

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ:

РАЗНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Согласно общепринятому в российской литературе определению, хронический тонзиллит (ХТ) — это общее инфекционное заболевание с локализацией хронического очага инфекции в небных миндалинах и периодическими обострениями в виде ангин (В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, 2001).

Ключевые слова: инфекционные заболевания, заболевания глотки, миндалины, тонзиллит

При работе с MeSH (MEDical Subject Headings, контролируемый словарь медицинских терминов) в PubMed нозология «тонзиллит», наряду с назофарингитом и ретрофарингеальным абсцессом, входит в понятие «фарингит», которое объединяет группу воспалительных заболеваний глотки. Для тонзиллита (острый – acute, хронический – chronic, рецидивирующий – recurrent) дается следующая расшифровка: воспаление миндалин, преимущественно небных, в основном бактериального генеза.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Предложено большое количество различных классификаций данного заболевания. В России чаще используют классификацию Б.С. Преображенского, модифицированную В.Т. Пальчуном, и классификацию И.Б. Солдатова (1997) (В.Т. Пальчун, 1977; В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, 2001). Первая из упомянутых классификаций выделяет простую и токсико-аллергическую формы ХТ (I и II степени). Простая форма характеризуется только местными признаками: наличием жидкого гноя и/или казеозно-гнойных пробок, стойкой гиперемией краев небо-язычных дужек, отечностью верхних отделов небных дужек, сращением и спайками миндалин с дужками и треугольной складкой, увеличением и болезненностью при пальпации регионарных лимфатических узлов. К признакам токсико-аллергической формы I степени (ТАФ I), помимо наличия местных признаков, относят субфебрильную температуру, признаки тонзиллогенной интоксикации (слабость, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность), периодические боли в суставах, функциональные нарушения в виде периодических болей в сердце. К признакам токсико-аллергической формы II степени (ТАФ II), помимо перечисленных местных и общих признаков, относят следующие показатели: длительная субфебрильная температура, нарушения сердечной деятельности, регистрируемые на ЭКГ, наличие местных и общих (метатонзиллярных) заболеваний, имеющих единые с ХТ этиологические патогенетические факторы (В.Т. Пальчун, 1977; В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, 2001).

Более удобная в практическом плане классификация И.Б. Солдатова делит ХТ на компенсированную и декомпенсированную формы. В первом случае имеются лишь местные

признаки хронического воспаления миндалин, во втором – помимо местных признаков отмечаются явления декомпенсации в виде паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, частых повторных обострений (ангин), а также различных метатонзиллярных заболеваний (эндо-, мио-, перикардит, полиартрит, гломерулонефрит и др.).

В соответствии с МКБ-10 имеется только одна форма, соответствующая хроническому воспалению в небных миндалинах, – хронический тонзиллит. За рубежом отсутствуют такие понятия, как «компенсированный», «декомпенсированный» или «простой» и «токсико-аллергический» ХТ. В иностранной литературе используют термины «острый тонзиллит» (acute tonsillitis), «хронический тонзиллит» (chronic tonsillitis) и «рецидивирующий тонзиллит» (recurrent tonsillitis) (M.J. Burton, P.P. Glasziou, 2009).

■ В районах с экстремально высоким уровнем загрязнения окружающей среды заболеваемость ХТ в 2,1 раза выше по сравнению с районами с относительно благоприятной экологической ситуацией

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Несмотря на постоянное совершенствование различных методов лечения, будто бы повышающих эффективность лечения ХТ, данная патология продолжает занимать ведущее место в структуре заболеваний глотки (К.С. Зырянова и соавт., 2006). ХТ страдает от 4 до 31% населения (К.С. Шахметова, 2004), при этом отмечен прогрессивный рост хронической патологии миндалин в 1,5–1,8 раза по сравнению с 1970-ми гг., при этом в районах с экстремально высоким уровнем загрязнения окружающей среды заболеваемость ХТ в 2,1 раза выше по сравнению с районами с относительно благоприятной экологической ситуацией. Одновременно увеличивается и частота местных гнойно-воспалительных тонзиллогенных осложнений (В.Р. Чистякова, 2012). Так, несмотря на «успехи» в лечении ХТ, число паратонзиллярных абсцессов за последние 10 лет увеличилось на 18% (J. Powell, J.A. Wilson, 2012), а P. Kasenömm et al. (2005) выявили ревматическое поражение сердца у 11,3% наблюдаемых ими пациентов с ХТ. В первую очередь это связано со снижением хирургической активности (Э.А. Цветков и соавт., 2003; Р.Б. Хамзалиева, 2007; В.Р. Чистякова, 2012). Так, если в 1970–1980-е гг. тонзиллэктомии

(ТЭ) составляли до 73% от всех проводимых ЛОР-хирургами операций, то в последнее время эта цифра снизилась до 10% (К.С. Шахметова, 2004).

Определенную роль при этом играет недостаточная активность в выявлении кандидатов для оперативного лечения. Интересные данные приводят P. Kasenömm et al. (2005): авторы обследовали 62 пациента с ХТ – кандидатов на двустороннюю ТЭ. Ни в одном случае при посеве не был высеян β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), однако при проведении исследования методом ПЦР он был выявлен у 1/3 пациентов.

■ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

При оценке клинических проявлений заболевания важно отметить, что ни один из существующих критериев ХТ не позволяет однозначно установить диагноз. Часто при сборе анамнеза пациенты могут указывать на частые ангины, однако это стоит трактовать с осторожностью, т. к. многие пациенты склонны называть любую боль в горле ангиной. Отсутствие в анамнезе ангин не говорит об отсутствии ХТ. По данным Я.Б. Збышко (2007), безангинная форма наблюдается у 8,5% больных ХТ, зато Г.С. Мальцева (2011) приводит противоположные данные – безангинная форма встречается у 79,2% пациентов. Не была установлена корреляция между частотой обострений в год и длительностью самого заболевания (P. Kasenömm et al., 2005).

Пациенты с ХТ могут предъявлять самые различные жалобы: дискомфорт в глотке (82–97,6%), неприятный запах изо рта (75,3–88%), наличие пробок и жидкого гноя в лакунах небных миндалин (77,4–83,7%), регионарный лимфаденит (61,9%), боль в суставах (30%), субфебрильная температура (18%), боль в сердце (8%) (А.В. Дьяконов, Ю.М. Райгородский, 2006; Я.Б. Збышко, 2007; М.И. Плиева и Э.Т. Гаппоева, 2008).

■ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

В России при решении вопроса о необходимом лечении всегда руководствуются классификацией ХТ. Декомпенсированная форма ХТ (по классификации И.Б. Солдатов) и ХТ ТАФ II (по классификации Б.С. Преображенского и В.Т. Пальчуна) являются абсолютным показанием для ТЭ. При ТАФ I допускается проведение пробных курсов консервативного лечения, но при неэффективности трех таких курсов производят двустороннюю ТЭ. Компенсированная форма (или простая форма, по Б.С. Преображенскому и В.Т. Пальчуну) лечится консервативно, однако неэффективность трех курсов также является показанием к оперативному вмешательству.

Хотя в США и Западной Европе нет единого мнения по поводу показаний к хирургическому лечению ХТ, большинство оториноларингологов в основном ориентируются на частоту ангин или обострений. Так, P. Kasenömm et al. (2005), ссылаясь на Американскую академию оториноларингологов, указывают, что пациенты с тремя эпизодами обострений в

год могут рассматриваться как кандидаты для ТЭ, обострения четыре раза в год и чаще являются абсолютным показанием для удаления небных миндалин. А.Н. Messner (2005), также ссылаясь на тот же источник, указывает, что наряду с рецидивирующими тонзиллитами показанием для хирургического лечения ХТ могут служить наличие паратонзиллярного абсцесса, а также неприятный привкус и запах изо рта, связанные с ХТ и не поддающиеся консервативному лечению. Наряду с этим показанием для двусторонней ТЭ являются: снижение качества жизни из-за сопряженных с ХТ заболеваний, негативное влияние заболевания на общее самочувствие, снижение трудоспособности, связанное с ХТ, носительство БГСА, а также повышение сывороточных концентраций антител к этому микроорганизму (S. Mui et al., 1998; N. Bhattacharyya et al., 2001).

■ Классическим способом консервативного лечения ХТ является промывание лакун небных миндалин антисептическим раствором

В Великобритании наиболее часто руководствуются положениями Scottish Intercollegiate Guidance Network (SIGN, 1999). В нем указывается, что при определении показаний к оперативному лечению при рецидивирующем тонзиллите должны учитываться все нижеперечисленные признаки: пять и более эпизодов боли в горле, связанные с ХТ, длительность заболевания не менее года, влияние заболевания на повседневную активность (N. Munir, R. Clarke, 2009). В некоторых работах предлагается использовать показатель «индекса тонзиллита» (index of tonsillitis, IT), который высчитывается путем умножения количества лет в анамнезе ХТ на частоту ангин в год: $IT \geq 36$ является показанием для двусторонней ТЭ (K. Fujihara et al., 2003; P. Kasenömm et al., 2005).

Пока также нет и единого мнения по поводу показаний к абсцесстонзиллэктомии (АТЭ) в остром периоде. В ряде работ указывается, что АТЭ считается методом выбора при лечении паратонзиллярного абсцесса (D. Schroeder et al., 2005; K. Jacobs et al., 2010). Другие считают, что паратонзиллярный абсцесс сам по себе не является показанием для ТЭ, за исключением тех случаев, когда он не может быть дренирован другим способом (M. Wolfensberger, M.T. Mund, 2004). W. Khayr, J. Taerke (2005) вполне обоснованно указывают, что у пациентов с 2–3 эпизодами обострения ХТ в год и паратонзиллярным абсцессом в анамнезе высока вероятность рецидива абсцесса и им показана ТЭ. Того же мнения придерживаются и в нашей стране. К преимуществам АТЭ относят возможность полного опорожнения гнойника, быстрое купирование симптомов заболевания, профилактику генерализации инфекции. Выполнение АТЭ исключает необходимость повторных пункций, неоднократных разведений краев разреза и дренирований, что особенно важно у детей (S. Sharaff et al., 2001). Следовательно, наличие паратонзиллярного абсцесса у ребенка может быть показанием к проведению АТЭ.

■ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Классическим способом консервативного лечения ХТ является промывание лакун небных миндалин антисептическим раствором. Эффект достигается за счет механического вымывания содержимого лакун и антимикробного воздействия. Обычно за курс проводят 7–10 процедур. Лучшего результата удастся достичь при сочетании курса промываний лакун небных миндалин с физиотерапевтическими методами лечения. Критериями эффективности лечения являются отсутствие патологического содержимого в лакунах небных миндалин и прекращение обострений заболевания (ангин).

При наличии показаний к хирургическому лечению проводят экстракапсулярную ТЭ, которая подразумевает полное удаление ткани небной миндалины вместе с капсулой. За рубежом такие операции всегда проводят под общей анестезией. В России ТЭ по-прежнему чаще выполняют под местной анестезией. Связано это с большим потоком больных, недостаточной пропускной способностью операционных и нежеланием пациентов (или родителей) оперироваться под наркозом (Э.А. Цветков и соавт., 2003).

■ *Рутинное использование антибиотиков в послеоперационном периоде может вести к культивированию антибиотикорезистентных штаммов бактерий*

В большинстве стационаров ТЭ выполняют стандартным способом с использованием обычного инструментария (англ. cold steel). За последние годы, помимо этого, получили распространение ТЭ с использованием моно- и биполярного каутера (электрический ток высокой частоты), гармонический скальпель (высокочастотные ультразвуковые колебания), холодноплазменный коблатор (преобразование радиочастотной энергии в ионную диссоциацию) и др. Указанные методы, помимо различий в параметрах физического воздействия, характеризуются определенными особенностями в течение послеоперационного периода, в частности, по частоте послеоперационных кровотечений.

Кровотечение является наиболее частым осложнением ТЭ. Оно может возникнуть во время операции (интраоперационное), в течение первых 24 ч после операции (первичное) или в сроки более 24 ч (вторичное).

Проведенное в Великобритании национальное исследование, в которое был включен 33 921 пациент (National Prospective Tonsillectomy Audit), приводит данные о частоте кровотечений при использовании различных методов ТЭ. Суммарные цифры по частоте первичных и вторичных кровотечений выглядят следующим образом:

1. Стандартная инструментальная операция (cold steel) с лигированием кровоточащих сосудов/тампонированием миндалинковых ниш – 0,8%.
2. Стандартная инструментальная операция с биполярной/монополярной коагуляцией только в целях гемостаза – по 0,5%.

3. Биполярный диатермальный каутер – 0,4%.
4. Монополярный диатермальный каутер – 1,1%.
5. Холодноплазменная коблация – 1%.

Частота вторичных кровотечений в зависимости от метода:

1. Стандартная инструментальная операция с лигированием кровоточащих сосудов/тампонированием миндалинковых ниш – 1%.
2. Стандартная инструментальная операция с коагуляцией только кровоточащих сосудов: при монополярной – 2,4%, при биполярной – 2,3%.
3. Холодноплазменная коблация – 3,6%.
4. Диатермальный каутер: монополярный – 5,5%, биполярный – 4,3%.

В конкретных странах существуют различия в предпочтительном использовании того или иного метода ТЭ и ведении послеоперационного периода. Так, в США наиболее часто используют моно- и биполярный каутер, гармонический скальпель и стандартную инструментальную cold steel ТЭ (А.Н. Messner, 2005). Р. Krishna et al. (2004) провели опрос среди 418 оториноларингологов США об их тактике при выполнении ТЭ у детей и ведении послеоперационного периода. Большинство респондентов (67%) отметили, что применяют периоперационно глюкокортикостероиды (в основном дексаметазон). При этом выявлена достоверная связь ($p < 0,001$) между количеством лет врачебной практики и использованием глюкокортикостероидов: те, кто не использовал эти препараты, имели опыт работы более 20 лет ($n = 73$). Наиболее частыми поводами для назначения глюкокортикостероидов были: снижение интенсивности боли после операции ($n = 92$), тошноты ($n = 64$) и уменьшение отека тканей глотки ($n = 55$). Подавляющему числу опрошенных (78,9%), кроме того, назначали в послеоперационном периоде системные антибиотики. Обоснованием для этого респонденты считали: уменьшение болевого синдрома, возможность более быстрого возврата к обычному режиму питания, уменьшение воспалительных явлений и сокращение сроков заживления. Однако в отдельных работах указывается, что рутинное использование антибиотиков в послеоперационном периоде может вести к культивированию антибиотикорезистентных штаммов бактерий (W.C. Lee et al., 1996).

Е.А. Diakos et al. (2011) даже провели систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований, где изучалось влияние назначения дексаметазона на течение послеоперационного периода при ТЭ. Было показано достоверное уменьшение частоты кровотечений, эпизодов тошноты и рвоты в первые сутки после операции, а также уменьшение выраженности болевого синдрома. Указывается, что требуются дальнейшие исследования для оценки корреляции между частотой и выраженностью указанных симптомов и дозировкой препарата.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.