўшлиқларни механик тозалаш билан бир қаторда муртак безларининг иммунологик фаолигини мустаҳкамлайди, бўшлиқларнинг Ph муҳитини ўзгартиради ва х.к. Хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси ва хлорли йод муртак безларининг бўшлиқлари шиллиқ қаватини куйиши ва торайишини таъминлайди [4].

Муртак безлари бўшлиқларини ювганда, у ичидаги патологик омиллардан тозаланади, бу ўз навбатида муртак безлари тўқималарининг сўриш қобилятини пасайтиради, натижада организ-

мининг аллергизацияланиш даражада камаяди [6].

Муртак безлари паренхимаси ва шиллиқ қаватига таъсир кўрсатиш учун бўшлиқларни ювиш билан бир қаторда без ва равоқларига бетадин, люголь, суркалади [11].

Гелий-неонли лазер муртак безларининг ҳамма гисто тузилмаларига таъсир кўрсатишини кўрсатди. Унинг таъсирида эпителиядаги пролифератив жараёнлар кучаяди, натижада муртак безлари бўшлиқларини ички чуқур бўлимларидаги шикастланган жойларида репарация бошланади, эпителия остида фолликул ораси тўқимасининг ҳажмини катталаштирмаган ҳолда фолликулалар шаклланади. Шаклланаётган марказий фолликулаларда плазмцитларнинг пайдо бўлиши аниқланган. Ацидоцитларнинг сони 2,2-4,3 маротабага камайган, серотонин, соматостатин ишлаб чиқарувчи хужайралар йўқолади ва норадреналин синтез қилувчи хужайралар пайдо бўлади. Шу билан бирга янги томирчалар ҳосил бўлиши ҳисобига муртак безларининг қон айланиши кучаяди [7].

Сурункали тонзиллит юқори энергетик лазер ёрдамида комплексли консерватив даволашганда лимфоид тўқимада бузилган вегетатив балансни тикланиши ва компенсатор-мослашуви жараёнларни кучайишини кўрсатишган [9].

Паст частотали электромагнит майдоннинг одам ва ҳайвонлар лимфо-томоқ ҳалқасининг лимфоид тўқимасига (жумладан танглай безлари) яхши таъсир кўрсатиши тўғрисида хабар беришди, бу маҳаллий ҳимоянинг хужайравий ва гуморал омилларини рағбатлантириши ҳисобига амалга ошади. Тимогенниэлектромагнит майдонлар билан қўллаш, магнит майдонларини таъсир диапозонини кенгайтиради [10]. Сурункали тонзиллит муртак безларидаги функционал депрессия жараёни қайтувчан деб ҳисоблайдилар.

Сурункали тонзиллит беморларни даволашда паст частотали ультратовушни қўллаш мумкинлигини экспериментал асослаб беришди. 1984 йили бу усулни беморларда қўллаб, унинг юқори самарадорлигини таъкидлашди. (59% беморларда яхши натижа, 30% - қониқарли ва 14% - қониқарсиз натижалар олинди) [7].

Сурункали тонзиллит билан чалинган 500 та беморда паст частотали ультратовушни юқори самарадорлигини кўрсатишди, бу кўрсаткич

даволанишдан сўнг 64% ва узоқ вақтдан сўнг 56% ташкил қилди. Шу билан бирга улар, тизимли асоратларнинг аутоиммун механизмларини ривожланишига сабабчи бўлувчи иммунологик реакцияларга қаратилган даволаш чораларига этиборни қаратишди [12]. Текширишлар шуни кўрсатдики, кичик ва ўрта кучдаги ультратовуш физик катализатор сифатида хизмат қилиб, хужайра мембраналари ўтказувчанлигини кучайтириб, хужайра ичи жараёнларига ижобий таъсир кўрсатишини исботладилар молекулаларни қимирлаши, биокolloидларнинг сўрилиши, биологик фаол моддаларни ҳосил бўлишига олиб келади [15].

Бир қатор олимлар паст частотали ультратовушли бактерицидлиги, яъни алоҳида турдаги патоген микрофлорага таъсир кўрсатишини аниқлашди [14].

Текширишлар шуни кўрсатдики, паст частотали ультратовуш стафиллококка аниқ бактерицид таъсир кўрсатади, бу кавитация ва эритманинг ультратовуш таъсирида қизиши билан боғлиқ [10].

Таклиф қилган "аркусपालатиномия" усули зич жойлашган юмшоқ танглайнинг тузилмалари остида яширинган танглай безлари бўшлиқларидаги патологик ажратмаларнинг нормал эвакуациясини таъминлашга имкон беради. Ҳозирда кўпгина касалликларни даволаш - дам олиш масканларида даволашининг самарадорлиги ҳеч кимда шухба туғдирмайди [7].

ХУЛОСА:

Сурункали тонзиллитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам физиотерапевтик муолажаларни бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

МАНФААТЛАР ТЎҚНАШУВИ

Муаллифлар ушбу тадқиқот иши, унинг мавзуси, предмети ва мазмуни рақобатдош манфаатларга таъсир қилмаслигини маълум қилади.

