



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.31–006.6:611.9–055.2

**БОЛАЛАРДА ИНТЕРСТИЦИАЛ ПРОЛИФЕРАТИВ ВА АНГИОМАТОЗ
ШАКЛЛАРДАГИ АДЕНОИД ТЎҚИМАСИ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**



Хусанов Шоятбек Рустамжонович., Андижон давлат тиббиёт институти мустақил
изланувчиси., shoyatbekxusanov905@gmail.com ORCID: 0000-0002-4727-2762



Мамажонов Баходир Салижонович., Тиббиёт фанлари доктори., DSc., Андижон давлат
тиббиёт институти., mamajonovb1972@mail.ru ORCID: 0009-0006-5053-8978

Аннотация: Аденоиднинг ушбу морфологик шакли, яъни интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли ни микроскопик жиҳатдан ўрганиш шуни кўрсатдики, ютқин лимфоид тугун таркибида лимфоид фолликулалар пайдо бўлмаганлиги, уларнинг ўрнига диффуз ҳолда лимфоид хужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайганлиги аниқланади. Бунда, лимфоид хужайралар ретикуляр строма хужайралари билан аралашган ҳолда кўпайиб, диффуз кўринишда инфильтрацияланганлиги аниқланади. Бу жараёнда строманинг гистиоцитар хужайраларидан асосан ретикуляр хужайралар кўпайганлиги, улардан ёш ретикулобластлар, дендритли ва интердигитирловчи ретикуляр хужайралар пролиферацияланиб кўпайганлиги аниқланади.

Калит сўзлар: интерстициал пролифератив яллиғланиш, ангиоматоз, гиперплазия, МАЛТ тузилмаси, лимфоид фолликула.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНО-ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ И АНГИОМАТОЗНОЙ ФОРМАХ У
ДЕТЕЙ**

Аннотация

Микроскопическое изучение данной морфологической формы аденоидов — интерстициально-пролиферативной воспалительной гипертрофии — показало отсутствие сформированных лимфоидных фолликулов в структуре глоточного лимфоидного узла. Вместо



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

них выявляется диффузная пролиферация и увеличение числа лимфоидных клеток. При этом лимфоидные клетки пролиферируют в тесной связи с ретикулярными клетками стромы, формируя выраженную диффузную инфильтрацию. В ходе данного процесса отмечается преимущественная пролиферация гистиоцитарных клеток стромы, главным образом ретикулярных клеток, с увеличением числа молодых ретикулобластов, дендритных и интердигитирующих ретикулярных клеток.

Ключевые слова: *интерстициально-пролиферативное воспаление, ангиоматоз, гиперплазия, МАЛТ-структура, лимфоидный фолликул.*

MORPHOLOGICAL FEATURES OF ADENOID TISSUE IN INTERSTITIAL PROLIFERATIVE AND ANGIOMATOUS FORMS IN CHILDREN

Abstract

Microscopic examination of this morphological form of adenoids, namely interstitial proliferative inflammatory hypertrophy, revealed the absence of formed lymphoid follicles within the structure of the pharyngeal lymphoid tissue. Instead, a diffuse proliferation and increase in the number of lymphoid cells were observed. In this process, lymphoid cells proliferate in close association with reticular stromal cells, resulting in diffuse cellular infiltration. Additionally, the process is characterized by predominant proliferation of histiocytic stromal cells, mainly reticular cells, with an increased number of immature reticuloblasts, dendritic cells, and interdigitating reticular cells.

Keywords: *interstitial proliferative inflammation, angiomatous changes, hyperplasia, MALT structure, lymphoid follicle.*

Муаммонинг долзарблиги. Дунёда етакчи клиникаларнинг маълумот-ларига кўра, лимфоид фарингеал халқа (Валдейер лимфааденоид халқаси) аъзоларининг касалликлари болалик давридаги КББ патологиялари орасида биринчи ўринда туради: сурункали аденоид тонзиллитли болаларнинг улуши 20 дан 50% гача, тез-тез касал бўладиган болалар гуруҳида - 37 дан 70% гача (Х.М. Маккаев 2002, Ю.В. Мишунин ва бошқалар 2003, В.П. Бикова, Д.В. Калинин 2011, А.И. Николаева 2011, М. Гулетал 2007). Лимфааденоид фарингеал халқа патологиясининг энг юқори тарқалиши, яшаш жойидан қатъий назар, 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар учун хосдир. Фарингеал бодомсимон безининг патологияси атроф-муҳит шароити қулайроқ бўлган ҳудудда яшовчи болаларга нисбатан ҳаво ифлосланиши жуда юқори бўлган ҳудудда яшовчи болаларда сезиларли даражада тез-тез учрайди (2,1 марта).

