



УДК: 616.322-002.2-53.2-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В**А. Х. Ражабов¹, Ф. И. Иноятובה², Ш. Э. Амонов¹****FEATURES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN WITH CHRONIC HEPATITIS B****A. H. Rajabov, F. I. Inoyatova, Sh. E. Amonov**¹ *Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан (Ректор – проф. Б. Т. Даминов)*² *Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан (Директор – проф. Д. И. Ахмедова)*

В процессе наших исследований было изучено клиническое течение хронического тонзиллита у детей, больных в сочетании с хроническим гепатитом В. Под нашим наблюдением находились 120 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Проведенное нами обследование показало, что хронический тонзиллит на фоне хронического гепатита В протекает с частыми обострениями, которые способствуют развитию тяжелых форм течения хронического гепатита В и влияют на скорость прогрессирования болезни и частоту неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: небные миндалины, хронический тонзиллит, хронический гепатит В.

Библиография: 9 источников.

In the course of our study was to investigate the clinical course of chronic tonsillitis in children, patients in combination with chronic hepatitis B. Under our supervision there were 120 children, patients aged 3 to 14 years. Our study showed that chronic tonsillitis with chronic hepatitis B occurs with frequent exacerbations, which contributes to the development of severe forms of chronic hepatitis B and affects the rate of disease progression and the frequency of adverse outcomes.

Key words: tonsils, chronic tonsillitis, chronic hepatitis B.

Bibliography: 9 sources.

Проблема воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей крайне актуальна и имеет большое социальное значение. Хронический воспалительный процесс в зоне глоточного лимфоэпителиального кольца и, в частности, небных миндалин представляет собой постоянно действующий источник гемотоксикоза, нарушающий эндоэкологию организма [7].

Общемедицинское значение тонзиллярной патологии обусловлено тем, что хронический тонзиллит (ХТ) может влиять на функцию отдаленных органов и систем. Хроническое воспаление небных миндалин является непосредственной или косвенной причиной многочисленных патологических состояний у детей, а также фактором, усугубляющим течение различных болезней [3, 9]. В настоящее время описано свыше 100 заболеваний, связанных или сочетанных с ХТ, к числу которых относится и патология печени [4, 8].

Связь заболеваний лимфоидного глоточного кольца с патологией печени и желчевыводящей системы показана в немногочисленных работах исследователей [1, 6]. В ряде работ, касающихся взаимосвязи патологии печени с патологией небных миндалин, в основном освещено влияние очаговой инфекции небных миндалин на функциональное состояние печени, а также влияние последней на течение острого вирусного гепатита у взрослых [2, 5]. А патогенетическое взаимовлияние ХТ и хронического гепатита В (ХГВ) у детей сегодня остается почти неизученным. До настоящего времени нет четкого ответа на вопросы, каким же образом тонзиллярная инфекция влияет на состояние печени и в каких клинических формах эта взаимосвязь проявляется.

Цель исследования. Выявление особенностей клинических проявлений двух разных заболеваний в их сочетании. В связи с этим представляло интерес изучение особенностей клини-



ческого течения сочетанной патологии в целях расширения представления обоих взаимовлияний и взаимообусловленности.

Пациенты и методы исследования. В процессе исследования под наблюдением находилось 120 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Из них 60 детей, больных ХТ в сочетании с ХГВ (основная группа). Для сравнительного анализа моно- и сочетанных патологий взяли следующие две группы: 30 больных с ХТ (1-я сравниваемая) и 30 детей с ХГВ (2-я сравниваемая).

Методика обследования включала следующее: подробное изучение жалоб и анамнеза больных, общий ЛОР-осмотр и фарингоскопия с выдавливанием содержимого лакун, рентгенография околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции. Диагноз ХГВ устанавливали на основании анамнеза болезни, клинического обследования, ряда биохимических, серологических и инструментальных исследований.

Причиной госпитализации больных стали клинические признаки интоксикации, проявляющиеся в виде жалоб на повышенную утомляемость, слабость, капризность, раздражительность и нарушение сна. Проводили подробный анализ жалоб наблюдаемых больных.

Результаты исследования. У всех больных проявлениями ХТ и ХГВ были рецидивирующие ангины, симптомы тонзиллогенной интоксикации, диспепсические явления, увеличение и уплотнение печени, а также признаки дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта.

