



4. Волков А. Г. Течение и лечение экссудативных фронтитов на Северном Кавказе / Волков А. Г., Гюсан А. О. // Фундаментальные исследования. – 2005. – №2. – С. 115–116.
5. Воронкин В. Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В. Ф. Воронкин, М. М. Сергеев, Д. Л. Перехода // Вестн. оторинолар. – 1999. – №4. – С. 25–27.
6. Гюсан А. О. Ретроспективный анализ результатов лечения острых и хронических фронтитов методом трепанопункции / А. О. Гюсан, С. А. Гюсан, Р. Х. Узденова. Тез. докл. научно-практ. конференции «Совр. вопросы аудиологии и ринологии». – Курск, 7–8 июня 2000». – М., 2000. – С. 109–110.
7. Добромыйский Ф. И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы / Ф. И. Добромыйский, И. И. Щербатов. – М., Медгиз, 1955. – 259 с.
8. Ерошенко А. Ю. Клинические проявления и тактика лечения заболеваний ЛОР органов, вызываемых *Haemophilus influenzae*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – / А. Ю. Ерошенко: Ростов н/Д, 2000. – 20 с.
9. Карпов О. И. Амоксициллин/сульбактам в решении проблемы острого синусита / О. И. Карпов, С. А. Карпищенко // Реф. медиц. журн.. – 2006. – Т. 14. – №29. – С. 1–5.
10. Киселев А. С. О классификации риногенных зрительных осложнений / А. С. Киселев // Рос. ринология. – 2007. – №2 – С. 41–42.
11. Козлов Р. С. Амоксициллин/сульбактам – новый представитель ингибиторозащищенных бета-лактамов / Р. С. Козлов, А. В. Веселов // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2006. – Т. 8. – №2. – С. 173–185.
12. Наш опыт в лечении орбитальных синусогенных осложнений / Э. А. Цветков, А. Н. Савин, С. Г. Ускова и др.) // Российская оториноларингол. – 2007. – №6 (31). – С. 165–170.
13. Пискунов И. С. Диагностика риносинусогенных внутричерепных осложнений по данным компьютерной томографии / И. С. Пискунов, А. Н. Демиденко / Российск. ринология. – 2008. – №1. – С. 8–12.
14. Попель С. Е. Состав микробной флоры у больных фронтитом в 1999–2000 гг / С. Е. Попель // Матер. 55 научн. итог. конф. молодых ученых. – Ростов н/Д, 2001. – С. 73.
15. Риносинуситы и особенности развития риногенных орбитальных осложнений у детей / Л. С. Бакулина, Н. А. Глебова, М. В. Бабайцева и др. // Рос. ринология – 2001. – №2. – С. 114.
16. Трофименко С. Л. Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух / С. Л. Трофименко, А. Г. Волков. – Ростов н/Д: ЗАО «Книга», 2001. – 352 с.
17. Трудности и ошибки в диагностике риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений / О. В. Мареев, В. В. Шкабров, Р. И. Капрелов и др. // Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение №3. – С. 252–255.
18. Узденова Р. Х. Эпидемиология заболеваний лобных пазух в Карачаево-Черкесии / Р. Х. Узденова, А. О. Гюсан. // Мат. краевой научн.-практ. конференции «Акт. аспекты диагност., профилактик. и лечения забол. уха, горла и носа». – Ставрополь, 2002. – С. 115–118.
19. Узденова Р. Х. Клиническая эпидемиология экссудативных фронтитов в регионе Юга России и сравнительная оценка различных методов их лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р. Х. Узденова. – СПб., 2004. – 21 с.

УДК: 612. 215. 4–053. 2

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ НОСОВОГО СЕКРЕТА У ДЕТЕЙ

А. Г. Волков, И. В. Добытко

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Г. Волков)

В последние годы все чаще стали обращать внимание на неинвазивные методы исследования жидкостей, доступные в амбулаторных условиях, в связи с чем представляется интересным чувствительный кристаллографический метод изучения биологических субстратов при различных заболеваниях.

Метод кристаллографии (или тизеографии) предложен W. Daems в 1964 году и основан на изучении процессов кристаллизации хлорида меди в присутствии природных органических соединений.

