



6. Пальчун В. Т. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость. /В. Т. Пальчун, Е. М. Сагалович. //Вестн. оторинолар. – 1994. – №5–6. С. 5–11
7. Пальчун В. Т. Оториноларингология: Руководство для врачей. /В. Т. Пальчун, А. И. Крюков – М.: Медицина, 2001. – 616 с.

УДК: 616. 21–002. 5–036. 2(470. 631)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛОРОРГАНОВ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А. О. Гюсан

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

(Главный врач – канд. мед. наук А. М. Тебуев)

Ставропольская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Кошель)

В последние десятилетия рост заболеваемости туберкулезом принял в России угрожающий характер, а летальность среди впервые выявленных больных увеличилась почти вдвое [10, 11]. В 2007 г. заболеваемость туберкулезом составила в стране 82,4 человека на 100 тысяч населения, смертность – 19,7 человека. Число всех впервые заболевших в стране составило 117646 человек. Однако можно с полной уверенностью говорить, что это далеко не точная статистика. Так, как люди очень пассивно относятся к необходимому обследованию. Подобная тенденция роста заболеваемости туберкулезом имеет место во всех странах СНГ, в некоторых из них вплотную приближаясь к границе эпидемиологической опасности [2].

В связи с этим интерес к туберкулезной инфекции возрос, однако вне поля зрения остаются вопросы внелегочного туберкулеза [9].

В высокоразвитых странах Европы, а также в США и Канаде внелегочная локализация туберкулеза в структуре общей заболеваемости туберкулезом колеблется от 25 до 50%. В нашей стране этот процент значительно ниже и составляет 4,6. Такая существенная разница, по мнению ряда исследователей, свидетельствует о недовыявлении и недоучете больных туберкулезом внелегочной локализации в России [1, 7].

Известно, что туберкулез способен поражать любой из ЛОР-органов. В этих условиях вопрос о диагностике специфических изменений верхних дыхательных путей и уха приобрел особую актуальность.

Самым частым осложнением легочного туберкулеза является поражение гортани. Отдельные авторы [17] отмечали наличие туберкулеза гортани у 37% больных туберкулезом легких. В последующем по данным других авторов, под воздействием новых специфических лекарственных препаратов этот процент снизился до 3–9,6%. Поражение гортани тяжелое и наиболее частое проявление туберкулеза верхних дыхательных путей и, как правило, является осложнением легочного процесса. Хотя по данным иностранных авторов в отдельных случаях отмечается первичный туберкулез гортани (Espinoza C. et al., 1981; Kempf H. G., 1991; Ramadan H. N. et al., 1993 цит. по Чумакову Ф. И., Лукьяновой М. А. [11]), но он является исключительно редким.

Основные симптомы заболевания: охриплость и болезненное глотание (кашель, боль, дисфагия, одышка).

Среди всех форм впервые выявленного туберкулеза легких по Самаре за 5 лет туберкулез гортани составил 0,3% (9 чел.) Основной формой туберкулеза легких с туберкулезом гортани был диссеминированный туберкулез с подострым течением (76%) и инфильтративный (24%) с распадом и бактериовыделением [].

Хотя современная терапия туберкулеза позволяет несколько снизить это осложнение, однако следует иметь в виду, что и в настоящее время оно нередко встречается и может протекать под маской других заболеваний [12].



Клинически диагностируемый туберкулез глотки встречается по данным различных авторов от 0,6% до 3% по отношению к больным туберкулезом легких. Однако на секции туберкулез глотки обнаруживается значительно чаще – до 18%. При этом наиболее обоснованной кажется точка зрения авторов, считающих основным путем заноса инфекции гематогенный. Эта точка зрения подтверждается случаями милиарного туберкулеза глотки. Однако, при развитии тяжелых язвенных поражений глотки у больных с далеко зашедшими формами туберкулеза глотки, возможно заражение и через бациллярную мокроту.

Частота хронического среднего туберкулезного отита за последние годы значительно снизилась [13]. В середине прошлого века 3–5% всех гнойных отитов были туберкулезными. В настоящее время туберкулезный средний отит встречается значительно реже.

Ранний диагноз туберкулеза среднего уха затруднен вследствие следующих факторов: лишь 0,04% хронических отитов имеют туберкулезное происхождение, что резко снижает индекс подозрения; в последние годы изменилась клиническая симптоматика туберкулезного среднего отита; результаты посевов часто отрицательные.

