

По данным анамнеза, обтягощенная в плане аллергии наследственность наблюдалась у 74% больных, сопутствующие аллергические заболевания (атопическая бронхиальная астма, крапивница, дерматит, аллергия к пенициллину и др.) — у 61%. Явная связь обострения с аллергеном отмечена у 69% больных.

Кожное тестирование и провокационные назальные тесты подтвердили наличие гиперчувствительности к пылевым аллергенам у 46% больных, бытовым — у 25%, эпидермальным — у 15%, сочетанную — у 14%. Отмечался выраженный ответ на гистамин как в кожных пробах, так и в ТТЕЭЛ. Показатели клеточного иммунитета не отличались от таковых в контрольной группе. К особенностям гуморального иммунитета мы отнесли тенденцию к снижению в сыворотке крови уровня иммуноглобулина А и высокий уровень общего иммуноглобулина Е. Наиболее значительными эти показатели были у больных с пылевой сенсибилизацией.

Типирование антигенов системы HLA выявило наличие HLA-A2 — у 13% больных, HLA-B7 — у 34%, HLA-B27 — у 6%. Эозинофилия до 15% имела место у 84% больных.

Обследованные были разделены на три группы по признаку специфической гиперчувствительности: с бытовой, пылевой и сочетанной сенсибилизацией. Во всех указанных группах проводилось дифференцированное лечение: в 1-й — элиминация аллергена; во 2-й — специфическая иммунотерапия (СИТ) бытовыми (25 больных) или пылевыми (38) аллергенами короткими курсами (1—1,5 мес) один раз в год; в 3-й — неспецифическая терапия мембраностабилизаторами (интал, кетотифен и др.), ингибиторами фосфодиэстеразы (теофиллин), классическими антигистаминными средствами — блокаторами H_1 -рецепторов, димефосфоном как блокатором H_1 - и H_2 -рецепторов и пиримидиновым производным ксимедоном как препаратом иммуномодулирующего действия.

Нами ранее была установлена способность ксимедона понижать уровень общего сывороточного IgE, поэтому препарат был включен в комплексную терапию аллергического ринита. Оптимальной оказалась комбинация ксимедона (3—4 раза в сутки по 0,5 курсом 15 дней) с СИТ, которая обеспечивала положительный эффект в 90% случаев. Монотерапия ксимедоном была успешной у 74% больных, монотерапия СИТ — у 62%. Вероятный механизм действия ксимедона связан с его влиянием на соотношение и активность регуляторных клеток, контролирующих синтез специфического IgE.

Димефосфон как блокатор H_1 - и H_2 -рецепторов обладает преимуществами в сравнении с классическими антигистаминными препаратами, ибо не проявляет типичных побочных седативных эффектов и может применяться длительно.

УДК 616.322—002.2—089.853

Х. А. Алиметов, В. М. Кислова (Казань). Модификация полухирургического метода лечения хронического тонзиллита

Известно, что при хроническом тонзиллите казеозные пробки образуются преимущественно в лакунах первого порядка, в широкой их части, ближе к выходу. Причиной образова-

ния застойного патологического секрета и пробок в лакунах является затруднение эвакуации из них вследствие узости устья или деформации его после неоднократных воспалительных процессов.

Мы применяем полухирургические вмешательства, имеющие целью расширение устьев лакун. Подготовка больного заключается в промывании лакун антисептическими растворами (фурациллин, йодинол, диоксидин) в течение 5—6 дней. Хирургический этап состоит из рассечения устья лакун серповидным ножом и гальванокаустики ткани миндалин в межлакунарном пространстве. Инструмент вводят в паренхиме на глубину до 1 см с образованием туннеля, что в последующем ведет к сморщиванию ткани миндалин и расширению просвета лакун, то есть к улучшению их дренажной функции. Операцию производят под местной анестезией как в условиях поликлиники, так и в стационаре.

С 1992 г. туннельная гальванокаустика небных миндалин произведена 30 больным. В некоторых случаях (по выбору хирурга) применяли ультразвуковую дезинтеграцию по приведенной выше методике. Из 30 больных, леченных методом туннельной гальванокаустики небных миндалин, обострение хронического тонзиллита наблюдалось только у 2.

Метод имеет следующие преимущества перед существующими: не нарушая архитектоники лакун, улучшает их дренажную функцию; малая травматичность и отсутствие осложнений позволяют широко применять ее в амбулаторных условиях; сокращается время нетрудоспособности больного после полухирургического вмешательства.

УДК 616.322—002.2—02:616.322—008.87

И. М. Будник, Р. В. Федоров, Р. У. Багыршин (Казань). Влияние консервативной терапии на микрофлору небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом с сердечной патологией

Для оценки эффективности консервативного лечения больных с хроническим тонзиллитом отобрана группа детей от 4 до 14 лет (50 чел.), состоящая на учете в детском кардиодиспансере. До лечения и после него у них определяли микрофлору слизистой небных миндалин.

До лечения чаще всего выявляли полифлору, состоящую преимущественно из симбиоза β -гемолитического стрептококка в разведении от 10^5 — 10^9 , золотистого — от 10^4 до 10^{10} и эпидермального стафилококков — от 10^6 до 10^{12} у 24 детей (1-я группа). У 13 пациентов (2-я группа) имело место сочетание β -гемолитического (10^4 — 10^{10}) и α -гемолитического стрептококков (10^5 — 10^9), золотистого стафилококка (10^5 — 10^{11}). Микрофлора, состоящая из золотистого (10^4 — 10^9) и эпидермального стафилококков (10^5 — 10^9), наблюдалась у 9 больных (3-я группа), β -гемолитический стрептококк (10^5 — 10^7), эпидермальный стафилококк (10^5 — 10^8) и нейссерии (10^5) — у 3 детей (4-я группа). У одного ребенка высевалась синегнойная палочка в сочетании с золотистым стафилококком.

Посев микрофлоры сопровождали определением ее чувствительности к антибиотикам. У 24 больных микрофлора была устойчива к большинству антибиотиков пенициллинового