

здоровых городских девушек Подолья с мезоцефалической формой черепа в зависимости от особенностей строения и размеров тела. У практически здоровых девушек мезоцефалов более чем в 85 % случаев построены модели нормативных индивидуальных компьютерно-томографических параметров ликвородерживающих структур головного мозга имеющих точность описания регрессионной зависимости от 54,3 до 82,8 %. Наиболее часто в построенные модели входили: охватные размеры тела (29,7 %), кефалометрические размеры (19,5 %), диаметры тела (15,3 %) и толщина кожно-жировых складок (12,7 %).

Ключевые слова: регрессионные модели, компьютерная томография, ликвородерживающие структуры головного мозга, здоровые девушки мезоцефалы, антропометрия.

Статья надійшла 5.01.2014 р.

healthy municipal girls of Podolie with the mesocephal form of skull depending on the features of structure and sizes of body. For the practically healthy girls mesocephals more than in 85 % cases the built models of normative individual computed tomography parameters of liquor restrain structures of the brain, that have exactness of description of regressive dependence from 54,3 to 82,8 %. Most often to the built models entered: encompassing sizes of body (29,7 %), cephalometric sizes (19,5 %), diameters of body (15,3 %) and thickness of leather-fatty folds (12,7 %).

Key words: regressive models, computed tomography, liquor restrain structures of the brain, healthy girls mesocephals, anthropometry.

Рецензент Волков К.С.

УДК 66.31:616.325-002.18

Б.А. Насибуллин, А.В. Андреев, И.К. Тагунова
 ГУ "Український ІНІІ медрехабілітації та курортології", г. Одеса

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ НА СОСТОЯНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

В статье представлены результаты исследований, которые свидетельствуют о том, что у лиц с гипертрофией язычной миндалины имеет место ослабление резистентности слизистой полости рта к внешним воздействиям. Это связано с истощением и сенсбилизацией организма сопутствующими вредностями (грибки, простейшие), что нарушает процессы регуляции и репарации в организме.

Ключевые слова: язычная миндалина, клеточный состав полости рта; иммунный ответ.

Хронические заболевания глотки, являются одной из наиболее распространенных нозологий в ЛОР-практике. Частые обострения, быстрая хронизация процесса, тяжелые осложнения, делают данную проблему актуальной не только медицинской, но и социальной [2, 6, 8].

Ротоглотка – естественная полость организма, которая находится на границе внешней среды и естественных внутренних полостей тела, поэтому одной из основных её функций является предотвращение попадания микроорганизмов внутрь организма, а также нейтрализация микроорганизмов, попавших на слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Охранная функция осуществляется пограничными образованиями лимфоаденоидной ткани, расположенными в начале верхних дыхательных путей, имеющих определенные структурно-функциональные особенности организма и известными как кольцо Вальдевера-Пирогова [1, 10, 11]. Наибольшими по массе и наиболее активными из этих образований являются небные и глоточные миндалины [3, 4, 5]. При инволютивных изменениях или удалении этих миндалин основная нагрузка по защите органов дыхания от внешних воздействий ложится на язычную миндалину, расположенную на стыке дыхательной и пищеварительной систем. В условиях повышенной функциональной нагрузки возможно увеличение язычной миндалины – "гипертрофия язычной миндалины". Однако в доступной литературе мы не встретили данных о достаточности компенсации утрат местной резистенции слизистой полости рта гипертрофированной язычной миндалиной.

Целью работы была оценка изменений местной резистентности слизистых полости рта лиц с гипертрофией язычной миндалины и выявление коррекции их с состоянием систем иммунного ответа.

Материал и методы исследования. Материалом настоящего исследования послужили данные, полученные при обследовании 24 больных с гипертрофией язычной миндалины разных возрастных групп. В зависимости от возраста больные были ранжированы на 3 группы. Первую группу составили 13 больных в возрасте до 14 лет; вторую - 5 больных в возрасте от 15 до 44 лет; и третью группу составили 6 больных в возрасте старше 45 лет.