Туберкулез среднего уха обычно возникает в детском или юношеском возрасте. Клинические симптомы: отсутствие боли в начале заболевания, резкая тугоухость, не адекватная распространению процесса, множественные перфорации барабанной перепонки, казеозные выделения, эрозия слуховых косточек, появление профузной грануляционной ткани. Позднее может возникнуть мастоидит или туберкулезный остеомиелит височной кости. Прогрессирующий процесс ведет к параличу лицевого нерва (у 35% детей), деструкции проводящего аппарата, к вовлечению улитки с лабиринтом, к глухоте и к внутричерепному распространению инфекции (экстрадуральный абсцесс, туберкулезный менингит). Диагноз крайне затруднен.

При подозрении на туберкулез необходимы рентгенологическое исследование височных костей и легких, анализ мочи и кожные тесты. При патогистологическом исследовании могут быть милиарные, грануломатозные или казеозные изменения. Эффективное противотуберкулезное лечение улучшает прогноз у большинства больных. При неосложненном течении хирургическое лечение не показано [18].

Целью нашего исследования явился анализ обследования больных республиканского противотуберкулезного диспансера на протяжении последних пяти лет (2002–2007) и выявление больных с туберкулезом ЛОР-органов.

Поскольку туберкулез ЛОР-органов во всех наблюдаемых нами случаях был вторичным у больных с имеющимся туберкулезом легких, мы позволим себе дать некоторые данные по общей заболеваемости туберкулезом в республике.

За это время заболеваемость туберкулезом на 100000 населения составила в среднем 55,1. Причем заболеваемость туберкулезом среди мужчин наблюдалась в два раза выше, чем среди женщин. Так по нашим данным в последние три года заболеваемость мужчин была в среднем – 77,8 на 100000 населения, женщин – 29,7. Показатель общей заболеваемости туберкулезом увеличился на 9,7%.

Доля больных по диагнозам ко всем впервые выявленным с туберкулезом органов дыхания по КЧР за 2006–2007 гг. представлена в таблице 1.

Особенности эпидемического процесса в значительной мере определяются динамикой смертности.

Смертность от туберкулеза на 100000 населения приведена в таблице 2.

Высокая смертность от туберкулеза, объясняется поступлением в стационар впервые выявленных больных с тяжелыми, распространенными поражениями легких, с генерализованным туберкулезным процессом, с тяжелой соматической патологией,отягощающей течение основного заболевания.

Материал и методы. Среди всех консультированных нами 142 больных с различной формой туберкулеза легких, в возрасте от 32 до 65 лет, мужчин было 98 (69,0%), женщин – 44 (31,0%). У 87 (61,3%) был диссеминированный процесс в легких, у 42 (29,6%) – инфильтративный и у 13 (9,1%) – фиброзно-кавернозный.



Таблица 1

Заболеваемость туберкулёзом в КЧР за 2006–2007 гг.

Диагноз	2006 г.	2007 г.
Инфильтративный туберкулез	70,1%	65,0%
Диссеминированный туберкулез	9,7%	14,5%
Очаговый туберкулез	10,9%	9,0%
Плеврит	2,2%	5,5%
Туберкулез верхних грудных лимфатических узлов	4,0%	4,5%
Фиброзно-кавернозный туберкулез	1,1%	0,5%
Туберкулома	0,5%	0,5%
Состояние после операции резекции части легкого	1,1%	-
Состояние после пульмонэктомии	-	0,5%

Таблица 2

Смертность от туберкулёза в КЧР за 2002–2006 гг.

	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
КЧР	7,6	12,6	8,0	8,2	5,0

Туберкулезное поражение ЛОР-органов нами обнаружено у 12 больных (8,4%). Туберкулез гортани отмечен у 7 больных, туберкулез глотки у 3х и у двух больных выявлен туберкулез уха.

Все больные туберкулезом гортани и глотки были мужчины с активной формой легочного процесса. Только у одного из них наблюдался стеноз гортани. Однако при дальнейшем обследовании этого больного и проведении гистологического исследования у него был обнаружен ещё и плоскоклеточный рак гортани. Только у этого больного мы были вынуждены провести трахеотомию.

У всех больных туберкулезом гортани преобладали продуктивные формы заболевания, сопровождающиеся воспалительной пролиферацией ткани. При таком поражении приходится проводить дифференциальный диагноз между туберкулезом и раком гортани. Как показали наши наблюдения, не исключена возможность одновременного поражения органа этими заболеваниями.

Так, мы наблюдали больного К., 1948 г. рождения, которому после гистологической верификации нами был установлен диагноз рака гортани, он прошел рентгенотерапию в краевом онкологическом диспансере. При контрольном осмотре, учитывая клиническую картину заболевания, заподозрен туберкулез гортани. Осмотрен совместно с фтизиатром, установлен диагноз инфильтративный туберкулез легких, осложненный туберкулезом гортани. Диагноз подтвержден результатом гистологического исследования при, котором обнаружены гигантские клетки Пирогова–Лангханса.

