



УДК: 616.322-002.2:001.8

О НЕКОТОРЫХ ДИСКУССИОННЫХ ВОПРОСАХ ПО ПРОБЛЕМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Г. А. Гаджимирзаев

ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф оториноларингологии с курсом усовершенствования врачей –
проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Автор прослеживает развитие диагностики и классификации хронического тонзиллита за последние 40 лет.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, патогенез, лабораторная диагностика, инфекционно-аллергический фактор, классификация.

Библиография: 25 источников.

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) продолжает оставаться в центре внимания ученых и практических врачей на протяжении многих десятилетий.

Длительный период времени в формировании ХТ решающее значение придавалось инфекционно-аллергическому фактору, поскольку, во-первых, у подавляющего числа больных анамнестически прослеживалась отчетливая связь хронического воспаления небных миндалин с перенесенными ангинами и, во-вторых, многочисленные аллергологические исследования свидетельствовали о высокой частоте положительных реакций организма преимущественно на стрептококковый аллерген.

На рубеже 70–80 годов XX века, благодаря успехам микробиологии и иммунологии, появились сообщения, свидетельствующие о том, что не все фракции микробной клетки обладают сенсibilизирующими свойствами и вызывают гиперчувствительность замедленного типа. Более того, была показана возможность регистрации кожно-аллергического ответа по немедленному типу, свойственное атопической (неинфекционной) аллергии на введение полисахаридных фракций микробной клетки в сенсibilизированный организм подопытных животных [19, 25]. Однако известно, что большая часть полисахаридов микробной клетки существует в комплексе с белками, в связи с чем экспериментальное выделение чистых полисахаридных фракций из микробной массы затруднительно [23, 25].

Были опубликованы работы, в которых реакция организма на бактериальную инфекцию рассматривалась не как инфекционная аллергия, а как нормальная защитная иммунологическая реакция [22, 24]. Подобные суждения нашли свое подтверждение в работах многих авторов [9, 16, 20]. По их данным при респираторных аллергиях у 80–90% больных одновременно диагностируются очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей, в том числе хронические аденоидиты и тонзиллиты. Тем не менее, ни специальное аллергологическое обследование, ни клинические данные не давали авторам оснований заподозрить у них инфекционную аллергию. Оценивая роль очагов хронической инфекции ЛОР-органов у подобных больных, исследователи подчеркивают, что они способствуют повреждению слизистой оболочки дыхательного тракта. Подобная точка зрения получила экспериментальное подтверждение (2, 3). Поврежденная слизистая оболочка является благоприятной почвой для внедрения ингаляционных аллергенов, накопления и фиксации в клетках респираторного тракта аллергических антител.

Выше обозначенные научные разработки привели к переоценке роли микробной аллергии в генезе заболеваний респираторной системы. Из научного оборота фактически исчезли такие формулировки болезней как «инфекционно-аллергический ринит», «инфекционно-аллергическая бронхиальная астма» и др. Болезни под такими названиями не вошли в международную классификацию болезней (МКБ-10), не фигурируют в международных согласительных документах по бронхиальной астме и аллергическому риниту.

Практический опыт нескольких поколений врачей, специальные клиничко-лабораторные исследования современных ученых убеждают нас в том, что антибактериальная терапия сис-



темного и топического действия и неспецифические методы лечения не способствуют длительной ремиссии, не предупреждают прогрессирования болезни, что несомненно связано с существованием, кроме микробного, и других факторов в формировании ХТ.

Учитывая, что в нынешних условиях более 50% людей в общей популяции страдают атопической аллергией респираторной системы и исходя из современных представлений о роли атопии в воспалительных реакциях слизистой оболочки, ассоциированной с лимфоидной тканью (MALT), можно утверждать, что неинфекционно-аллергический (атопический, Ig-E опосредованный) фактор играет определенную роль в патогенезе ХТ [2, 3, 4, 21, 22].

Продолжая наши исследования, начатые в середине 70 годов прошлого столетия в клиниках и лабораториях НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РСФСР о значении атопической аллергии в патогенезе хронических заболеваний ВДП, на кафедре оториноларингологии Дагмедакадемии в течение 2005–2008 г. г. выполнены разносторонние исследования, посвященные роли атопической аллергии в патогенезе ХТ. Результаты исследований опубликованы в профессиональных журналах и обобщены в диссертационной работе [5, 6, 7, 11, 12], в связи с чем остановимся на тех положениях работы, которые ранее не были «озвучены» в печатных материалах.

