ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А. И. Вкус и обоняние / А. И. Бронштейн // – М. – Л., 1950. – 307 с.
2. Еремина И. А. Функциональное состояние обонятельного анализатора и верхних дыхательных путей у женщин при нормально протекающей беременности и токсикозах первой половины беременности в условиях Центральной Сибири и Крайнего Севера: Автореф. дис. .... канд. мед. наук. /И. А. Ерёмина, Красноярск, 1975. – 24 с.
3. A prospective study evidencing rhinomanometric and olfactometric outcomes in women taking oral contraceptives / S. Caruso , C. Grillo, C. Agnello et al. // Hum. Reprod. – 2001. – Vol. 16. – № 11. – P. 2288–2294.
4. Changes in olfactory function in pregnancy and postpartum / N. Ochsenbein-Kolble, R. von Mering, R. Zimmermann et al. // Int J Gynaecol Obstet. – 2007. – Vol. 97. – № 1. – P. 10–14.
5. Endocrine, cardiovascular, and psychological correlated of olfactory sensitivity changes during the human menstrual cycle / R. L. Doty, P. J. Snyder, G. R Huggins et al. / J. Comp. Physiol. Psychol. – 1981. – Vol. 95. – № 1. – P. 45–60.
6. Gustatory and olfactory function in the first trimester of pregnancy / N. Kolble, T. Hummel, R. von Mering, A. Huch et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2001. – Vol. 99. – № 2. – P. 179–183.
7. Lower olfactory threshold during the ovulatory phase of the menstrual cycle / E. Navarette-Palacios, R. Hudson, G. Reyes-Guerrero et al. // Biol Psychol. – 2003. – Vol. 63. – № 3. – P. 269–279.
8. Lundstrom J. N. Effects of reproductive state on olfactory sensitivity suggests odor specificity / J. N. Lundstrom, M. K. McClintock, M. J. Olsson // Biol Psychol. – 2006. – Vol. 71. – № 3. – P. 244–247.
9. Манн В. Д. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности / В. Д. Манн // Рос. ринология. – 1997. – № 3. – С. 8–9
10. Olfactory perception in women with physiologically altered hormonal status (during pregnancy and menopause) / S. Savovic, D. Nincic, S. Lemajic et al. // Med. Pregl. – 2002. – Vol. 55. – № 9–10. – P. 380–383.
11. Rhinomanometric and olfactometric variations throughout the menstrual cycle / C. Grillo, I. La Mantia, C. Triolo et al. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – Vol. 110. – № 8. – P. 785–789.
12. Smell perception during early pregnancy: no evidence of an adaptive mechanism / B. L. Swallow, S. W. Lindow, M. Aye et al. // BJOG. – 2005. – Vol. 112. – № 1. – P. 57–62.

УДК: 616. 322–089. 87(083. 41)

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ. СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Н. А. Шумилова

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – з.д.н. РФ, проф. М. С. Плужников)

Заболеваемость хроническим тонзиллитом среди населения составляет по разным оценкам от 5 до 40 % [5,11]. Проблема патологии миндалин сохраняет свою актуальность не только из-за высокой распространенности у лиц трудоспособного возраста, но и возможности инвалидизации из-за осложнений хронического тонзиллита.

Роль миндалин как исходного очага патологических импульсов и токсико-инфекционных влияний на другие системы и органы хорошо известна. Хронический тонзиллит вызывает ряд тяжелых осложнений (местных – паратонзиллит, парафарингит и др., и общих – ревматизм, инфекционный полиартрит, острый и хронический тонзиллогенный сепсис, приобретенные заболевания сердца, мочевыделительной системы, суставов и др.). Многие заболевания (дерматозы, нейродермит, заболевания глаз, неспецифические заболевания легких, поражения печени, сосудистые мозговые нарушения, нейроэндокринные расстройства, нарушения углеводного обмена и др.) не связаны этиологически с хроническим тонзиллитом, но находятся с ним в тех или иных сложных патогенетических отношениях [5]. Наличие сложного нервного аппарата в миндалинах, в частности различного типа рецепторов, определяет возможность рефлекторных влияний патологически измененных миндалин на центральную нервную систему и внутренние органы. Перераздраженные энтеро-и интероперилакунарые рецепторы могут приводить к функциональным нарушениям нервной системы, вегето-сосудистой и нейроэндокринной формы диэнцефальной патологии [11].

