

неба (Этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации). – Алматы, 2013. – 74 с.

3. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J. et al. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients // Clin. Oral. Invest. – 2014. – Vol. 18, №4. – P. 1237-1244.

4. Miyamoto J., Nakajima T. (Anthropometric evaluation of complete unilateral cleft lip nose with cone beam CT in early childhood // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2020. – Vol. 63. – P. 9-14.

5. Ren S., Ma L., Zhou X., Sun Z. Bony defect of palate and vomer in submucous cleft palate patients // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2015. – Vol. 44, №1. – P. 63-66.

**РЕЗЮМЕСИ.** Мазкур ишда 31 та туғма танглай кемтигли (ТТК) болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг холати баҳоланди. Биз ҳаётининг биринчи йилидаёқ туғма нуқсонли бўйича жарроҳлик амалиётидан ўтган 9 ёшдан 18 ёшгача бўлган 31 болани текширдик. Комплекс текширувда (мунтазам ЛОР-аъзолари текшируви, бурун бўшлиғи ва бурун-халқумни эндоскопик текшириш, компьютер томографияси) ТТКли болаларнинг 50%дан ортиғида пастки бурун чиғаноғининг гиперплазияси билан кечадиган бурун тўсиғининг қийшиқлиги аниқланди. Асосий ва назорат гуруҳдаги болаларнинг бурун ёндош бўшлиқлари ёшига қадар пневматизация даражаси ўртасида аниқ фарқлар бўлмади, аммо ТТКли болаларда бурун ўрта чиғаноқларининг олдинги қисми пневматизацияси аниқланди.

**Калит сўзлар:** туғма танглай кемтиги, болалар, бурун тўсиғи, бурун ёндош бўшлиқлари, компьютер томографияси.

**РЕЗЮМЕ.** Оценивалось состояние носовой полости и придаточных пазух носа у детей с врожденной расщелиной неба (ВРН). Обследован 31 ребенок в возрасте от 9 до 18 лет, перенесших на первом году жизни операцию по поводу врожденного порока. При комплексном обследовании (регулярный осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, компьютерная томография) более чем у 50% детей с ВРН выявлено искривление носовой перегородки, сопровождающееся гиперплазией нижней носовой раковины. Четких различий в степени пневматизации придаточных пазух носа у детей в основной и контрольной группах не выявлено, но у детей с ВРН выявлена повышенная пневматизация передней конца средней носовой раковины.

**Ключевые слова:** врожденный порок развития, дети, заложенность носа, носовая полость, компьютерная томография.

This study evaluated the condition of the nasal cavity and paranasal sinuses in children with congenital cleft palate. We examined 31 children aged 9 to 18 years who underwent surgery for a congenital defect in the first year of life. A comprehensive examination (regular examination of the ENT organs, endoscopic examination of the nasal cavity and nasopharynx, computed tomography) in more than 50% of children with VPH revealed a curvature of the nasal septum, accompanied by hyperplasia of the inferior turbinate. There were no clear differences in the degree of PNP pneumatization in children in the study and control groups, but increased pneumatization of the anterior end of the middle turbinate was revealed in children with VPH.

**Key words:** congenital malformation, children, nasal congestion, nasal cavity, computed tomography.

УДК: 616.22-002-091-06

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ



Палванов Б.Б., Джаббаров Н.Н., Муминов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Андижанский государственный медицинский институт

Диагностика, лечение и профилактика воспалительных и предопухолевых заболеваний гортани являются одной из основных проблем современной оториноларингологии [1,2,4,6]. В связи с тенденцией к росту предопухолевых и опухолевых заболеваний гортани, которые занимают 7-е место среди всех заболеваний

гортани, в том числе и злокачественных новообразований, а по Республике Узбекистан составляют 1,2% на 100 тыс. населения [3,5,7-9].

#### Цель исследования

Сравнительное клинико-морфологическое исследование некоторых заболеваний гортани, определение морфологических особенностей

поражения тканевых структур гортани.

