

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТРОЕНИЯ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Абдусаматова И.И.¹, Тастанова Г.Е.¹, Ходжанов Ш.К.²

Ташкентский государственный стоматологический институт¹
Ташкентская Медицинская Академия²

✓ Резюме

Проведены гистологические исследования строения аденоидов у детей различных возрастных групп (0-12 лет), поступивших для плановой аденотомии. При проведении гистологического исследования была выявлена диффузная инфильтрированная лимфоидная ткань с гиперплазией большинства фолликулов. Одним из основных этиологическим фактором формирования аденоидов у детей в возрасте 0-12 является жаркий и сухой климат, с преобладанием пылевых ветров. Всем пациентам проведены клинико-анамнестические методы исследования, включающие сбор анамнеза, физикальное и обследование, консультацию отоларинголога и других врачей-специалистов по мере необходимости, а также общелабораторные и гистологические методы исследования. Для верификации диагноза и выявления сопутствующей патологии детям проводили эндоскопические, МСКТ, 3D рентген, функциональные методы исследования.

Ключевые слова: гипертрофия, аденоиды, гистология, исследования.

HISTOLOGICAL ASSESSMENT OF THE STRUCTURE OF ADENOIDS IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES

Abdusamatova I.I.¹, Tastanova G.E.¹, Khodzhanov Sh.K.²

Tashkent State Dental Institute¹
Tashkent Medical Academy²

✓ Resume

Histological studies of the structure of adenoids were carried out in children of various age groups (0-12 years old) who were admitted for elective adenotomy. Histological examination revealed diffuse infiltrated lymphoid tissue with hyperplasia of most follicles. One of the main etiological factors in the formation of adenoids in children aged 0-12 is a hot and dry climate, with a predominance of dusty winds. All patients underwent clinical and anamnestic research methods, including taking anamnesis, physical and examination, consultation with an otolaryngologist and other specialist doctors as needed, as well as general laboratory and histological research methods. To verify the diagnosis and identify concomitant pathology, children underwent endoscopic, MSCT, 3D X-ray, and functional research methods.

Keywords: hypertrophy, adenoids, histology, research.

ТУРЛИ ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АДЕНОИДЛАР ТУЗИЛИШНИ ГИСТОЛОГИК БАҲОЛАШ

Кҳодзҳанов И.И.¹, Тастанова Г.Е.¹, Абдусаматова. Ш. К.²

Тошкент Давлат Тиш Институте¹
Тошкент Тиббиёт Асадемай²

✓ Резюме

Режали аденотомияга қабул қилинган турли ёш гуруҳларидаги (0-12 ёш) болаларда аденоидларнинг тузилишини гистологик тадқиқотлар олиб борилди. А гистологик текшириш энг фолликуллар гиперплазияси билан диффуз оқии Ленфоид тўқималари нозил. 0-12 ёшли болаларда аденоидлар ҳосил бўлишининг асосий этиологик омилларидан бири иссиқ ва қуруқ иқлим бўлиб, chang шамоллари устун туради. Барча беморларда клиник ва

анамнестик тадқиқот усуллари, жумладан, анамнез йиғиш, жисмоний ва текшириш, оториноларинголог ва бошқа мутахассисларнинг маслаҳати, шунингдек, умумий лаборатория ва гистологик тадқиқот усуллари мавжуд. Таъхисни текшириш ва ёндошувни аниқлаш

Актуальность

Аденоид– это гипертрофия носоглоточной миндалины, затрудняющее носовое дыхание, чаще встречающееся в возрасте 2-8 лет. Термин «гипертрофия аденоидов» означает нефизиологическое увеличение носоглоточной миндалины и является самой частой причиной назальной обструкции у детей. Гипертрофия небных миндалин может вызвать снижение слуха, развитие воспалительных процессов в ухе и горле[2,3], нарушения речи, в особо тяжелых случаях задержку речевого и умственного развития, формирование неправильного прикуса, патологические изменения голоса. Следует отметить, в экологически неблагоприятных районах отмечается ухудшение показателей физического развития детей школьного возраста, чаще протекающего на фоне гипертрофии аденоидов [1,6].