Связь между хроническим тонзиллитом и изменениями во всем организме особенно подробно стала изучаться в начале XX века. Так, например, английский автор Мур (1929 г.) в своей монографии приводит 49 нозологических форм, непосредственно связанных с хроническим тонзиллитом [Цит. по 8]. Для определения взаимосвязи таких заболеваний с тонзиллитом С. Н. Эйгесом и К. Б. Штейнманом введено особое название «метатонзиллярные заболевания», которые авторы разделяют на три группы, включающие 41 нозологическую форму: 1) метатонзиллиты по продолжению, 2) метатонзиллиты рефлекторные, 3) метатонзиллиты септические. Сам термин «метатонзиллит» был извращен вследствие того, что его слишком широко стали применять для обозначения не только тех заболеваний, которые имеют этиологическую связь с тонзиллитом, но также в тех случаях, когда поражение миндалин лишь усугубляет течение основного заболевания, либо само заболевание неблагоприятно отражается на течении хронического тонзиллита. Это привело к росту числа необоснованного удаления небных миндалин без учета их биологической и анатомической ценности, без учета того, вызывают ли они или нет патологические явления [8].

Б. С. Преображенский считает, что в практической работе приходится нередко встречаться с типами определенных комплексов заболеваний, а именно:

- заболевание небных миндалин – сердца – суставов;
- заболевание небных миндалин – желчного пузыря – червеобразного отростка (хронический тонзиллит – холецистит – аппендицит);
- заболевание небных миндалин – почек или почечных лоханок [8].

Некоторые авторы опровергают целесообразность широкого производства тонзиллэктомии с «профилактической» и лечебной целью при хроническом тонзиллите. Есть мнение, что тонзиллэктомия способствует расширению спектра заболеваний инфекционно-воспалительного характера, особенно в области верхних дыхательных путей [2, 7], и влияние тонзиллэктомии и других хирургических вмешательств на структурах глоточного кольца в большинстве случаев является негативным [3].

В настоящее время для определения тактики лечения при хроническом тонзиллите широко используется классификация И. Б. Солдатова [9], согласно которой хронический неспецифический тонзиллит подразделяют на компенсированную и декомпенсированную формы. Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления миндалин, но и нарушением барьерной функции миндалин и проявлениями общей реакции организма, что отражает процесс декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдаленных органов и систем. Консервативное лечение показано при компенсированной форме, при декомпенсации, проявляющейся редкими рецидивами ангин, а также в случаях, если хирургическое лечение противопоказано [9]. Тонзиллэктомия показана при декомпенсации хронического тонзиллита в виде [10]:

- рецидивирующих ангин до 4–5 раз в год с высокой температурой;
- рецидивирующих паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов (если они развиваются на фоне рецидивирующего тонзиллита в анамнезе);
- в случаях местных осложнений ангин в виде заглоточного абсцесса, нагноившегося шейного лимфаденита, флегмоны шеи и др. ;
- выраженной тонзиллогенной интоксикации, фебрильных судорогах;
- заболеваний отдаленных органов и систем, связанных с патологией миндалин.

Существование большого количества методов консервативного лечения хронического тонзиллита, понимание роли небных миндалин в иммуногенезе привели к тому, что показания к тонзиллэктомии сузились, а это, в свою очередь, привело к увеличению осложненных случаев. Например, в работе А. А. Блоцкого и Н. В. Лукаш (2006 г.) показано, что за период многолетних наблюдений уменьшение количества плановых тонзиллэктомий привело к увеличению количества больных с паратонзиллярными абсцессами [1]. Статистически оценить динамику количества больных с субфебриллитетом, ревматизмом, миокардитом сложно, тем более, что многие тяжелые соматические заболевания связаны с хроническим тонзиллитом не непосредственно, а опосредованно.

