

*Дембицкая Е. Л.*

## **ОЦЕНКА ПАТОЛОГОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН, УДАЛЁННЫХ В ХОДЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ**

*Научный руководитель ст. преп. Халямина И. И.*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Диагностика хронического тонзиллита (ХТ) на сегодняшний день носит субъективный характер и базируется на анамнестических данных, клинико-лабораторных исследованиях и орофарингоскопических методах оценки состояния миндалин. Морфологические критерии диагностики и их количественная оценка, позволяющие установить степень активности и стадию хронизации воспаления (степень декомпенсации), до сих пор не разработаны.

**Цель:** выявить закономерности патологогистологического исследования нёбных миндалин, удалённых у пациентов детского возраста в ходе тонзиллэктомии (ТЭ), выполненной на базе УЗ «3-я Детская городская клиническая больница г. Минска».

**Материал и методы.** Выполнено ретроспективное исследование – проведен анализ данных патологогистологического исследования (форма N 014/у) и медицинских карт стационарных пациентов (форма 003/у), госпитализированных для выполнения тонзиллэктомии в 2016 году в УЗ «3-я Детская городская клиническая больница г. Минска».

**Результаты и их обсуждение.** Исследование проведено у 102 пациентов с ХТ в возрасте от 2 до 17 лет, подвергнутых плановой ТЭ, на базе УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» в 2016 г. Исследованы 204 небные миндалины, удалённые по существующим показаниям для ТЭ. Средний возраст респондентов составил  $9,5 \pm 0,37$  года, из них в возрасте до 7 лет было 24 (23,5%) человека, 7-12 лет – 57 (55,9%), 13-17 лет – 21 (20,6%). В группе обследованных было 40 (39,2%) девочек и 62 (60,8%) мальчика, все проживали в городе Минске.

При гистологическом исследовании оценивались параметры морфологической оценки степени активности и стадии (фиброза) хронизации ХТ. К параметрам морфологической оценки степени активности ХТ относились: некроз, изъязвления, инфильтрация миндалин, активность воспалительного процесса. Очаговый некроз эпителия был выявлен у 10 (9,8%) пациентов, папилломатозные и очаговые изъязвления – у 1 (1,0%). Воспалительный инфильтрат был выявлен в виде полиморфноклеточной инфильтрации у 3 (2,9%) пациентов, лимфоцитарной инфильтрации у 2 (2,0%). Анатомические особенности лакун (разветвленность, узость, наличие в них глубоких крипт) способствовало накоплению в них детрита, друз актиномицетов, микробной флоры, что было выявлено у 40 (39,2%) пациентов. Инфильтрации нейтрофилами, как основного показателя активности воспаления, выявлено не было.

Морфологическая оценка стадии (фиброза) хронизации ХТ выполнена по следующим параметрам: фиброз (склероз) в миндалинах, перестройка сосудистого русла (ангиоматоз), изменения эпителия. Очаги склероза паренхимы миндалин были обнаружены у 17 (16,7%) пациентов. У 9 (8,8%) пациентов был выявлен очаговый ангиоматоз. Изменения эпителия в виде гипертрофии эпителия и эпидермальных кист были у 3 (2,9%) пациентов.

Следует отметить, что у абсолютного большинства пациентов (96 человек (94,1%)) при гистологическом исследовании удалённых нёбных миндалин была выявлена смешанная и фолликулярная гиперплазия лимфоидной ткани.

**Выводы.** В ходе патологогистологического исследования нёбных миндалин, удалённых у пациентов детского возраста, в ходе ТЭ возможна оценка как гистологических, так и морфологических критериев. У абсолютного большинства пациентов 96 (94,1%) детского возраста с диагнозом ХТ при гистологическом исследовании удалённых нёбных миндалин лимфоидный компонент сохранился.

При сохранении лимфоидного компонента нёбных миндалин ТЭ можно отсрочить, продолжив консервативное лечение.