

7. Ужумецкене И.И. Методы исследования в ортодонтии. – М.: Медицина, 1970. – 199 с.
8. Alarashi M. Morphometric Analysis of the Transverse Dentoskeletal Features of Class II Malocclusion in the Mixed Dentition // Angle Orthodontist. – 2003. – №1. – P. 21–25.
9. Cha K. Skeletal Changes of Maxillary Protraction in Patients Exhibiting Skeletal Class III Malloclusion: A Comparson of Three Skeletal Maturation Groups // Angle Orthodontist. – 2003. – №1. – P. 26–35.
10. Hutton T.J. An evaluation of active shape models for the automatic identifi cation of cephalometric landmarks // The European Journal of Orthodontics. – 2000. – №5. – P. 499–508.

УДК: 611.616.323-007.61-053.4/5:572.54

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ ДО И ПОСЛЕ АДЕНОИДЭКТОМИИ

¹ Алимова Н.П. <https://orcid.org/0000-0002-9665-226X>

² Жумаев А.Х. <https://orcid.org/0000-0002-2504-1699>

^{1,2} Бухарский государственный медицинский институт

Резюме. Длительная хроническая воспалительная патология миндалин лимфоэпителиального кольца глотки приводит в вторичной иммунной недостаточности детского населения, которое снижает качества жизни ребёнка и семьи. Часто сообщалось (27–56%) о задержке роста у детей с гипертрофией аденоидов. Гипертрофия аденоидов является основной причиной у детей не до развития или же отставание физического и умственного развития, и, как правило, заканчивалась аденоидэктомией. Патология глоточной миндалины чаще имеет негативный влияние на роста и массы тела растущего организма детей, по этому у детей с хроническими патологиями ЛОР органов проявляются несоответствие со стороны массы то есть, избытком или дефицитом массы тела.

Ключевые слова: антропометрия, гипертрофия аденоидов, аденоидэктомия, физическое развитие детей

ANALYSIS OF ANTHROPOMETRIC PARAMETERS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH ADENOID HYPERTROPHY BEFORE AND AFTER ADENOIDECTOMY

¹ Alimova N.P. <https://orcid.org/0000-0002-9665-226X>

² Jumaev A.X. <https://orcid.org/0000-0002-2504-1699>

^{1,2} Bukhara State Medical Institute

Resume. Long-term chronic inflammatory pathology of the tonsils of the lymphoepithelial ring of the pharynx leads to secondary immune insufficiency of the child population, which reduces the quality of life of the child and family. Growth retardation in children with adenoid hypertrophy was often reported (27-56%). Adenoid hypertrophy is the main cause in children not up to development or lagging physical and mental development, and, as a rule, ended with adenoidectomy. Pathology of the pharyngeal tonsil more often has a negative impact on the growth and body weight of the growing body of children, therefore, children with chronic pathologies of ENT organs show a discrepancy on the part of the mass, that is, an excess or deficiency of body weight.

Keywords: anthropometry, adenoid hypertrophy, adenoidectomy, physical development of children

ADENOIDEKTOMIYADAN OLDIN VA KEYIN ADENOID GIPERTROFIYASI BO'LGAN BOLALARNING JISMONIY RIVOJLANISHINING ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLARINI TAHLIL QILISH

¹ Alimova N. P. <https://orcid.org/0000-0002-9665-226X>

² Jumayev A. X. <https://orcid.org/0000-0002-2504-1699>

^{1,2} Buxoro davlat tibbiyot instituti

Rezyume. Halqum limfoepitelial halqaning halqum murtagining uzoq muddatli surunkali yallig'lanish patologiyasi bolalar populyatsiyasining ikkilamchi immunitet yetishmovchiligiga olib keladi, bu esa bola va oilaning hayot sifatini pasaytiradi. Adenoid gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda o'sishning sekinlashishi haqida ko'plab (27-56%) ma'lumotlar berilgan. Adenoid gipertrofiyasi bolalarda jismoniy va aqliy rivojlanishning oldin yoki orqada qolishining asosiy sababi bo'lib, odatda

adenoidektomiya bilan yakunlandi. Halqum murtagi patologiyasi ko'pincha bolalarning o'sayotgan tanasining bo'yi va tana vazniga salbiy ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun LOR organlarining surunkali patologiyasi bo'lgan bolalarda tana vazni jihatidan nomuvofiqlik, ya'ni tana vaznining ortiqcha yoki yetishmasligi namoyon bo'ladi.

