

УДК 616. 322—089—053.2+616.611—002—031.81—053.2

С. Р. ИБОЯН, Р. М. МИНАСЯН

О ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Проведено наблюдение над эффективностью тонзиллэктомии при гломерулонефрите у детей в возрасте от 5 до 14 лет в зависимости от клинических особенностей заболевания. Наибольшую эффективность наблюдали у детей с гематурической формой, особенно в случае тонзиллэктомии, проведенной на 4—6-й неделе заболевания.

В оценке той или иной терапии необходимо руководствоваться не только клинико-лабораторными данными гломерулонефрита, но и иммунологическими тестами, различными при неодинаковых формах заболевания.

О влиянии хронического тонзиллита на возникновение и течение гломерулонефрита у детей известно давно [8, 12, 13]. В настоящее время единого мнения по вопросу о показаниях к тонзиллэктомии нет. Одни авторы широко рекомендуют ее проведение [4, 5, 7], другие относятся к этому осторожно [2, 11], особенно у детей с хроническим процессом [15]. Если вопрос о влиянии тонзиллэктомии на клиническое течение гломерулонефрита более или менее освещен в литературе, то воздействие ее на иммунологические показатели почти не изучено.

Мы наблюдали 90 детей с гломерулонефритом в возрасте от 5 до 14 лет, из коих у 27 течение заболевания носило волнообразный характер. О связи гломерулонефрита с хроническим тонзиллитом судили на основании данных анамнеза (ухудшение мочевых симптомов с очередной ангиной) и объективного (совместно с отоларингологом) обследования (рыхлость и гиперплазия миндалин, шероховатость их поверхности, увеличение подчелюстных лимфатических узлов и т. д.). Было проведено определение некоторых иммунологических (фагоцитоз, пропердин, комплемент) и аллергических (гистамин, гистаминопексия-ГПИ, сосудистая проницаемость, сывороточная гиалуронидаза) показателей параллельно с изучением уровня АСЛ-О, стафилококкового антитоксина с постановкой кожно-аллергических проб с бактериальными аллергенами.

С момента поступления детей в стационар в общем комплексе лечебных средств проводилось консервативное лечение тонзиллита: регулярный туалет полости рта, активная санация зубов, назначение тубус-кварца и т. д. Одновременно придавалось важное значение средствам, повышающим сопротивляемость организма (аэрация палат, введение витаминов), а также назначение рутин, аскорбиновой кислоты, препаратов кальция и пр.

Проведение консервативного лечения привело к некоторому стиханию воспалительного процесса в области миндалин, что способствовало

уменьшению выраженности ренальных и экстраренальных симптомов гломерулонефрита. Однако повышенная РОЭ (до 35—40 мм/час), микрогематурия, протеинурия (до 0,066—0,99%) говорили о необходимости тонзиллэктомии. Об эффективности последней мы судили у 44 детей (36—с гематурической формой заболевания, операция проведена на 4—6-й неделе заболевания и несколько позже, 8—со смешанной и нефротической формой).

Тонзиллэктомия оказала положительный клинический эффект у преобладающего большинства детей (38 из 44), причем 16 из них были непосредственно переведены из ЛОР-отделения в клинику ввиду кратковременного (от 4 до 8 дней) ухудшения мочевых симптомов (увеличение микрогематурии). Через 6—8 дней дети выписывались в удовлетворительном состоянии с нормальным анализом мочи и крови. В качестве контроля служила группа из 20 детей, у которых по тем или иным причинам не была проведена тонзиллэктомия (отказ родителей, противопоказания со стороны крови и т. д.), в связи с чем они длительное время (более 2—2,5 мес.) находились в стационаре и выписывались домой со стойкими изменениями в анализах мочи, сопутствующими катаральному состоянию миндалин. При катамнестическом наблюдении (через 6—9 месяцев после выписки из стационара) у многих из них сохранялись остаточные явления.

О благоприятном клиническом эффекте тонзиллэктомии судили по повышению пониженного показателя фагоцитоза (с 20—22 до 35—42%), пропердина (с 1,9—2,2 до 3,4—3,9 ед/мл), комплемента (с 0,07—0,06 до 0,05—0,04 усл. ед.). У детей контрольной группы каких-либо сдвигов иммунологических показателей не отмечалось.

