

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Кахрамонова Ирода Исломовна

студент, Ташкентский Международный Университет Кимё, Узбекистан, г. Ташкент

Абдувалиев Анвар Арсланбекович

научный руководитель, доцент, Ташкентский Международный Университет Кимё, Узбекистан, г. Ташкент

Воспалительные заболевания в настоящем времени поддерживают свою популярность в оториноларингологии. Хронический тонзиллит занимает одно из первых мест среди заболеваний верхних дыхательных путей. Несмотря на достижения современной медицины, удельный вес хронического тонзиллита не снижается, и по многолетним данным многих исследователей, им страдают до 40% населения всего мира [1]. По сведениям [3,4] ХТ страдают 12-15% детей и подростков и 4-10% взрослых, причем преимущественно трудоспособного возраста. Особая актуальность данной патологии обусловлена не только распространенностью, но и тем, что более сотни соматических заболеваний, по данным ВОЗ, могут быть ассоциированы с хроническим тонзиллитом. Данное заболевание было не только нерешенной проблемой XX века, но и остается ею в XXI веке, по-прежнему составляя один из сложных основных разделов как в оториноларингологии, так и во многих других клинических дисциплинах, в патогенезе которых главную роль играют аллергия, очаговая инфекция и дефицитные состояния местного и системного иммунитета [2]. В частности, ХТ возникает у детей. Согласно данным М.Р. Богомилского и Т.И. Гаращенко, данная патология широко распространена и составляет среди детей от 2 до 3 лет 1—2%, в возрасте 5—6 лет — 6,5%, а в старшей возрастной группе (10—15 лет) — от 7,9 до 14,4% [5].

Как стало известно, [6] при проведении клинических исследований и длительные наблюдения 5000 больных в течение 15 лет показали различия как по клиническому течению хронического тонзиллита и лабораторным данным, так и по состоянию небных миндалин позволили выделить: хронический тонзиллит, протекающий с обострением в виде ангины и безангинную форму. Однако хронический тонзиллит чаще всего развивается после перенесённой ангины и других прочих инфекционных и бактериальных заболеваний.

Хронический тонзиллит имеет существенное значение в общей патологии человека и характеризуется как многофакторный иммунопатологический процесс, который сопутствует развитию системных осложнений и отягощает их патогенез [6]. Под влиянием неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды снижается сопротивляемость организма, нарастают вирулентность и патогенность микрофлоры в лакунах миндалин, что ведет к возникновению ангины и хронического воспаления в миндалинах [7]. Согласно литературным данным, примерно каждый пятый, перенесший ангину, в последующем страдает ХТ, в связи с чем частота его выявляемости не имеет тенденции к снижению, составляя среди взрослых 5-6%, а среди детей - в 2 раза больше. Следует отметить, что у 3% больных, перенесших ангину, развиваются ревматические осложнения, а у больных ревматизмом после ангины в 20-30% случаев формируется порок сердца. При этом у пациентов с ХТ ангина наблюдается в 10 раз чаще, чем у практически здоровых людей, что еще раз подчеркивает актуальность проблемы ХТ [8]. Как выяснилось, [9] что при неблагоприятном течении инфекционных заболеваний небных миндалин с формированием хронической очаговой инфекции могут обнаруживаться различные изменения сердечно-сосудистой системы. Однако, влияние инфекционных заболеваний небных миндалин на

состояние сердечно-сосудистой системы остается малоизученным у пациентов с частыми обострениями хронического тонзиллита не представляет сложности. Таким образом, проблема хронического тонзиллита затрагивает не только оториноларингологию, но и другие отрасли современной медицины [7].

Было доказано [10], что вместе с хроническим воспалением миндалин может быть связано более 100 общих заболеваний: ХТ обуславливает коллагеновые заболевания (ревматизм, системную красную волчанку, узелковый периартериит, склеродермию, дерматомиозит), создает реальные предпосылки для развития дерматозов (псориаза, экземы, полиморфной экссудативной эритемы), может приводить к возникновению заболеваний глаз. Часто отмечают сочетание неспецифических заболеваний легких и патологии небных миндалин. Наблюдаются церебральные осложнения. Отмечены ослабление функции островковой ткани поджелудочной железы и выделение протеолитического фермента, разрушающего эндогенный и экзогенный инсулин. При ХТ страдает щитовидная железа, возможны нейроэндокринные расстройства: ожирение или похудание, нарушение аппетита, жажда, гипергидроз, нарушение менструального цикла, снижение половой потенции. Иногда наблюдается поражение периферических нервов (плексит, радикулит). Длительная тонзиллогенная интоксикация может способствовать развитию тромбоцитопенической пурпуры и геморрагического васкулита. В настоящее время доказана патогенетическая роль апудоцитов миндалин в развитии иммунодефицитных состояний.