В. Т. Пальчун и соавт., помимо очевидной декомпенсации хронического тонзиллита (когда решение о хирургическом лечении принимается явно с опозданием), считают целесообразным проводить тонзиллэктомию при неэффективности повторных (2–3), тщательно проведенных курсов консервативной терапии.

Таким образом, в настоящее время продолжаются дискуссии о показаниях к тонзиллэктомии, а количество больных с осложненными формами хронического тонзиллита возрастает [1].

Материал и методы. В нашей работе проведен анализ историй болезни пациентов, подвергшихся тонзиллэктомии на кафедре ЛОР болезней СПбГМУ имени акад. И. П. Павлова за последние 2,5 года.

Выявлено, что с марта 2005 г. по октябрь 2007 г. по поводу хронического декомпенсированного тонзиллита было прооперировано 239 пациентов в возрасте от 14 до 50 лет (рис. 1). Из них больных мужского пола было 73, женского – 166 человек, что составляет 30,5 % и 69,5 % соответственно. Основная масса больных прооперирована в возрасте от 17 до 30 лет (66,5 %).

При анализе пола пациентов различного возраста отмечено, что в абсолютном большинстве случаев в возрастной категории от 14 до 42 лет доминируют лица женского пола (рис. 2). Однако, среди прооперированных больных 43 лет и старше отмечается равное количество и женщин, и мужчин.

Особый интерес представляла группа пациентов старше 40 лет. В этом возрастном периоде больные тяжелее переносят тонзиллэктомию, как правило, имеют хронические заболевания, обусловленные возрастными особенностями организма (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, изменения в деятельности эндокринной системы) и, нередко, принимают гипотензивные средства, дезагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты, что увеличивает риск развития осложнений в ходе оперативного вмешательства.

Выявлено, что в возрастной категории от 40 до 50 лет было 30 пациентов (что составляет 13,0 %, 11 мужчин и 19 женщин), из них старше 45 лет – 12 человек (5,0 %, 6 мужчин и 5 женщин). Обращает на себя внимание резкий рост числа оперативных вмешательств у пациентов в возрасте 41 года.

Необходимо отметить, что показанием к тонзиллэктомии у пациентов старше 40 явился один из следующих факторов, либо их сочетание:

- отсутствие стойкого эффекта от консервативного лечения хронического тонзиллита, проводимого в течение от 1 до 5 лет (курсы промывания лакун небных миндалин, физиотерапевтическое лечение, курсы антибиотикотерапии), частые ангины (от нескольких раз в месяц до 2–3 раз в год) – у 21 пациента из 30 (70 %);
- сопутствующий длительный субфебриллитет – у 8 пациентов (27 %);
- присоединение суставного синдрома к клинической картине заболевания – у 10 пациентов (33 %);
- изменения в сердечно-сосудистой системе: появление аритмий тонзиллогенного характера – у 2 пациентов (7 %), возникновение тахикардии – у 1 пациента (3 %), миокардиодистрофия – у 1 пациента (3 %), миокардит – у 1 пациента (3 %);
- частые паратонзиллярные абсцессы (5 раз за 5 лет) – у 1 пациента (3 %);
- сочетание клиники токсико-аллергической формы хронического тонзиллита с синдромом обструктивного сонного апноэ – у 2 пациентов (7 %). лительный субфебрилитет, чение 1–5 лет втическое лечение, курсы антибиотикотерапии) пациентов с консервативной на оперативную

Проведено изучение спектра сопутствующей патологии в группе пациентов старше 40 лет (30 человек), которую мы разделили на метатонзиллярные осложнения и патологию, не имеющую этиологических связей с хроническим тонзиллитом.

