

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНАЛИЗАТОРОВ ЛОР ОРГАНОВ И ИММУНИТЕТА ПРИ СИФИЛИСЕ

Нурлаев М.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
кафедра болезней уха, горла и нос
кафедра кожных и венерических болезней
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе приведены данные по комплексному исследованию анализаторов ЛОР-органов и иммунитета при сифилисе.

ЛОР ОРГАНДАРЫНЫН АНАЛИЗАТОРЛОРУН ЖАНА ИММУНИТЕТТЕРИН СИФИЛИС ООРУСУ УЧУРУЛДА КОМПЛЕКСТҮҮ ИЗИЛДӨӨ

Нурлаев М.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
улак, мурун жана тамак оорулар кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Бул иште ЛОР органдарынын анализаторлорун жана иммунитеттерин сифилис оорусу учурунда комплекстүү изилдөө келтирилген.

INTEGRATED RESEARCH AND ANALYZERS ENT OF IMMUNITY IN SYPHILIS

Nurlaev M.D.

I. K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of ear, nose and throat,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This paper presents data on the complex research analyzers ENT and immunity in syphilis.

Заболеваемость сифилисом на территории республик СНГ отражает социально-экономическое состояние (падение доходов, миграция, рост наркомании и проституции). В Кыргызстане заболеваемость сифилисом достигала пика в 1996 - 1999 гг., когда показатели заболеваемости составляли 144,2 – 167,8 на 100 тыс. населения. Официальные цифры с каждым последующим годом показывают снижение. Однако, в статистике явно имеется погрешность на 1-2 порядка, ввиду большого количества анонимных кабинетов и частных мед центров, что выводит обширный контингент из поля статистики. Заболеваемость нейросифилисом по республике с 2001 по 2007 гг. выросла с 1 до 16 случаев, что невозможно, если бы действительно было снижение числа инфицированных.

Поражение нервной системы при сифилитическом процессе 70-87%, поэтому состояние анализаторных систем ЛОР органов представляет клинический, и теоретический интерес (Овчинникова Ю. М., Константинова

Н. П., Морозова С. В., 1993). Патогенетические звенья процесса станут яснее – если одновременно провести измерение иммунитета.

Методики:

Обследованы пациенты Национального Госпиталя МЗ Кыргызской Республики (отделение неврологии) и Республиканского Центра Дерматологии и венерологии. Всего 50 больных (мужчин 43, женщин 7): с ранним менингovasкулярным сифилисом – 36, его поздней форме – 7, и вторичным рецидивным сифилисом – 7. Группа контроля - 10 человек. Больным проводилось лечение по клиническим протоколам МЗ КР.

Исследование слуха основывалось на: отоскопии; восприятии речи (шепот, разговор числами от 1 до 100, одно- и многозначными фразами), и аудиометрией прибором МА-31.

Исследование вкусового анализатора осуществлялось параллельно: а) растворами сахара и хлористого натрия разных концентраций; и растворами никотиновой и соляной кислот;

Таблица 1 Уровень слуха у больных с различными формами сифилиса

Формы сифилиса	Ранний менинго-васкулярный	Поздний менинго-васкулярный	Вторичный рецидивный	Всего
Количество больных (%)	36 (72%)	7 (14%)	7 (14%)	50 (100%)
Нормальный слух	27 (54%)	3 (6%)	5 (10%)	35 (70%)
Тугоухость I степени	6 (12%)	2 (4%)	1 (2%)	9 (18%)
Тугоухость II степени	2 (4%)	1 (2%)	-	3 (6%)
Тугоухость III степени	1 (2%)	-	-	1 (2%)
Тугоухость IV степени	-	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)

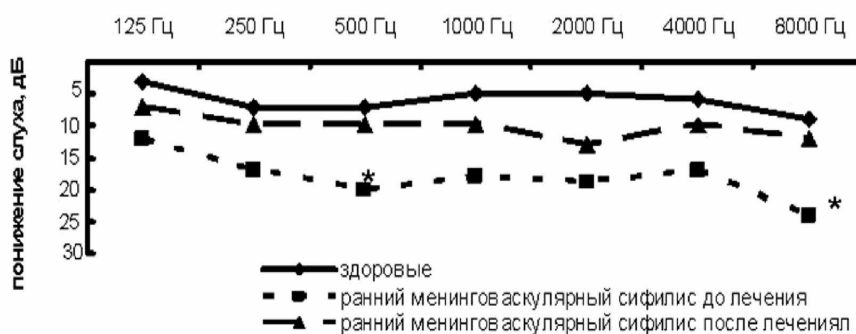


Рис. 1. Изменения порогов слышимости при воздушном проведении звуков у больных с ранним менинго-васкулярным сифилисом.

