



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 декомпенсированной формы с атопическим компонентом.



Материал и методы. Под наблюдением находилось 90 больных ХТ компенсированной формы в возрасте от 16 до 32 лет. Мужского пола было 48, женского – 42. По данным анамнеза и сведениям поликлинических карт больше половины больных /54%/ страдало ХТ свыше 10 лет, 40% болели от 5 до 10 лет и 6% от 2 до 5 лет. По данным личного и семейного аллергологического анамнеза у 68,6% больных имелись указания на наличие наследственной отягощенности по аллергическим болезням.

У одной трети обследованных /у 32,1%/ диагностированы различные заболевания аллергического характера, преимущественно респираторного тракта.

Внутрикожное тестирование больных было проведено с использованием бытовых, пылевых, эпидермальных, пищевых и бактериальных аллергенов. В этиологической структуре преобладали положительные реакции на бытовые и пылевые аллергены. На бактериальные аллергены положительные реакции констатированы лишь у 14 больных, при этом в чистом виде они не были получены ни у одного больного. Поливалентная сенсibilизация диагностирована у 52/57,7%/ обследованных, моно- и бивалентная – у 38/42, 3%/. У всех 90 больных с положительными кожно-аллергическими реакциями было установлено повышенное/от 610,7 до 4200 МЕ/мл/ содержание иммуноглобулина Е класса в сыворотке крови, при физиологической норме/от 100 до 165 МЕ/мл/. Как известно увеличение уровня концентрации иммуноглобулина Е в сыворотке крови является одним из патогномоничных признаков атопической аллергии.

Наблюдавшиеся нами пациенты, по способу лечения методом случайного выбора были разделены на три группы по 30 человек в каждой из них. Больные 1 группы получали традиционное, общепринятое лечение, включающее промывание лакун миндалин антисептическим раствором мирамистина курсом 8–12 процедур; низкочастотный ультразвук на область проекции небных миндалин у углов нижней челюсти курсом 8–10 сеансов, а также глюконат кальция, аскорбиновую кислоту, димедрол в обычной для взрослых дозировке и режиме в течение 15–20 дней. Наряду с указанной схемой лечения, больным этой группы проводился полный курс специфической иммунотерапии /СИТ/ «виновными» аллергенами. При сочетании бытовой и пылевой аллергии СИТ проводили двумя смесями аллергенов: бытовой и пылевой. Для составления аллергенных смесей мы, как и другие авторы, пользовались не более 5 аллергенами одной группы в каждой смеси.

Во 2 группе больных, наряду с общепринятой методикой консервативного лечения ХТ, назначали рибомунил по схеме фирмы производителя : 3 таблетки 1 раз утром натошак 4 раза в неделю в течение 3 недель первого месяца, а затем в той же дозе в первые 4 дня второго и третьего месяца.

Больные 3 группы подвергнуты лечению по общепринятой схеме, как и предыдущие две группы, без включения в протокол лечения иммуностропных методов терапии.

В качестве объективных методов оценки результатов лечения в каждой из трех клинических групп, кроме клинических данных, изучали цитологическую картину слизистой оболочки небных миндалин, гуморальный и клеточный иммунитет при поступлении больных в стационар и в конце курса лечения. У больных 1 группы проверяли также гистоморфологическую и морфогистохимическую картину биоптатов небных миндалин до и после лечения.

В работах, опубликованных нами ранее дана оценка состоянию гуморального и клеточного иммунитета, цитологического пейзажа слизистой оболочки миндалин, морфогистохимической картины миндалин до и непосредственно по окончании лечения [4, 5, 6].

В настоящей работе будут проанализированы клинические результаты отдаленных наблюдений.

Для клинической оценки эффективности лечения были проанализированы показатели динамики субъективных и объективных проявлений хронического тонзиллита. Для стандартизации субъективных симптомов /жалобы на дискомфорт при глотании, першение в горле, ощущение комка слизи и постороннего предмета/, происходящих в процессе лечения, была выбрана шкала от 0 до 3 баллов, по которой симптомы оценивали по степени выраженности/0 баллов – отсутствие, 1 балл – легкая выраженность, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженная/, по результатам анкетирования. Изменения фарингоскопической картины анализи-



ровали по следующим признакам: гиперемия краев передних дужек /признак Гизе/, валикообразное утолщение краев небных дужек /признак Преображенского/, отечность краев небных дужек /признак Зака/, состояние дренажной функции лакун миндалин, отечность язычка, гипертрофия боковых валиков и лимфоидных образований задней стенки глотки, инъецированные сосуды на стенке глотки и мягкого неба, вязкая слизь в глотке/. Фарингоскопические изменения оценивали согласно визуально – аналоговой шкале по 3-х бальной шкале / 0 – отсутствие, 1 – легкие, 2 – умеренные, 3 – выраженные/.