Оценку состояния местной резистентности слизистой ротовой полости производили по изменению клеточного состава содержимого ротовой полости [2, 6, 7, 8]. Для получения мазков в течение 5 мин. собирали жидкость, скапливающуюся в подъязычной ямке. Затем, полученную жидкость центрифугировали в течение 10 мин. Каплю полученного осадка наносили на предметное стекло и приготавливали мазок. Мазок высушивали на открытом воздухе при комнатной температуре, фиксировали 2 часа в парах спирт - эфира; окрашивали гематоксилин - эозином и заключали в канадский бальзам под покровное стекло. Полученный препарат исследовали под световым микроскопом фирмы Carl Zeiss (модель Prima Star), при помощи морфометрической сетки в пяти

полях зрення кожного препарату определяли абсолютное и относительное содержание лимфоцитов, нейтрофилов, эритроцитов, слущенных клеток эпителия, фибробластов, «голых ядер».

Имунологические показатели крови: содержание фагоцитов, фагоцитарный индекс, активность комплемента, содержание ЦИК, концентрация антител к ткани слизистой носа, язычной миндалины, определяли соответствующими методиками [11]. Кроме того, всем больным выполняли бактериологическое исследование со слизистых рото- и носоглотки, копрограмму для выявления патогенной флоры, простейших, ферментативной недостаточности желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании все больные предъявляли характерные разрастания лимфоидной ткани в области корня языка жалобы: затруднённое глотание, ощущение "инородного тела" в горле, беспричинный хронический сухой кашель, частые боли в горле, першение. При объективном обследовании выявлено: выраженную гиперплазию язычной миндалины - от диффузного ее увеличения, до сосочковых разрастаний, сужающих вход в пищевод. Чаше гипертрофия наблюдалась у людей после ранее перенесенной тонзиллэктомии. Всем больным осуществлялось УЗИ-сканирование 7МГц датчиком на аппарате Алока-650. Миндалины при ультразвуковом исследовании визуализировались как образования со сниженной эхогенностью ткани, без четких границ, округлой формы, относительно однородные, расположенные среди характерных и легко узнаваемых ориентиров дна полости рта и глотки. У 18 пациентов выявлено значительное разрастание язычной миндалины. Результаты исследования мазков содержимого ротовой полости у этих больных показал изменение соотношения клеточных элементов по сравнению со здоровыми лицами.

Таблица 1

Изменения клеточного состава содержимого полости рта у больных с гипертрофией язычной миндалины

Возрастные группы	<14 лет		15-44 года		>45 лет		Контроль
	абсолют	относит	абсолют	относит	абсолют	относит	
Показатели							
Лимфоциты	19± 6,1	25,20%	22,0 ±2,1	26,37%	28,5 ±7,4	31,8%	7,41%
Нейтрофилы	8,85± 3,3	11,7%	3,0 ±0,1	3,60%	9,6±3,7	10,7%	18,45%
Эритроциты	-	-	-	-	-	-	2,05%
Эпителий	44,1± 13,4	58,7%	56,0± 6,0	67,14%	48,5± 7,7	54,12	71,0%
Фибробласты	-	-	-	-	-	-	1,1%
«голые ядра»	3,3± 0,27	4,40%	2,4± 0,5	2,89%	3,0±0,5	3,38%	0,47%