Оддий физиологик ҳолатда бурун-ҳалқум бодомсимон безлари Пирогово-Валдейер халқасидаги бошқа бодомсимон безлар каби иммун гомеостазнинг сақланишини ва антигенга хос адаптив иммун жавобнинг тўлиқ индукциясини таъминлайди (М.З.Саидов ва бошқ. 2011). Ютқун бодомсимон безни гипертрофиясининг сабаблари қуйидагича: болалар юқумли касалликлари (қизамиқ, кўк йўтал, скарлатина, дифтерия, грипп ва бошқалар), юқори нафас йўлларида ўткир ва сурункали яллиғланиши. Бирок, шу билан бирга, боланинг конституциявий хусусиятлари маълум рол ўйнайди. Бунинг исботи шундаки, ютқун лимфоид аппаратининг гипертрофияси яллиғланиш билан боғлиқлиги мавжуд эмаслиқдан содир бўлади. Бундай ҳолат педиатрияда конституциянал аномалиянинг намоён бўлиши сифатида кўриб чиқиладиган лимфатико-гипопластик диатез бўлиб, бу ҳолатнинг яққол ифодаси «статус тхймисолимпахатисус»ни юзага келиши, иккиламчи иммунодефицитни ривожланиши беморларни қийин даволанишга берилиши билан характерланади.

Материал ва усуллар. сифатида АДТИ клиникаси ва ИМПУЛС хусусий клиникасида 2020-2024 йиллар мобайнида даволаниб чиққан жами 64 та 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда ривожланган аденоид касаллигида бурун-ҳалқум бодомсимон безларидаги морфологик, иммуногистокимёвий текширувлар ўтказилган. Тадқиқотда болаларда аденоидни



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

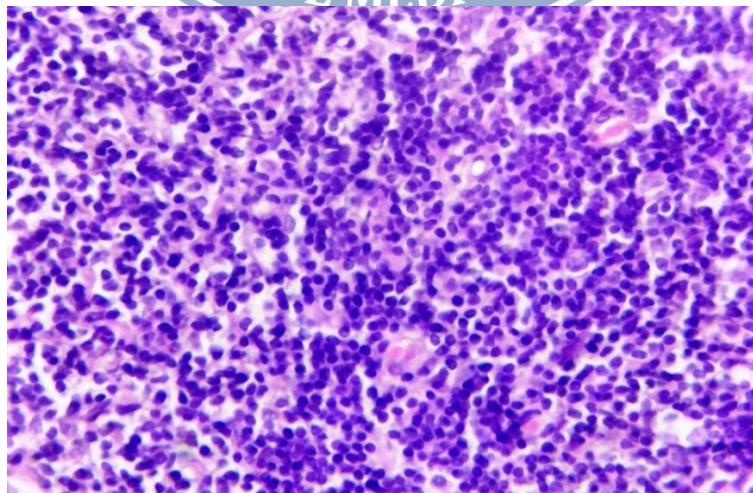
ёшга доир учраш даражаси, патоморфологик хусусиятларини баҳолашда клиник-анамнестик, морфологик ва статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган.

Муҳокама ва натижалар. Аденоид касаллигида, яъни ютқин лимфоид тугуни таркибида унинг катталашиб, гипертрофияланишига олиб келадиган жараёнлардан иккинчи ўринда лимфоид тугуннинг оралик интерстициал тўқимасида пролифератив яллиғланишга хос бўлган лимфо-гистиоцитар хужайраларнинг кўпайиши натижасида тугун гипертрофияланади. Демак, аденоид касаллиги нафақат лимфопролифератив ўзгаришларга боғлиқ, балки унинг таркибида пролифератив яллиғланиш ривожланиши оқибатида гипертрофияланиш юз бериши мумкинлиги аниқланди. Маълумки, лимфоид аъзоларнинг стромаси ретикуляр ва қон томирли эндотелиал тўқимадан иборат бўлганлигидан сурункали яллиғланиш жараёни ривожланганда лимфоид аъзонинг ретикуляр строма таркибидаги кировчи хужайралар пролиферацияланиб кўпаяди.

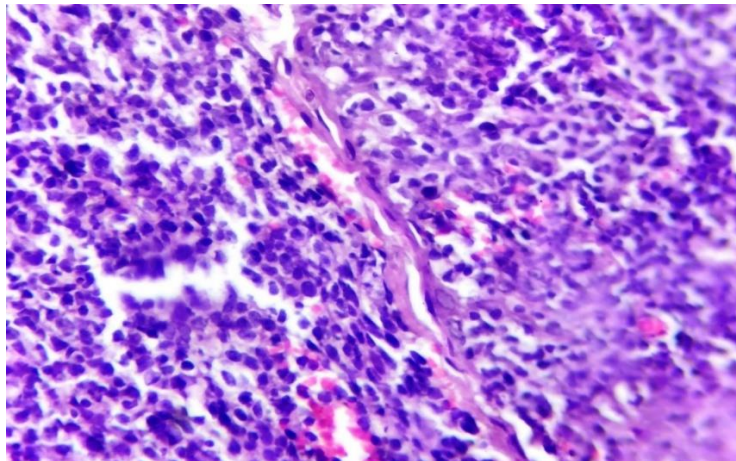
Аденоиднинг ушбу морфологик шакли, яъни интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли ни микроскопик жиҳатдан ўрганиш шунини кўрсатдики, ютқин лимфоид тугун таркибида лимфоид фолликулалар пайдо бўлмаганлиги, уларнинг ўрнига диффуз ҳолда лимфоид хужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайганлиги аниқланади. Бунда, лимфоид хужайралар ретикуляр строма хужайралари билан аралашган ҳолда кўпайиб, диффуз кўринишда инфильтрацияланганлиги аниқланади. Бу жараёнда строманинг гистиоцитар хужайраларидан асосан ретикуляр хужайралар кўпайганлиги, улардан ёш ретикулобластлар, дендритли ва интердигитирловчи ретикуляр хужайралар пролиферацияланиб кўпайганлиги аниқланади.