При поступлении на стационарное лечение наблюдаемых нами больных, предъявлявших жалобы на заболевания глотки, у 38 (63,4%) имелись указания на типичное течение ангины с повышением температуры тела до 38–39° С, со значительными болями в горле при глотании и с выраженными симптомами интоксикации. У 15 (25,0%) больных обострения протекали на фоне субфебрильной температуры, с незначительными болями в горле и общей интоксикацией. У 7 (11,6%) больных отмечали различной интенсивности непостоянные боли в горле на фоне нормальной температуры тела и без нарушения общего состояния. Наряду с этим данные контингенты констатировали боль в области сердца и суставах во время и после обострения ХТ. Они были склонны к частым острым респираторным вирусным инфекциям.

Несмотря на большую сложность установления сроков развития сопутствующей патологии, тщательный анализ развития отдельных клинических симптомов того или иного заболевания и данные динамического наблюдения наших больных показали, что в большинстве случаев хроническая сопутствующая патология развивается на фоне хронического поражения печени и способствует прогрессированию ХГВ.

Изучение анамнеза детей, находящихся под нашим наблюдением, позволило выделить группы больных в зависимости от частоты и характера обострений. У всех больных детей – 60 (100%) констатировано нескольких обострений ХТ в виде банальных ангин в течение одного года. У 32 (53,3%) больных число обострения ХТ составляло от 3 до 5 раз в год, у 8 (13,3%) – до 3 раз, у 20 (33,4%) – более 5 раз в год.

Существенная роль в диагностике ХТ отводится результатам объективного осмотра глотки, т. е. фарингоскопии, которые представлены в сравнительном аспекте в табл. 1. В ходе обследования у всех больных были обнаружены значительные изменения состояния небных миндалин и небных дужек. Гипертрофия небных миндалин при фарингоскопии отмечалась в основной группе у $86,7 \pm 4,4\%$ детей, тогда как в группе ХТ – $63,3 \pm 8,8\%$ ($p < 0,05$). Важным в диагностике ХТ является определение характера содержимого лакун небных миндалин. При надавливании двумя шпателями на передние небные дужки содержимое в лакунах в виде жидкого гнойного секрета было у $86,7 \pm 4,4\%$ больных основной группы, а в группе ХТ – у $43,3 \pm 9,0\%$ ($p < 0,001$).

Аналогичная картина наблюдалась в признаке отека верхних отделов передних и задних дужек ($p < 0,001$). Бугристость, разрыхленность и неровность поверхности небных миндалин отмечены у $76,7 \pm 5,5\%$ больных основной группы, при этом консистенция миндалин была плотная за счет рубцового изменения небных миндалин, тогда как данный признак у детей группы сравнений составлял $63,3 \pm 8,8\%$ ($p < 0,05$). У 4 (6,7%) больных сочетанной инфекцией установили наличие нагноившихся фолликулов в виде «холодных» абсцессов, а у больных ХТ этот симптом не обнаружен ($p < 0,05$). Усиленный сосудистый рисунок слизистой оболочки небных дужек отмечен у $66,7 \pm 6,1\%$ больных ($p < 0,001$).



Таблица 1

Местная симптоматика хронического тонзиллита у больных хроническим гепатитом В

Признак	ХТ		ХТ + ХГВ		<i>p</i>
	Число больных <i>n</i> = 30		Число больных <i>n</i> = 60		
	абс.	% ± <i>m</i>	абс.	% ± <i>m</i>	
Жидкий гной в лакунах	13	43,3±9,0	52	86,7±4,4	< 0,001
Казеозно-гнойные пробки	17	56,7±9,0	8	13,3±4,4	< 0,001
Гиперемия небных дужек	14	46,7±9,1	50	83,3±4,8	< 0,001
Отечность верхних отделов передних и задних дужек	13	43,3±9,0	52	86,7±4,4	< 0,001
Гипертрофия небных миндалин	19	63,3±8,8	52	86,7±4,4	< 0,05
Разрыхленность поверхности небных миндалин	18	60,0±8,9	46	76,7±5,5	> 0,05
Рубцовые спайки миндалин с дужками	8	26,7±8,1	44	73,3±5,7	< 0,001
Нагноившиеся фолликулы в виде «холодных» абсцессов	0	0	4	6,7±3,2	< 0,05
Усиленный сосудистый рисунок слизистой оболочки небных дужек	0	0	40	66,7±6,1	< 0,001
Желтушность слизистой оболочки неба и дужек	0	0	36	60,0±6,3	< 0,001
Телеангиоэктазии на слизистой оболочке десен и небных дужек	0	0	32	53,3±6,4	< 0,001
Увеличение регионарных лимфатических узлов	12	40,0±8,9	42	70,0±5,9	< 0,01

Важным и характерным для ХТ на фоне ХГВ было выявление на слизистой оболочке полости рта, небных дужек и мягкого неба у 53,3±6,4% ($p < 0,001$) больных расширение сети поверхностных капилляров в виде сосудистых звездочек (телеангиоэктазии). Появление данного фарингоскопического симптома, на наш взгляд, связано: во-первых – с поражением стенок мелких капилляров токсическими продуктами обмена веществ; во-вторых – с нарушением процессов гемокоагуляции.