В американском руководстве по ХТ определяются последующие причины хронического процесса воспаления миндалин у человека: [11] различные виды вирусов (к примеру, Epstein-Barr virus), бактерии, аллергия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и астма.

По мнению авторов [23] при II степени токсико-аллергической формы хронического тонзиллита у пациентов могут быть диагностированы «сопряженные», имеющие с хроническим тонзиллитом общие инфекционные причины заболевания: паратонзиллярный абсцесс; парафарингит; острый и хронический (нередко с завуалированной симптоматикой) тонзиллогенный сепсис; ревматизм; артрит; приобретенные пороки сердца; инфекционно-аллергическая природа заболеваний мочевыделительной системы, суставов, других органов и систем.

Результаты исследования [12] показали существенную роль в развитии хронического тонзиллита играет микробный фактор. Вместе с тем имеет место микрoэкологический дисбаланс слизистых оболочек органов и систем. Поэтому в комплексном лечении больных хроническим компенсированным тонзиллитом необходимо купировать дисбиотическое состояние всего организма.

В качестве основных предпосылок к возникновению и развитию ХТ выступают анатомо-топографические и физиологические особенности небных миндалин - наличие глубоких и извилистых лакун и крипт, что создает благоприятные условия для вегетирования микробиоты, а треугольная складка Гиса, прикрывающая лакуны в области нижнего полюса миндалины, способствует нарушению дренажа и рецидивированию хронического воспаления. Одним важным фактором, предрасполагающим к развитию ХТ, является особенность строения покровного эпителия стенок крипт, а точнее наличие мелких разрывов с деэпителизацией участков физиологического ангизирования. В обнаженную в этих разрывах эпителия лимфатическую ткань миндалин свободно проникают микроорганизмы, что является необходимым механизмом для формирования естественного иммунитета, однако при неблагоприятных условиях это может стать первым этапом развития очага хронической инфекции в небных миндалинах [22].

Как представляется в источнике [13], диагностика хронического тонзиллита ставили на основании: жалоб - боль и сухость в горле, анамнеза - частые ангины, чувство инородного тела в глотке, потеря аппетита, неприятный запах изо рта, быстрая утомляемость, периодические боли в суставах и сердце в период обострения, повторяющиеся субфебрилитет. За рубежом и в России диагноз ХТ устанавливается только клинически. Но в США при перечисленных клинических признаках проводят исследования для исключения астмы, ГЭРБ, аллергии. Ревмопробы и исследования иммунологического статуса не проводятся [14].

Лечение хронического тонзиллита, собственно, зависит от определенной и формой и стадии заболевания, что рекомендуется необходимость внимательно обследования пациента с учетом: общего анализа мочи, крови, ЭКГ. Одним из весьма распространенных методов исследования при ХТ является-фарингоскопия. Данный прибор используется для выявления симптомов, которые характерны для разных форм тонзиллита. Соответственно есть несколько условий лечения ХТ [15]:

1) санация носовой и ротовой полостей; 2) эвакуация содержимого лакун; 3) физиотерапевтическое лечение; 4) витаминотерапия; 5) прием антибиотиков. Прием антибиотиков зачастую приводит к нежелательным последствиям (аллергии, желудочно-кишечные расстройства и т. д.).

Известен также способ лечения хронического тонзиллита низкочастотным ультразвуком НУЗ с применением аппарата "Тонзилор", включающий двухэтапное воздействие ультразвука на небные миндалины пациента [16].

Однако существует два главных метода лечения, хирургический и консервативный.

К консервативным методам лечения относятся: промывание небных миндалин у пациента с помощью классическим инструментальным или же аппаратным методами; фонофорез с лекарственными препаратами; рекомендованном врачом различных антибактериальных; противовоспалительных средств и воздействие лечебным лазером на небные миндалины пациента. Существует прибор, который позволяет сохранить гланды и избежать хирургический метод лечения. Фонофорез воздействует проникновение медикаментозных препаратов в небные структуры, тем самым снижая интенсивность воспаления миндалин. В то числе, широко применяется физиотерапия хронического тонзиллита, которая проводится посредством ультрафиолетовых лучей, влияющие на ткани миндалин, а также прогревание горла. А также применяют лазеротерапию, сформированный на применении излучения оптического диапазона, источником которого является лазер. Физиотерапия положительно воздействует на воспалительные процессы при уменьшении отека.