Ретикуляр хужайралар ва бириктирувчи тўқиманинг бошқа хужайралари, жумладан фибробласт ва гистиобластларнинг пролиферацияланиши оралик тўқимада диффуз ҳолда ва қон томирлар атрофида тўпланганлиги кузатилади (1-расм). Бу шаклдаги аденоидда интерстициал тўқимасида қон томирлар ҳам пролиферацияланиб, кўпайганлиги, уларнинг орасида посткапилляр венулалар кўплиги ва венулалар атрофида лимфоид хужайраларнинг зич ҳолда тўпланганлиги кузатилади.

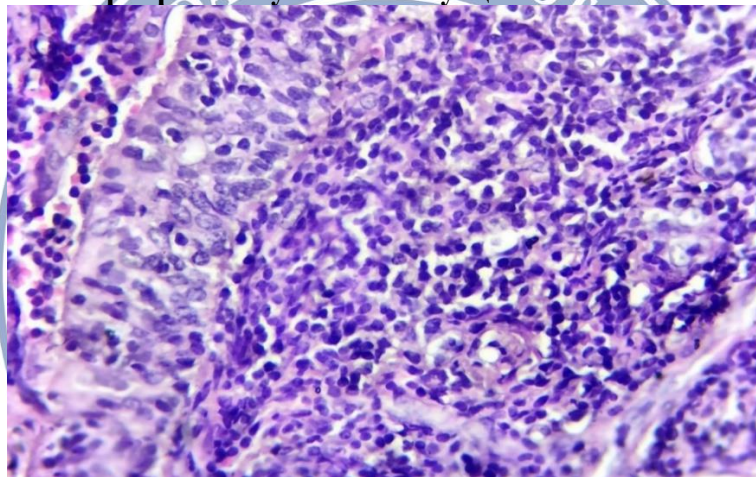
Айрим ҳолларда қон томирлар атрофида строма хужайраларидан ҳам ретикуляр, ҳам фиброцитар хужайраларнинг пролиферацияланиб кўпайганлиги аниқланади. Уларнинг орасида миелоцитар хужайралардан нейтрофил ва эозинофил хужайралар ўрин эгаллаганлиги топилади (2-расм).



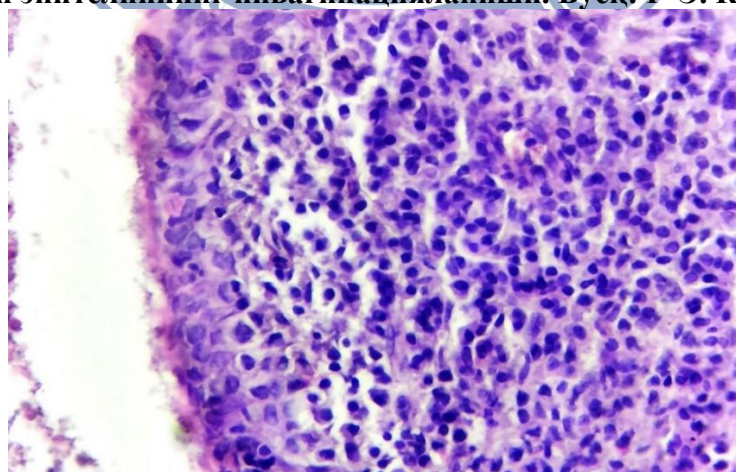
**1-расм. Аденоиднинг интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли .
Бўёқ: Г-Э. Кат: 10х40.**



2-расм. Интерстициал пролифератив яллиғланишли шакли таркибида қон томирларнинг кўпайиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.



3-расм. Аденоиднинг интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли , қопловчи эпителийнинг инвагинацияланиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

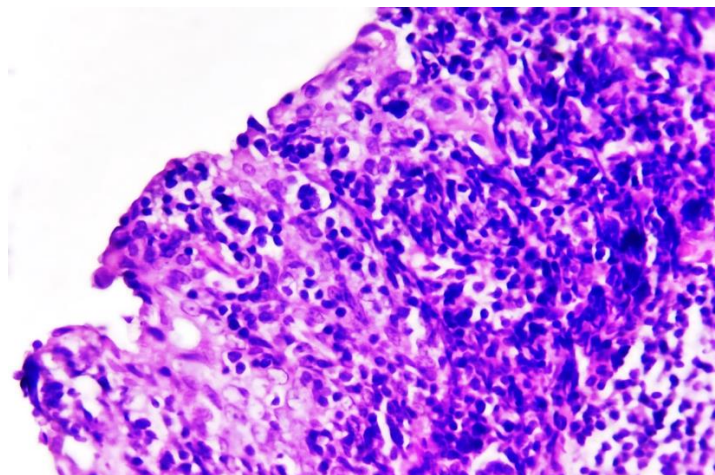


4-расм. Интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли , яллиғланиш оқибатида қопловчи эпителийнинг атрофияланиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