Kalit so'zlar: antropometriya, adenoid gipetrofiyasi, adenoidektomiya, bolalarning jismoniy rivojlanishi

Введение. Самой распространенной операцией в ЛОР-стационарах начиная с середины XX века является аденоидтомия. Заметную тенденцию к снижению данной операции во многих клиниках развитых стран отмечено за последние 20 лет [1,3].

Д.А.Доменюк (2016), Ю.Н.Коваль, Ж.А.Новикова (2021), Т.А.Нагаева (2016), Г.Э.Тастанова и соавт., (2021), считают, что снижение оперативного вмешательства или качественная преждевременная диагностика назальной непроходимости, так же развития новейших фармако-физиотерапевтических способов паллиативного лечения разрастания «аденоидов» является важным показателем благополучия страны и системы здравоохранения [2,4,6].

Часто сообщалось (27–56%) о задержке роста у детей с гипертрофией аденоидов. Гипертрофия аденоидов является основной причиной у детей не до развития или же отставание физического и умственного развития, и, как правило, заканчивалась аденоидэктомией [7,8].

Аденоидэктомия было причиной, ускорения веса у детей с недостаточностью верхних дыхательных путей, Большинство исследований также продемонстрировали увеличение скорости роста после аденоидэктомии, но в других исследованиях не было обнаружено значительных различий. В то время как ускоренное прибавление в весе после аденоидэктомии, вероятно, преувеличено и увеличение веса у детей с гипертрофией аденоидов может увеличить их риск рецидива аденоидов и заболеваемости, связанной с ней [5,7,10].

Авторы ведут спор про негативные и положительные стороны осуществление аденоидэктомии. Тем временем аденоидэктомия все ещё остаётся радикальным методом в лечении разрастания глоточной миндалины [10].

Патология глоточной миндалины чаще ($p < 0,05$) имеют негативный влияние на роста и массы тела растущего организма

детей, по этому у детей с хроническими патологиями ЛОР органов проявляются несоответствие со стороны массы то есть, избытком или дефицитом массы тела. Но у детей с патологией ЛОР-органов от части с «аденоидами» избыток массы тела больше выявляется [2,9].

При исследованиях дошкольников для оценки гармоничности физического развития выявлено, что у детей 3-4 лет с патологией глоточной миндалины в 70% случаев отмечено дисгармония пропорции, а у здоровых детей 5-6 лет данный факт наблюдался только в 30% случаев. К тому же по данным многих учёных у дошкольников через полгода после аденоидэктомии наблюдается резкое увеличение всех показателей физического развития [3,5,7].

Основываясь на данные Van M. (2016), можно сделать вывод, что у детей с гипертрофией глоточной миндалины темп прироста отмечается всего лишь в 5 – й год жизни. Тем не менее при оценки развития физического состояния детей в Японии, авторы противоречат выше изложенным данным и доказывает, что аденоидэктомия повышает прирост индекс массы тела в 6 лет промежутке до 6 месяцев, [1,6,10], а у детей в возрасте 5 лет темп прироста имеет волнообразный тип течения. Сроки удаления избыточной аденоидной ткани важны для восстановления модели черепно-лицевого роста [7,8,9].

