



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПЛАНОВУЮ ТОНЗИЛЭКТОМИЮ

Рябова М. А., Пособило Е. Е.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS REFERRED FOR SCHEDULED TONSILLECTOMY

Ryabova M. A., Posobilo E. E.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education “Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

В данном исследовании был проведен анализ показаний к плановой двусторонней тонзиллэктомии у пациентов с хроническим тонзиллитом. Представлен анализ опросников 86 пациентов, которым была выполнена плановая тонзиллэктомия в клинике оториноларингологии Первого СПбГМУ им. И. П. Павлова.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, показания, тонзиллэктомия.

Библиография: 8 источников.

This study provides the analysis of indications for scheduled bilateral tonsillectomy in the patients with chronic tonsillitis. The authors present the analysis of 86 questionnaires of the patients who underwent scheduled tonsillectomy in the Clinic of Otorhinolaryngology of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.

Key words: chronic tonsillitis, indications, tonsillectomy.

Bibliography: 8 references.

Хронический тонзиллит – широко распространенное заболевание [1]. Высокая вероятность развития заболеваний внутренних органов как осложнений хронического тонзиллита подчеркивает практическую важность данной нозологической единицы. Необоснованно длительное консервативное лечение пациентов при частых обострениях хронического тонзиллита может являться причиной инвалидизации пациента. Так, доказательства патогенетической связи хронического тонзиллита с IgA-ассоциированной нефропатией, гломерулонефритом, который приводит к хронической болезни почек, пиелонефритом, эритродермией, экссудативным и пустулезным псориазом, острой ревматической лихорадкой, хронической ревматической болезнью сердца, приобретенными пороками сердца, ревматическим артритом, полиартритом статистически достоверно были доказаны рядом исследований с наличием длительной ремиссии после проведенной тонзиллэктомии [2–5].

В настоящее время на первичном приеме в стационаре приходится часто сталкиваться с пациентами, которые самостоятельно обращаются в целях хирургического лечения хронического тон-

зиллита, ссылаясь на многократные малоэффективные курсы консервативной терапии в течение нескольких лет. Также участилось поступление в стационар пациентов, которых направляют на плановую тонзиллэктомию узкие специалисты (нефрологи, ревматологи, кардиологи, дерматологи и др.), что указывает уже на наличие метатонзиллярных осложнений у данной категории пациентов.

Если раньше тонзиллэктомии выполнялись намного чаще ввиду отсутствия высокоэффективных, доступных системных антибактериальных препаратов [6], то сейчас складывается противоположная ситуация. В настоящее время антибиотики назначаются при каждом обострении хронического тонзиллита, в некоторых случаях больше 7–8 курсов за год. Нередко больные самостоятельно покупают системные антибактериальные препараты в аптеках, основываясь на опыте применения рекомендованных ранее антибиотиков. Это нередко затягивает принятие решения о проведении плановой тонзиллэктомии.

Конечно, не всем пациентам с рецидивирующим течением хронического тонзиллита требуется выполнение тонзиллэктомии.

Таблица 1

Клинические показания к тонзилэктомии

Показание	Признаки
Отсутствие эффекта консервативного лечения при простой форме хронического тонзиллита или токсикоаллергической форме 1-й степени (Таф-1)	Наличие гнойного содержимого в лакунах после 2–3 курсов консервативного лечения
Токсикоаллергическая форма 2-й степени (Таф-2)	Наличие сопряженных местных и общих заболеваний
Хроническая ринохпатия и гипертрофия лимфоидной ткани	Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), по результатам полисомнографии
Односторонняя гипертрофия небной миндалины	В целях гистологического исследования
Постоянный неприятный запах изо рта из-за наличия казеозных пробок в небных миндалинах	Не купирующийся после курсов консервативного лечения

Согласно классификации хронического тонзиллита по Б. С. Преображенскому – В. Т. Пальчуну в Национальном российском руководстве по оториноларингологии и в российских клинических рекомендациях имеются следующие показания к проведению тонзилэктомии (табл. 1) [7, 8].

Для того чтобы определить клинический профиль больных хроническим тонзиллитом, которые направляются на плановую тонзиллэктомию в стационар, нами было проведено исследование в рамках клиники оториноларингологии Первого СПбГМУ им. И. П. Павлова.

Цель исследования. Целью данного исследования являлся анализ показаний к проведению плановой тонзиллэктомии у пациентов в клинике оториноларингологии Первого СПбГМУ им. И. П. Павлова.

Пациенты и методы исследования. В исследование включено 86 пациентов, которым была выполнена плановая двусторонняя тонзиллэктомию в клинике оториноларингологии Первого СПбГМУ им. И. П. Павлова в период с сентября 2016 по ноябрь 2017 года. Основным методом данного исследования являлся анализ данных опросников, которые заполняли пациенты при поступлении в стационар.

Результаты исследования. Всего в исследование было включено 86 пациентов. Пациенты распределились по полу следующим образом: мужчины – 35% (30 пациентов), женщины – 65% (56 пациентов). Средний возраст составил 28,9 года (min = 19 лет, max = 44 года).

