

УДК 616.322-002-036.12-085:612.017

Л.И. Корнейчук, Н.П. Черных, А.В. Воронцова

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

*Ключевые слова:* хронический тонзиллит, иммунный статус.

Тонзиллярная патология является одной из серьезных проблем в медицине и выходит за пределы оториноларингологии. Уровень заболеваемости хроническим тонзиллитом по России составляет от 15,8 до 31% [4, 5]. Формирование хронического очага воспаления в небных миндалинах происходит в результате длительного взаимодействия патогенной микрофлоры с макроорганизмом. Наибольшее значение в этиологии хронического тонзиллита, по данным разных авторов, имеет β-гемолитический стрептококк, стафилококки, особенно в присутствии аденовируса [3, 6, 11, 12].

По нашим данным, при бактериологическом исследовании посевного материала, взятого из лакун и с поверхности миндалин у 273 больных хроническим тонзиллитом, наиболее часто наблюдался рост колоний различных штаммов стафилококка, причем в большинстве случаев высевался золотистый стафилококк. Реже определялся стрептококк и только в 1 случае – патогенная кишечная палочка. В остальных наблюдениях высеивалась смешанная микрофлора, причем здесь чаще наблюдалась ассоциация стафилококка и стрептококка (табл. 1).

Длительный контакт патогенной флоры с тканями миндалин вызывает реакции регионарного иммунитета, которые осуществляются специфическими (антителообразование) и неспецифическими (эпителиальный барьер, фагоцитоз, действие ферментов и др.) факторами. При инфекционной сенсибилизации организма иммунный ответ происходит за счет кооперации Т- и В-систем иммунитета [1, 2, 8, 10]. Нарушение иммунного баланса при хроническом тонзиллите отражает степень сенсибилизации организма.

Проведено исследование иммунного статуса у 148 больных с декомпенсированным хроническим тонзиллитом по общепринятым методикам – изучались клеточный, гуморальный иммунитет и неспецифическая защита [2, 9]. Для большинства пациентов оказалось характерно нарушение соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров в сторону дефицита последних, что совпадает с данными литературы [3] и указывает на дисбаланс иммунных процессов с наличием аутоиммунизации. В 11,62% случаев наблюдалось уменьшение абсолютного числа В-клеток, что свидетельствовало об ослаблении иммунного ответа, снижении антителогенеза. У 20,9% пациентов зарегистрировано снижение кон-

центрации в сыворотке крови IgA, что указывало на ослабление местной защиты. В 20,8% случаев было повышено содержание IgM, что характерно для первичной антигенной стимуляции, а также аутоиммунного процесса. Данную группу больных представляли лица с обострением тонзиллита или метатонзиллярными заболеваниями (ревматоидный артрит, эндо- или миокардит, пиелонефрит, сепсис).

У пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом наблюдалось также изменение показателей неспецифического иммунитета: дефицит общего комплемента и его фракций (88,4% случаев), нарушение поглотительной и функциональной активности фагоцитов (51,2% случаев), высокое содержание циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови (46,5% случаев).

Всем больным проводилось комплексное лечение. При компенсированном тонзиллите лакуны миндалин промывались растворами антисептиков: 0,2% этикридина лактат, 0,02% фурацилин, 0,1% диоксидин, фитопрепараты (хлорофиллипт, ротокан, мараславин, ромазулон, азулен, настои ромашки, календулы, тысячелистника, шалфея и др.). Из физиотерапевтических методов применялось комбинированное воздействие микроволнами и ультразвуком на подчелюстные области, для санации миндалин – ультрафиолетовое облучение и лазеротерапия. Использовалось также воздействие на воротниковую зону и область шейных симпатических узлов гальваническим и синусоидальными модулированными токами, назначались адаптогены [7]. Местно выполнялись полоскания, смазывание миндалин раствором Люголя и медом; применялись таблетированные препараты местного действия (фарингосепт, септолете, стрепсилс и др.) и орошения миндалин аэрозолями (ингалипт, каметон, камфомен, тантум верде, пропосол). Как правило, одного-двух курсов лечения было достаточно, чтобы при контрольном посеве из лакун патогенная микрофлора не обнаруживалась.