Цель: Дать гистологическую характеристику особенностей строения аденоидов детей различных возрастных групп (0-12 лет), поступивших для плановой аденотомии, а также усовершенствование методов хирургического лечения при аденоидах у детей с учетом морфофункциональных особенностей аденоидной ткани.

Материал и методы

Данное исследование аденоидов проводилось у 53 детей в возрасте от 0 до 12

лет с диагнозом «аденоидная вегетация II–III степени», поступивших в детское ЛОР-отделение 1-й клиники Ташкенской медицинской академии. Всем пациентам проведены клиничко-анамнестические методы исследования, включающие сбор анамнеза, физикальное и обследование, консультацию отоларинголога и других врачей-специалистов по мере необходимости, а также общелабораторные и гистологические методы исследования. Для верификации диагноза и выявления сопутствующей патологии детям проводили эндоскопические, МСКТ, 3Дрентген, функциональные методы исследования.

Удаленная аденоидная ткань была взята на гистологическое исследование. Гистологическое исследование проводилось в ПАБ города Ташкента. Препараты биопсии фиксировали в 10% нейтральном формалине, по общепринятой методике заливали в парафиновые блоки, из которых изготавливали гистологические срезы толщиной 3–4 мкм и окрашивали их гематоксилином и эозином. В дальнейшем исследование проводилось посредством световой микроскопии с увеличением $\times 100$, $\times 200$, $\times 400$. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью электронных таблиц MicrosoftOfficeExcel и пакета прикладных программ StatisticaforWindows 7.0.



Рис.1 Передняя эндоскопическая картина аденоидов. Пациент 4 года, история болезни №5375

Результат и обсуждения

Всем пациентам было проведено комплексное обследование. Основными изучаемыми параметрами явились: частота встречаемости патологии, возраст, пол, факторы, способствующие развитию гипертрофии аденоидной ткани, тип аденоидной вегетации и результаты лечения [5,6].

Как показали наши исследования средний возраст детей составил 3,12 года. По половой принадлежности преобладали мальчики – 31, что составило 58,6% от всего количества больных. Исследуя возрастной ценз, было выявлено, основную массу пациентов составили дети в возрасте от 0 до 4 лет (75,78% соответственно). Причинами обращения к врачу были следующие жалобы: дыхание ртом (62%), храп в ночное время (49%), рецидивирующий ринофарингит (43%), рецидивирующий средний отит (55%) и раздражающий кашель (45%). Аллергия на клещей домашней пыли отмечена в 50% случаев, загрязнение помещений и окружающей среды - в 20% от всех случаев наблюдения. 20 пациентам было предложено медикаментозное лечение (37,6%),

в остальных случаях (62,4%) было проведено и хирургическое вмешательство (аденоидэктомия). В 20% случаев аденоидэктомия была ассоциирована тонзиллэктомией. Перед выполнением хирургического вмешательства выполнен осмотр ЛОР-органов по общепринятой методике, а также проведены инструментальные обследования как, МСКТ, 3D-рентген полости носа и околоносовых пазух, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки посредством ЛОР-комбайном CU-5000 эндоскопом 0° и 30° диаметром 2,3 мм. Проводилась классическая аденотомия аденотомом Бекмана разного размера. Кровотечение контролировалось гемостазом с помощью компрессионной тампонадой задней стенки полости носа в течении несколько секунд. Разрешение на выезд домой было через 6 часов после проведения операции с окончательным осмотром ЛОР-хирурга.

При проведении гистологического исследования была выявлена диффузная инфильтрированная лимфоидная ткань с гиперплазией большинства фолликулов.