При анализе продолжительности течения хронического тонзиллита у всех пациентов в среднем продолжительность составила 4,3 года

(min = 1 год, max = 13 лет). При этом за последний год до момента тонзиллэктомии 98,8% пациентов вынуждены были периодически принимать курсы системной антибактериальной терапии. В течение 12 месяцев до момента тонзиллэктомии 62,8% пациентов обращались к врачу как минимум трижды, получая консервативную терапию с курсом системных антибактериальных препаратов; 36% больных получали как минимум четыре курса системных антибактериальных препаратов. Пациент, которому тонзиллэктомию выполнялась по поводу СОАС, никогда ранее не получал курсов консервативного лечения хронического тонзиллита (табл. 2).

На вопрос «Кто был инициатором назначения плановой тонзиллэктомии» 34,9% пациентов ответили, что обратились самостоятельно, видя неэффективность консервативного лечения. В 36% случаев показания к тонзиллэктомии определил оториноларинголог стационара на первичном приеме. В 10,5% случаев пациентам была назначена плановая тонзиллэктомию врачом-оториноларингологом амбулаторного звена. В остальных 18,6% случаев пациенты были направлены на плановую тонзиллэктомию врачами других специальностей (нефролог, ревматолог, гинеколог, инфекционист) (табл. 3).

В зависимости от показаний к плановой тонзиллэктомии пациенты были разделены на пять групп, что представлено в табл. 4.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения при простой форме хронического тонзиллита или ТАФ-1 плановая тонзиллэктомию была выполнена в 58,1% случаев (50 пациентов). У 8 пациентов (9,3%) было отмечено субфебрильное

Таблица 2

Частота курсов консервативного лечения хронического тонзиллита с применением системных антибактериальных препаратов (период: 12 месяцев)

Количество курсов системной антибактериальной терапии (за последние 12 месяцев)	n = 86	%
Ни одного курса	1	1,2
1–3 курса	54	62,8
4 курса и более (max = 10 курсов)	31	36



Таблица 3

Распределение инициаторов плановой тонзиллэктомии

Инициатор выполнения тонзиллэктомии	n = 86	%
Оториноларинголог стационара	31	36
Сам больной	30	34,9
Нефролог	10	11,6
Оториноларинголог амбулаторного звена	9	10,5
Гинеколог	3	3,5
Ревматолог	2	2,3
Инфекционист	1	1,2
Терапевт	0	0
Кардиолог	0	0

Таблица 4

Распределение показаний к плановой тонзиллэктомии

Показание к тонзиллэктомии	n = 86		%
Отсутствие эффекта консервативного лечения при простой форме хронического тонзиллита или ТАФ-1	50		58,1
ТАФ-2: местные сопряженные заболевания общие сопряженные заболевания	10 24	34	39,5
Хроническая ринохпатия и гипертрофия лимфоидной ткани	1		1,2
Односторонняя гипертрофия небной миндалины	1		1,2
Постоянный неприятный запах изо рта	0		0

повышение температуры тела в течение нескольких лет до операции. У 39,5% пациентов показанием к тонзиллэктомии явилось наличие ТАФ-2. При этом местная тонзиллярная патология встречалась в 11,6% (10 пациентов), а общая – в 27,9% (24 пациента). Во всех случаях местной тонзиллярной патологии у пациентов наблюдались эпизоды паратонзиллярных абсцессов (до 4 эпизодов в течение жизни). Распределение сопряженной общей тонзиллярной патологии у пациентов отражено в табл. 5. Среди пациентов с сопряженной тонзиллярной патологией не встречалось ни в одном случае эритродермии, острой ревматической лихорадки, хронической ревматической болезни сердца, приобретенных пороков сердца,

ревматического артрита, острого и хронического тонзиллогенного сепсиса.

Обсуждение. В настоящее время есть хорошие возможности консервативной терапии хронического тонзиллита, но это не исключает необходимости наблюдения за пациентом в периоды ремиссии. Слишком короткие периоды ремиссии говорят о том, что небные миндалины продолжают оставаться очагом хронической инфекции в организме. Как американские, так и европейские показания к тонзиллэктомии отличаются от имеющих отечественных показаний количествами эпизодов обострений и другими деталями [4]. Но в целом их концепция несет единый смысл. Допущение развития как паратонзиллярных, так

Таблица 5

Распределение сопряженной тонзиллярной патологии

Вид сопряженного заболевания при ТАФ-2	n = 34	%
Паратонзиллярный абсцесс	10	29,4
Полиартрит	9	26,5
Iga-ассоциированная нефропатия	5	14,7
Хроническая болезнь почек (различные стадии)	3	8,9
Пиелонефрит	3	8,9
Нефротический синдром	1	2,9
Хронический цистит	1	2,9
Миокардиодистрофия	1	2,9
Псориаз	1	2,9

и метатонзиллярных осложнений является результатом неоправданного длительного консервативного лечения данной категории пациентов или отсутствия лечения в некоторых случаях. При безуспешном консервативном лечении на начальном этапе уже должна быть показана тонзиллэктомия. В нашем исследовании 34,9% больных не были направлены на плановую тонзиллэктомию, несмотря на имеющиеся показания, а обратились самостоятельно в результате длительного консервативного лечения. Также по результатам нашего исследования было выявлено, что у 36% больных лечение системными антибактериаль-

ными препаратами проводилось с частотой 4 и более курсов в течение 12 месяцев. Так, у некоторых больных периодичность достигала практически одного раза в месяц (10 курсов за 12 месяцев).