Аденоид таркибида кенг миқёсда ривожланган пролифератив яллиғланиш инфилтрати атроф тўқима ва аъзоларга тарқалиб, кириб борганлиги, жумладан қопловчи эпителийни ҳам қамраб олганлиги кузатилади. Бунда, қопловчи эпителий пролифератив яллиғланиш



инфильтрати орасига ботиб кирганлиги, унинг атрофида ҳам ретикуляр, фиброцитар строма хужайраларининг, ҳам лимфоид хужайраларнинг фаол ҳолда пролиферацияланиб, кўпайганлиги, қопловчи кўп қаторли эпителий таркибига ўсиб кирганлиги аниқланади (3-расм).



5-расм. Интерстициал пролифератив яллиғланишли шакли да қопловчи эпителийнинг тўлиқ ҳолда инфильтрацияланиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10х40.

Қопловчи эпителий хужайралари титилиб, бетартиб жойлашганлиги, лимфоид хужайралар билан симбиоз жараёнини ривожлантирганлиги кузатилади. Қопловчи эпителийнинг юза томонида асосан лимфоид хужайралар пролиферацияланиб, кўпайганлиги аниқланади.

Интерстициал пролифератив яллиғланишли шакли нинг айрим ҳолларида яллиғланишли инфильтрат таркибида лимфоид ва макрофагал хужайралар микдорининг устун туриши кузатилади. Лимфоид хужайралар макрофаглар билан туташган ва ўзаро комбинация пайдо қилган ҳолда тўпланганлиги, ҳамда оралик тўқимадаги ретикуляр хужайралар билан ёндош жойлашиб, ўз шаклини ўзгартирганлиги аниқланади. Қопловчи эпителий остида асосан ретикуляр хужайралар ва макрофаглар кўпайганлиги, эпителий хужайраларига ёндош ҳолда жойлашиб, эпителийнинг орасига кириб борганлиги аниқланади. Натижада қопловчи эпителий атрофияланиб, кўп қаторлиги камайиб, бор-йўғи икки ва уч қатордан ташкил топганлиги кузатилади (4-расм). Қопловчи эпителийнинг юза қаватларида жойлашган хужайралар некробиоз ва некрозга учраганлиги, юзасида эозинофилли бўялган модда тўпланганлиги аниқланади. Аденоиднинг интерстициал пролифератив яллиғланишли шакли нинг яна бир ҳолатида қопловчи эпителийнинг тўлиқ ҳолда яллиғланиш хужайралари билан инфильтрацияси аниқланади. Яллиғланишли инфильтрат хужайраларидан ретикуляр ва фиброцитар хужайралар ҳар хил катталикдаги тўпламларни пайдо қилиб, эпителий таркибида аниқланди. Лимфоид хужайралар эса эпителий қатламида диффуз ҳолда инфильтрацияланиб жойлашганлиги, аксарияти эпителий билан симбиоз ҳолатини пайдо қилганлиги топилади (5-расм).

Хулоса. Аденоиднинг интерстициал пролифератив яллиғланишли гипертрофия шакли да аденоид таркибида лимфоид фолликулалар аниқланмайди, лимфоид хужайралар диффуз ҳолда, строма хужайралари орасида ҳар хил катталикдаги тўпламлар пайдо қилиб жойлашганлиги, строма хужайраларидан ретикуляр, фиброцитар ва макрофагал хужайралар кўпайганлиги, атроф тўқималарга ва қопловчи эпителийга инфильтрацияланиб кириб борганлиги аниқланади.

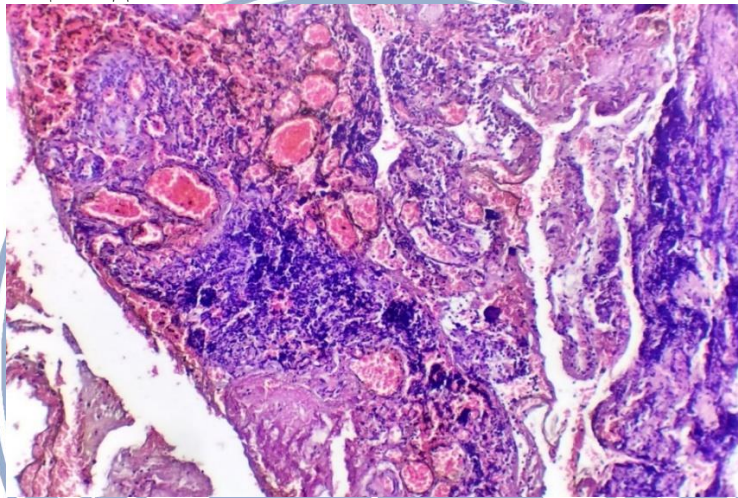
Аденоиднинг ангиоматозли гипертрофия шакли

