

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 сенсibilизацией.

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 сенсibilизацией. 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 H₁-рецепторов, димефосфоном как блокатором H₁- и H₂-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 H₁- и H₂-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 полужиргического 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 полужиргические вмешательства, имеющие целью расширение устьев лакун. Подготовку больного заключается в промывании лакун антисептическими растворами (фурациллин, йодинол, диоксидин) в течение 5—6 дней. Хирургический этап состоит из рассечения устья лакуны серповидным ножом и гальванокаустики ткани миндалина в межлакунарном пространстве. Инструмент вводят в паренхиму на глубину до 1 см с образованием туннеля, что в последующем ведет к сморщиванию ткани миндалина 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 полужиргического 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 10⁵—10⁹, золотистого — от 10⁴ до 10¹⁰ и эпидермального стафилококков — от 10⁶ до 10¹² у 24 детей (1-я группа). У 13 пациентов (2-я группа) имело место сочетание β-гемолитического (10⁴—10¹⁰) и α-гемолитического стрептококков (10⁵—10⁹), золотистого стафилококка (10⁵—10¹¹). Микрофлора, состоящая из золотистого (10⁴—10⁹) и эпидермального стафилококков (10⁵—10⁹), наблюдалась у 9 больных (3-я группа), β-гемолитический стрептококк (10⁵—10⁷), эпидермальной стафилококк (10⁵—10⁸) и нейссерии (10³) — 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

ряда, эритромицину, гентамицину, тетрациклину, линкомицину, во всех случаях — к капаммицину, неомичину и полимиксину.

Комплексное консервативное лечение хронического тонзиллита включало промывание лакун, УЗ-терапию непосредственно на небные миндалины и гипосенсибилизирующих и иммунокорригирующих препаратов внутрь (дибазол, метилгурацил, нукленат натрия, продигнозан, элеутерококк, витамины групп В, С, А, Е, антигистаминные препараты, кальция глюконат, активированный уголь).

У 13 детей при обращении имели место длительный (до 2—6 мес) субфебрилитет, увеличенная СОЭ (17—28 мм/ч), жидкий гной в лакунах, отклонения показателей ЭКГ. С учетом чувствительности микрофлоры лакун промывали растворами антибиотиков в сочетании с 10% раствором димексида 8 раз, затем растворами 0,5% лизоцима, 7,5% димефосфона, 0,1% левомизола также 8 раз. УЗ применяли транзониллярно с антибиотиками другого ряда и гидрокортизоном. У всех больных после лечения нормализовались картина крови, температура, показатели ЭКГ.

24 детям, у которых высевалась микрофлора, устойчивая к антибиотикам, первый курс промывания лакун осуществляли бактериофагами (пиофаг, стафилофаг) в количестве 10 процедур и иммуномодуляторами вторым курсом — 6—8 процедур. УЗ назначали с гидрокортизоном и лизоцимом.

У детей 3-й группы лакун промывали настоями трав (эвкалипт, зверобой и мать-и-мачеха; чистотел, череда и зверобой) первым курсом (8 промываний) и иммуномодуляторами вторым курсом (8). УЗ-терапию проводили с антибиотиками и гидрокортизоном с учетом чувствительности микрофлоры.

Одному ребенку с синегнойной палочкой в микрофлоре далее выполняли пастирование лакун с метранидазолом. У всех детей лакун обрабатывали 0,5—1% раствором азотнокислого серебра.

Через 7—10 дней после лечения вновь исследовали микрофлору. У 22 детей 1-й группы разведение гемолитического стрептококка снизилось до 10^3 , золотистого стафилококка — до 10^3 , эпидермального — до 10^4 . У 9 детей 2-й группы нормализовалась микрофлора, у 2 — появилась нейссерия (10^6), что свидетельствует о недостаточно эффективной гипосенсибилизирующей терапии, большей аллергизации организма, требующей, по-видимому, более тщательного аллергологического обследования и корригирующего лечения. В 3-й группе количество представителей условно-патогенной микрофлоры также резко уменьшилось, тогда как обычно встречающаяся флора (коагулазонегативный стафилококк, дифтероиды, нейссерия) нормализовалась у 8 больных.

Следовательно, целенаправленное консервативное лечение при осложненных формах хронического тонзиллита у большинства больных приводит к замещению патогенной флоры на обычную.

УДК 616.322—002.2—08:577.156.7

Л. Н. Гусева (Казань). Фитотерапия в комплексном лечении больных хроническим тонзиллитом

Проведена клиническая оценка сочетания

ингаляционной терапии фитопрепаратами и средств, влияющих на иммунную систему.

Под наблюдением находились 60 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 15 до 45 лет с давностью заболевания от 2 до 20 лет. Больным, кроме клинического обследования делали посев флоры из глубины лакун на выявление микробов или грибов с последующим определением чувствительности к антибиотикам и ставили кожные аллергологические пробы с микробными аллергенами.

Большинство больных связывали свое заболевание с периодическими переохлаждениями. При поступлении они жаловались на частые ангины в прошлом (от 1—2 раз до 3—4 раз в год), слабость, общее недомогание, неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок из лакун миндалин, чувство неловкости в глотке, иногда на боли колющего характера в сердце и субфебрильную температуру.

При осмотре миндалин были рыхлые, лакуну заполнены жидким гноем или казеозногнойными пробками, дужки гиперемированы, утолщены, спаяны с миндалинами. Регионарный лимфаденит определялся у 52 больных. На диспансерном учете никто из больных ранее не состоял, лечение им проводилось различными методами только в момент обострения заболевания и давало временный эффект.

Положительный аллергологический анамнез выявлен у 12 больных преимущественно к лекарственным препаратам (40%), пищевым продуктам (30%), косметике (20%) и растениям (10%). Кожные пробы с бактериальными аллергенами выполнены у 30 больных, при этом положительные пробы на стрептококк оказались у 23 больных, на стафилококк — у 12, поливалентные на стрептококк и стафилококк — у 10, *Neisseria safarrhals* — у 2, кишечную палочку — у 1, протей — у 1, пневмококк — у 1. При определении показателей иммунной системы обнаружено уменьшение содержания Т-лимфоцитов в основном у больных с большей давностью заболевания и частыми ангинами (40—50% при норме 60—70%). У большинства больных (68%) был выделен бета-гемолитический стрептококк группы А, в сочетании с золотистым стафилококком — у 45% и грибы рода *Candida* — у 3%. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам показало, что стрептококковая флора наиболее чувствительна к пенициллину, ристомицину и олеандомицину, в то время как стафилококковая флора устойчива или мало чувствительна к широко применяемым в клинической практике антибиотикам. Всем больным на основании клинического обследования был выставлен диагноз хронического декомпенсированного тонзиллита с рецидивами ангины.

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа лечения. В 1-й группе (30 чел.) назначали курс промывания лакун водным раствором полыни (10 промываний ежедневно), 10 ежедневных ингаляций с 0,05% раствором левамизола и внутрь глюконат кальция с диазолином в течение 10 дней и ежедневным приемом витаминов групп В и С. Во 2-й группе (30 чел.) в курс лечения входили 10 промываний лакун миндалин 0,05% раствором левамизола ежедневно, 10 ежедневных ингаляций пихтового масла, прием внутрь глюконата кальция и диазолина в течение 10 дней и ежедневным витаминами групп