Заболевания внутренних органов, возникающие в связи со стрептококковой инфекцией (ангина или обострение хронического тонзиллита), представлены двумя основными группами [6]:

1. Токсико-дистрофические и нервно-трофические поражения внутренних органов (миокардиодистрофия, расстройства функций печени, почек и др.).
2. Развитие в органах очагов хронического воспаления, в основном, токсико-иммунологического характера (ревматизм, острый гломерулонефрит и др.).

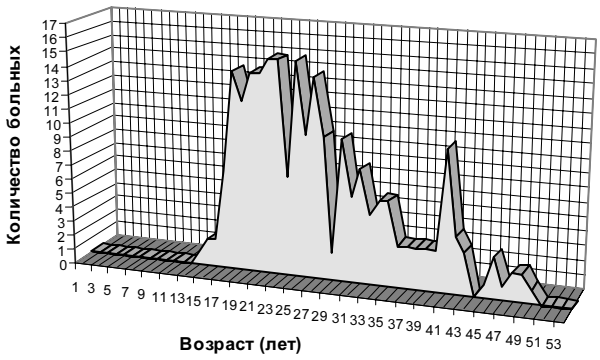

Рис. 1. *Распределение больных по возрасту*

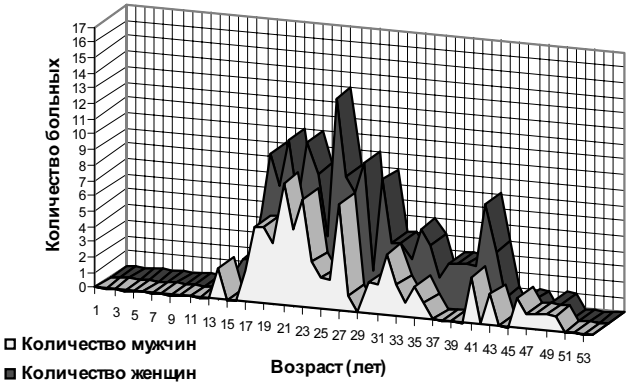

Рис. 2. *Распределение больных по полу в различных возрастных категориях*

Достаточно подчеркнуть, что список заболеваний, в той или иной степени связываемых только с наличием хронического тонзиллита, по данным литературы, приближается к 100 и продолжает увеличиваться [2, 7]. Мы в своей работе воспользовались классификацией И. Б. Солдатова [9,10], который выделяет следующие метатонзиллярные заболевания (рис. 3):

- коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит);
- ряд заболеваний кожи (псориаз, экзема, полиморфная экссудативная эритема);
- нефрит;
- тиреотоксикоз;
- поражения периферических нервов (плексит, радикулит);
- тромбоцитопеническая пурпура и геморрагический васкулит;
- поражение желчевыделительной системы;
- поражение печени.

При анализе метатонзиллярной патологии у исследуемой группы пациентов старше 40 лет выявлено, что у 11 (37 %) человек из 30 имелись проявления суставного синдрома, у 2 (7 %) – патология желчевыводящих путей (холецистит), у 6 (20 %) – нарушения в деятельности мочевыделительной системе в виде изолированной протеинурии, мочевого синдрома, у 4 (13 %) – изменения в сердечно-сосудистой системе (рис. 3).

Под тонзиллогенными поражениями сердца понимают различные клинико-морфологические варианты поражения миокарда некоронарогенной природы, развивающиеся вслед за стрептококковыми ангинами и тонзиллитами [4]. Сюда относятся:

- функциональные изменения сердечно-сосудистой системы на фоне острой стрептококковой инфекции, проявляющиеся болями в области сердца, умеренной одышкой, изменением ритма сердца (сердцебиения, перебои) – у 3 пациентов из 30 (10 %);

– органические поражения, возникающие через некоторое время после перенесенной ангины или обострения хронического тонзиллита, связанные не только с интоксикацией, но и с аутоиммунными механизмами на фоне нарушений реактивности иммунной системы – у 2 пациентов из 30 (7 %) в виде миокардиодистрофии, миокардита.