#### Материал и методы

Проанализированы результаты комплексного обследования больных с различными патологическими поражениями гортани, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии ТМА. Обследование включало весь комплекс методических приемов визуального и инструментального осмотра, результаты которого были подтверждены морфологическим исследованием материала, полученного при взятии биопсии или при оперативном вмешательстве.

Все биоптаты, взятые для гистологического исследования с пораженного участка гортани, фиксировали в растворе Карнуа, после чего проводили по спиртовой батарее и заливались в парафин. Срезы толщиной 4-5 микрон окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, по Браше и ШИК-реакцией по Мак-Манусу.

#### Результаты и обсуждение

Как показали наши наблюдения, при островоспалительных процессах гортани морфологические изменения проявлялись гиперемией слизистой оболочки в результате пареза сосудов. Определялся подслизистый выпот трансудата, инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами, иногда эритроцитами, микрокровоизлиянием. При геморрагических формах ларингитов выявлялось большое количество лейкоцитов и десквамированных клеток эпителия слизистой оболочки. При отечном ларингите наблюдалась лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, пропитывание подслизистых клеточных элементов серозным трансудатом, выявлялась активность слизистых желез гортани.

Воспалительные явления при хроническом процессе в гортани у некоторых больных были сходны с таковыми при опухолях. Часто встречалась псевдоэпителиоматозная гиперплазия (ПЭГ) (рис. 1). Трудность дифференциальной диагностики ПЭГ связана с глубоким внедрением пролиферирующих эпителиальных клеток в подлежащую ткань, нередко с кератинизацией, что напоминало “раковые жемчужины” и на отдельных срезах симулировало ороговевающий плоскоклеточный рак. Кроме того, как ПЭГ, так и рак имеют в определенной степени сходный морфогенез и возникают из эпителиальных клеток на фоне хронического воспаления различной этиологии. Вместе с тем ПЭГ развивается как реакция на повреждение покровного эпителия, поэтому ее образование характерно на участках изъязвлений. Независимо от глубины “инвазии” при ПЭГ сохраняется базальная мембрана, почти нет клеточного атипизма. Особенно следует

подчеркнуть отсутствие при ПЭГ патологии митозов и дисконфлексии. Объем и глубина проникновения эпителиального пласта при ПЭГ весьма вариабельны.

Фиброз, хроническая воспалительная инфильтрация, особенно очаговый ангиоматоз, являются частыми спутниками ПЭГ, а в отдельных случаях она сочетается с кистами различного происхождения и строения (истинными или ложными), а также с экстравазатами с образованием пигментов гемоглиногенного происхождения и “заболачиванием” ткани.

Различный объем врастающих эпителиальных пластов (по протяженности, ширине, количеству и др.), на наш взгляд, обусловлен особенностями структурной организации местной ткани, в частности, потенциальными возможностями к васкуляризации, для обеспечения притока крови пролиферирующим группам эпителиальных клеток.



Рис. 1. ПЭГ. Начало пролиферации и акантоза покровного эпителия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 7x20.

В гортани встречались кисты (рис. 2) различного гистогенеза и строения, среди которых преобладали мелкие полости, выстланные цилиндрическим, а чаще многослойным плоским эпителием. Следует отметить, что эпителиальный пласт стенки кисты был разной толщины и образовывался из 2-7 слоев беспорядочно расположенных эпителиальных клеток. Выраженность и характер прилежащих тканей значительно варьировали, что позволяло рассматривать их как дизонтогенетические (развивающиеся) кисты, внешне сходные с опухолями. Эпителиальные клетки характеризовались равномерным распределением РНК, а в строме имелось значительное количество клеток с пиронинофильной цитоплазмой.



Рис. 2. Киста гортани. Стенка выстлана цилиндрическим эпителием. Окраска гематоксилином

и эозином. Ув. 10x10.

Несколько реже встречались ретенционные кисты вследствие расширения полости желез из-за закупорки их просвета, о чем свидетельствует наличие высокого или цилиндрического эпителия. Диаметр ретенционных кист не превышал 4-5 мм, содержимое эпителиальных кист было прозрачным.