По кристаллографической картине ликвора выявляли не только характер нарушения мозгового кровообращения и количество крови излившееся в подпаутинное пространство, но и регистрировали скорость ее рассасывания в процессе лечения [8]. Неретин Н. Я., Киряков В. А. [8], исследуя смывы с тканей различных органов, полученных при биопсии применяли его как дополнительный метод при диагностике некоторых патологических состояний верхних дыхательных путей. Теодор И. Л. и соавт. [6] использовали его для дифференциальной диагности-



ки ринитов воспалительного и не воспалительного характера [5]. По данным А. Г. Волкова [4] макро и микроскопические данные кристаллограмм могут участвовать в дифференциально-диагностическом процессе в качестве неспецифического вспомогательного способа при определении инфильтративной формы воспаления слизистой оболочки лобной пазухи или отсутствия воспаления в ней, а также – уточнение сроков ликвидации воспалительного процесса при лечении больных трепанопункцией.

Целью проведенного исследования являлось выявление возрастных особенностей кристаллограмм при макро- и микроскопии у относительно здоровых детей.

Материал и методы

В исследование было включено 90 детей (48 мальчиков и 42 девочки) в возрасте от 7 до 16 лет направленных в ЛОР отделение МУЗ «Детская городская больница» г. Сочи на плановую госпитализацию или консультативный прием (при отборе пациентов исключали острую и хроническую патологию носоглотки).

Пациенты распределялись на 3 группы по 30 человек по возрастному признаку. Пациенты первой группы с 7 до 10 лет, второй с 10 до 13 лет и третьей 13–16 лет соответственно. При распределении пациентов на группы учитывали физиологию роста и развития детей и подростков. От 6–7 лет до 10–11 лет период онтогенеза называемый «периодом второго детства», характеризуется хорошо отработанными взаимоотношениями между центральными управляющими системами и эффекторными периферическими органами; можно считать, что на этом планомерное онтогенетическое развитие завершено за исключением полового созревания. От 10–11 до 13–14 лет «препубертатный период» – критический период развития характеризующийся резкой активизацией генома и началом бурных дифференцировочных процессов практически во всех органах, тканях и системах. Достижение регуляторного баланса в этих условиях невозможно. Основная задача этого периода повысить лабильность системы, снять запреты на резкие и разнонаправленные изменения, стимулируемые разворачиванием генетической программы. От 13–14 до 15–16 лет период разгара пубертатных перестроек, характеризуется скачком роста в результате которого подростки достигают дефинитивной длины тела. Строевание тела приобретает четко выраженные половые черты, морфологически отчетливо начинаются особенности, связанные с типом морфофункциональной конституции [1].

При выборе пациентов старше 7 лет учитывался онтогенез околоносовых пазух, ведь к этому возрасту сформирована большая их часть. Пациенты старше 16 лет не вошли в группу исследования так как в этом возрасте происходит конец полового созревания и морфофункциональные изменения в организме приостанавливаются.

Кристаллографическое исследование носового секрета проводили по методу Д. Б. Каликштейна и соавт. [7]. (1981). Для получения носового секрета в общий носовой ход (между нижней носовой раковиной и перегородкой) вводили на 15 мин. стерильную марлевую турунду длиной 4–5 см.. После извлечения турунду помещали на 10–15 мин. в чистый стеклянный флакон, куда добавляли до 2 мл. физиологического раствора. Затем турунду отжимали. К 2 мл. исследуемого субстрата капельно при постоянном встряхивании добавляли 10 мл. 2% спиртового раствора хлорида меди. Полученную смесь оставляли на 15 мин. при комнатной температуре. Затем пропускали через тонкопористый бензольный фильтр, образовавшийся фильтрат переливали в чашку Петри и ставили в термостат. Кристаллизация проходила при температуре 37 °C и постоянной влажности. создаваемой динамической системой $\text{CaCl}_2 \cdot \text{H}_2\text{O}$ в течении 5–6 часов. Для контроля в термостат параллельно ставили чашку Петри с 10 мл. спиртового раствора хлорида меди. Образовавшиеся кристаллы подвергали макро- и микроскопическому исследованию.

При макроскопическом исследовании чашку Петри помещали на темный фон и фотографировали, отмечали число центров кристаллизации и характер кристаллографического рисунка. При микроскопии изучали структуру кристаллов и ее изменения при увеличении в 56 раз (7x8).