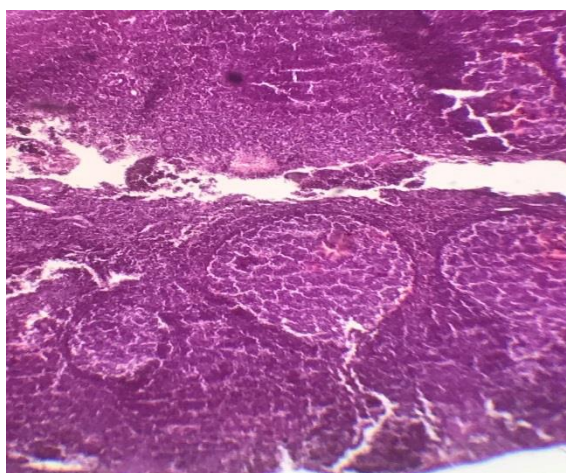


Рис.2. Лимфоидная ткань с гиперплазией фолликулов, плазматизацией стромы и светлым центром размножения. В прилежащих участках разрастание фиброзно-волокнистой ткани с обилием кровеносных сосудов капиллярного типа

При проведении световой микроскопии препаратов аденоидов, полученных в результате аденомэктомии и окрашенных гематоксилином и эозином, видна морфологическая перестройка базального слоя аденоидов. В гипертрофированных фолликулах явные признаки плазматизации стромы, со светлым центром размножения. В прилежащих участках явное разрастание фиброзно-волокнистой ткани с обилием кровеносных сосудов капиллярного типа (рис.2).

Гипертрофированная лимфоидная ткань представлена лимфоцитами, гистиоцитами, эозинофилами, плазматическими клетками. Крупные вторичные фолликулы, разделены узкими полями диффузной лимфоидной ткани. Местами встречаются участки диффузной лимфоидной ткани, лишенные фолликулов либо с признаками деструкции лимфоидных фолликулов. В таких участках кровеносные сосуды спазмированы, стенка большинства из них склерозирована (рис.3). Подобная картина

преобразований микроциркуляторного русла на наш взгляд, может явиться основной причиной развития

выраженного интраоперационного кровотечения при аденоэктомии.

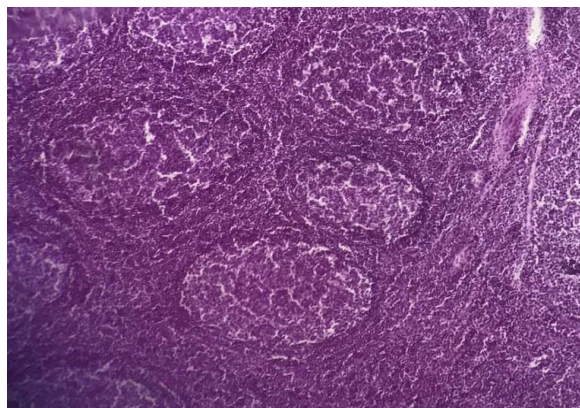


Рис.3. Крупные вторичные фолликулы,разделенные узкими полями диффузной лимфоидной ткани. Встречаются широкие поля диффузной лимфоидной ткани, лишенные фолликулов. Аденоиды девочки 2 лет. Гематоксилин и эозин, ув. 50.

Как известно основной причиной развития инфекционно-воспалительной патологии верхний отдел пищеварительного тракта. Помимо этого, изменение климата, агрессивность многих факторов окружающей среды усугубляют состояние лимфоидной ткани носоглотки при напряженности иммунной системы ребенка. К сожалению, сегодня жаркий и сухой климат Ташкента с увеличением количества пыльных ветров, представляет собой благоприятствующим

фактором развития аденоидов уже в раннем возрасте. Это подтверждается нашими данными, так более у половины обследованных нами детей (52%) выявлена аллергия на пылевые клещи, другие бытовые или вне бытовые загрязнения (30%). Наличие в анамнезе жизни ребенка случаев курения родителей было отмечено 8% от всех случаев наблюдения, что также способствует увеличению количества носоглоточных респираторных инфекций [4].