В сравнительном плане, до и непосредственно по окончании курса лечения, изучали динамику следующих местных признаков ХТ:

- патологическое содержание лакун миндалин;
- изменение окраски слизистой оболочки ротовой части глотки;
- признаки Гизе, Преображенского, Зака;
- увеличение регионарных шейных лимфоузлов.

Проведенное лечение в трех группах больных (основной, и в двух контрольных) привело к ослаблению или исчезновению выше названных местных признаков ХТ соответственно у 72,2% в основной группе, где наряду с общепринятым лечением (промывание лакун миндалин мирамистином, низкочастотный ультразвук на область проекции небных миндалин, антигистамины, аскорбиновая кислота) проводилась специфическая иммунотерапия (СИТ), у 42,8% в первой контрольной группе, где вместо СИТ больные получали рибомунил, и у 24,7% во второй контрольной группе, лечившихся без использования иммунотропной терапии. Полученные в динамике лечения результаты дали нам основания утверждать, что в генезе местных признаков ХТ играет роль не только фактор постоянного раздражения небных дужек, миндалин лакунарным содержимым и нарушениями в системе венозных и лимфатических коллекторов слизистой оболочки миндалин и дужек, но и отеком атопической природы.

Результаты терапии больных основной группы, полученные непосредственно по окончании лечения и оцененные как «отличные» и «хорошие» сохранялись у 69,2% и через 2,5–3 года, в то же время в двух контрольных группах, пролеченных рибомунилом и без использования иммунотропных методов лечения, выживаемость положительных результатов была от 3 до 12 месяцев.

Анализ выполненных нами исследований свидетельствует о значительной роли неинфекционной аллергии в патогенезе хронического воспаления небных миндалин, в связи с чем мы критически оцениваем определение ХТ – как заболевание инфекционно-аллергической природы [17]. Исходя из подобной характеристики ХТ подавляющее большинство оториноларингологов рассматривают его не только как очаг хронической инфекции и интоксикации, но и как источник инфекционной аллергии для всего организма вообще, и нижних дыхательных путей в частности, со всеми вытекающими отсюда не вполне адекватными лечебно-профилактическими мероприятиями.

С учетом выше представленных научных фактов о роли атопической аллергии в патогенезе хронического воспаления миндалин полагаем, что наиболее адекватной характеристикой ХТ является определение, согласно которому ХТ – это стойкое хроническое воспаление небных миндалин, характеризующееся у подавляющего большинства больных рецидивирующими обострениями в виде ангин и общей токсико-аллергической реакцией [16]. В этой формулировке ХТ, в отличие от предложенной И. Б. Солдатовым, не конкретизирована форма аллергии. Поскольку терапевты, педиатры, пульмонологи, а также клинические иммунологи и аллергологи под термином «аллергия» подразумевают атопическую форму и оба эти термина (аллергия и атопия) применяют как синонимы, имеющуюся ссылку на аллергию в характеристике ХТ, предложенную В. Т. Пальчуном и соавт., следует воспринимать как неинфекционную (атопическую).



Учитывая физиологическое значение миндалин в местной и общей реактивности организма и ее роли в развитии ХТ, были предложены различные варианты классификации ХТ, в частности с выделением компенсированной и декомпенсированной форм [10, 17]. Согласно взглядам многих авторов, при компенсированной форме ХТ имеет место уравнивание воспалительного процесса в миндалинах механизмами резистентности их, при декомпенсированной – резистентность нарушена. Исходя из идеи указанной классификации ХТ основной задачей клинициста является своевременное выявление дисфункции, возникшей в системе защитной реакции миндалин. Основываясь только на клинических (субъективных и объективных) проявлениях ХТ, определить степень нарушения барьерной функции (реактивных свойств, резистентности) миндалин при ХТ не всегда представляется возможным. Достаточно сказать, что один из наиболее часто упоминаемых признаков нарушения реактивных свойств миндалин у больных хроническим воспалением миндалин – боли в суставах, в частности коленных, по данным литературы, встречается более чем при 60 заболеваниях организма, начиная от пяточной шпоры и до хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В целях определения степени нарушения резистентности миндалин, а также дифференциальной диагностики компенсированной и декомпенсированной формы ХТ предложено множество лабораторных (иммунологических, цитологических, морфогистохимических, микробиологических, биохимических и др.) тестов. Однако проведение дифференциальной диагностики ХТ с использованием названных лабораторных методов исследований является достаточно сложным, длительным и дорогостоящим процессом, осуществить который можно только в условиях специализированных научно-исследовательских учреждений или хорошо оснащенных крупных клинических больниц. Вот почему в повседневной практической работе у большинства врачей практического здравоохранения нет возможности пользоваться ими, вследствие чего они испытывают большие трудности при определении показаний к тому или иному методу лечения болезни, основываясь только на клинических данных.

