

*Ստուգիչ խումբը կազմված է եղել 100 հիվանդից՝ 50-ական հասարակ և
սյնատրուկտիվ ապենդիցիտով:*

*Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ իմունոթերապիան
նպաստում է հետվիրահատական շրջանի ինֆեկցիոն բնույթի բարդություն-
ների նվազմանը և թեթևացնում է այդ շրջանի ընթացքը:*

G. M. PIRUZIAN, G. L. MIRZA-AVAKIAN, R. M. MANOUKIAN
V. A. MKRTCHIAN

IMMUNOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF APPENDICITIS

The immunotherapy carried out in patients with acute appendicitis by levamisole and leukocytic mass improves the course of the postoperative period and lowers the quantity of infectious complications.

УДК 616.322—002.2—07

К. Г. ШУКУРЯН, Г. А. БАБАЯН, Г. А. АРУТЮНЯН, Л. А. ЯВРЯН,
К. В. МХЕЯН, А. К. ШУКУРЯН

К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

На большом клиническом материале установлена частота наиболее достоверных местных симптомов компенсированного и декомпенсированного хронического тонзиллита.

Результаты исследования могут быть использованы при решении вопроса о показаниях к выбору метода лечения этого заболевания.

В настоящее время в клинической практике широко используют пятую VII Всесоюзным съездом оториноларингологов (1975 г.) классификацию хронического тонзиллита. По этой классификации различают две формы хронического тонзиллита—компенсированную и декомпенсированную, которые в зависимости от общего состояния организма, окружающей среды и т. д. могут переходить одна в другую. Вопросы клиники, дифференциальной диагностики этих форм хронического тонзиллита, а также выяснение механизма перехода одной из указанных форм в другую и причин, обуславливающих этот переход, заслуживают дальнейшего изучения.

В настоящей работе поставлена задача дать сравнительную клиническую характеристику местных признаков хронического тонзиллита при его компенсированной и декомпенсированной формах и попытаться оценить их дифференциальное значение и патогномоничность.

С этой целью нами была составлена специальная «карта обследования больных хроническим тонзиллитом», куда входили вопросы, объединяющие жалобы обследуемого, анамнестические данные, подробная объективная картина зева и глотки с отдельно отмеченными местными признаками хронического воспаления миндалин, которые представлены в клинической классификации И. Б. Солдатова [4]. По этой клас-

сификации к числу наиболее достоверных местных признаков компенсированной и декомпенсированной формы хронического тонзиллита относятся: 1) гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек; 2) рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками; 3) разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины; 4) казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин; 5) регионарный лимфаденит—увеличение зачелюстных лимфатических узлов.

Обследовано 525 больных хроническим тонзиллитом (225 с компенсированным и 300 с декомпенсированным) в возрасте от 16 до 40 лет, из них 285 мужчин и 240 женщин.

Результаты наших наблюдений показали, что у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита гиперемия и валикообразные утолщения небных дужек выявлены в 87,6%, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками—в 71%, разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины — в 57%, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин—в 19,5%, регионарный лимфаденит—в 48% случаев.

Необходимо отметить, что по классификации И. Б. Солдатов, для диагностики хронического тонзиллита достаточно наличия двух местных признаков. У обследованных нами больных сочетание этих признаков было выявлено более чем в двух пунктах.

При объективном исследовании глотки мы обращали внимание и на состояние других скоплений лимфоидной ткани, находящихся на задней и задне-боковой стенке глотки в виде боковых валиков и островков фолликулярной ткани, допуская при этом, что выраженность их также может указывать на наличие хронического воспалительного процесса.

Известно, что декомпенсированная форма хронического тонзиллита характеризуется не только местными признаками хронического воспаления миндалин, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов, а также их общих и местных осложнений. Обследуя данную группу больных, мы учитывали не только данные объективной картины глотки, но и жалобы, анамнез.

Больные с декомпенсированной формой хронического тонзиллита в анамнезе отмечали частые обострения тонзиллита в течение ряда лет в виде катаральных, фолликулярных и лакунарных ангин, паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов. С давностью заболевания от 2 до 3 лет было 9,3%, от 4 до 5—26%, от 6 до 7 лет—64,7% больных. По частоте обострений хронического тонзиллита 38% больных болели ангины 1—2 раза в год, 45,7% 3—5 раз и 16,3% больных по 6—8 раз.