МОЛИЯЛАШТИРИШ МАНБАЛАРИ

Муаллифлар тадқиқот олиб бориш давомида молиялаштириш мавжуд бўлмаганлигини маълум қилдилар.

МАЪЛУМОТЛАР ВА МАТЕРИАЛЛАРНИНГ ОЧИҚЛИГИ

Ушбу тадқиқот давомида олинган ёки таҳлил қилинган барча маълумотлар ушбу нашр этилган мақолага киритилган.

МУАЛЛИФЛАРНИНГ ТАДҚИҚОТДАГИ ҲИССАЛАРИ

Барча муаллифлар тадқиқотни тайёрлаш ва унинг натижаларини шарҳлаш, шунингдек, нашрга тайёрлашга ҳисса қўшган. Барча муаллифлар қўллезманинг якуний версиясини ўқиб чиқишган ва тасдиқлашган.

ЭТИК ЖИҲАТДАН МАЪҚУЛЛАШ ВА ИШТИРОК ЭТИШ УЧУН РОЗИЛИК

Ҳайвонларни парвариш қилиш ва улардан фойдаланиш бўйича барча халқаро, миллий ва/ёки институционал кўрсатмаларга риоя қилинган.

НАШР ҚИЛИШГА РОЗИЛИК

Қўлланилмайди.

НАШРИЁТНИНГ ЭСЛАТМАСИ

"Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи" журнали чоп этилган хариталар ва институционал мансублик кўрсаткичлари бўйича юрисдикция даъволарига нисбатан нейтрал бўлиб қолади.

Мақола келиб тушган сана: 22.12.2023 й.

Нашрга қабул қилинган сана: 26.12.2023 й.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All

authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of "Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 22.12.2023

Accepted for publication on 26.12.2023

АДАБИЁТЛАР / REFERENCES

1. Белякова А.А. Хирургическое лечение хронического тонзиллита: обзор современных методов. Вестник оториноларингологии, 2014.-N 5.-С.89-93.
2. Блоцкий А.А., Антипенко В.В. Сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения хронического неспецифического тонзиллита. Российская оториноларингология, 2016.-N 5.-С.22-25.
3. Вишняков В.В., Лазарчик Т.А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического тонзиллита. Российская оториноларингология, 2017.-N 1.-С.27-30.
4. Гуров А. В., Мужичкова А. В., Келеметов А. А. Актуальные вопросы лечения хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2021. – № 6. – С. 67-73.
5. Князьков В.Б. Сравнительная оценка результатов традиционной и лазерной тонзиллэктомии у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом. - М.: 2012. - С.104-120.
6. Коркмазов М. Ю. и др. Лечебно-диагностические подходы в терапии хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – № 20. – С. 90-99.
7. Мальцева Г. С., Карпищенко С. А. Роль фитотерапии в лечении хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2020. – № 6. – С. 34-41.
8. Михайлова И. В., Михайлов Ю. Х., Орлова Ю. Ю. Проблемные вопросы лечения хронического тонзиллита //Антибактериальная терапия в оториноларингологии. – 2019. – С. 81-85.
9. Песчаный В. Г. Актуальные вопросы и достижения квантовой терапии хронического тонзиллита //Национальное здоровье. – 2021. – № 2. – С. 56-60.
10. Рязанцев С. В., Еремина Н. В., Щербань К. Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2017. – № 19. – С. 68-72.
11. Таукелева С. А., Расулова М. С., Станова С. К. Лечение больных с хроническим тонзиллитом аппаратом Тонзилор-М //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – № 3. – С. 98-100.
12. Хрыкова А. Г. Комплексное лечение хронического тонзиллита у детей дошкольного и раннего школьного возраста //Фарматека. – 2020. – Т. 27. – № 1. – С. 65-69.
13. Bařkan Vuralkan F, Bayar Muluk N, Sih T. Tonsillitis: Symptoms and Treatment //Airway diseases. – Cham: Springer International Publishing, 2023. – С. 1-10.
14. Douglas C.M., Lang K., Whitmer W.M., Wilson J.A., Mackenzie K. The effect of tonsillectomy on the morbidity from recurrent tonsillitis//Clin Otolaryngol. 2017 Dec;42(6):1206-1210.
15. Geißler K. et al. Cytokine production in patients with recurrent acute tonsillitis: analysis of tonsil samples and blood //Scientific Reports. – 2020. – Т. 10. – № 1. – С. 13006.
16. Kanji K, Saatci D, Rao GG, Khanna P, Bassett P, Williams B, Khan M. Antibiotics for tonsillitis: should the emergency department emulate general practice?//J Clin Pathol. 2016 Sep;69(9):834-6.
17. Lavrenova G.V., Nesterova K.I., Yaremenko K.V., Nesterova A.A. The rationale for the conservative treatment of chronic tonsillitis in the patients of the older age groups by the «soft» therapy methods.Vestn Otorinolaringol. 2016;81(4):22-26.
18. Windfuhr J.P., Toepfner N., Steffen G., Waldfahrer F., Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;273(4):973-87