После анализа полученных данных, клинический эффект оценивали как «отличный и хороший», «удовлетворительный» и «без эффекта». Согласно подобной шкале оценки результатов лечения, отличные и хорошие результаты к концу курса СИТ в 1 группе получены у 23/76,7%/, удовлетворительные – у 5/18,9%/ и без эффекта – у 2/6,7%/ пролеченных. За период наблюдений в течение трех лет из под наблюдения выбыло 5 человек, в том числе и 2 больных, первичные результаты которых были оценены как без эффекта. Через 1 год после лечения отличные и хорошие результаты сохранились у 20/76,9%/ из 25, удовлетворительные – у 5/29,2%, а через 3 года соответственно у 18/69,2%/ и 8/30,7%/. При этом у 2 больных через год после СИТ имело место обострение хронического фарингита, у одного – одновременно и обострение хронического тонзиллита, через 3 года у 5 больных наблюдались ОРЗ.

Резюмируя отдаленные результаты лечения больных ХТ компенсированной формы с атопией с применением СИТ можно подчеркнуть, что иммунотерапия «виновным» аллергеном является высокоэффективным методом базисной терапии при хроническом компенсированном тонзиллите с атопией.

Во 2 группе больных, лечившихся с использованием рибомунила, непосредственные результаты лечения у 17/56,6%/ были оценены как отличные и хорошие, у 10/33,3%/ – удовлетворительные, у 3 (10%) – без эффекта. В динамике наблюдений за больными этой группы выяснилось, что благоприятные результаты лечения (по данным субъективных и объективных данных), отмеченные по окончании курса лечения, сохраняются лишь первые 8–12 месяцев, а в дальнейшем они постепенно угасают. В связи с этим для оценки лечения в более отдаленные сроки у больных, получивших рибомунил, мы изучили частоту эпизодов РРЗ. При этом мы исходили из известного положения о том, что одним из наиболее объективных критериев эффективности лечения очагов хронической инфекции ВДП является показатель частоты эпизодов РРЗ после проведенного лечения [14, 23]. При поступлении в отделение из 30 пациентов данной группы 19 человек болели от 3 до 5 раз в году, остальные 11 более 5 раз. Спустя 6 месяцев после окончания санационной терапии из 28 анкетированных 8 человек перенесли РРЗ от 1 до 5 раз, через 1 год они повторялись неоднократно у 14 из 25, через 2 года у 19 из 25, через 3 года из 21, явившихся на осмотр, не было ни одного пациента, не болевшего РРЗ.

Традиционный метод санации миндалин при ХТ с атопией без включения в схему лечения иммунотропных средств не оказало существенного влияния на клеточный и гуморальный иммунитет. После завершения курса санационной терапии можно было отметить лишь: слабо выраженная положительная динамика в отношении отдельных показателей клеточного пейзажа слизистой оболочки миндалин. Наблюдения за больными 3 группы в первые месяцы после лечения показали, что частота эпизодов РРЗ уменьшилась в основном за счет болеющих более 5 раз в год. Через 4–6 месяцев после выписки клинико-лабораторные данные, в том числе частота РРЗ были такие же, как и до курса лечения. Следовательно, традиционный метод лечения больных ХТ компенсированной формы с атопией не оказывает заметного влияния на состояние гуморального и клеточного иммунитета, а клинический эффект санации является непродолжительным.

Выводы:

1. В патогенезе и клиническом течении хронического тонзиллита определенную роль играет неинфекционно-аллергический / атопический/ фактор.
2. Специфическая иммунотерапия неинфекционными аллергенами является базисным методом лечения хронического тонзиллита компенсированной формы с атопическим компонентом.