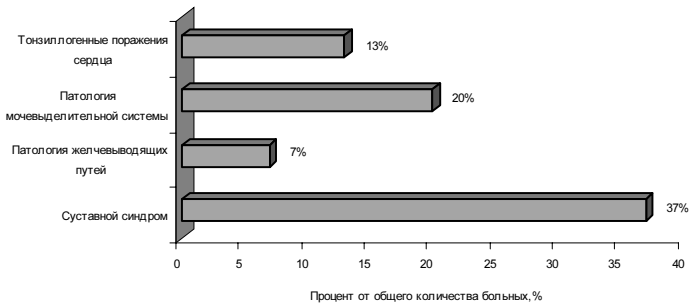

Рис. 3. *Спектр метатонзиллярной патологии у больных в возрастной группе старше 40 лет.*

Таким образом, большинство из исследуемой группы больных в возрасте старше 40 лет (73 %) к моменту выполнения тонзиллэктомии уже страдали от развития метатонзиллярной патологии. Поскольку оперативное вмешательство при хроническом тонзиллите проводится с целью санации очага хронической инфекции и профилактики развития возможных осложнений, очевидно, что выполнение тонзиллэктомии при уже имеющихся заболеваниях, этиологически связанных с хроническим тонзиллитом, является запоздалым и нередко свидетельствует о переоценке оториноларингологами возможностей консервативного лечения при данной патологии.

Следующим этапом нашей работы явился анализ сопутствующей патологии в исследуемой группе пациентов, не относящейся по классификации И. Б. Солдатова к метатонзиллярным заболеваниям. Выявлено, что у 4 больных (13 %) имеется гипертоническая болезнь (у двух из них гипертоническая болезнь сочетается с ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом), у 13 (43 %) – аллергические реакции (в том числе и на лекарственные препараты), у 4 (13 %) – железодефицитная анемия, у 7 (23 %) – патология эндокринной системы (в виде ожирения, аутоиммунного тиреоидита, диффузного зоба, нарушения углеводного обмена), у 7 (23 %) – патология желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический гастрит), у 1 (3 %) – нарушения в деятельности мочевыделительной системе в виде мочекаменной болезни, у 3 (10 %) – патология репродуктивной системы (миома матки, эндометриоз), у 3 (10 %) – патология опорно-двигательного аппарата (остеохондроз позвоночника), у 2 (7 %) – хронический бронхит (в том числе, обструктивный – у одного больного) (рис. 4).

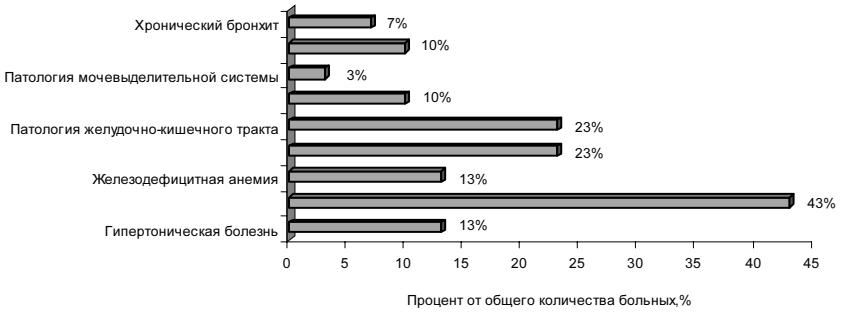

Рис. 4. *Спектр сопутствующей патологии у больных в возрастной группе старше 40 лет.*

Таким образом, к моменту выполнения оперативного вмешательства большая часть из группы больных старше 40 лет (76 %) имела большой спектр сопутствующей патологии, по поводу которой пациенты постоянно принимали лекарственные препараты (дезагреганты, гипотензивные средства, нестероидные противовоспалительные препараты), что само по себе увеличивает риск развития осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде, создает определенные трудности в ходе оперативного вмешательства.