У 50 (83,3%) больных основной группы были установлены изменения небных дужек, выражавшиеся в виде гиперемии и инфильтрации против 46,7±9,1% ($p < 0,001$), наличии спаек между миндалинами и дужками 73,3±5,7% против 26,7±8,1% ($p < 0,001$). У 42 (70,0%) больных при пальпации отмечены увеличение и умеренная болезненность регионарных зачелюстных лимфатических узлов ($p < 0,01$). Гипертрофия небных миндалин отмечалась у 52 (86,7%) из 60 больных, из них у 22 (42,3%) больных – II степени, у 12 (23,1%) – III степени и у 18 (34,6%) – I степени. У больных с гипертрофией небных миндалин II – III степени также были жалобы на нарушение дыхания во время сна, которое сопровождалось ночным храпом и приступами удушья.

Выраженная фарингоскопическая картина в совокупности с данными анамнеза и жалобами больного позволяла подтвердить диагноз ХТ у всех обследованных больных. Следует отметить, что у 52 (86,7%) наблюдаемых больных выявлено одновременное сочетание двух и более местных клинических признаков ХТ. Наряду с этим больные параллельно предъявляли жалобы и на патологию печени. Так, слабость, вялость и повышенная утомляемость наблюдались у большинства больных и продолжались в среднем 12–15 дней на фоне обострения ХТ. Снижение аппетита было у всех больных, бледность и сухость кожных покровов – у 57 (95,0%) больных (табл. 2).



Таблица 2

Проявления клинических симптомов хронического гепатита В у больных с хроническим тонзиллитом

Признак	ХГВ		ХТ + ХГВ		<i>p</i>
	Число больных <i>n</i> = 30		Число больных <i>n</i> = 60		
	абс.	% ± <i>m</i>	абс.	% ± <i>m</i>	
Бледность и сухость кожных покровов	16	53,3±9,1	57	95,0±2,8	<0,001
Снижение аппетита	23	76,7±7,7	60	100,0	<0,01
Боли в животе	16	53,3±9,1	54	90,0±3,9	<0,001
Раздражительность	8	26,7±8,1	52	86,7±4,4	<0,001
Слабость	17	56,7±9,0	48	80,0±5,2	<0,01
Метеоризм, тошнота	9	30,0±8,4	26	43,4±9,9	>0,05
Чувства тяжести в правом подреберье	12	40,0±8,9	56	93,3±3,2	<0,001
Субиктеричность склер	13	43,3±9,0	36	60,0±6,3	>0,05
Носовые кровотечения и кровоточивость десен	11	36,7±8,8	38	63,3±6,2	<0,01
Пальмарная эритема	10	33,3±8,6	45	75,0±5,5	<0,001
Телеангиоэктазии на туловище	3	10,0±5,5	29	48,3±6,5	<0,001
Увеличение печени	18	60,0±8,9	60	100,0	<0,001
Увеличение селезенки	7	23,3±7,7	14	23,4±11,7	>0,05

Головные боли были отмечены у 43 (71,6%), раздражительность наблюдалась у 52 (86,7%), боли в животе были у 54 (90,0%), тошнота – у 26 (43,4%), иктеричность кожи – у 57 (95,0%) больных. Больше чем у половины больных имелись внепеченочные признаки: пальмарная эритема у 45 (75,0%) больных, капиллярная сеть – 36 (60,0%), сосудистые звездочки – у 29 (48,3%) больных. У всех наблюдаемых больных было увеличение размеров печени, которая выступала из-под края реберной дуги от 1 до 3 см. Консистенция печени была средней плотности. Увеличение размеров селезенки отмечено у 14 (23,4%) детей основной группы.