Анализ аллергических показателей (20 детей) выявил незначительное снижение повышенных показателей аллергии, проявляющееся в колебаниях гистамина (20—28 и 16—18 мкг%), ГПИ (18—16 и 20—19%), гиалуронидазы (0,2—0,1 и 0,2—0,3 усл. ед.) при незначительном уменьшении сосудистой проницаемости*. Это свидетельствует о том, что с удалением очага хронической инфекции аллергическая настроенность организма исчезает не сразу. Поэтому необходимо дальнейшее наблюдение за детьми, у которых ввиду продолжающейся аллергизации организма при неблагоприятных условиях внешней среды могло бы возникнуть обострение гломерулонефрита или другое заболевание.

Отсутствие как клинической, так и иммунологической эффективности тонзиллэктомии было отмечено у 6 детей с резко отягощенным преморбидным фоном, у которых, помимо гломерулонефрита, имелись

* Средние колебания фагоцитоза 37—40%; пропердина 3,5—4,0 ед/мл; комплемента 0,03—0,04 усл. ед.; гистамина 12—14 мкг%; ГПИ 30—35%; гиалуронидазы 0,3—0,5 усл. ед.; сосудистой проницаемости до 7 лет—61 мин; до 14 лет—76 мин (флюоресцентной методикой).

проявления другого, сопряженного с хроническим тонзиллитом, заболевания (хронической пневмонии, лямблиозного холецистита и т. д.).

Мы располагаем также небольшим числом наблюдений (10 больных) тонзиллэктомии при заболеваниях гломерулонефритом с волнообразным течением (с давностью процесса более 1,5 лет). У некоторых из них [6] это привело к обострению (трое из них были срочно госпитализированы в тяжелом состоянии), у 4 детей существенных изменений в состоянии и в картине клинико-лабораторных симптомов не наблюдалось. Катамнестическое наблюдение показало, что 5 детей находилось в тяжелом состоянии, 4—в стадии незначительного улучшения, у одного наступил летальный исход. Иммунологические исследования у 2 детей выявили резкое снижение показателей неспецифического иммунитета, не изменившихся в процессе оперативного вмешательства, что сочеталось с высокой биохимической активностью гломерулонефрита. Это дает нам основание, подобно ряду авторов, судить о неблагоприятном влиянии тонзиллэктомии у больных с волнообразным течением процесса [10, 14]. Возможно, тонзиллэктомия в условиях пониженной иммунологической реактивности организма не только бесполезна, но и вредна, ибо, являясь своего рода стрессом, может нарушить сохранившиеся барьерные и иммунологические функции организма, осуществляемые миндалинами [3].

В этих условиях возможен прорыв возбудителя в русло крови и ухудшение всей клинической картины болезни. Подтверждением сказанному явилось наблюдение над тремя детьми с волнообразным течением гломерулонефрита, у которых после тонзиллэктомии отмечалось резкое нарастание титра стафилококкового антитоксина (с 1,0—0,5 до 3,0 и выше АЕ). У двух из них из крови был выделен стафилококк, который серологически был идентичен микробу, выделенному у них из зева. Это подчеркивало неблагоприятную в иммунологическом отношении роль стафилококкового воздействия на организм, указывая на необходимость осторожного проведения тонзиллэктомии в подобных случаях. Не излишне вспомнить, что длительно существующий инфекционный очаг приводит к аутоенсибилизации организма, изменению антигенных свойств тканей, которые после удаления очага сами становятся антигенами, способствуя дальнейшей сенсибилизации организма, и в целом ухудшают патологический процесс [9].

Итак, неодинаковая эффективность тонзиллэктомии при разном течении гломерулонефрита указывает на необходимость тщательного анализа показаний и противопоказаний к ее проведению, среди которых учет клинических особенностей болезни, давность процесса и состояние иммуно-аллергических показателей организма должны занимать первостепенное место. При этом мы, как и другие авторы [1, 6, 16], рекомендуем проведение тонзиллэктомии в ранние сроки нефритического процесса, когда незначительное повышение температуры, ускоренная РОЭ, наличие протеинурии, микрогематурии и даже макрогематурии не могут

считаться противопоказаниями, поскольку в почечной ткани еще не успевают развиваться необратимые морфологические изменения.