Примечание: * - P < 0,05 достоверно по отношению к здоровым лицам.

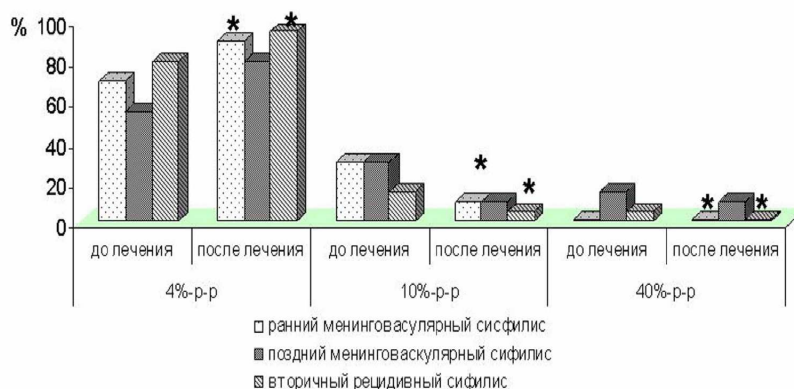


Рис. 2. Восприятие сладкого вкуса при различных формах сифилиса.

Примечание: * - P < 0,05 достоверно по отношению к группе "до лечения".

б) электрогустометрией с использованием постоянного и переменного тока.

При исследовании функции трех обонятельных нервов (n. Olfactorius, n. Trigemini, n. Glossopharyngeus) были использованы настойка валерианы; уксусная кислота; нашатырный спирт. Всего было использовано 27 составов воздушной смеси (%): настойка валерианы в концентрациях от 0,005 до 1; нашатырного спирта от 0,0005 до 1.

Исследование иммунологического статуса. Определяли долю Т и В- лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов, Т-супрессоров и киллеров (с использованием панели моноклональных антител к антигенам CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺ в лимфоцитотоксическом тесте). Гуморальное звено иммунитета - оценивали по концентрациям иммуноглобулинов (А, G, М) методом иммунодиффузии в агаре. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) определялся преципитацией раствором полиэтиленгликоля.

Материал подвергался компьютерной стат. обработке пакетом программ Microsoft Excel.

Результаты:

Понижение уровня слуха отмечено - у 30%, преобладала тугоухость I и II степени (18% и 6%). Тугоухость IV степени - у 2 пациентов (см табл. 1).

У больных с ранним менинговаскулярным сифилисом пороги слышимости снижались по воздушной проводимости достоверно снижались при частотах 500 гц и 8000 г.

У пациентов с ранним менинговаскулярным сифилисом снижается порог слышимости при воздушном проведении звука, особенно на средних и высоких частотах.

Вкусовая чувствительность зависела от формы болезни (см. рис. 2).

Среди больных с ранним менинговаскулярным сифилисом 70% ощущали вкус 4-процентного раствора сахара. После проведенного лечения вкус 4-процентного раствора сахара распознавали уже 90% больных.

При позднем нейросифилисе вкус 4-процентного раствора сахара воспринимали 55% больных. После проведенного лечения восстановление ощущения сладкого констатировано 80% больных. Следовательно, у части больных происходило нарушение восприятия вкуса сладкого, которое восстанавливалось

после проведенного лечения при раннем менинговаскулярном сифилисе и вторичном рецидивном сифилисе. Однако, у большей части больных с поздним менинговаскулярным сифилисом восприятие вкуса сладкого не восстанавливалось.

Ранний нейросифилис называют мезенхимным, т. к. при нем поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга. Обследованные больные отмечали головную боль, шум в ушах, головокружение, снижение слуха, болезненность при движении глазных яблок, т.е. симптомов характерных для раздражения менингеальных оболочек.

Таким образом, при раннем менинговаскулярном нейросифилисе имеет место нарушение обоняния (на препарат ольфактивного действия), который проявлялся нарушениями как ощущения запаха так и распознавания.