В данном источнике [17], высказывается о положительных сторонах способов консервативного лечения хронического тонзиллита, так как это метод имеет ряд преимуществ перед существующими методиками:

1. доступен в случаях противопоказаний использовать ультразвук и магнитное поле;
2. продолжительная, до 1 часа, фиксация лекарственного средства в лакунах небной миндалины, за счет адгезии прополиса к слизистой оболочке в течение указанной времени;
3. значительно сокращает расход требуемого раствора антисептика;
4. временный характер фиксации мягких тканей;
5. простота технического исполнения, кратковременность, комфортность процедуры;
6. медицинские противопоказания ограничены только индивидуальной непереносимостью лекарственного препарата и продуктов пчеловодства.

Как указал автор [17], этот разработанный консервативный и в тоже время оригинальный способ лечения обеспечивает длительный контакт лекарственного препарата с эпителиальной поверхностью слизистой оболочки миндалины в просвете лакун.

К хирургическому методу лечения относится удаление небных миндалин. Тонзиллэктомия, этот способ используют при малоэффективности консервативного лечения. Как выяснилось после проведенного исследования [18], самым частым и грозным осложнением двусторонней тонзиллэктомии является кровотечение из тонзиллярных ниш в раннем и позднем послеоперационных периодах. Срок наблюдения пациентов был 14 дней. Как утверждают Вишняков В.В, Лазарчик Т.А, в основной группе кровотечение из тонзиллярных ниш возникало у 5 пациентов из 45 в раннем послеоперационном периоде. При этом у 1 пациента

кровотечение возникло на следующий день после операции из-за нарушения диеты. В позднем послеоперационном периоде кровотечение из тонзиллярной ниши наблюдалось у 1 пациента на 8-й день после операции (кровотечение остановлено электрокоагуляцией кровоточащего сосуда биполярным пинцетом). В контрольной группе кровотечение возникло у 7 пациентов из 41 в раннем послеоперационном периоде. В позднем послеоперационном периоде кровотечение из тонзиллярной ниши наблюдалось у 2 пациентов на 8-й и 10-й день после операции (кровотечение остановлено назначением гемостатической терапии).

Авторы выяснили [18], что у больных после удаления небных миндалин в послеоперационном периоде больше всего беспокоят боли в горле, усиливающиеся при глотании. Болезненность при глотании у пациентов обусловлена реактивным отеком мягких тканей в послеоперационной области. Следовательно, стихание болей в глотке зависит от скорости процесса заживления в ране.

В зарубежных публикациях в основном содержится информация по хирургическому лечению ХТ, которое проводится строго по определенным показаниям [19]: подозрение на злокачественный процесс небных миндалин; случаи синдрома обструктивного апноэ сна; очень редко проводят тонзиллэктомию при упорном неприятном запахе изо рта из-за пробок в лакунах миндалин.

Хроническое лечение тоже может нести негативный характер, как известно при удалении небных миндалин нарушается выработка секреторного иммуноглобулина А, необходимого для иммунологической защиты верхних дыхательных путей [20]. К тому же, при изучении последствий хирургического метода лечения, стало известно, что женщины, пережившие двухстороннюю тонзиллэктомию в детстве, чаще страдают раком молочной железы в постменопаузальном периоде, чем те женщины, которым удалось сохранить небные миндалины [21].

Заключение.

Публикации о хроническом тонзиллите позволяют рассуждать о методах лечения и диагностики, а также дают объяснения в каких целях и случаях они применяются в медицине. Авторы публикации подчеркивают, что хронический тонзиллит чаще всего проявляется после ангины. А также ХТ способен развиваться из-за внешних факторов, недостаток витаминов в организме, загрязненного воздуха, неполноценное питание, после перенесения других воспалительных процессов и т.д. Несмотря на различные виды консервативного лечения, ХТ не теряет свою актуальность в настоящее время. Актуальность вышеперечисленной нозологии обоснована, тем что мы столкнулись с большим количеством разногласий во мнении ученых по поводу диагностики и методов лечения данного заболевания.

Таким образом, стоит отметить разновидность консервативного и хирургического лечения ХТ у пациентов. Изучая, консервативное лечение хронического тонзиллита следует учитывать, что применение антибиотиков не всегда является результативным и ведет к угнетению иммунитета. Связь хронического тонзиллита к антибиотикотерапии однозначно негативно, антибиотики сами по себе могут разрушать флору в полости рта и кишечного тракта. Кроме того, существуют доказательства о неэффективности системной антибиотикотерапии при воспалительных заболеваниях. Что касается изучения хирургического метода ХТ колоссальное внимание уделялось – тонзиллэктомии. Тонзиллэктомию - хирургическая операция по полному удалению небных миндалин, требует высокой классификации специалиста и в ряде случаев не всегда возможно, и было обнаружено негативные последствия у людей, перенесшие двухстороннюю тонзиллэктомию. Можно сделать вывод, что по сей день необходимо дальнейшее развитие качественного лечения хронического тонзиллита.

