

АДЕНОИДНИНГ ИНТЕРСТИЦИАЛ ПРОЛИФЕРАТИВ ВА АНГИОМАТОЗЛИ ШАКЛИДА РИВОЖЛАНАДИГАН МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Хусанов Шоятбек Рустамжонович

Андижон давлат тиббиёт институти мустақил изланувчиси.

Мамажонов Баходир Салижонович

Тиббиёт фанлари доктори., DSc., Андижон давлат тиббиёт институти

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18409784>

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.*

Муаммонинг долзарблиги. Дунёда етакчи клиникаларнинг маълумот-ларига кўра, лимфоид фарингеал ҳалқа (Валдейер лимфааденоид ҳалқаси) 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 ҳалқа 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 ҳалқасидаги 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 куйидагича: болалар юқумли касалликлари (қизамиқ, кўк йўтал, скарлатина, дифтерия, грипп ва бошқалар), юқори нафас йўллариини ўткир ва сурункали яллиғланиши. Бироқ, 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 чиқилади — лимфатико-гипопластик диатез бўлиб, бу ҳолатнинг яққол ифодаси «status thymicolymphaticus»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-халқум бодомсимон безларидаги морфологик, иммуногистокимёвий текширувлар ўтказилган. Тадқиқотда болаларда аденоидни ёшга доир учраш даражаси, патоморфологик хусусиятларини баҳолашда клиник-анамнестик, морфологик ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Муҳокама ва натижалар. Аденоид касаллигида, яъни ютқин лимфоид тугуни таркибида унинг катталашиб, гипертрофияланишига олиб келадиган жараёнлардан иккинчи ўринда лимфоид тугуннинг оралиқ интерстициал тўқимасида пролифератив яллиғланишга хос бўлган лимфо-гистиоцитар ҳужайраларнинг 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 кирувчи ҳужайралар пролиферацияланиб кўпаяди.

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 ҳужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайганлиги аниқланади. Бунда, лимфоид ҳужайралар ретикуляр строма ҳужайралари билан аралашган ҳолда кўпайиб, диффуз кўринишда инфильтрацияланганлиги аниқланади. Бу жараёнда строманинг гистиоцитар ҳужайраларидан асосан ретикуляр ҳужайралар кўпайганлиги, улардан ёш ретикулобластлар, дендритли ва интердигитирловчи ретикуляр ҳужайралар пролиферацияланиб кўпайганлиги аниқланади.

Ретикуляр ҳужайралар ва бириктирувчи тўқиманинг бошқа ҳужайра-лари, жумладан фибробласт ва гистиобластларнинг пролиферацияланиши оралиқ тўқимада диффуз ҳолда ва қон томирлар атрофида тўпланганлиги кузатилади. Бу шаклдаги аденоидда интерстициал тўқимасида қон томирлар ҳам пролиферацияланиб, кўпайганлиги, уларнинг орасида посткапилляр венулалар кўплиги ва венулалар атрофида лимфоид ҳужайраларнинг зич ҳолда тўпланганлиги кузатилади.

Хулоса

Аденоиднинг ангиоматозли гипертрофия шаклида аденоид тўқимасининг барча қатламларида ҳар хил диаметрли, асосан каверноз кенгайган венос томирлар кўпайганлиги, тўқима бўлакчалари 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.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Воробьев В. П. Избранные труды. Ленинград: Медгиз, 2008. - 346 с.

2. Воробьев В.П., Иванов Г.Ф. Краткий учебник анатомии человека: В 2-х т., Т.2. М. -Л.: Биомедгиз, 2006. - 720 с.
3. Гальцова З.В. Возрастные особенности лимфоаденоидной ткани носоглоточной и трубных миндалин у человека // Вестник оториноларингологии. 2004. - № 5. - С. 44 - 48.
4. Гаращенко Т.И. Лимфоидно-глоточное кольцо в инфекции и иммунном ответе у детей // Дет. инф. 2016. -№ 1. - С. 65 - 67.
5. Гаращенко Т.И. Топические бактериальные лизаты в профилактике и лечении хронических аденоидитов у детей // Российская оториноларингология. 2017. - № 5. - С. 156 - 163.
6. 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.
7. Гербер В.Х. Значение аллергии в гипертрофии носоглоточной миндалины // Вестник оториноларингологии. 2016. - № 5. - С. 52 - 56.
8. Гербер В.Х. Рецидивирующие аденоидные разрастания у детей // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 2007. - № 1. - С. 11 - 14.
9. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М., Практика, 2018.-459 с.
10. Гордон Д.С. Нервный аппарат носоглоточной миндалины и его морфологические реакции при аденоидных разрастаниях // 1 Белорус, конф. анатом., гистол., эмбриол. и топограф, анат.: Тез. докл. -Мн., 2007. -С. 65-66.
11. Гордон Д.С. О ретикуляции эпителия лимфоэпителиальных органов : автореферат дисс. . канд. мед. наук. Тюмень, 2010. - 18 с.
12. Гордон Д.С. Проблемы морфологии нервной системы. JI: Медгиз, 2016. -С.112- 117.
13. Графская Н.А., Калиниченко О.В. Лечение хронических аденоидитов // Российская оториноларингология. 2013. - №1. - С. 47 - 48.
14. Давыдовский И.В. Общая патология человека. М.: Медицина, 2009. -611 с.
15. Дибиров З.З. Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии при хроническом аденоидите у детей // Жури, ушных, носовых и горловых болезней. 2012.- № 1.-С. 9- 14