Цель. Сравнит антропометрические параметры физического развития детей с гипертрофией глоточной миндалины до и после аденоидэктомии

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе ЛОР отделения Бухарской областной детской больницы. Количество детей до и после операции аденотомии составило по 348 (181 мальчиков и 167 девочек). Соответственно у детей с гипертрофией аденоидов и 6 месяцев спустя после операции, измеряли длину тела ростомером, вес тела специальными медицинскими весами, окружность груди сантиметровой лентой. В эти же периоды по 10 бальной шкале был проведён опрос родителей для оценки общего состояния детей (таб. 1).

Родителей попросили ответить на анкету о детях. В анкету были включены вопросы, касающиеся степени гипертрофии аденоидов и / или наличие гипертрофии миндалин. Кроме того, были изучены специфические симптомы, связанные с этими заболеваниями.

Таблица 1

Распределение по половозрастному составу общего количества обследованных детей с аденоидами до и после операции

Возраст	До операции						После операции					
	Пол											
	Мальчики			Девочки			Мальчики			Девочки		
	abs	M (%)	m	abs	M (%)	m	abs	M (%)	m	abs	M (%)	m
3 года	10	4,29	1,33	9	4,3	1,40	9	4,9	1,62	6	3,59	1,44
4 года	12	5,15	1,45	8	3,8	1,32	8	4,4	1,53	7	4,19	1,55
5 лет	19	8,15	1,79	22	10,5	2,11	16	8,8	2,11	16	9,58	2,28
6 лет	22	9,44	1,92	19	9,1	1,98	18	9,9	2,22	12	7,19	2,00
7 лет	29	12,5	2,16	21	10,0	2,07	22	12,2	2,43	19	11,4	2,46
8 лет	32	13,7	2,25	31	14,8	2,45	26	14,4	2,61	23	13,8	2,67
9 лет	30	12,9	2,19	28	13,3	2,35	23	12,7	2,48	21	12,6	2,57
10 лет	28	12,0	2,13	25	11,9	2,23	15	8,3	2,05	18	10,8	2,40
11 лет	26	11,2	2,06	26	12,38	2,27	20	11,1	2,33	24	14,4	2,71
Всего	233	100,0	0,00	210	100,0	0,00	181	100,0	0,00	167	100,0	0,00
P	Хи-квадрат Пирсона = 1,985; p = 0,992						Хи-квадрат Пирсона = 2,638; p = 0,977					

Кроме того, общая оценка пациента оценивалась по шкале от 0 (ремиссия) до 10 (максимальная симптоматика). Каждый объект был исследован до и после операции. На каждого ребёнка была заполнена подробная форма. Различия в баллах, приписываемых общей оценке пациента до и после социального дистанцирования, оценивались с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Были незначительные половые соотношения во всех антропометрических измерениях исследуемых. Однако у девочек масса тела была более выше, тогда как размерах роста они отставали, но имели более высокие значения ИМТ, окружности груди (таблица 3.8.2).

Таблица 2.

Антропометрические характеристики сравнения между мальчиками и девочками с аденоидами до и после аденоидэктомией

Пол	Мальчики		Девочки	
	До	После	До	после
Период				
Вес (кг)	16,39±4,15	17,42±3,25	20,25±6,02	21,5±5,02
Рост (см)	105±9,07	109±8,03	102,6±5,09	108,6±4,09
Окружность груди (см)	53,6±3,05	54,5±3,04	55,8±4,06	56,1±3,09
ИМТ (кг/м ²)	15,8±5,12	15,9±4,09	20,6±1,75	22,3±3,09

Во всех исследуемых антропометрических измерениях наблюдались незначительные половые различия, а также частота

нарушений роста. Незначительная статистическая разница была обнаружена между детьми 1 и 2 периода детства и детьми с 3 и 4 степенью гипертрофии аденоидов в отношении всех антропометрических измерений.