Поздний нейросифилис является по своей природе паренхиматозным, т. к. при нем поражаются нервные клетки и волокна, а также глия. Изменения носят воспалительно-дистрофический характер. В развитии позднего нейросифилиса, основную роль играют недостаточное предшествующее лечение черепно-мозговых травм, хронические инфекции и интоксикации (чаще всего алкоголь).

Анализ иммунологических показателей у больных ранним нейросифилисом выявил следующие изменения. Проведенное лечение способствовало повышению уровня общих Т-лимфоцитов, что было статистически достоверно ($P < 0,05$), но все же уровень содержания CD3⁺ у больных ранним нейросифилисом не достиг уровня аналогичных показателей контрольной группы ($P < 0,05$), при этом содержание общих Т-лимфоцитов в группе больных ранним нейросифилисом после проведенного лечения статистически отличались от аналогичных показателей у больных вторичным рецидивным заболеванием после лечения ($P < 0,05$). Анализ иммунных параметров содержания CD4⁺ клеток у больных ранним нейросифилисом показал, что проведенное лечение способствовало повышению содержания данной популяции Т-лимфоцитов после лечения. Уровень CD4⁺ повысился ($P < 0,05$), но следует отметить, что данный показатель не достиг уровня лиц контроля и был достоверно ниже уровня аналогичного показателя здоровых лиц ($P < 0,05$). При сравнении указанных показателей с

такowymi у больными вторичным рецидивным сифилисом после лечения - зарегистрированы достоверные различия. Уровень содержания Т-супрессоров у больных ранним нейросифилисом снизился и был статистически значимым по сравнению с показателями до лечения ($P < 0,05$), после проведенного лечения содержание Т-супрессоров у больных ранним нейросифилисом было не отличимо от показателей здоровых лиц.

Анализ иммунных параметров содержания натуральных киллеров у больных ранним нейросифилисом показал, что проводимое патогенетическое лечение способствовало повышению CD16+ клеток. Данные показатели у больных ранним нейросифилисом не отличались от таковых лиц вторичным рецидивным сифилисом ($P > 0,5$).

После проведенного лечения, порог ощущения соленого восстанавливался, за исключением больных с поздним нейросифилисом, что обусловлено структурными изменениями в нервных волокнах и головном мозге.

Установлено, что если состояние иммунитета при раннем менинговаскулярном нейросифилисе приближается по своим показателям к вторичному рецидивному сифилису, как до, так и после лечения, то при позднем нейросифилисе на фоне иммунодефицита (Т-клеточного звена) - отсутствует эффект стандартного лечения.

Выводы

1. Для комплексной диагностики пациентов с разными формами сифилиса необходимо обследование слухового, вкусового и обонятельного анализаторов для разработки

соответствующей терапии.

2. У больных ранним и поздним нейросифилисом необходимо исследование как клеточного, так и гуморальных звеньев иммунной системы.

3. Недостаточная эффективность терапии по клиническим протоколам МЗ КР, дает основание для использования больными препаратов улучшающие функциональные показатели ЛОР органов.

Литература:

1. *Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Под редакцией А.В. Самцова. Санкт-Петербург 2006, Издательство СпецЛит, 126 с.*
2. *А.Л.Бакулев, О.В.Колоколов, А.П.Суворов. Об особенностях сифилиса нервной системы. // Вестник дерматологии и венерологии 2002,4, с. 53-57.*
3. *Ю.П.Федоров, В.А. Гребенников, В.К.Ометов, С.М.Булохов, Н.Л. Мамина. Вторичный рецидивный сифилис с быстро наступившей глухотой. // Вестник дерматологии и венерологии 1999, 6, с. 82-83.*
4. *Джураев А.Х. Функциональное состояние восьмой пары черепно-мозговых нервов у больных заразными формами сифилиса. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Москва, 1980, 18с.*
5. *Рештейн Н.Н. Слуховая и вестибулярная функция при раннем сифилисе. Автореферат дисс. докт. мед. наук. Ленинград, 1986, 30 с.*
6. *В.И.Кулагин, Г.Д. Селицкий, П.Г. Бозуш, Ф.В. Хубиева, М.В.Шапаренко. Проблема сифилиса центральной нервной системы. // Вестник дерматологии и венерологии. 2003; 2: 63-66.*
7. *Ананьева С.В. «Болезни уха, горла, носа» 2003 г.*
8. *Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. «Болезни уха, горла и носа» 2002г.*