Аденоидни таркибида морфологик жиҳатдан ангиоматозли гипертрофия шакли мавжудлиги аниқланди. Бу шаклида ютқин лимфоид тугуни таркибида тарқоқ ҳолда кўп

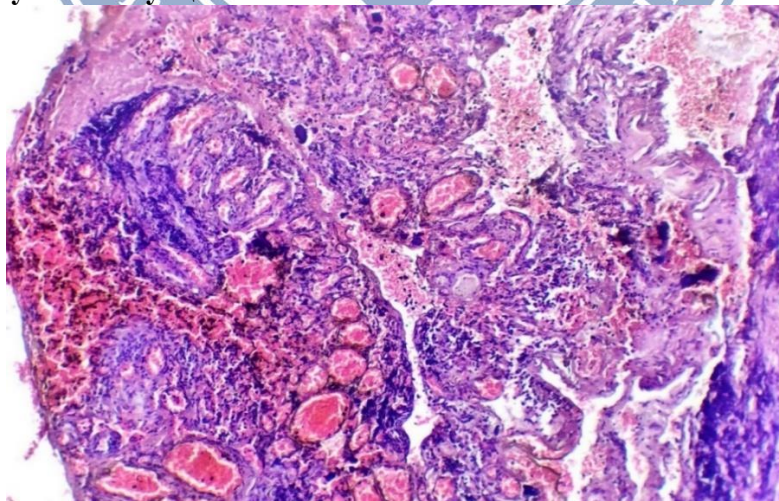
сонли, ҳар хил диаметрдаги, асосан каверноз тузилишга эга бўлган қон томирларнинг кўпайиши аниқланди. Бунда, аденоиднинг базал қисмидан бошлаб, юза қаватларигача лимфоид фолликулалар ўрнида қон томирлар ўсиб кўпайганлиги кузатилади.

Аденоиднинг айрим соҳаларида лимфоид фолликулалар қолдиқлари кўринишида лимфоид хужайраларнинг зич ҳолда тўпланиши, аксариятининг парчаланиб, деструкцияланганлиги кўринишидаги нисбатан кичик тўпламлар сақланиб қолганлиги аниқланади (6-расм).

Аденоиднинг базал қисмида толали бириктирувчи тўқиманинг ўсганлиги, бириктирувчи тўқима тутамлари орасида нисбатан диаметри кичик бўлган қон томирлар жойлашганлиги аниқланади. Аденоиднинг апикал қисмларида эса қон томирлар асосан йирик каверноз кенгайган томирлар шаклидаги асосан веноз томирлар жойлашганлиги ва уларнинг атрофига қон қуйилганлиги аниқланади.



6-расм. Аденоиднинг ангиоматозли шакли , ҳар хил катталиқдаги, каверноз қон томирлар пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.



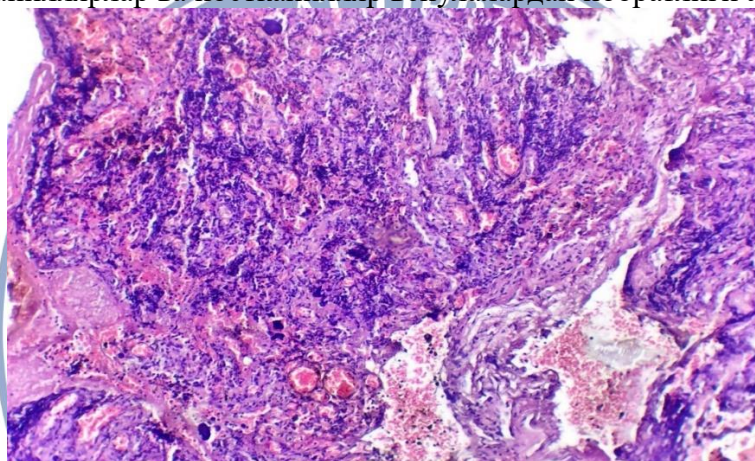
7-расм. Аденоиднинг ангиоматоз шакли да қон томирларнинг гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойланиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

Аденоиднинг ангиоматоз шакли нинг айрим ҳолларида варикоз кенгайган қон томирлар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашганлиги, уларнинг орасида бириктирувчи тўқима тутамлари ва пролифератив яллиғланиш инфильтрати мавжудлиги кузатилади. Ангиоматоли тузилишга эга бўлган тўқима ҳар хил катталиқдаги бўлақлардан иборатлиги, бўлақлар орасидаги бўшлиқларга массив ҳолда қон қуйилганлиги топилади (7-расм). Тўқиманинг айрим