При изучении характеристики местных клинических признаков хронического тонзиллита в группе больных с декомпенсированной формой было установлено следующее: гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек констатировано у 97% больных, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками у 79,7%, разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины у 87,3%, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин у 48,7%, регионарный лимфаденит у 71% больных.

Таким образом, по совокупности данных, полученных при изучении объективной картины глотки обеих групп больных наиболее выраженным местным признаком хронического тонзиллита является гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек, установленное нами при первой форме в 87,6%, при второй—в 97% случаев (таблица). Мы предполагаем, что указанный признак является следствием нарушения крово- и лимфообращения в окружности хронически воспаленной миндалины, а также результатом длительного выделения патологических продуктов из лакун миндалин и коллатеральной инфильтрации в их окружности.

Таблица

Сравнительная характеристика клинических местных симптомов у больных с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита

Клинические формы хронического тонзиллита	Местные признаки хронического тонзиллита (по классификации И. Б. Солдатова [4]), %				
	I	II	III	IV	V
Компенсированная	87,6	71	57	19,5	48
Декомпенсированная	97	79,7	87,3	48,7	71

В наших наблюдениях обе формы хронического тонзиллита в 84—94% случаев сочетались с хроническим фарингитом. Поэтому неверно считать, что гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек являются характерными только для хронического тонзиллита.

Следующим по частоте у наших больных оказался другой клинический признак—разрыхленность или рубцово-измененные и уплотненные миндалины. Этот признак у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита установлен нами в 57%, при декомпенсированной форме—в 87% случаев. Как известно, хроническое воспаление может протекать на фоне как плотных, так и мягких разрыхленных миндалин. Часто такая разрыхленность является индивидуальной особенностью строения миндалин. Однако у ряда больных она развивается вследствие хронического тонзиллита с частыми рецидивами ангин. Это, по видимому, объясняется тем, что у больных декомпенсированной формой хронического тонзиллита этот симптом встречается значительно чаще, чем у больных с компенсированной формой.

Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками у больных декомпенсированной формой хронического тонзиллита выявлены в 79,7%, а у больных компенсированной формой—в 71% случаев. Спаянность миндалин с дужками развивается, видимо, вследствие постоянного раздражения, а также выделения из лакун гнойного содержимого, что многие авторы связывают с перенесенными ранее ангинами, паратонзиллитами, наличие которых более характерно для декомпенсированной формы хронического тонзиллита.

По нашим данным, регионарный лимфаденит верхне-боковых шейных лимфатических узлов наблюдался почти у половины больных (48%), страдающих компенсированной и 71% больных с декомпенси-

рованной формой хронического тонзиллита. Показано, что этот симптом также, как и предыдущие, имеет относительное значение в связи с тем, что упомянутые выше лимфоузлы являются регионарными не только для глотки, но и для носа, полости рта и т. д. Поэтому увеличение и болезненность лимфоузлов являются признаком хронического тонзиллита только при наличии и других симптомов.

Наличие казеозно-гнойных пробок, жидкого гноя в лакунах миндалин нами выявлено у 19,5% больных компенсированной и у 48,7% больных декомпенсированной формой хронического тонзиллита, т. е. указанный симптом по сравнению с вышеперечисленными признаками встречается значительно реже.

Клинические наблюдения показывают, что у больных с компенсированной формой хронического тонзиллита нередко встречаются миндалины с глубокими лакунами, заполненные казеозными пробками, однако эти больные никаких жалоб не предъявляют. Как показано, казеозные пробки и жидкий экссудат могут образовываться и скапливаться в физиологических условиях независимо от клинических форм хронического тонзиллита. Поэтому можно считать, что наличие содержимого в лакунах небных миндалин еще не является четким признаком их хронического воспаления и его отсутствие также не исключает наличия хронического тонзиллита.