Иногда обнаруживались довольно крупные кисты большего диаметра со стенкой, выстланной многорядным цилиндрическим эпителием. Соединительнотканная основа их была подвержена выраженному фиброзу.

Крайне редко встречались ложные кисты без специальной эпителиальной выстилки. Такие кисты содержали слизь, элементы тканевого детрита, нередко они были множественными или многокамерными.

Полипы голосовых складок (рис. 3) характеризовались различной формой, величиной и гистологическим строением. Как правило, макроскопически полип был представлен ограниченными участками возвышения ткани над слизистой голосовых связок, высота которых иногда достигала 4-5 мм. Полипы имели гладкую поверхность, чаще мягкую консистенцию, основание было различной толщины, четко ограничено от окружающей ткани, на разрезе цвет был однородным. Хотя слизистая оболочка над полипами визуально не изменена, тем не менее, такие образования были весьма сходными с опухолями, тем более, что большинство наших наблюдений этой группы имели воспалительное и неопухоловое происхождение, но исключить полиповидные опухоли гортани было возможно только после гистологического исследования.

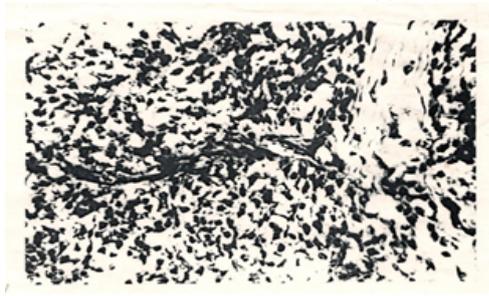


Рис. 3. Фиброзный полип гортани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10x10

Во всех полипах основную массу ткани составляли соединительная ткань и сосуды. Большинство фибробластов не подвергались существенным изменениям. Вместе с тем эти изменения нередко сопровождались усилением фагоцитарной активности гисточитов, появлением тучных клеток, а также умеренным количеством клеточных элементов. Соотношение этих структурных компонентов в разных полипах существенно различалось. Чистые варианты

фиброзного полипа с небольшим числом сосудов встречались реже, чем другие виды, причем огрубение фиброзной ткани в редких случаях доходило до гиалинизации.

Напротив, слабообразованная сеть соединительнотканых волокон с выраженным миксоматозом и отеком диффузного и очагового характера встречалась значительно чаще. Наиболее частым вариантом полипов (ангиоматозный полип) была развитая сеть сосудов, разделенных тонкими фиброзными прослойками, вследствие чего возникали значительные трудности дифференцировки их от ангиом, в частности, от пиогенной гранулемы.

Особый интерес представили полипы с дисплазией покровного эпителия, которые могли появляться самостоятельно или в сочетании с другими патологическими процессами. На наш взгляд, не только дисплазия, но и кератоз, должны быть включены в группы эпителиальных аномалий слизистой гортани со способностью их трансформации в рак, хотя гисто- и морфогенез, а также их прогноз совершенно различны.



Рис. 4. Интубационная гранулема: участки грануляционной ткани и развитие соединительной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 7x20.

В единичных случаях встречали формирование интубационных неспецифических гранулем, внешне схожих с начальными этапами развития опухоли. Интубационные гранулемы (рис. 4) формировались из клеток фибробластического ряда с примесью воспалительной инфильтрации, сочетающейся с небольшим количеством гиперемизированных сосудов капиллярного типа, участками грануляционной ткани. Хронизация этих изменений сопровождалась преобладанием в инфильтрате призматических клеток, появлением нежных соединительнотканых волокон, что позволило квалифицировать их как плазмноклеточную гранулему.