Таб.1

Характеристика гистологического изменения детей групп наблюдения

№	Гистологические показатели	%
1	Аденоиды. Рубцовые изменение	10%
2	Аденоиды. Хроническое воспаление со склеротическими изменениями.	40%
3	Аденоиды. Гиперплазия лимфоидных фолликулов.	40%
4	Аденоиды. Хроническое воспаление со склеротическими изменениями очагового характера.	10%

Выводы:

1. Выраженное интраоперационное кровотечение при аденотомии у детей более старшего возраста, обусловлено морфофункциональными особенностями аденоидной ткани на фоне выраженного склероза стенки сосудов микроциркуляторного русла.

2. Одним из основных этиологическим фактором формирования аденоидов у детей в возрасте 0-12 является жаркий и сухой климат, с преобладанием пылевых ветров.

3. При проведении комбинированного лечения аденоидов (сочетание медикаментозного и хирургического



лечения) уменьшает количество послеоперационных осложнений и времени реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: сборник материалов. М.: ПедиатрЪ, 2013. 192 с. [Baranov A.A., Kuchma V.R. Fizicheskoye razvitiye deteyipodrostkov Rossiyskoy Federatsii: sbornik materialov. M.: Peditr", 2013. 192/ (InRuss.).].
2. Белов В.А., Воропаева Я.В. Распространенность хронического тонзиллита у детей по данным Всероссийской диспансеризации //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012. Т. 57, № 1. С. 85-89. [Belov V.A., Voropayeva YA.V. Rasprostranennost' khronicheskogo tonsillita u detey po dannym Vserossiyskoy dispanserizatsii //Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2012. T. 57, № 1. S. 85-89.(InRuss.).].
3. Кондратьева Е.И., Степаненко Н.П., Лиханова У.В. Клинико-иммунологическая характеристика часто болеющих детей и детей с хроническими очагами инфекции носоглотки на фоне немедикаментозного лечения //Курортная медицина. 2013. № 1. С. 57-60. [Kondrat'yeva Ye.I., Stepanenko N.P., Likhanova U.V. Kliniko-immunologicheskaya kharakteristika chasto boleyushchikh detey i detey s khronicheskimi ochagami infektsii nosoglotki na fone nemedikamentoznogo lecheniya //Kurortnaya meditsina. 2013. № 1. S. 57-60].
4. Нагаева Т.А., Фурманова Е.А., Пономарева Д.А. Роль матриксной металлопротеиназы-9 при патологии миндалин и аденоидов у часто болеющих детей //Лечение и профилактика. 2015. № 1(13). С. 48-51. [Nagayeva T.A., Furmanova Ye.A., Ponomareva D.A. Rol' matriksnoy metalloproteinazy-9 pri patologii mindalin i adenoidov u chasto boleyushchikh detey //Lecheniye i profilaktika. 2015. № 1(13). S. 48-51].
5. Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации //Медицинский совет. 2014. № 1. С. 6-10. (DOI: 10.21518/2079-701X-2014-1-6-10). [Namazova-Baranova L.S., Kuchma V.R., Il'in A.G., Sukhareva L.M., Rapoport I.K. Zabolovayemost' detey v vozraste ot 5 do 15 let v Rossiyskoy Federatsii //Meditsinskiy sovet. 2014. № 1. S. 6-10. (DOI: 10.21518/2079-701X-2014-1-6-10)].
6. Абдусаматова И.И., Тастанова Г.Е. Аденоид вегетациясининг болаларда учраш холатлари. //Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием "Дни молодых ученых". – Ташкент, 2021г. [Abdusamatova I.I., Tastanova G.Ye. Adenoid vegetatsiyasining bolalarda uchrash kholatlari. //Materialy respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodzhnym uchastiyem "Dni molodykh uchenykh". – Tashkent, 2021g].
7. Skinner A.C., Steiner M.J., Henderson F.W., Perrin E.M. Multiple markers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood. Pediatrics. 2010; 125(4):e801–809. doi:10.1542/peds.2009-2182. [Skinner A.S., Shtayner M.Dzh., Khenderson F.V., Perrin Ye.M. Mnozhestvennyye markery vospaleniya i vesovogo statusa: perekrestnyy analiz v detstve. Pediatriya. 2010; 125 (4): e801–809. DOI: 10.1542 / peds.2009-2182].

Поступила 09.06.2021