Результаты исследования

Проводимое макроскопическое исследование не выявило значимых дифференциальных различий ни в одной из трех исследуемых групп. Как правило на чашке Петри всегда присутствовал равномерный матовый налет с центрами кристаллизации до 10–20 четких групп в поле зрения (рис. 1, 2).

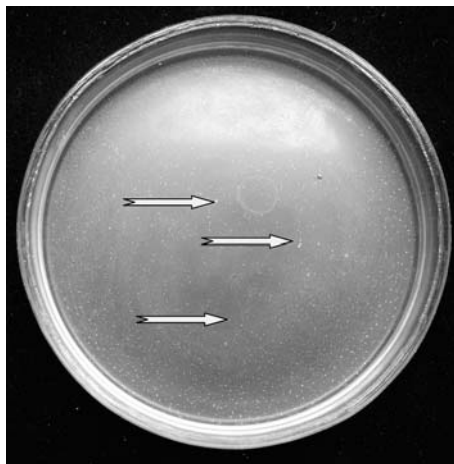


Рис. 1.

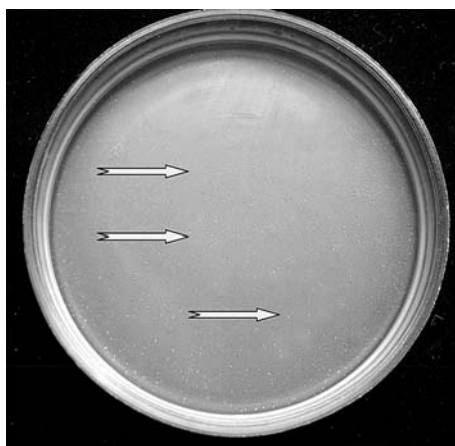


Рис. 2.

При микроскопии различия среди исследуемых групп также не найдены. Кристаллы имели игольчатую форму, располагались хаотично на достаточном отдалении друг от друга, без патологических структур и без четко выраженных центров кристаллизации. Если следовать принятой традиции описывать кристаллограммы прибегая к сравнениям (звездчатые фигуры, пальмовые листья, ветка папоротника), то в нашем исследовании они напоминали «накрошенную солому» (рис. 3, 4) или «колоски злаков» (рис. 5).

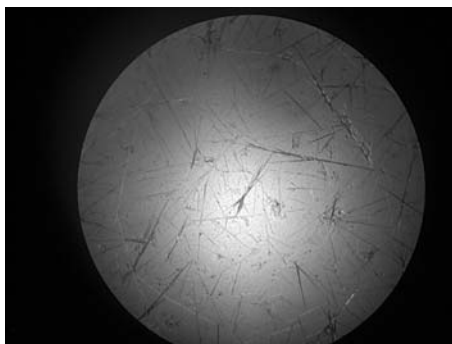


Рис. 3.

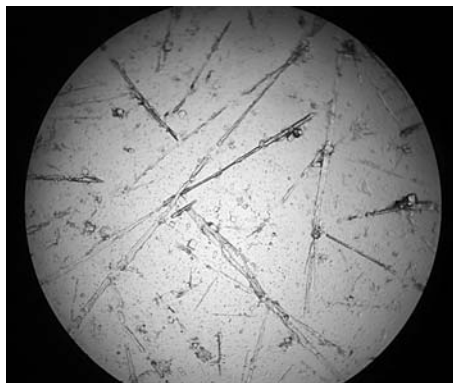


Рис. 4.



Рис. 5.

Выводы:

Полученные данные схожи с результатами более ранних исследований, многие авторы отмечают при проведении кристаллографии в период реконвалесценции наличие матового, равномерного налета с единичными центрами кристаллизации на чашке Петри (макроскопически) и истончение кристаллов, уменьшение их ветвистости при микроскопии [2], [3].

Полученные результаты показали, что:

1. кристаллограммы детей всех изученных нами возрастных групп близки друг к другу, как при макроскопии, так и при микроскопическом исследовании,
2. макроскопическая картина представлена однородным «напылением» с малыми центрами кристаллизации до 10–20 в поле зрения,
3. при микроскопии кристаллы имели «игольчатую» форму, располагались хаотично, образуя рисунок в виде «накрошенной соломы» или «колосков злаков».