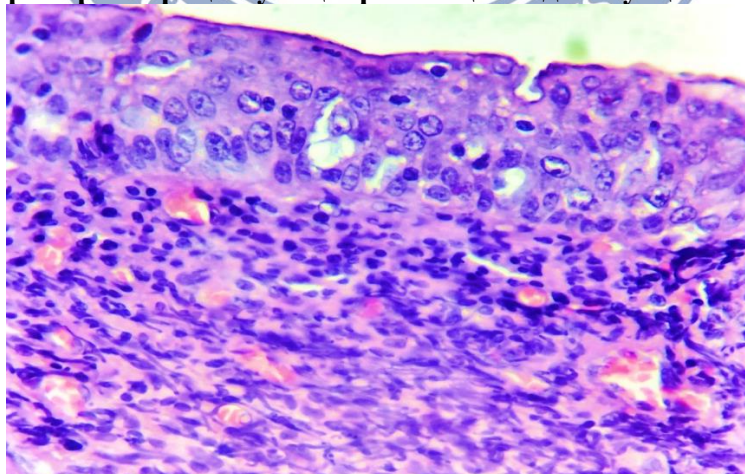
жойларида қон томирлар зич ҳолда яллиғланиш инфильтрати ва бириктирувчи тўқима тутамлари билан ўралган бўлса, бошқа соҳаларида қават юпқа деворли кенг тузилишга эга бўлган қон томирлар ва қон қуйилиш ўчоқлари жойлашган-лиги аниқланади. Аденоиднинг ангиоматоз гипертрофия шаклида яллиғланиш ва склероз жараёнлари устун турадиган варианты ҳам учташлиги аниқланди. Бунда, аденоид тўқимаси таркиби тўқима бўлакчаларида диффуз ҳолда майда тутамли кўринишда бириктирувчи тўқиманинг ва пролифератив яллиғланишли инфильтратнинг ўсиб кўпайганлиги аниқланади (8-расм).

Пролифератив яллиғланишли инфильтрат таркибида майда лимфоцит-ларнинг кўплиги ва уларнинг аксарияти деструктив ҳолатдалиги кузатилади.

Тўқима бўлакчалари орасидаги бўшлиқга массив ҳолда қон қуйилганлиги топилади. Аденоиднинг ангиоматозли гипертрофия шакли да хатто қопловчи эпителийсининг бевосита остидаги тўқимада ҳам майда қон томирларнинг кўпайганлиги аниқланади. Ушбу қон томирлар асосан капиллярлар ва посткапилляр венулалардан иборатлиги аниқланади.



8-расм. Аденоиднинг ангиоматоз шаклида яллиғланиш инфильтратининг устун туриши. Ораликда майда калибрли томирларнинг кескин кенгайиши ва массив лимфоцитар инфильтрация ўчоқлари аниқланади. Бўёк: Г-Э. Кат: 10х40.

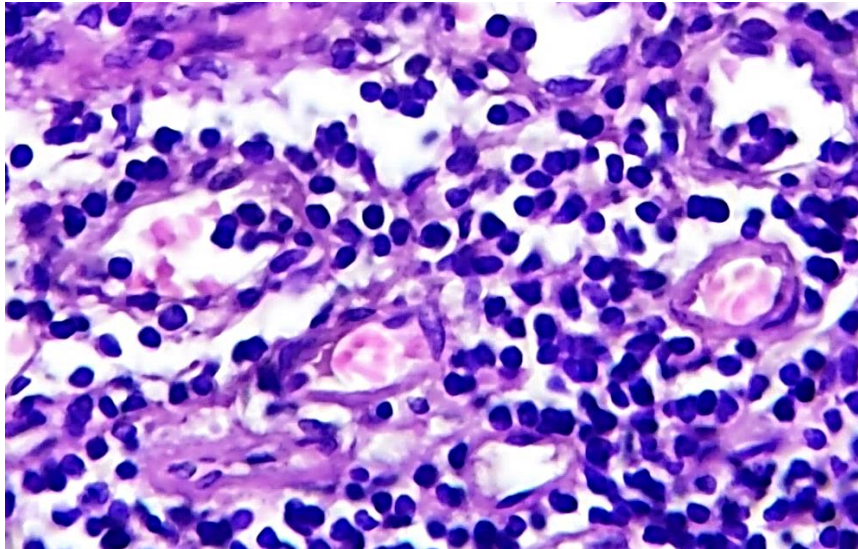


9-расм. Аденоид қопловчи эпителийси остида майда қон томирларнинг кўпайиши. Қопловчи эпителий хужайралари ҳам турли хил катталиқда бўлиб, ораликда вакуол дистрофияга учраган эпителий хужайралари аниқланади. Бўёк: Г-Э. Кат: 10х40.

Қон томирларнинг девори юпқа, бўшлиғи ҳар хал шаклдалиги, айримларининг атрофига диапедез усулда қон қуйилганлиги кузатилади (9-расм). Қон томирлар орасида ретикуляр ва фиброцитор хужайрали бириктирувчи тўқима тутамлари ва пролифератив яллиғланишли инфильтрат ўсиб кўпайганлиги аниқланади.