Подчеркивает отсутствие своевременного назначения тонзиллэктомии и то, что у 39,5% больных при поступлении в стационар на плановую тонзиллэктомию уже имелись как местные, так и системные тонзиллярные осложнения. Ряд исследований доказывает, что удаление небных миндалин при сформировавшихся изменениях внутренних органов позволит только ввести пациента в ремиссию, не излечив полностью [2–5].

Выводы

По результатам данного исследования развитие сопряженной тонзиллярной патологии в большинстве случаев является результатом несвоевременного направления пациентов на плановую тонзиллэктомию.

Большое количество пациентов (34,9%), которые вынуждены были самостоятельно обратиться в хирургический стационар для проведения плановой тонзиллэктомии после многочисленных малоэффективных курсов консервативного лечения, подчеркивает наличие проблемы соблюдения имеющихся рекомендаций по показаниям к плановой тонзиллэктомии у врачей амбулаторного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков А., Изотова Г., Захарова А., Чумаков П., Киселева О. Актуальность проблемы хронического тонзиллита // Вестн. оториноларингологии. 2009. № 5. С. 4–6.
2. Noda K., Kodama S., Suenaga S., Suzuki M. Tonsillar focal infectious disease involving IgA nephropathy, pustulosis, and ossification // *Clinical and experimental nephrology*. 2007. N 11(1). P. 97–101.
3. McFadden J., Fry L., Powles A. V., Kimber I. Concepts in psoriasis: psoriasis and the extracellular matrix // *The British journal of dermatology*. 2012. Vol. 167(5). P. 980–986.
4. Рябова М., Пособило Е., Агрба А., Шамкина П. К вопросу о показаниях к тонзиллэктомии // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2017. N 23(3). P. 65–72.
5. Карпищенко С. А., Свистушкин В. М. Хронический тонзиллит: иммунологические и клинические аспекты. СПб: Диалог, 2017. С. 165–168.
6. Grob G. N. The rise and decline of tonsillectomy in twentieth-century America // *Journ. of the history of medicine and allied sciences*. 2007. Vol. 62(4). P. 383–421.
7. Пальчун В. Оториноларингология: национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 809–810.
8. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология. М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 180 с.

REFERENCES

1. Kryukov A., Izotova G., Zakharova A., Chumakov P., Kiseleva O. Aktual'nost' problemy khronicheskogo tonsillita [Relevance of the chronic tonsillitis problem]. *Vestnik otorinolaringologii* 2009;5:4-6 (in Russian).
2. Noda K., Kodama S., Suenaga S., Suzuki M. Tonsillar focal infectious disease involvin IgA nephropathy, pustulosis, and ossification. *Clinical and experimental nephrology*. 2007;11(1):97-101.
3. McFadden J, Fry L, Powles AV, Kimber I: Concepts in psoriasis: psoriasis and the extracellular matrix. *The British journal of dermatology*. 2012;167(5):980-986.
4. Ryabova M., Posobilo E., Agrba A., Shamkina P. K voprosu o pokazaniyakh k tonsillektomii [Question about the indications to tonsillectomy]. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2017;23(3):65-72 (in Russian).
5. Karpishchenko S. A., Svistushkin V. M. Khronicheskii tonsillit: immunologicheskie i klinicheskie aspekty [Chronic tonsillitis: immunological and clinical aspects]. SPb: Dialog 2017:165-168 (in Russian).
6. Grob G. N. The rise and decline of tonsillectomy in twentieth-century America. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 2007;62(4):383-421.
7. Pal'chun V. Otorinolaringologiya: natsional'noe rukovodstvo [Otorhinolaryngology: National Guidelines]. M: GEOTAR-Media, 2016:809-810 (in Russian).
8. Pal'chun V. T., Kryukov A. I. Otorinolaringologiya [Otorhinolaryngology]. M: GEOTAR-Media, 2013. 180 (in Russian).

Рябова Марина Андреевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; тел. 8-812-338-71-76, e-mail: marinaryabova@mail.ru

Пособило Екатерина Евгеньевна – очный аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; тел. +7-981-850-51-13, e-mail: posobilo@mail.ru

Marina Andreevna Ryabova – MD, Professor of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str., tel.: 8-812-338-71-76, e-mail: marinaryabova@mail.ru

Ekaterina Evgen'evna Posobilo – day-time post-graduate student of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str., tel.: +7-981-850-51-13, e-mail: posobilo@mail.ru