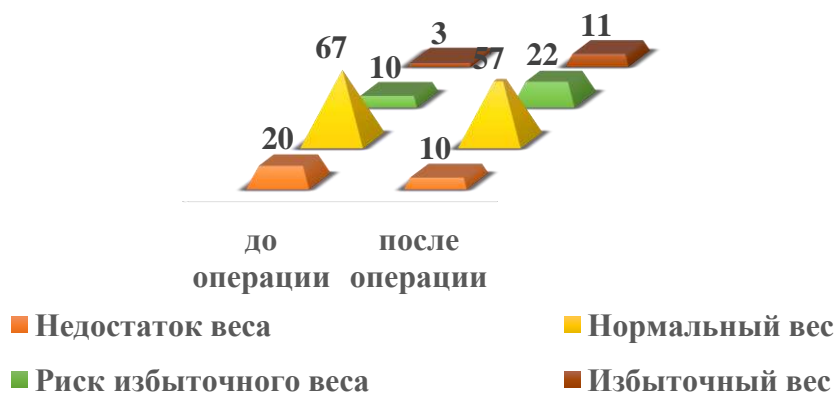


Рисунок 1. Показатели ИМТ у детей до и после операции (%)

Однако они также сообщили, что их высота у обоих полов была в пределах нормы. Kartal et al. наблюдали, что процентиля веса и роста оказались нормальными у большинства пациентов. Vontetsianos et al. в своем исследовании наблюдали незначительные половые различия в весе и росте детей с аденоидной гипертрофией.

H.S.Vontetsianos (2012) отметил, что после операции значительно увеличивается рост только у детей с гипертрофией аденоидов в возрасте до 5 лет отмечает, но в нашем исследовании мы выяснили что также вес детей с данной патологией увеличивается и даже может привести к ожирению разной степени. На ряду с этими результатами нужно отметить, что половое отличие в развитии избыточного веса значительно встречается у девочек.

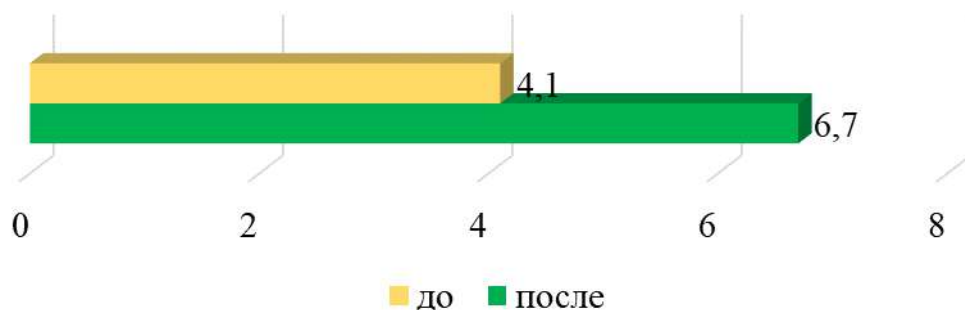


Рисунок 2. Оценки состояния детей до и после операции

По данным S.Tahara (2015), после аденоидэктомии акселерация по росту наблюдается у детей дошкольном возрасте (>6 лет), эти данные не совпадают с нашими результатами

В своих исследованиях А.А.Jeyakumar (2011), N.Kohli (2016), Y.Zhu (2016) приводят данные о тенденции увеличения индекса массы тела у детей после аденотомии, статистически отличимые ($p < 0,05$) от не прооперированных детей.

В результатах исследования М.Cassano (2018) выяснилось, что средний рост в исследуемой группе до операции составлял 116,81 см, а вес 22,17 кг, в послеоперационный период как рост, так и вес значительно увеличились 2 раза после 3-месячного наблюдения.

