

АГАФОНОВА Е.В., ШАРИФУЛЛИНА А.А., ВАСИЛЬЕВА Е.Г.

616.211-002.31-07

ФГУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии»
(директор — проф. Р.С. Фассахов), г. Казань

Возможности риноцитологической диагностики при различных вариантах ринитов у детей

Важное место в диагностике аллергических и инфекционных ринитов отводят методам оценки мукозального иммунитета. В сложной системе защитно-приспособительных реакций респираторного тракта значимая функция отводится целлюлярному аппарату слизистых оболочек, для изучения которого целесообразно использование комплекса методов цитологической диагностики (Журавская Н.С., 2002). Риноцитологическое исследование предполагает количественную оценку клеточных элементов без учета деструктивных нарушений, формирующихся в результате воздействия цитокинов, микробных антигенов, факторов патогенности микроорганизмов, продуктов клеточной дегрануляции. Несмотря на давнюю историю использования риноцитологического исследования, методологические подходы к оценке целлюлярного аппарата слизистой полости носа являются недостаточно разработанными. Наряду с эозинофилией часто возникает необходимость более углубленной оценки других клеточных популяций. Проблемы совершенствования методологических основ цитологического исследования, введение понятия цитологического статуса с определенной дифференциацией клеточных элементов позволяют более точно разрабатывать диагностические критерии при различных вариантах ринитов у детей.

На базе консультативно-диагностической поликлиники Казанского НИИЭМ обследованы дети с различными вариантами ринитов (>1000 исследований, аллергические, инфекционные). Мазки, отпечатки получали общепринятыми методами в собственной модификации. В препарате подсчитывали 200 клеток с идентификацией нейтрофилов (Н), эозинофилов (Э), лимфоцитов (Л) и эпителиальных клеток (ЭК). Обобщая литературные данные, мы выделяли риноцитограмму — % соотношения клеточных элементов и цитологический статус, характеризующий морфологию клеточных элементов. Среди популяции Н и ЭК нами выделялись клеточные элементы 3 типов: I — без признаков деструктивных изменений, II — с деструктивными изменениями цитоплазмы и III — с деструктивными изменениями ядра и цитоплазмы (вакуолизация, кариорексис, кариолизис).

Также среди Н выделялись клеточные элементы с фагоцитозом аутофлоры (НФА) (%), которые, по данным литературы, свидетельствуют о нарушении фагоцитарной защиты слизистых респираторного тракта. Среди Э выделяли: Э I — без видимых признаков дегрануляции и Э II — с видимыми признаками дегрануляции, иногда феноменом шапочки, вакуолизацией и обеднением цитоплазмы гранулами. Среди Л выделялись Л I — клетки с «обычной» морфологией и Л II — клетки с признаками плазматизации ядра и цитоплазмы (яркая базофилия цитоплазмы, радиальная исчерченность ядра клетки), которые, по данным Теодор И.Л. (2002), являются признаком хронического (в том числе аллергического) воспаления. Риноцитограмма при инфекционных ринитах характеризовалась нарастанием Н >40%, уменьшением Э, ЭК и Л, к дополнительным признакам относят появление НФА >5%, Н2+Н3 >10%, Н3 >5-7%, ЭК2+ЭК3 >10%. При обострении круглогодичного аллергического ринита (КАР) риноцитограмма и цитологический статус характеризовались повышением Э >20%, эозинофилией, преимущественно 2-го и 3-го типа, появлением Э2 (>5%), снижением ЭК (<30%), появлением ЭК2+3 (>10%), повышением содержания Л >10%, появлением Л II типа. В периоде ремиссии КАР риноцитограмма и цитологический статус характеризовались эозинофилией, преимущественно I типа, нейтрофилезом (>30%), появлением Н 1-го типа, снижением ЭК, появлением ЭК 1-го типа. Сезонный аллергический ринит (САР) в периоде обострения характеризуют эозинофилия, преимущественно 2-го и 3-го типа, наличие Э 2-го типа (>20%), снижение или полное отсутствие ЭК, наличие Л II (>5-10%). Дифференцированно при сочетанных вариантах — САР (с АБА), эозинофилия преимущественно 3-4-го типа, наличие эозинофилов II типа (>25%), нейтрофилез без признаков деструкции, отсутствие или резкое снижение ЭК. Таким образом, при проведении риноцитологического исследования целесообразно использовать комплексный подход к оценке целлюлярного аппарата слизистых оболочек полости носа, косвенно отражающий состояние респираторного тракта в целом.