Основной жалобой больных с туберкулезом гортани была охриплость голоса, у троих одновременно отмечалась боль при глотании.

Последняя жалоба связана с локализацией процесса в области преддверия гортани. Лишь у одного больного наблюдали выраженное увеличение лимфатических узлов шеи.

При эндоскопическом исследовании гортани установлено, что у 5 больных патологический процесс локализовался в области преддверия гортани.

Причем, у трех больных отмечалась диффузная инфильтрация в области черпаловидных хрящей, лепестка надгортанника и преддверной складки, как правило с одной из сторон, а у двух имелись неправильной формы язвы с бледными грануляциями в области дна с инфильтрацией окружающей ткани.

У двух больных туберкулезная инфильтрация отмечалась в области голосовой складки. При видеосэндоскопии голосовых складок у них нами отмечено некоторое ограничение их подвижности и асинхронное движение голосовых складок в момент фонации.



Следует отметить, что у большинства больных (66,6%) изменения со стороны крови не были характерными для больных туберкулезом. Не было повышенного количества лейкоцитов, увеличения палочкоядерных нейтрофилов, моноцитоза, лимфо- и эозинопении. Только у 4 больных наблюдали ускоренное СОЭ. Ни один больной не жаловался на кровохаркание [3, 6].

Больные с туберкулезом глотки жаловались на резкие боли при глотании, невозможность приема пищи, усиленную саливацию. Двое из них отмечали иррадиацию боли в ухо. При фарингоскопии на фоне гиперемии слизистой оболочки и её инфильтрации обнаружены неглубокие, неровные язвочки на задней стенке глотки и задних небных дужках.

Поскольку поражение легких, не всегда предрешает вопрос о характере поражения глотки, диагностика туберкулеза глотки представляет определенные трудности. Мы наблюдали больного с туберкулезом легких и афтозным стоматитом.

В некоторых случаях лабораторные анализы не позволяют выявить туберкулезное поражение, а гистологическое исследование не всегда возможно.

Особые трудности были связаны с выявлением туберкулезного среднего отита. Так по нашим данным [4, 5] у 15,7% больных туберкулезом легких выявляется патология уха.

Чаще всего это нейросенсорная тугоухость, возникшая в результате ототоксического действия лекарственных препаратов, более 90% из них больные, принимающие в течение длительного времени антибиотики аминогликозидного ряда.

Однако выявить специфический характер заболевания среднего уха удалось только у двух больных на основании гистологического исследования удаленных грануляций. Причем только у одного из них при бактериологическом исследовании тканей среднего уха обнаружена туберкулезная палочка.

Нами наблюдалась больная, которая была снята с учета в противотуберкулезном диспансере и лечилась в ЛОР-отделении с диагнозом острый двусторонний средний отит, осложненный лабиринтной тугоухостью и двусторонним парезом лицевого нерва. Только гистологическое исследование материала, удаленного во время трепанации сосцевидного отростка, позволило установить диагноз специфического процесса.

Выводы:

1. *Туберкулез способен поражать любой из ЛОР-органов и отоларингологи должны иметь в этом плане определенную настороженность.*
2. *Наиболее часто из верхних дыхательных путей туберкулезом поражается гортань.*
3. *В наших случаях преобладал гематогенный занос инфекции, и процесс локализовался в области преддверия гортани.*
4. *В большинстве случаев отмечается продуктивный характер процесса в гортани в связи с чем, всегда приходится проводить дифференциальный диагноз с опухолевым заболеванием.*
5. *Туберкулез гортани и злокачественные новообразования не исключают друг друга и могут поражать орган одновременно.*
6. *При любом хроническом и вялотекущем среднем отите необходимо иметь ввиду его возможную туберкулезную этиологию.*
7. *Решающим в постановке диагноза туберкулезного поражения ЛОР-органа должно являться не только клиническое обследование и рентгенологические данные, указывающие на туберкулез легких, но и гистологическое исследование пораженной ткани.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородулин Б. Е. Клинические и иммунологические проявления туберкулеза гортани. / Б. Е. Бородулин. Тр. Всерос. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии»: Проблемы реабилитации в оториноларингологии, Самара, 2003. – С. 411–413.
2. Влияние туберкулезной инфекции на развитие зубочелюстных аномалий и их профилактика. / Л. И. Авдонина, С. В. Петров, Г. Е. Христьян и др. // Дентал Юг, 2008. – №2. – С. 52–56.
3. Гюсан А. О. Многообразие морфологических форм туберкулеза гортани. / А. О. Гюсан. // Успехи современного естествознания. – 2005. – №9. – С. 92.
4. Гюсан А. О. Дифференциальная диагностика заболеваний уха у больных туберкулезом легких. / А. О. Гюсан. Мат. 2-го национального конгресса аудиологов. 6-го Международного симпозиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» М.: 2007. – С. 84–85.