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А. А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Баранова А. А., Шеплягина Л. А. // М., 2000. С. 190–192.
2. Боджоков А. Д. Профилактика осложнений после экстраназального вскрытия верхнечелюстной пазухи: Автореф. дис.... канд. мед. наук/ А. Д. Боджоков. – Ростов н/Д., 2007. – 22 с.
3. Волков А. Г. Кристаллография как метод дополнительной диагностики воспалительных заболеваний околоносовых пазух / Волков А. Г., Агабабов В. Э. // Тез. обл. научно-практ. конф. оторинолар. Рост. обл. – Ростов н/Д, 1985. С. 62–64.
4. Волков А. Г. Лобные пазухи / Волков А. Г. – Ростов н/Д., 2000. С. 165–174.
5. Дифференциальная диагностика аллергического и не аллергического ринита у детей/ Шустер М. А., Теодор И. Л., Мороз Л. А. и др //Вестн. оторинолар. – 1984. №3. С. 26–30.
6. Значение кристаллографического исследования в диагностике некоторых заболеваний верхних дыхательных путей /Теодор И. Л., Чумаков Ф. И., Мороз Л. А. и др. // Вестн. оторинолар. – 1983. №5. С. 55–58.



7. Значение тизмографического исследования мочи / Каликштейн Д. В., Мороз Л. А., Черняков В. А. // Лаб. дело. – 1981. №2. С 79–81.
8. Неретин В. Я. Кристаллографический метод исследования спинно-мозговой жидкости при заболеваниях центральной нервной системы / Неретин В. Я., Кирьяков В. А. // Сов. медицина. – 1977. №7. С. 96–103.

УДК: 616. 322–002. 2–08–039. 73

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДАМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ

Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова, Р. Г. Гаджимирзаева,
М-Р. И. Гогурчунов, Э. Г. Гамзатова, З. Т. Михраилова

*Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Заболеваемость хроническим тонзиллитом /ХТ/ продолжает неуклонно расти [11]. Количество больных, страдающих ХТ в общей популяции составляет от 10 до 40% [13, 19, 20, 22].

В настоящее время доминирующее значение в лечении ХТ придается органосохраняющим методам, направленным на нормализацию функций небных миндалин как иммунокомпетентного органа [7, 11, 25]. Вместе с тем, хирургический способ лечения ХТ при его декомпенсированной форме не подвергается сомнению [1, 15, 20].

Значимость вопроса обусловлена и тем, что немалый процент больных ХТ подвергается хирургическому воздействию без аллергологического обследования и гипосенсибилизирующей терапии в до- и послеоперационном периодах, что нередко приводит к усугублению клинических проявлений фарингиальной аллергии и нередко к ее генерализации.

Исходя из представлений о ХТ как о заболевании инфекционно-аллергической природы были апробированы многочисленные варианты /схемы, способы/ терапии с использованием антибактериальных фармакопрепаратов топического и системного действия. Однако подобный подход к лечению ХТ, как показывает опыт многих исследователей, не способствует длительной клинической ремиссии и не предупреждает прогрессирования заболевания, что, очевидно, связано с существенным значением в развитии болезни не только микробного фактора и инфекционной аллергии, но и формирующихся аллергических реакций атопической природы. В этой связи следует упомянуть метод специфической иммунотерапии стрептококковыми вакцинами при ХТ, не получивший клинического признания из-за низкой терапевтической эффективности, а также развития осложнений и побочных реакций [8, 9, 17].

С конца 80-х годов XX века, благодаря успехам генной инженерии, была разработана технология приготовления очищенных балластных веществ вакцин бактериального происхождения/бронхомунал, бронховаксан, рибомунил, ИРС-19 и др. /. Опубликованные работы свидетельствуют об их эффективности при ХТ [10, 16, 24].

Первые работы, оценившие роль неинфекционной/атопической/ аллергии в патогенезе ХТ были опубликованы в 70–80 годы прошедшего столетия [2, 3, 26, 27]/ С учетом современных представлений о значительной роли атопической аллергии в воспалительных реакциях слизистой оболочки, ассоциированной с лимфаденоидной тканью, представляет большой практический интерес изучение роли атопической аллергии в патогенезе и лечении ХТ [12, 18, 21].

Целью исследования является обоснование целесообразности применения специфической иммунотерапии с использованием вакцин неинфекционной природы, и оценить их эффективность по сравнению с аналогами бактериального происхождения, а также традиционными методами лечения при ХТ компенсированной формы с атопическим компонентом.