Опыт практической работы, многочисленные научные изыскания по проблеме ХТ свидетельствуют, что наиболее часто встречаемыми общими клиническими проявлениями болезни являются: недомогание, нередко субфебрилитет, общая слабость, понижение трудоспособности, сильная усталость к концу занятий в школе; функциональные нарушения со стороны почек, сердечно-сосудистой системы, бронхолегочного аппарата; боль в мышцах, в суставах, небольшой лейкоцитоз и повышение СОЭ, диспротеинемия, нарушение липидного обмена и др., которые в совокупности являются характерными признаками токсического воздействия на организм очагов хронической инфекции и интоксикации. В последние годы отечественные ученые [8, 14] с использованием радиоавтографии и электронной микроскопии тканей небных миндалин в норме и патологии обнаружили «живые» бактерии, вегетирующие внутриклеточно у больных ХТ. Эти исследования подтверждают тот факт, что из очага хронической инфекции непрерывно идет всасывание продуктов метаболизма микробов, токсинов, гноя, биологически активных веществ, антигенов, которые неблагоприятно влияют на организм, обуславливая развитие симптомов интоксикации. Эндогенная интоксикация, постоянно исходящая из очага хронической инфекции каким является ХТ, имеет большое значение в развитии разнообразных патологических состояний организма [1, 3, 18]. На фоне интоксикации существенно нарушается показатель гуморального и клеточного иммунитета, часто обостряются различные аллергические заболевания [18]. С точки зрения указанных положений классификации ХТ по Преображенскому-Пальчуну с подразделением его на простую и токсико-аллергическую (I и II степени) форму представляется вполне логичным и обоснованным.

Вместе с тем, мы должны учитывать, что наблюдение и лечение больных ХТ осуществляют оториноларингологи преимущественно муниципальных учреждений, в лабораториях которых выполнить современные исследования по выявлению токсемии не всегда представляется возможным. В силу этого обстоятельства практическим врачам трудно решить вопрос о наличии или отсутствии интоксикации организма больных ХТ. Другими словами в руках рядового врача все еще нет общедоступных, однозначно трактуемых и простых по выполнению клинико-лабораторных тестов, основываясь на которых он мог бы констатировать степень интоксикации организма и, в конечном счете, определить форму ХТ и решить главный



вопрос задаваемый больными: следует или не следует удалять миндалины. В этой связи научный поиск, по нашему мнению, должен быть направлен на опробирование и внедрение в широкую клиническую практику оториноларингологов наиболее простых, легко выполняемых лабораторных исследований по определению степени интоксикации организма у больных ХТ. В этих целях оториноларингологам следует объединить свои усилия с представителями медицинской химии, токсикологии, иммунологии и других отраслей медицинской науки.