Все больные в течение года до тонзиллэктомии получали антибактериальную терапию от 3 до 7 курсов каждый, у 1 больного в анамнезе были указания на перенесенные паратонзиллярные абсцессы. 8 больных до обращения в ЛОР-клинику лечились у иммунолога, сроки лечения составляли от 3 месяцев до 1 года, в большинстве случаев был достигнут положительный, но кратковременный эффект. При анализе анамнестических данных выявлено, что у большинства больных (73 %) показания к тонзиллэктомии были сформулированы задолго до госпитализации в ЛОР стационар (в среднем, за 2,5 года).

При хирургическом вмешательстве в 67 % случаев выявлены добавочные миндаликовые дольки или плохо дренируемые верхние полюса миндалин с гнойным содержимым. Макроскопически во всех удаленных миндалинах обнаружены кисты с гнойным содержимым, единичные или множественные. В 5 случаях при выделении миндалин получен крошковидный гной из параминдаликового пространства. Хирургические находки свидетельствуют о том, что никакие консервативные методы лечения не дали бы стойкого клинического эффекта у этих больных. Однако принятие решения об удалении миндалин в большинстве случаев было длительным, трудным для больных и хирурга из-за возраста, наличия сопутствующей соматической патологии, требующей постоянного приема медикаментов, повышающих риск интраоперационного кровотечения.

Интересно заметить, что в старшей возрастной группе во всех случаях инициатива в плане хирургического лечения исходила от пациентов, в беседе с врачом при обсуждении противопоказаний и факторов риска, связанных с возрастом, сопутствующим медикаментозным лечением, больные проявляли настойчивость, готовность преодолеть любые препятствия. Эта тенденция наблюдалась и в процессе лечения: больные спокойно вели себя при проведении операции под местной анестезией, в послеоперационном периоде, что во многом связано со сформированной мотивацией к хирургическому лечению хронического тонзиллита.

Выводы:

1. *Количество пациентов в возрастной категории старше 40 лет составило 13 % от общего количества больных, прооперированных по поводу хронического тонзиллита за период с марта 2005 г. по октябрь 2007 г.*
2. *В группе пациентов старше 40 лет у 73 % больных выявлена метатонзиллярная патология, что свидетельствует о запоздалом выполнении оперативного вмешательства.*
3. *К моменту выполнения тонзиллэктомии большая часть пациентов в исследуемой возрастной категории (76 %) имела широкий спектр сопутствующей патологии, которая увеличивает риск интра-и постоперационных осложнений.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Блоцкий А. А. Осложнения хронического тонзиллита / А. А. Блоцкий, Н. В. Лукаш. Мат. межрегиональной науч.-практ. конф. оториноларингологов «Эндоскопическая и лазерная хирургия в оториноларингологии», Благовещенск. – 2007. – № 5. – С. 148–151.
2. Горбачевский В. Н. . Клинико-иммунологическое изучение роли небных миндалин в защитных реакциях организма в условиях нормы и при хроническом тонзиллите: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. Н. Горбачевский. – Кишинев, 1980. – 44с.
3. Кищук В. В. . Исследование связи между состоянием лимфоглоточного кольца и развитием патологии в организме. /В. В. Кищук // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2001. – № 1. – С. 47–49.
4. Овчинников М. Ю. . Оториноларингология: Учебник / М. Ю. Овчинников. – М.: Медицина, 1995. – 288 с.
5. Пальчун В. Т. . Воспалительные заболевания глотки / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288с.

6. Плужников М. С. . Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, К. А. Никитин. – СПб.: Диалог, 2002. – 152с.
7. Попа В. А. . Хронический тонзиллит / В. А. Попа. – Кишинев: Штиинца, 1984. – 252 с.
8. Преображенский Б. С. . Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями / Б. С. Преображенский. – М.: Медгиз, 1954. – 207с.
9. Солдатов И. Б. . Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие / И. Б. Солдатов. – М.: Медицина, 1990. – 288с.
10. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608с.
11. Цветков Э. А. . Аденотонзиллиты и их осложнения у детей. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и при патологии / Э. А. Цветков. – СПб.: ЭЛБИ , 2003. – 124с.