Қопловчи эпителийнинг бевосита остида асосан лимфоид ҳужайралар кўпайганлиги аниқланади ва уларнинг айримлари эпителий қатламига миграцияланганлиги топилади. Қопловчи эпителий таркибида ҳар хил катталиқдаги вакуолалар пайдо бўлганлиги ва миграциялашиб кирган лимфоцитлар межэпителиал ва трансэпителиал ҳолда симбиоз жараёнини ривожланритганлиги кузатилади. Аденоид таркибида ўсиб кўпайган қон томирларнинг микроскопнинг катта объективи остида ўрганилганда қуйидаги ҳолатлар аниқланди. Қон томирлар девори нисбатан юқалиги, ички юзасида яссиланган эндотелий, айримларининг ташқи юзасида подоцит ва уларнинг орасида фибриоид бўкишга учраган базал мембранаси жойлашганлиги аниқланади.



10-расм. Аденоиднинг ангиоматоз шаклида қон томирларнинг микроскопнинг катта объективида кўриниши. Томирлар деворида дағал толалаи тузилмалар шаклланган ва периметрида перицитларни турли хил даражада кўпайиш ўчоқлари аниқланади. Бўёк: Г-Э. Кат: 10x100.

Қон томир девори ҳужайра тузилмалари атрофидаги ретикуляр тўқимали строма тузилмалари билан туташиб кетганлиги топилади. Қон томирлар орасида ретикуляр ҳужайра ва ретикуляр толалардан ўзига хос тўр пайдо бўлганлиги ва тўр ичида ҳар хил даражада дифференциалланган лимфоцитлар жойлашганлиги аниқланади (10-расм).

Хулоса

Аденоиднинг ангиоматозли гипертрофия шакли да аденоид тўқимасининг барча қатламларида ҳар хил диаметрли, асосан каверноз кенгайган веноз томирлар кўпайганлиги, тўқима бўлақчалари ораси бўшлиғига массив ҳолда қон қуйилганлиги, қопловчи эпителийси остидаги тўқимасида нисбатан майда капилляр ва посткапилляр венулалар типидagi қон томирлар кўпайганлиги, орасида ретикуляр ҳужайралар ва ретикуляр толалардан ўзига хос тўр пайдо қилганлиги, тўр таркибида ҳар хил даражада дифференциалланган лимфоцитлар жойлашганлиги аниқланади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты // Вестник РАМН. 2009. - №9. - С. 40 - 42.
2. Богомилский М.Р., Балясинская Г.Л. Топические антибактериальные препараты в терапии воспалительных заболеваний полости носа, носоглотки и околоносовых пазух у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. - №2. - С. 48 - 49.
3. Богомилский М.Р., Гаращенко Т.И. Диагностическая эндоскопия у детей // Вестник оториноларингологии. 2015. - № 3. - С. 10 - 16.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

4. Борзов Е.В. Факторы риска развития аденоидных вегетаций у детей // Вестник оториноларингологии. 2013. - № 2. - С. 22 - 23.
5. Борзов Е.В., Соколов П.О. Патоморфология аденоидных вегетации у детей в возрастном аспекте // Российская оториноларингология. 2013. - №2. - С. 160- 162.
6. Бруевич О.А. Клинико-морфологическое обоснование органосох-раняющей хирургии при аденоидных вегетациях у детей: дис. канд. мед. наук. -М., 2016. 160 с.
7. Быкова В. П., Бруевич О. А., Паюшина О.В. Аденоиды и аденоидиты в физиологии и патологии детского возраста // Арх. пат. 2017. - № 4. - С. 50-56.
8. Быкова В. П., Иванов А. А., Пакина В. Р. Морфофункциональная характеристика небной и глоточной миндалины у детей с хроническим тонзиллитом // Архив патологии. 2016. - № 5. - С. 16 - 22.
9. Быкова В. П., Калинин Д. В. Иммунный барьер слизистых оболочек в современном прочтении // Рос. ринология. 2009. - № 1. - С. 40 - 43.
10. Быкова В.П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек // Архив патологии. 2015. - № 1. - С. 11-12.
11. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей // Российская ринология. -2013. -№ 1.-С. 40-46.
12. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Российская ринология. 2009. - № 1. - С. 5 - 9.
13. Быкова В.П., Калинин Д.В. Состояние глоточной миндалины после лечения ИМП // Российская ринология. 2011. -№ 3. - С. 10 - 15.
14. Быкова В.П., Пискунов Г.З. Миндалины и аденоиды. ИВ международный симпозиум в Генте (Бельгия) с 2-5 ноября 1999 г. // Российская ринология. 2010. - №1. - С.43 - 45.
15. Быкова В.П., Сатдыкова Г.П. Морфофункциональная организация лимфоэпителиальных органов глотки человека // Известия АН. Серия биологическая. 2012. - № 4. - С. 463 - 471.
16. Вавилова В.П. Современные технологии в программе реабилитации детей с патологией лимфоглоточного кольца, часто болеющих респираторными заболеваниями // Вестник оториноларингологии. 2013. - Н 4. - С. 37 -41
17. Волков А.Г., Химичева Е.В., Уракчеева А.Ш. Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины у взрослых // Российская ринология. 2009. - № 2. -С. 4-8.
18. Воробьев В. П. Избранные труды. Ленинград: Медгиз, 2008. - 346 с.
19. Воробьев В.П., Иванов Г.Ф. Краткий учебник анатомии человека: В 2-х т., Т.2. М. - Л.: Биомедгиз, 2006. - 720 с.
20. Гальцова З.В. Возрастные особенности лимфоаденоидной ткани носоглоточной и трубных миндалин у человека // Вестник оториноларингологии. 2004. - № 5. - С. 44 - 48.
21. Гаращенко Т.И. Лимфоидно-глоточное кольцо в инфекции и иммунном ответе у детей // Дет. инф. 2016. -№ 1. - С. 65 - 67.
22. Гаращенко Т.И. Топические бактериальные лизаты в профилактике и лечении хронических аденоидитов у детей // Российская оториноларингология. 2017. - № 5. - С. 156 - 163.
23. Гаращенко Т.И., Богомилский М. Р., Шишмарева Е. В. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // Детские инфекции. 2014. -№ 1. - С. 24-27.
24. Гербер В.Х. Значение аллергии в гипертрофии носоглоточной миндалины // Вестник оториноларингологии. 2016. - № 5. - С. 52 - 56.
25. Гербер В.Х. Рецидивирующие аденоидные разрастания у детей // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 2007. - № 1. - С. 11 - 14.
26. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М., Практика, 2018.-459 с.