Интоксикация в той или иной степени отмечалась у всех больных. У большинства больных были признаки дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта в виде слабости [48 (80,0%)], тошноты и метеоризма [26 (43,4%)], чувства тяжести в эпигастральной области и правом подреберье [56 (93,3%)]. Наличие геморрагического синдрома в виде частых носовых кровотечений и кровоточивости десен имелось у 38 (63,4%) больных. Локализация телеангиэктазий у 29 (48,3%) больных была разнообразна, но чаще они наблюдались на лице, шее и ладонной поверхности кистей.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что у больных ХТ в сочетании с ХГВ наблюдаются более выраженные местные и общие проявления заболевания, которые сопровождаются тяжелым и затяжным клиническим течением. Выраженность показателей функции печени находилась в прямой зависимости от комбинированных факторов с наибольшим акцентом нарушений при хроническом тонзиллите в сочетании с хроническим гепатитом В.

Выводы

Хронический тонзиллит на фоне хронического гепатита В у детей протекает более тяжело, чем обычная изолированная форма, проявляется выраженными местными и общими клиническими симптомами.

Клиническое значение течения хронического тонзиллита у детей, больных хроническим гепатитом В определяется его ролью в развитии тяжелых форм течения, влиянием на скорость



прогрессирования основного заболевания и частоту неблагоприятных исходов. При этом ведущими клиническими синдромами хронического гепатита В являлись астеновегетативный, диспепсический, а также увеличение размеров печени и селезенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко А. Л. Прогнозирование хронического вирусного гепатита // Рос. мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 15–17.
2. Естественное течение сочетанных вирусных гепатитов / В. В. Горбаков [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2001. – №3. – С. 209–214.
3. Ивашкин В. Т. Комбинированное лечение хронического гепатита В // Medical Express. – 2001. – № 8. – С. 20–23.
4. Иноятова Ф. И. Хронические вирусные гепатиты у детей. – Ташкент: Изд.-во мед. лит. им. Абу Али ибн Сино, 1997. – 274 с.
5. Ниязов Ж. Х. Влияние комбинированной лазеротерапии на детоксикационную активность печени у больных хроническим тонзиллитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2002. – С. 17–21.
6. Сочетанная местная терапия при заболеваниях ротоглотки / Н. Л. Кунельская [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 62–66.
7. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания / А. Ю. Овчинников [и др.] // Медиц. реферат. журн. – 1999. – Т. 7, № 7. – С. 8–10.
8. Alexander G. Chronic viral hepatitis B // Int. J. Clinic. Pract. – 2000. – Vol. 54, № 7. – P. 450–456.
9. Microbiology of the tonsils and adenoids in a paediatric population / R. De Dio [et al.] // Arch. Otolaringol. Head Neck Surg. – 2001. – Vol. 144, N 7. – P. 736–765.

Ражабов Аскар Хамракулович – ассистент каф. оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол, д. 223; тел.: (8-371) 262-33-14, e-mail: bek.976@mail.ru; **Иноятова** Флора Ильясовна – зав. отделом гепатологии РСНПМЦ педиатрии. 100179, Ташкент, ул. Чимбай-2, проезд Талант-3; тел.: (8-371) 229-38-74, e-mail: hepar.child2011@yandex.ru; **Амонов** Шавкат Эргашевич – зав. каф. оториноларингологии ТашПМИ. 100140, Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Богишамол, д. 223; тел.: (8-371) 262-33-14, e-mail: lor_amonov@mail.ru

УДК: 616. 21:611-018.73:575.172.1

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1БЕТА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Е. В. Тырнова, Г. М. Алешина, В. Н. Кокряков

INVESTIGATION OF INTERLEUKIN-1BETA GENE EXPRESSION IN THE UPPER AIRWAY MUCOSA

E. V. Tyrnova, G. M. Aleshina, V. N. Kokryakov

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития РФ»

(Директор – засл. врач РФ, чл.-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН», Санкт-Петербург

(Директор – засл. деят. науки РФ, акад. РАМН, проф. Г. А. Софронов)

Респираторный эпителий играет важную роль в первоначальной защите верхних дыхательных путей от инфекций. Цель работы: оценить экспрессию гена интерлейкина-1бета (IL-1бета) в поверхностном эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Исследован операционный материал от больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом ($n = 4$), гипертрофией аденоидов ($n = 4$), заболеваниями носа и околоносовых пазух ($n = 8$) (носовые полипы, нижние носовые раковины в качестве контроля). Оценку экспрессии матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) IL-1бета проводили методом обратной транскрипции поли-