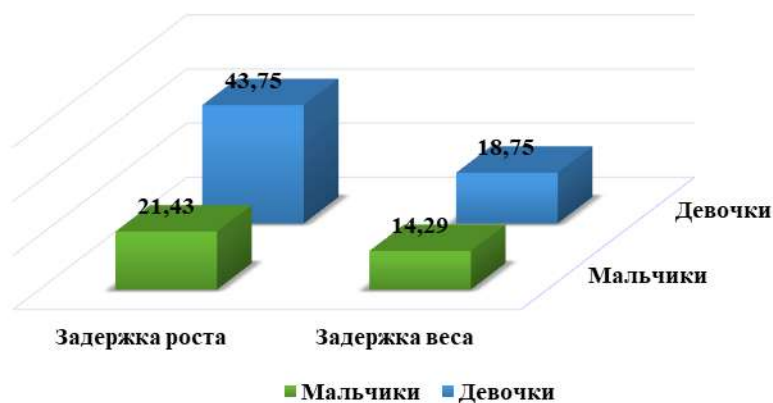


Рисунок 3. Частота детей с гипертрофией аденоидов с задержкой

Вывод. Таким образом, гипертрофия аденоидов (ГА) имела значительное влияние на антропометрические измерения детей. Во всех антропометрических исследованиях выявлены половые различия, нарушения роста. Это оказывает основное у мальчиков негативное влияние на рост. После аденотомии все антропометрические параметры (масса тела, рост и окружность груди) изменяются 1,5 раза и результаты более выражены у девочек. Настоящее исследование было разработано для оценки взаимосвязи между степенью тяжести хронического аденонозиллярной гипертрофии и ее влиянием на физическое развитие. Было выявлено преобладание женского пола во всех аспектах. Эти параметры отличаются от предыдущих исследований,

Литература:

1. El Masry S.A. et al. Impact of Adenotonsillar Hypertrophy on Physical Growth and Bone Age in Egyptian Children //World Journal of Medical Sciences. – 2014. – Т. 10. – №. 2. – С. 184-190.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сб. материалов. – М.: Педиатр, 2013. 192 с.
3. Доменюк, Д.А. Особенности челюстно-лицевой области при макродонтизме постоянных зубов – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. – 159 с.

4. Дорохов Р.Н., Чернова В.Н., Бубненко О.М. Интеграция соматометрических и функциональных показателей детей и подростков //Известия Смоленского государственного университета. – 2016. – №. 1. – С. 291-297.

5. Коваль Ю. Н., Новикова Ж. А., Тарасенко И. И. Ротовой тип дыхания и его влияние на морфофункциональные изменения зубочелюстно-лицевой области у детей с патологией глоточной миндалины //Colloquium-journal. – Голопристанський міськрайонний центр зайнятості, 2021. – №. 10 (97). – С. 11-15.

6. Максимова О.П. Глава 1.2. Гармония детского лица. Глава 1.3. О красоте физической и красоте духовной //Клиническая стоматология. – 2014. – №. 2. – С. 73-78.

7. Нагаева Т.А. и др. Физическое развитие детей с патологией миндалин и аденоидов //Мать и дитя в Кузбассе. – 2016. – №. 4. – С. 27-31.

8. Нагаева Т.А., Фурманова Е.А., Пономарева Д.А. Роль матричной металлопротеиназы-9 при патологии миндалин и аденоидов у часто болеющих детей // Лечение и профилактика. –2015. – №1 (13). – С. 48-51.

9. Норова М.Б., Тешаев Ш.Ж. Параметры физического развития и антропометрические показатели краниофациальной области детей с сахарным диабетом //Проблемы биологии и медицины. – 2018. – Т. 2. – №. 22. – С. 186-188.

10. Тастанова Г., Ходжанов Ш., Абдусаматова И. Показатели физического развития детей младшего школьного возраста с патологией адено tonsиллярной системы. Stomatologiya, 2021 (2(83), 104–108.

УДК 611.362; 611.367

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОЛОГИИ И ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СТЕНКИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

¹Алиева Наила Гасан кызы. <https://orcid.org/0000-0001-8447-8092>

²Шадлинская Сабина Вагиф кызы. <https://orcid.org/0000-0002-6672-3725>

²Гусейнов Балакиши Мамедали оглы. <https://orcid.org/0009-0004-4685-413X>

¹Бакинский медицинский колледж №1.

²Азербайджанский медицинский университет