Согласно данным таблицы 1, у больных всех возрастных групп в содержимом ротовой полости резко увеличивается содержание лимфоцитов и «голых» ядер. Последние представляют собой части клеток эпителия слизистой рта, разрушенных за счет литических аутоиммунных реакций. Одновременно с увеличением числа лимфоидных элементов, наблюдалось резкое снижение (в большинстве случаев) количества сегментоядерных нейтрофилов и слущенных эпителиоцитов. Поскольку нейтрофилы обладают фагоцитарной активностью, уменьшение их количества в ротовом содержимом может свидетельствовать об уменьшении местной сопротивляемости организма. Уменьшение содержания слущенного эпителия, может быть отражением нарушений процессов регенерации в слизистой полости рта. Особо следует заметить, что по своему характеру, изменения содержимого полости рта были одинаковыми у больных разных возрастных групп. Однако, наиболее выражены они в группе больных старше 45 лет. Возможно, выявленные количественные отличия связаны с состоянием систем регуляции в разные периоды жизни человека. Одновременно с изменением клеточного содержимого ротовой полости наблюдалось и изменение показателей иммунного ответа у обследованных больных (таблица 2).

Таблица 2

Состояние показателей иммунного ответа у лиц с гипертрофией язычной миндалины

Возрастные группы	<14 лет	15-44 года	>45 лет	Контроль
Показатели	абсолют	абсолют	абсолют	абсолют
Фагоциты	51,3±3,1	53,8±2,7	53,0±1,0	60-80 у лиц >18 50-70 у лиц <18
Фагоцитарный индекс	2,56±0,20	2,42±0,2	2,3 ±0,1	3-4у.е.
Активность комплемента	69,1±2,3	65,06±0,6	66,12±1,6	50-70 у.ед.
ЦИК	5,53±0,70	5,92±0,31	6,56±0,72	4-6мг/мл
Антитела к язычной миндалине	0	1:20	1:40	1:20

Как следует из данных таблицы 2, у представителей всех возрастных групп при гипертрофии язычной миндалины имеет место уменьшение количества активных фагоцитов. При этом у лиц

старше 15 лет это снижение более выражено. Одновременно достоверно уменьшается фагоцитарный индекс, т.е. поглотительная функция этих клеток уменьшена. Наиболее значимое снижение поглотительной способности наблюдаются у больных старше 45 лет. Активность комплемента у представителей всех возрастных групп находится в пределах физиологического коридора, но ближе к его верхней границе. Содержание циркулирующих иммунных комплексов в группах лиц до 44 лет не превышает физиологических норм, а в группе после 45 лет недостоверно выше. Можно полагать, что в гуморальной составляющей иммунного ответа имеют место существенные нарушения. У всех больных имеет место появление антител к ткани язычной миндалины в достаточно высоком титре.

Согласно данным дополнительных исследований, у 16 обследованных больных выявлены ламблии; у 14- *Candida albicans*. Наличие простейших и грибов позволяет говорить о существенной истощающей нагрузке на иммунную систему, а с другой - о существовании источника постоянной сенсибилизации у большинства обследованных больных.

Таким образом, результаты наших исследований показали, наличие гипертрофии язычной миндалины в различных возрастных группах сопровождается ослаблением резистентности слизистых ротоглотки (снижение числа нейтрофилов). Происходит это на фоне общего ослабления иммунного ответа, в основном в его клеточной составляющей (уменьшение числа фагоцитов и их поглотительной способности). Возможно, такая перестройка связана с наличием в организме этих больных источника постоянной сенсибилизации, влияющего на гуморальную составляющую иммунитета и активность фагоцитарного звена.

Выводы

1. Гипертрофия язычной миндалины не обеспечивает компенсации сниженной резистентности слизистой полости рта к неблагоприятным воздействиям.
2. Перенапряжение функциональной активности иммунной системы дополнительными вредностями (грибки, простейшие) способствует развитию гиперпластических процессов в лимфоидных образованиях.
3. Изменения клеточного состава содержимого полости рта может служить маркером состояния местного иммунного ответа носоглотки.

Перспективы дальнейших исследований есть разработка методов стимуляции местного иммунитета полости рта при одновременном блокировании гиперпластических процессов в сохранившихся лимфоидных образованиях.