3. *Под влиянием специфической иммунотерапии у больных хроническим тонзиллитом наступает коррекция системного иммунитета, активизируется иммуногенез и ослабевают проявления аллергического воспаления в тканях небных миндалин.*
4. *Рибомунилотерапия в комплексе с традиционными методами лечения больных хроническим тонзиллитом с атонией способствует повышению результатов терапии и коррекции иммунитета, главным образом, его клеточного звена.*
5. *Неспецифические традиционные способы лечения при хроническом тонзиллите с атонией не оказывают какого-либо заметного влияния на гуморальный иммунитет, а относительно благоприятный клинический эффект не продолжителен.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Некоторые аспекты тонзиллярной проблемы в настоящее время /В. Ф. Антонив, А. И. Перекрест, Т. В. Короткова // Вестн. оторинолар. – 1995. – №1. – С. 43–45.
2. Гаджимирзаев Г. А. Заболевания верхних дыхательных путей при atopической бронхиальной астме/ Г. А. Гаджимирзаев, Д. В. Стефани, В. Н. Нестеренко // Там же. – 1980. – №5. С. 54–57.
3. Гаджимирзаев Г. А. Лечение заболеваний верхних дыхательных путей у детей с atopической астмой/ Г. А. Гаджимирзаев, В. Н. Нестеренко // Вопросы охр. материнства и детства. – 1981. – №2. – С. 16–18.
4. Гаджимирзаев Г. А. Специфическая иммунотерапия при хроническом тонзиллите / Г. А. Гаджимирзаев, М-Р. И. Гогурчунов, А. А. Гамзатова// Рос. оторинолар. – 2005. – №5. – С. 40–44.
5. Гаджимирзаев Г. А. Морфогистохимические изменения в тканях небных миндалин после курса специфической иммунотерапии /Г. А. Гаджимирзаев, М. М. Багомедов, А. А. Гамзатова. Мат. ХУП съезда оториноларингологов России. СПб,РИА-АМИ. – 2006. – С. 90.
6. Гаджимирзаев Г. А. Лечение хронического тонзиллита с atopическим компонентом с включением в программу терапии рибомунила / Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова, М-Р. И. Гогурчунов// Рос. оторинолар. Приложение, 2007. – С. 523–527.
7. Гофман В. Р. Клиническая иммунология хронического тонзиллита / В. Р. Гофман, А. В. Черныш, Ю. А. Шевченко. СПб: « Наука», 1988. – 132 с.
8. Гудкова Е. И. Диагностическое значение реакции лейкоцитоллиза для выявления бактериальной аллергии у больных вазомоторным ринитом и эффективность специфической десенсибилизирующей терапии / Е. И. Гудкова. Тр. II Всеросс. съезда оторинолар. – М., 1968. – С. 113–115.
9. Гудкова Е. И. Специфическая гипосенсибилизирующая терапия у больных хроническим тонзиллитом / Е. И. Гудкова, Н. М. Митрохина, М. И. Васенович . УП съезд оторинолар. СССР : Тез. докл. – М.: Медицина, 1975. – С. 93–94.
10. Дроздова М. В. Предоперационная иммунотерапия детей с патологией лимфаденоидного глоточного кольца / М. В. Дроздова, Г. С. Мальцева // Рос.. оторинолар. – 2004. – №3. – С. 23–26.
11. Кирьянов В. В. Опыт использования фотохромотерапии в лечении хронического тонзиллита/ В. В. Кирьянов, В. И. Линьков, И. А. Хаммад//Там же. – 2004. – №3. С. 42–44.
12. Кишук В. В. Исследование связи между состоянием лимфоглоточного кольца и развитием патологии в организме / В. В. Кишук// Журн. ушн., нос. и горл. бол.. – 2001. – №1. – С. 47–49.
13. Коркмазов М. Ю. Анализ неинвазивных методов лечения хронического тонзиллита / М. Ю. Коркмазов, Д. А. Чайченко. Наука и практика в оторинолар. Тез. докл. 3 Всеросс конф. оторинолар. М., 2004. – С. 132–133.
14. Коровина Н. А. Опыт применения и перспективы использования рибомунила при очагах хронической инфекции верхних дыхательных путей /Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, А. Л. Заплатная. Сб. работ «Опыт применения рибомунила в России». М.: Издательство «БЭСТ- В» Ковров, 1996. – С. 50–51.
15. Крюков А. И. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита/ А. И. Крюков, Н. А. Шостан, А. Б. Туровский// Вестн. оторинолар., 2005. – №3. С. 50–51.
16. Лучихин Л. А. Опыт применения препарата имудон при лечении острых и хронических заболеваний глотки/ Л. А. Лучихин, О. В. Марченко, А. В. Гуров. Мат. конф. оторинолар. России. «Опыт лечебной работы и обучения в оторинолар.». М., 2003. С. 210–211.
17. Митрохина Н. М. К вопросу о бактериальной аллергии и специфической десенсибилизирующей терапии при аллергической риносинусопатии и бронхиальной астме/ Н. М. Митрохина. Тр. 2 Всеросс. съезд оторинолар. М., 1968. – С. 166–168.
18. Назаренко К. Г. Аллергопатология у детей, имеющих гиперплазию лимфоидной ткани/ К. Г. Назаренко, В. В. Березнюк, Л. С. Овчаренко// Журн. ушн., нос. и горл. болезней. – 2001. №1. – С. 44–47.
19. Пальчун В. Т. Паратонзиллит – спорные вопросы лечебной тактики/ В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, В. В. Владимиров/ / Вестн. оторинолар. – 1993. – №4. – С. 28–32
20. Пальчун В. Т. Болезни уха, горла и носа(Учебник для медвузов). /В. Т. Пальчун, А. И. Крюков// М.: Медицина, 1997.
21. Сквирская А. А. К вопросу о классификации хронического тонзиллита/ А. А. Сквирская, В. В. Березнюк, В. С. Зайцева// Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2003. – №3. – С. 44–46.
21. Тырнова Е. В. Методы клинической биохимии в диагностике хронического тонзиллита /Е. В. Тырнова, Г. С. Мальцева/ /Рос. оторинолар. – 2005 – №4. – С. 108–111.