Список литературы:

1. Пальчун В. Т. Развитие проблемы хронического тонзиллита // Вестн. оторинолар. - 2006. - № 6. - С. 7-8.

2. Плужников М. С., Лавренова Г. В., Левин М. Я. Тонзиллит: клинические и иммунологические аспекты. - СПб.: Диалог, 2004. - 222 с.
3. Гуров А.В., Аксенова А.В., Гусева О.А. Возможности современных макролидов в предупреждении сопряженных заболеваний при хронической тонзиллярной патологии. В: Материалы I Петербургского форума оториноларингологов России. Санкт-Петербург, 17-18 апреля 2012 г. СПб.: Полифорум; 2012. Т. 1, с. 329-333.
4. Белов В.А., Воропаева Я.В.:Возрастные и гендерные особенности распространенности хронического тонзиллита у детей. Медицинский совет. 2015;(1):18-21. doi: 10.21518/2079-701X-2015-1-18-21.
5. Гаращенко Т. И: Тонзиллярная проблема в педиатрии // Рос. ринология. 1999. № 1. С. 68—71, Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнений у детей / Методические рекомендации. М.: РГМУ, 1999. С. 28.
6. Дергачев В.С, Дергачева Т.И (2009):К вопросу классификации хронического тонзиллита. Российская оториноларингология, (3), 4-8.
7. Азизов А.А (2019):Иммунологические особенности хронического тонзилита у детей. Медицинские новости, (11 (302)), 72-75.
8. Kosyakov S.Y., Agnotoeva I.B., Muldasheva A.A. The Contradictory Nature of Current Views on the Problem of Chronic Tonsillitis. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2015;(3):35-39. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2015-3-35-39.
9. Чарышкина Ю.В, Чарышкин А.Л, Песков А.Б (2011): Результаты лечения больных хроническим тонзиллитом и сопутствующей ишемической болезнью сердца.Ульяновский медико-биологический журнал, (3), 17-23.
10. Туровский А. Б., Колбанова И. Г (2009): Хронический тонзиллит - современные представления. Доктор.ру, (5), 16-21.
11. Пальчун В.Т :Хронический тонзиллит не может быть компенсированным. Российский конгресс оториноларингологов., Москва. 2012. <http://loronline.ru>.
12. В.В.Гофман, В.В.Дворянчиков (2014): Бактериологические и иммунологические показатели у больных хроническим тонзиллитом в современных условиях.Российская оториноларингология, (2 (679)), 19-23.
13. Ахмедова Г. К. (2011): Клинико-микробиологические исследования хронического тонзиллита у детей с хроническим гастродуоденитомг. Российская оториноларингология, (6), 11-16.
14. С.Я.Косяков, И.Б.Анготоева, Д.П.Поляков, А.А.Мулдашева (2016): Противоречивые аспекты современных представлений о проблеме хронического тонзиллита. Consilium Medicum, 18 (12), 92-95.
15. Атагулова Г. Ж. (2012): Лечение и профилактика хронического тонзиллита,93-95.
16. Кротов Ю.А., Нестерова К.И., Лобанова О.С. и др. Лечение хронического тонзиллита низкочастотным ультразвуком, из опыта 20-летней работы, 2002. -№2(2). С. 81-83.
17. Вертакова О. В., Чаукина В. А., Киселев А. Б., Андамова О. В., Подволоцкая И. В., Автушко А. С (2016): Временная лечебная повязка на небную миндалину как метод консервативного лечения хронического тонзиллита.Российская оториноларингология, (6 (85)), 107-109.
18. Вишняков В.В, Лазарчик Т.А (2017): Совершенствование хирургических методов лечения хронического тонзиллита. Российская оториноларингология,27-30.

19. [Ruiz J, Doron S, Aronson MA et al. Tonsillectomy in adults Indication. <http://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-in-adults-indications/contributors>]:
20. Пальчун В.Т. Хронический тонзиллит не может быть компенсированным. Российский конгресс оториноларингологов. М., 2012. <http://loronline.ru> / Pal'chun V.T. Khronicheskii tonzillit ne mozhet byt' kompensirovannym. Rossiiskii kongress otorino-laringologov. M., 2012. <http://loronline.ru> [in Russian].
21. Pham V, Underbrink M. Laryngopharyngeal reflux. Emphasis on Diagnostic and Therapeutic Considerations. The University of Texas Medical Branch Department of Otolaryngology. 2009.
22. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И (2014): Воспалительные заболевания глотки.
23. Рязанцев С.В, Еремина Н.В, Щербань К.Ю (2017): Современные методы лечения хронического тонзиллита. Медицинский совет, (19), 68-72.