Эти наблюдения еще раз указывают на то, что в оценке той или иной терапии при гломерулонефрите у детей необходимо руководствоваться не только клинико-лабораторными данными, но и иммунологическими показателями, характеризующими особенности патогенетических моментов при разных клинических проявлениях заболевания.

Выводы

1. Тонзиллэктомия на 4—5-й неделе заболевания у детей с острым течением гломерулонефрита, особенно у детей с гематурической формой заболевания, улучшая показатели неспецифического иммунитета при некоторой сохранности повышенных показателей аллергии, повышает эффективность комплексного лечения.

2. Тонзиллэктомия у детей с волнообразным течением гломерулонефрита не целесообразна, т. к. нередко приводит к обострению и прогрессированию патологического процесса.

3. При проведении тех или иных лечебных манипуляций важно учитывать не только клинические, но и иммуно-аллергические данные, тесно взаимосвязанные с общими закономерностями макроорганизма в ходе нефритического процесса.

Кафедра пропедевтической и факультетской
педиатрии Ереванского медицинского института

Поступила 23/XII 1974 г.

Ս. Ռ. ԻՐԱՅԱՆ, Ռ. Մ. ՄԻՆԱՍՅԱՆ

ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ԳԼՈՄԵՐՈՒԼՈՆԵՖՐԻՏՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ
ԿԱՏԱՐՎՈՂ ՏՈՆԶԻԼԵԿՏՈՄԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակների կողմից հետազոտվել են 5—14 տարեկան նեֆրիտով տառապող 90 երեխաներ, որոնք միաժամանակ տառապել են քրոնիկական տոնզիլիտով:

Հետազոտված երեխաներից 54-ի մոտ, չնայած ձևափոխված կոնսերվատիվ բուժմանը, երկամային ու արտաերկամային ախտանշանները պահպանվել են, որից ելնելով որոշվել է այդ հիվանդներին ենթարկել տոնզիլեկտոմիայի: Վերջինից դրական արդյունք է ստացվել հատկապես հիվանդության սուր ընթացքի ժամանակ, մինչդեռ ձգձգված ընթացքի դեպքում տոնզիլեկտոմիան չի ուղեկցվել հիվանդների ընդհանուր դրության լավացումով: Նշիկների հեռացումը ուղեկցվել է ոչ սպեցիֆիկ իմունիտետի ցուցանիշների աճով՝ հատկապես դրական բուժական արդյունքի դեպքում:

Ելնելով իրենց դիտողության արդյունքներից, հեղինակներն առաջարկում են բուժական միջոցառումների արդյունավետությունը գնահատել ոչ միայն կլինիկական ցուցանիշներով, այլ նաև կիրառել օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ իմունիտետի գործոնները, ինչպես նաև ակերգիայի վիճակը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Белоусов В. А., Землянская Л. А. Педиатрия, 1965, 12, стр. 33.
2. Виктор Э. Клиническая нефрология (пер.). М., 1968.
3. Воячек В. И. Основы отоларингологии. М., 1953.
4. Гнатюк А. И. Вопросы охр. мат. и детст., 1967, 2, стр. 1.
5. Григ М. Г. Хронический тонзиллит и заболевание почек. М., 1967.
6. Зорян Э. А. Автореф. дисс. канд. Ереван, 1972.
7. Игнатова М. С., Ларский Э. Г. Вопросы охр. мат. и детст., 1971, 8, стр. 49.
8. Лебедев Д. Д. Очерки о реактивности организма и ее значение в педиатрии. М., 1965.
9. Мишер П., Форлендер К. Иммунопатология в клинике и в эксперименте и проблема аутоантител (пер.). М., 1963.
10. Олевский М. И. Тр. Всесоюзн. съезда детских врачей. М., 1961.
11. Тареев Е. М. Основы нефрологии. М., 1972.
12. Чирешкин Д. Г. Автореф. дисс. канд. М., 1959.
13. Bardler A. Rev. Prat., 1965, 15, 961.
14. Gilly R. et al. Pediat., 1970, 25, 6, 697.
15. Hamori A. et al. IV Inter. Congr. Nephrol., Stockholm, 1969, 147.
16. Link R. Pediat., Prax., 1967, 6, 2, 299.