22. Хаитов Р. М. Рибомунил: коррекция иммунной системы у больных хроническим бронхитом/ Р. М. Хаитов, А. М. Борисова, Н. В. Хорошилова//Практикующий врач. – 1995. №1. – С. 18–21.
23. Хаммад И. А. Иммунологический статус при лечении хронического тонзиллита после воздействия красного светодиодного цвета/ И. А. Хаммад// Рос. оторинолар. – 2005. №1. – С. 110–112.
24. Цветков Э. А. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в иммунной системе организма/Э. А. Цветков, Н. Н. Науменко//Росс. оторинолар. – 2003. №3. – С. 7–14.
25. Conturier P. Diagnostic et traitement des formes trompeuses de l'allergic respiratoire chez l'enfant. /P. Conturier. / Ann. Pediatr., 1973 – Vol. 20. – №1. – 97–98.
26. Huzing E. H. Differential diagnostic of rhinopati. Outlining of the subject. /E. H. Huzing // Acta oto-rhino-laring. (Belg.), 1979. – Vol. 33. – №4. – p. 556–560.

УДК: 616. 21. 001. 32

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ВЛАДИКАВКАЗА

Г. А. Георгиади

*ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Росздрава,
г. Владикавказ*

(Зав. каф. оториноларингологии с курсом офтальмологии – проф. Г. А. Георгиади)

История развития медицины во Владикавказе началась с образованием лазарета, обслуживающего воинский контингент. В 1808 году при Владикавказской крепости был уже развернут временный военный госпиталь на 300 коек. Госпиталь этот оказывал помощь не только солдатам и офицерам армии, но и членам их семей и местному населению.

Знаменательным событием для Владикавказского госпиталя был приезд Н. И. Пирогова в 1847 году. Он знакомил военных врачей с методом эфирного наркоза. Н. И. Пирогов произвел показательную операцию по поводу удаления зоба с применением эфирного наркоза [1].

В 1890 году группа военных врачей госпиталя, которые в большинстве своем были выпускниками Петербургской военно-медицинской Академии, решила организовать во Владикавказе медицинское общество. В 1891 году Министерство Внутренних дел рассмотрело проект Устава Терского медицинского общества (г. Владикавказ был центром Терской области включавшей в себя Чечню, Ингушетию, Кабарду, Осетию, Карачай и Кавказские минеральные воды), и в 1892 году 20 ноября Устав был утвержден. 28.01.1893 года состоялось первое учредительное собрание общества, которое работало на базе Владикавказского военного госпиталя. К концу первого года существования общества в нем состоялось 79 членов (врачи, провизоры, фармацевты, дантисты, ветеринарные врачи).

Впервые квалифицированную оториноларингологическую помощь во Владикавказе начал осуществлять с 1900 года Борис Яковлевич Чернявский, который родился 11.04.1871 года (по старому стилю) в хуторе Чернявском, станицы Александровской Кизлярского отдела Терской области в семье крестьян. Проявив отличные успехи в церковно-приходской школе, он был направлен на продолжение учебы во Владикавказ, где закончил с отличием гимназию и уехал на Украину преподавателем сельской школы. В 1892 году он поступил и в 1897 году окончил медицинский факультет Киевского университета.

В течение трех лет Борис Яковлевич специализировался по болезням уха, носа и горла в ведущих клиниках Европы; у Адама Политцера (Вена, Австрия) и Г. Хиари (Германия).

Получив солидную подготовку по оториноларингологии Борис Яковлевич возвращается во Владикавказ в 1900 году, где вначале работает в военном госпитале, затем в железнодорожной лечебнице, ингушской больнице (ранее располагавшейся во Владикавказе) и одновременно ведет частный прием больных на дому по ул. Лорис – Меликовской (ныне Ленина) в доме № 59.01.09.1903 г. во Владикавказе на улице Евдокимовой (ныне Горького) открылась частная лечебница для проходящих больных. Стоимость совета врача составляла 50 коп. (что было