Список литературы

1. Бажора Ю.И. Местный иммунитет верхних дыхательных путей и возможности его оценки в клинической лаборатории / Ю.И. Бажора // Лаб. Дело - 1988.-№8.-С.45-49.
2. Бешпапошный С.Б. Иммунный статус и методы лечения больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом с сопряженным ревматизмом / С.Б. Бешпапошный, В.В. Шевченко // - Сучасні проблеми отоларингології.- К.,-1993.-С.243-245.
3. Быкова В.П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа / В.П. Быкова // Вестник оториноларингологии, - 1998.-№ 1.-С.41-45.
4. Быкова В.П. Четвертый международный симпозиум "Миндалины и аденоиды" / В.П. Быкова, Г.З. Пискунов // Российская ринология: научно-практический журнал.-2000. - № 1. - С. 43.
5. Быкова В.П. Гистоархитектоника глоточной миндалины в возрастном аспекте. Морфометрическое и иммуногистохимическое исследование / В.П. Быкова Д.В. Калинин // Архив патологии. - 2011.- № 1.- С. 14-18.
6. Горбачевский В.Н. Клинико-иммунологическое изучение роли небных миндалин в защитных реакциях организма в условиях нормы при хроническом тонзиллите / В.Н. Горбачевский // - Автореф. Дис. ...докт. мед. Наук.- К., - 1979.-43с.
7. Гофман В.Р. Состояние иммунной системы при острых и хронических заболеваниях ЛОР-органов / В.Р. Гофман, В.С. Смирнов // - СПб. - 2000.-С.163-187.
8. Заболотный Д. Д. Динамика микробиологических характеристик небных миндалин и кишечника у пациентов, перенесших острый тонзиллит / Д. Д. Заболотный, К. Г. Селезнев, Е. С. Лаврентьева // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб.-2009.-№ 4.-С. 30-36.
9. Морберт У. Клиническое руководство по лабораторным тестам / У. Морберт, Е. Тиц // - Москва. - Юнимед-Пресс. - 2009. -335 с.
10. Овчаренко Л.С. Иммунная система слизистых оболочек и ассоциированная лимфоидная ткань: механизмы взаимодействия в норме и при патологии, пути коррекции / Л.С. Овчаренко // - Київ: ТОВ "Видавничий дім "Здоров'я України".-2008. -№ 4,С. 25-30.
11. Хлыстова З.С. Иммуноморфологические лимфоцитарно-тканевые ассоциации в переднем отделе пищеварительной системы у плода человека / З.С. Хлыстова, Т.А. Минина, Д.А. Абдумуратова [и др.]//Архив патологии. - 2006.-№ 1.-С.28-30.

Реферати

ВПЛИВ ГІПЕРТРОФІЇ ЯЗИКОВОГО МИГДАЛИКА НА СТАН РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА

Насібуллін Б.А., Андрійов А.В., Тагунова І.К.

Досліджено у 24 хворих з гіпертрофією язикового мигдалика стан резистентності слизової оболонки порожнини рота. Встановлено її послаблення за рахунок зменшення кількості

EFFECT OF LINGUAL TONSIL HYPERTROPHY ON STATE RESISTANCE OF ORAL MUCOSA

Nasibullin B.A., Andriyov A.V., Tagunova I.K.

Research on 24 patients with lingual tonsil hypertrophy the state of resistance oral mucosa. Established of its weakening by reducing the amount of neutrophils in

нейтрофілів у вмісті порожнини рота. Автори пов'язують це з сенсibiliзацією організму за рахунок впливу несприятливих чинників (грибки, лямблії).

Ключові слова: язиковий мигдалик, клітинний склад порожнини рота, імунна відповідь.

Стаття надійшла 26.12.2013 р.

the contents of the oral cavity. The authors attribute this to sensibilisation of organism due to the influence of adverse factors (fungi, giardia).

Key words: lingual tonsil, cellular composition of oral cavity, immune answer.

Рецензент Ковальов С.В.