### Выводы

1. Многообразие воспалительных и псевдоопухолевых процессов обуславливает их гетерогенность, гистогенетическую вариабельность, различную частоту и прогностическую значимость.
2. Киста часто имеет онтогенетическое происхождение, в то время как гранулема в псевдоэпителиоматозной гиперплазии связана с повреждением или воспалением местной ткани.
3. Полипы являются результатом не только хронического воспаления, но и предопухоловым про-

цессом, причем характер изменения покровного эпителия полипов весьма вариабелен по потенциальным возможностям предрака и рак (метаплазия, дисплазия, кератоз).

4. Псевдоэпителиоматочная гиперплазия, кератоз, метаплазия, особенно дисплазия, включены в псевдоопухолевые процессы и должны быть интерпретированы как факультативный предрак.

5. Несмотря на широкие возможности дифференциальной диагностики при воспалительных заболеваниях гортани, с помощью эндоскопического исследования, компьютерной томографии и других методов, решающая роль в окончательном диагнозе принадлежит биопсийным исследованиям.

#### Литература

1. Казанцева И.А. Некоторые морфологические особенности предраковых процессов гортани // Арх. пат. – 1966. – №11. – С. 31-36.

2. Митин Ю.В. Методы исследования гортани: Руководство по оториноларингологии; Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1994. – С. 36-382.

3. Полванов Б.Б. Некоторые особенности предраковых процессов гортани: Метод. Рекомендации. – Ташкент, 1996.

4. Чумаков Ф.И., Шустер М.А. Кисты желудочков гортани // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1985. – №3. – С. 21-24.

5. Шестерина М.В., Соловьева И.П., Максимова И.У. Биопсия в дифференциальной диагностике патологических изменений гортани // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1974. – №3. – С. 46-50.

6. Andrea M., Dias O., Santos A. Contact endoscopy during microlaryngeal surgery: a new technique for endoscopic examination of the larynx. // Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. – 1995. – Vol. 104, №5. – P. 333-339.

7. Bizzo B.B., Da Mosto M.C. et al. Laryngeal tuberculosis // Infect. Dis. – 2003.

8. Coher M.M. Fibrous dysplasia is a neoplasm // Med. Genet. – 2001.7

9. Dieler R., Dammrich J. Immunohistochemical and fine structural characterization of primary carcinoind tumors of the larynx // Europ. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. – 1995. – Bd. 252, №4. – P. 229-235.

**Цель:** сравнительное клинко-морфологиче-

ские исследование некоторых заболеваний гортани, определение морфологических особенностей поражения тканевых структур гортани. Материал и методы: проанализированы результаты комплексного обследования больных с различными патологическими поражениями гортани, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии ТМА. Результаты: клинко-морфологический анализ позволил выделить наиболее характерные патоморфологические варианты и разновидности воспалительных заболеваний гортани (полипы, неспецифические гранулемы, кисты, псевдоэпителиоматозная гиперплазия, т.е. опухолеподобные заболевания). Выводы: несмотря на широкие возможности дифференциальной диагностики при воспалительных заболеваниях гортани, с помощью эндоскопического исследования, компьютерной томографии и других методов, решающая роль в окончательном диагнозе принадлежит биопсийным исследованиям.

**Ключевые слова:** псевдоэпителиоматозная гиперплазия, кератоз, метаплазия, дисплазия, певческие узелки.

**Purpose:** Comparative clinical and morphological study of some diseases of the larynx, determination of the morphological features of damage to tissue structures of the larynx. Material and Methods: The results of a comprehensive examination of patients with various pathological lesions of the larynx who were treated at the TMA otorhinolaryngology clinic were analyzed. Results: Clinical and morphological analysis made it possible to identify the most characteristic pathomorphological variants and varieties of inflammatory diseases of the larynx (polyps, nonspecific granulomas, cysts, pseudoepitheliomatous hyperplasia, i.e. tumor-like diseases). Conclusions: Despite the broad possibilities of differential diagnosis in inflammatory diseases of the larynx, using endoscopic examination, computed tomography and other methods, biopsy studies play a decisive role in the final diagnosis.

**Key words:** pseudoepitheliomatous hyperplasia, keratosis, metaplasia, dysplasia, singing nodules.