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

27. Гордон Д.С. Нервный аппарат носоглоточной миндалины и его морфологические реакции при аденоидных разращениях // 1 Белорус, конф. анатом., гистол., эмбриол. и топограф, анат.: Тез. докл. -Мн., 2007. -С. 65-66.
28. Гордон Д.С. О ретикуляции эпителия лимфоэпителиальных органов : автореферат дисс. . канд. мед. наук. Тюмень, 2010. - 18 с.
29. Гордон Д.С. Проблемы морфологии нервной системы. ЖИ: Медгиз, 2016. -С.112-117.
30. Графская Х.А., Калиниченко О.В. Лечение хронических аденоидитов // Российская оториноларингология. 2013. - №1. - С. 47 - 48.
31. Давыдовский И.В. Общая патология человека. М.: Медицина, 2009. -611 с.
32. Дибиров З.З. Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии при хроническом аденоидите у детей // Жури, ушных, носовых и горловых болезней. 2012.-№ 1.- С. 9- 14.
33. Евсеева Р.Н. Роль аденоидных разращений в возникновении аллергических заболеваний придаточных пазух носа у детей : автореф. дис. . канд. мед. наук. Ленинград, 2011 - 19 с.
34. Евсеева Р.Н. Хронический аденоидит как причинный фактор в развитии хронического синусита у детей // Матер. И конф. детс. оторинолар. РСФСР. Воронеж, 2010. - С. 88 - 90.
35. Еремина Н.В., Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О. Эндоскопическая органосохраняющая хирургия глоточной миндалины: объективная оценка эффективности метода // Новости оториноларингологии и логопатологии. -2012.-№4.-С. 9- 13.
36. Иванов А. И., Глоточная миндалина человека в постнатальном онтогенезе (Макромикроскоп, исслед.): автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 2018. -22 с.
37. Ивойлов А.Ю. Рецидивирующие аденоиды и аденоидиты у детей : автореф. дис. .канд. мед. наук. -М., 2009. 19 с.
38. Иммунологические и морфологические особенности аденоидитов у взрослых / Е.В. Химичева, А.Г. Волков, А.Н. Помухина и др. // Российская ринология. 2009. - № 1. - С. 93.
39. Иноченци-Ларионова Т.И. К вопросу об иннервации тканей глоточной миндалины человека в связи с возрастными особенностями строения // Сб. тр. Рязан. мед. ин-та. Рязань, 2000. - Т. 12, вып. 2. - С. 232 - 240.
40. Калинин Д. В., Быкова В. П. Гистоархитектоника глоточной миндалины в возрастном аспекте. Морфометрическое и иммуногисто-химическое исследование // Архив патологии. 2011. - № 1. - С. 3 - 12.
41. Кантуашвили Б.Я. Основное аргирофильное вещество в носоглоточных миндалинах при их разращении // Мед. журнал Узбекистана. 2000. - № 5.-С. 80-81.
42. Карпов Х.А., Сиповский Н.В. // Лимфатическое глоточное кольцо (тонзиллярный аппарат глотки) // Руководство по патологической анатомии. М.; 2006. - Т.4. - С. 156 - 211.
43. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей / В. П. Быкова, Н. А. Антонова, А. С. Юнусов, И. И. Архангельская // Вести, оторинолар. 2010. - № 5. - С. 15-19.
44. Ковригина А. М., Пробатова Н. А. Лимфома Ходжкина и крупноклеточные лимфомы. -М.: МИА, 2017. 214 с.