УДК 616.314.17-002.2-08

Т.С. Непокуйна-Слободянюк
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОВГОТРИВАЛОГО КУРСУ АЗИТРОМІЦИНУ

Дослідження присвячене вивченню ефективності тривалого курсу азитроміцину у сполученні з консервативним лікуванням хронічного генералізованого пародонтиту за клінічними параметрами і динамікою концентрацій ІЛ-1 β , АСТ та АЛТ у пародонтальних кишнях. 40 пацієнтів з ХГП I-III ступенів тяжкості взяли участь у подвійному, плацебо-контрольованому паралельному дослідженні. Вони були розподілені у 2 врівноважені групи, які приймали азитроміцин (500 мг 1 раз на день, 7 днів; далі по 500 мг 1 раз на тиждень 12 тижнів), або отримували тільки стандартне пародонтологічне лікування. Реєстрували гігієнічні, пародонтальні індекси, РМА, глибину пародонтальних кишень (ПК), рецесію ясен, рухомість зубів, кровоточивість ясен, протягом року. Проби для визначення ІЛ-1 β , АЛТ і АСТ отримували з ПК 1-2 зубів з активним пародонтитом паперовими штифтами. АЛТ, АСТ визначали кінетичним фотометричним методом; ІЛ-1 β – методом твердофазного «сендвіч» імуноферментного аналізу. Тривалий курс ад'ювантної антибіотикотерапії азитроміцином при ХГП дозволяє досягти стійкий клінічний ефект у 80% хворих протягом 360 \pm 5 днів із задовільною переносимістю, що підтверджено достовірним зниженням рівнів ІЛ-1 β , АСТ, АЛТ у пародонтальних кишнях.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, азитроміцин, інтерлекин-1 бета.

Робота є фрагментом НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я в пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями і їх реабілітація», № держреєстрації 0111U006300.

Роль особливої етіології хронічного генералізованого пародонтиту у вигляді мікробної пародонтопатогенної біоплівки зумовлює складності по ерадикації бактерій, що персистують у тканинах пародонту [4].

Азитроміцин є полусинтетичним антибіотиком-макролідом II покоління, що має ефективність проти пародонтопатогенної мікробної біоплівки внаслідок відповідного антимикробної спектру [14] і завдяки імуномодельючим властивостям за рахунок депонування у нейтрофілах, макрофагах, фібробластах, проявляючи антибактеріальний, протизапальний й регенеративний ефекти [7].

В літературі повідомляється про досвід використання короткого курсу антибіотикотерапії азитроміцином додатково до консервативного пародонтологічного лікування з нестійким мікробіологічним й клінічним ефектом [8,12,14]. Незважаючи на проведені клінічні дослідження, залишається остаточно невирішеною проблема вибору режимів призначення препарату [12], що обґрунтовує застосування більш тривалих [10].

Метою роботи було вивчення ефективності довготривалого курсу азитроміцину як супровід консервативної пародонтологічної терапії хронічного генералізованого пародонтиту за клінічними показниками і динамікою концентрацій ІЛ-1, АСТ і АЛТ в пародонтальних кишнях для підвищення ефективності лікування.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ «УМСА» та Науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава. Перед початком дослідження було отримано схвалення комісії по біоетиці Української медичної стоматологічної академії. У клінічне дослідження були включені 40 пацієнтів, віком 23-65 років, з ХГП I, II та III ступенів тяжкості. Перед включенням у клінічне дослідження, всі пацієнти проходили скринингове обстеження для верифікації діагнозу. Пацієнтам проводили загальний аналіз крові, аналіз крові на глюкозу, огляд порожнини рота з визначенням індексів, рентгенологічне дослідження.

Всім пацієнтам проводили первинне пародонтологічне лікування (ППЛ 1), яке включало зняття зубних відкладань, поліровку; іригації та інстиляції у пародонтальні кишні (ПК)