При декомпенсированной форме хронического тонзиллита, особенно при наличии метатонзиллярной патологии на фоне выраженных нарушений иммунитета, такого лечения оказалось недостаточно. Дополнительно назначались антибактериальная терапия с учетом чувствительности флоры, орошение миндалин биопароксом, а также иммунокоррекция

Таблица 1

Результаты бактериологического исследования при хроническом тонзиллите

Флора	Число наблюдений	
	абс.	%
Стафилококк	197	72,1
в т.ч. золотистый	161	58,9
Стрептококк	43	15,8
Кишечная палочка	1	0,4
Смешанная флора	32	11,7
в т.ч. стафилококк и стрептококк	28	10,3

с учетом показателей иммунного статуса. После обработки миндалин антисептиками и фитопрепаратами их лакуны промывались бактериофагом, который также вводили внутрь лакун. В некоторых случаях, при наличии массивного обсеменения миндалин стафилококком и склонности к образованию паратонзиллярных абсцессов с целью повышения напряженности иммунитета, применялся стафилококковый анатоксин, специфический или неспецифический гамма-глобулин. В редких случаях, при снижении иммунитета и массивном обсеменении смешанной флорой, наличии в анамнезе паратонзиллярных абсцессов и частых ангин, сначала проводился курс паратонзиллярных инъекций антибиотиков, а затем параллельно с иммунокоррекцией — местное лечение и физиотерапия.

После курса комплексного лечения при контрольном иммунологическом тестировании отмечено изменение показателей в сторону нормализации в течение последующих 3-6 месяцев. При регулярной санации миндалин и удачно подобранной схеме иммунокоррекции изменение иммунологической картины становится весьма отчетливым: количество циркулирующих иммунных комплексов нормализовалось, восстанавливались или приближались к норме показатели общего комплемента, особенно его компоненты С3 и С5, улучшались количественные и качественные показатели клеточного иммунитета. Клинически это выражалось в отсутствии обострений хронического тонзиллита, удлинении ремиссий метатонзиллярных осложнений, снижении проявлений аутоагрессии. Показатели иммунитета восстанавливались до нормальных величин через 2-3 года.

#### Литература

1. Кирпичникова Г.И., Неверов В.А., Ремезов А.П. *Иммунитет, иммунодефициты, иммуноориентированная терапия: Методические рекомендации.* — СПб., 1997.
2. *Клиническая иммунология/ Под ред. А.В. Караулова.* — М.: МИА, 1999.

3. Константинова Н., Морозова С.// *Врач.* — 1999. — № 12. — С. 4-6.
4. Котельникова Г.С. *Клинико-иммунологическая и хронобиологическая характеристика больных хроническим тонзиллитом в условиях береговых муссонов: Методические рекомендации.* — Куйбышев, 1985.
5. *Материалы по изучению ангин и хронического тонзиллита в Приморском крае: Методические рекомендации.* — Владивосток, 1978.
6. Мельников А.А., Терновская Л.Н.// *Вопросы тонзиллярной патологии: Сб. работ.* — Куйбышев, 1971. — С. 47-50.
7. Николаевская В.П. *Физические методы лечения в оториноларингологии.* — М.: Медицина, 1989.
8. Новиков Д.К. *Справочник по клинической иммунологии и аллергологии.* — Минск: Беларусь, 1987.
9. *Оценка иммунного статуса организма: Методическое пособие.* — М., 1987.
10. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. *Аллергические болезни: Диагностика и лечение.* — М.: ГОЭТАР Медицина, 2000.
11. Солдатов И.Б. *Лекции по оториноларингологии.* — М., 1990.
12. Солдатов И.Б.// *Научные исследования кафедры оториноларингологии Куйбышевского медицинского института им. Д.И. Ульянова.* — Куйбышев, 1971.

Поступила в редакцию 23.06.03.

#### REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS UNDER THE CONTROL OF IMMUNITY INDICES

L.I. Korneichuk, N.P. Chernyikh, A.V. Vorontsova  
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)

*Summary* — The authors studied 273 cases of chronic tonsillitis and ascertained the distinctions between general and local immune disturbances under various forms of the disease and presence of metatonsillar pathology. The use of immunocorrecting therapy in the complex treatment of the patients allowed eliminating immune system defects and improving clinical course of metatonsillar pathology, as well as achieving during a period of 2-3 years absolute sanitation of palatine tonsils and normalization of immunological indices.

*Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 47-48.*

УДК 616.718.55./65-001.5-089.881(571.63)

В.Б. Лузянин, С.Н. Колчанов, Л.С. Филипченков,  
М.Ф. Фадеев, А.Ф. Волков

### ДОЗИРОВАННАЯ ТЕНЗОМЕТРИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),  
Владивостокский государственный медицинский  
университет

*Ключевые слова:* остеосинтез, голень, дозированная нагрузка, реабилитация.

Современные функциональные методы оперативного лечения, со стабильной фиксацией костных фрагментов предполагают сокращение восстановительного периода и сроков временной нетрудоспособности. Эти виды остеосинтеза позволяют выполнять раннюю функциональную нагрузку на оперированную конечность, включая сложные переломы без дополнительной внешней иммобилизации [1, 7].

Одним из факторов повышения эффективности лечения переломов костей голени после погружного остеосинтеза является предложенная нами, послеоперационная реабилитация с контролируемой ранней тензометрической нагрузкой.\* Важными моментами

\* Рацпредложение № 2436 от 22.11.2001 г. «Способ реабилитации больных после остеосинтеза костей голени».