До сих пор не изученным остается весьма актуальный вопрос о соотношении инфекционной и неинфекционной составляющей и об удельном весе каждого из них в патогенезе различных форм ХТ и его осложнений. Изучение вопроса о влиянии СИТ на микробную колонизацию миндалин и на характер изменений в спектре микрофлоры, вегетирующей как интралакунарно, так и внутриклеточно у больных, страдающих ХТ, дали бы врачам ценную информацию для использования в практических целях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ эффективности лечения простой формы хронического тонзиллита / Крюков А. И. [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2005. №3. – С. 50–51.
2. Белов В. В. Особенности диагностики и лечения хронического тонзиллита у детей с аллергическими заболеваниями: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2003. – 14 с.
3. Гаджимирзаев Г. А., Нестеренко В. Н. Заболевания верхних дыхательных путей при атопической бронхиальной астме у детей // Вестн. оторинолар. – 1980. – №5. – С. 54–57
4. Гаджимирзаев Г. А., Нестеренко В. Н. Лечение заболеваний верхних дыхательных путей у детей с атопической астмой // Вопросы охраны материнства и детства. – 1981. – №11. – С. 16–18.
5. Гаджимирзаев Г. А., Гогурчунов М-Р. И., Гамзатова А. А. Специфическая иммунотерапия при хроническом тонзиллите // Рос. оторинолар. – 2005. – №5. – С. 40–44.
6. Гаджимирзаев Г. А., Гамзатова А. А., Гогурчунов М-Р. И. Лечение хронического тонзиллита компенсированной формы с атопическим компонентом с включением в программу терапии рибомунила // Рос. оторинолар. Приложение, 2007. – С. 523–527
7. Гогурчунов М-Р. И. Оценка роли атопической аллергии при хронических тонзиллофарингитах: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2008. – 22с.
8. Ильинская Е. В., Мальцева Г. С. Ультраструктурные особенности миндалин больных хроническим тонзиллитом // Рос. оторинолар. – 2008. – №5. – С. 67–72
9. Каганов С. Ю. Педиатрические проблемы астмалогии. Бронхиальная астма. Под ред. А. Г. Чучалина. М. «Агар». – 1997. – С. 160–181.
10. Карпов Н. А. О механизме тонзиллогенных процессов. Л.: – 1945. – 240 с.
11. Морфогистохимические изменения в тканях небных миндалин после курса специфической иммунотерапии / Гаджимирзаев Г. А. [и др.]. Мат. XVII съезда оториноларингологов. СПб., РИА-АМИ, 2006. – С. 167
12. Новые подходы к патогенетически обоснованным методам консервативного лечения хронического тонзиллита / Гаджимирзаев Г. А. [и др.] // Рос. оторинолар. – 2008. – №4. – С. 65–69
13. Пальчун В. Т. Актуальные вопросы клиники и лечения хронического тонзиллита // Вестн. оторинолар. – 1977. – №6. – С. 66–75
14. Пальчун В. Т., Господарь М. А., Колокольчикова Е. Г. Морфологическое радиоавтографическое исследование небных миндалин при хроническом тонзиллите и у здорового человека // Вестн. оторинолар. – 2006. – №2. – С. 4–7
15. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. / Учебник для вузов, 2-е издание, исправленное и дополненное. М.: «ГЭОТАР-МЕДИА». – 2008. – 650 с.
16. Респираторные аллергозы у детей / Каганов С. Ю. [и др.]. Л.: Медицина. – 1980. – 180 с.
17. Солдатов И. Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей. 7-ой съезд оторинолар. СССР. Тез. докл. М., 1975. – С. 60–66
18. Тырнова Е. В., Мальцева Г. С. Методы клинической биохимии в диагностике хронического тонзиллита // Рос. оторинолар. – 2005. – №4. – С. 108–111.
19. Федосеева В. Н. Бактериальная аллергия // Аллергология. – 1999. – №3. – С. 41–46
20. Чистяков Г. М. Важнейшие клинические формы респираторных аллергозов у детей: автореф. дис...докт. мед. наук, М. – 1977. – 32 с.
21. Conturier P. Diagnostic et traitement des formes trompeuses de l'allergie respiratoire chez l'enfant // Ann. pediat., 1973. – Vol. 20. – №1. – P. 97–99.
22. Huzing E. H. Differential diagnostic of rhinopathy. Outlining of the subject // Acta oto-rhino-laring. Belg. – 1979. – Vol. 33. – №4. – P. 556–560.
23. Jonson W. Ribosomae vaccines/ Immunogeneciti of ribosomal fraction isilated from St. Jyphimurium // Infect Immunol. – 1972. – Vol. 5. – P. 947–952.
24. Kallerhals N. E., Raven Infect allergione Rhinopatie // HNO (Berl.) – 1979. – Bd. 27, – №11. – S. 368–370.
25. Steiner R. Мир микробов. Перев. с английского. М.: «Мир», – 1979. – 340 с.