5. Гюсан А. О. Трудности диагностики туберкулезного среднего отита. /А. О. Гюсан. // Современные наукоемкие технологии. 2007. – №11. – С. 125.
6. Гюсан С. А. Особенности диагностики туберкулеза гортани. / С. А. Гюсан, А. О. Гюсан. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии: Мат. респ. науч.-практ. конф., посвященной 70-летию кафедры ОРЛ Дагестанской ГМА. Махачкала, – 2007. – С. 78–79.
7. Дягилев В. В. Наблюдение туберкулеза гортани. / В. В. Дягилев, В. Н. Степанов, С. С. Малашенок. Тр. Всерос. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии»: Проблемы реабилитации в оториноларингологии, Самара, 2003. – С. 422–423.
8. Езерский Р. Ф. Туберкулезное поражение среднего уха с генерализацией процесса у новорожденного ребенка. / Р. Ф. Езерский, И. Н. Белых, Е. Н. Копылов // Вестн. оторинолар., 1995. – №1. – С. 54–55.
9. Левашев Ю. Н. Внегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность. /Ю. Н. Левашев, А. Ю. Мушкин, А. Н. Гришко // Пробл. туб. – 2006. – №11. – С. 3–6.
10. Чумаков Ф. И. Туберкулез гортани. /Ф. И. Чумаков. // Вестн. оторинолар., 2001. – №4. – С. 63–65.
11. Чумаков Ф. И. Об особенностях туберкулеза гортани. /Ф. И. Чумаков, М. А. Лукьянова. //Там же. 1999. – №6. – С. 40–42.
12. Gertler R. Tuberculous laryngitis – a one year harvest. /R. Gertler, L. Ramages. // J. Laryng. Otol., 1985, 99, №11, 1119–1125.
13. Glover S. C. Clinical record. Tuberculous otitis media – A reminder. /S. C. Glover, R. M. D. Tranter, J. A. Innes. // J. Laryngol. Otol., 1981, 96, №12, 1201–1204.
14. Godbersen G. S. Reversible Innenohrschwerhörigkeit bei Mittelohr tuberculosis. /G. S. Godbersen, H. Rudert. // H. N. O., 1984, 32, №10, 426–428.
15. Kley W. Zur Diagnose der Mittelohr-tuberkulose. /W. Kley. // H. N. O., 1984, 32, №10, 424–425.
16. Laryngeal tuberculosis: Review of twenty cases. /M. J. Levenson, M. Ingerman, C. Grimes et al. // Laryngo scope, 1984, 94, №8, 1094–1097.
17. Travis L. W. Tuberculosis of the Larynx. /L. W. Travis, R. L. Hybels, M. N. Newman. // Laryngo scope (St. Louis), 1976, 86, №4, 549–558.
18. Tuberculosis Otitis Media. / F. E. Lucente, G. W. Tobias, S. C. Parisier et al. // «Laryngoscope» (St. Louis), 1978, 88, №7 p. 1, 1107–1116.
19. Yaniv E. Tuberculosis otitis media: A clinical record. /E. Yaniv. // Laryngoscope, 1987, 97, №11, 1303–1306.

УДК: 616. 22–006. 52: 615. 37

МЕТОД ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ

*Х. Ш. Давудов, *И. И. Матёла, **А. А. Темнов,

*И. И. Нажмуудинов, *Ю. Б. Сулейманов, *Б. Х. Давудова

*ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрав, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

**НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ, г. Москва

(Директор – член-кор. РАМН С. В. Гатъе)

Среди иммунологических факторов, принимающих участие в защите организма от опухолей, основная роль принадлежит клеточной форме защиты. Наиболее активными клетками в разрушении опухоли являются CD8 (Т-супрессоры) и CD4 (Т-хелперы) Т-клетки. Если CD8 Т-клетки выполняют прямую киллерную функцию, то CD4 Т-клетки способствуют её успешной реализации. Помощь со стороны Т-хелперов осуществляется через секретируемые цитокины. Среди них наибольшую роль играет интерферон- γ , который стимулирует макрофаги и увеличивает активность НК клеток (естественных киллеров CD16) [5, 8, 13].

Состояние иммунодепрессии хорошо известно при онкологических заболеваниях. С этим синдромом связывают механизм опухолевой прогрессии [1].

Однако иммунодепрессия выявляется не только при злокачественных опухолях, но и при доброкачественных – таких как папиллома. Многими исследователями при папилломатозе гортани (ПГ) выявлены нарушения в Т-звене иммунитета, изучены микробиологические и иммунологические аспекты системы антиинфекционной защиты [5, 10, 12].