На основании изложенного можно заключить, что все перечисленные клинические местные признаки хронического тонзиллита (по классификации И. Б. Солдатова) наблюдаются как при компенсированной, так и декомпенсированной формах. Однако, как показывают наши наблюдения, при декомпенсированной форме (в процентном отношении) преобладают рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками, разрыхление, рубцовые изменения и уплотнение миндалин, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин. Этот факт, по-видимому, можно объяснить наличием в анамнезе у этих больных рецидивирующего острого тонзиллита (ангины), паратонзиллита, паратонзиллярных абсцессов, которые играют существенную роль в развитии местных и общих клинико-морфологических проявлений при указанной форме заболевания.

Большинство отоларингологов считает, что ни один из местных признаков хронического тонзиллита не является патогномоничным, для диагностики обязательна совокупная оценка всех симптомов, ибо каждый признак в отдельности может быть обусловлен заболеваниями глотки, зубов и пр. [1—5].

Следует отметить, что для диагностики компенсированной формы хронического тонзиллита достаточно наличие всех его местных признаков. Однако здесь допустимо и наличие двух и более местных признаков, но только в случаях сочетания наиболее выраженных и часто встречающихся (гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек, разрыхленность или рубцовое изменение и уплотнение миндалин, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин), тогда как для диагностики декомпенсированной формы с рецидивирующими ангинами, на наш взгляд, достаточно даже одного признака.

В заключение нужно отметить, что оценка клинических местных признаков в дифференциальной диагностике различных форм хронического тонзиллита продолжает оставаться во многом затруднительной. Поэтому изучение и выявление характера специфичности местных признаков хронического тонзиллита и дифференциальная оценка их при наличии хронического воспалительного процесса в глотке в зависимости от клинических форм, тяжести, глубины и характера патологического процесса имеют в практическом отношении большое значение.

Кафедра оториноларингологии
Ереванского медицинского института

Поступила 28/XII 1983 г.

Կ. Հ. ՇՈՒԿՐԻԱՆ, Գ. Ա. ԲԱԲԱՅԱՆ, Գ. Հ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ, Լ. Ա. ՅԱՎՐԻԱՆ, Կ. Վ. ՄԵՆՅԱՆ,
Ա. Կ. ՇՈՒԿՐԻԱՆ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՏՈՆԻԼԻՏԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

525 խրոնիկական տոնզիլիտով տառապող (225 կոմպենսացված և 300 դեկոմպենսացված) հիվանդների մոտ անցկացված է տեղային նշանների կլինիկական բնութագրման համեմատական ուսումնասիրություն՝ նրանց տարբերակիչ նշանակության և յուրահատկության գնահատման նպատակով:

Բացահայտված է, որ խրոնիկական տոնզիլիտի ամենավատահերթ տեղային նշանները հանդիպում են ինչպես կոմպենսացված, այնպես էլ դեկոմպենսացված ձևերի ժամանակ, ըստ որում տոկոսային հարաբերությամբ նրանց որոշ մասը դերակազմում է խրոնիկական տոնզիլիտի դեկոմպենսացված ձևի դեպքում:

Նզրակացվում է, որ խրոնիկական տոնզիլիտի կոմպենսացված ձևի ախտորոշման համար անհրաժեշտ բոլոր կամ երկու և ավելի տեղային նշանների առկայությունը, իսկ կրկնվող անգինաներով ընթացող դեկոմպենսացված ձևի համար բավական է 1 տեղային նշան:

K. H. SHOUKURIAN, G. A. BABAYAN, G. A. HAROUTYUNIAN,
L. A. YAVRIAN, K. V. MKHEYAN, A. K. SHOUKURIAN

ON THE DIAGNOSIS OF CHRONIC TONSILLITIS

The frequency of the most reliable local symptoms of compensated and decompensated chronic tonsillitis is established. The results obtained can be used for the choice of the method of the treatment of this disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Мостовой С. И., Евдощенко Е. А., Абызов А. Т. и др. Хронический тонзиллит. Киев, 1979.
2. Пальчун В. Т. Вестн. оториноларингол., 1977, 6, стр. 66.
3. Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. М., 1970.
4. Солдатов И. Б. VII съезда оториноларингологов СССР. М., 1975, стр. 60.
5. Солдатов И. Б. ЖУНГБ, 1978, 4, стр. 6.