

УДК 616.322-002.2:159.9 072.53  
<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-5-122-126>

## К вопросу о классификации хронического тонзиллита и критерии ее обоснования

А. И. Извин<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, 625025, Россия

В статье приводится краткий исторический экскурс ранее применявшихся классификаций хронического тонзиллита. Автор предлагает свою новую классификацию хронического тонзиллита в виде трех его форм (простая, рецидивирующая и осложненная), которые обосновываются клиническими критериями, и предлагает лечебные подходы к каждой из форм этого заболевания.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, классификация, лечебная тактика.

**Для цитирования:** Извин А. И. К вопросу о классификации хронического тонзиллита и критерии ее обоснования. *Российская оториноларингология*. 2022;21(5):122–126. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-5-122-126>

## Revisiting classification of chronic tonsillitis and criteria for its justification

A. I. Izvin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tyumen State Medical University, Tyumen, 625025, Russia

The article provides a brief historical overview of the previously used classifications of chronic tonsillitis. The author proposes his new classification of chronic tonsillitis in the form of its three forms (simple, recurrent, and complicated), which are substantiated by clinical criteria and offers therapeutic approaches to each of the forms of this disease.

**Keywords:** chronic tonsillitis, classification, medical tactics.

**For citation:** Izvin A. I. Revisiting classification of chronic tonsillitis and criteria for its justification. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2022;21(5):122-126. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-5-122-126>

Хронический тонзиллит (ХТ) является инфекционно-аллергическим заболеванием с местными воспалительными проявлениями в небных миндалинах, возбудителями которого являются патогенные микроорганизмы аденовирусно-стрептококковой ассоциации [1–3]. Он занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний ЛОР-органов и несмотря на достижения современной медицины, удельный вес его не снижается и в настоящее время [4–9].

Однако, несмотря на его распространенность и социальную значимость, вопросы классификации, а следовательно, диагностики и лечения

этого заболевания являются актуальной проблемой клинической оториноларингологии. В отечественной оториноларингологии существовало несколько классификаций ХТ, однако вопрос о классификации данного заболевания и в настоящее время является дискуссионным, а поэтому единой общепринятой классификации не существует. Следует подчеркнуть, что основное назначение классификации – стать мерилем в решении вопроса о выборе лечебной тактики путем сравнительной оценки клинической картины заболевания у каждого конкретного пациента, которая является эффективной схемой лечения.

В историческом аспекте проведен анализ ранее принятых классификаций хронического тонзиллита.

Классификация Л. А. Луковского (1941, 1955, 1966) [9], который предложил различать три формы хронического неспецифического тонзиллита: а) компенсированную, б) субкомпенсированную и в) декомпенсированную. При *компенсированной* форме нет видимой общей реакции организма и обострений (повторных ангины). В этой фазе хронического тонзиллита, по мнению автора, аллергизации организма еще нет; она представляет собой дремлющий очаг хронической инфекции миндалин.

*Субкомпенсированная* форма характеризуется отсутствием тяжелых местных осложнений и видимой реакции организма, однако наблюдаются частые обострения (повторные ангины). В силу значительного снижения общей реактивности организма и его аллергизации имеется состояние неустойчивой, неполной компенсации.

К *декомпенсированному* хроническому тонзилиту Л. А. Луковский [10] относит формы, как протекающие с местными и общими осложнениями (паратонзиллит, парафарингит, гнойный медиастинит, тонзиллярный сепсис, тонзилогенная интоксикация, кардиотонзиллярный синдром), так и протекающие с тонзилогенными инфекционно-аллергическими заболеваниями органов и систем (ревматизм, нефрит, псориаз и др.).

Е. И. Ярославский (1951) [11] предлагал делить хронический неспецифический тонзиллит на простой и осложненный. Каждая из форм осложненного ХТ, по мнению автора, протекает в трех вариантах: явном, скрытом и бессимптомном, при этом объективизации форм автор не приводит.

В. Ф. Ундриц (1954) [12] предлагал различать: а) латентную форму тонзиллита; б) неосложненный тонзиллит, характеризующийся частыми обострениями и наличием местных признаков хронического тонзиллита; в) осложненный тонзиллит, при котором, кроме местных осложнений (лимфадениты, паратонзиллиты), могут развиваться и общие заболевания, связанные с тонзиллитом (общая интоксикация, ревматические поражения сердца, нефрит, сепсис и другие).

Б. М. Млечин (1956) [13] предложил различать по клиническим признакам три формы хронического тонзиллита: а) компенсированную; б) явную; в) латентную.

П. Г. Лепнев (1957) [14] делит ХТ на: 1) казеозный (гнойный), 2) дистрофический (гипертрофический), атрофический; 3) осложненный заболеваниями внутренних органов; 4) простую гипертрофию миндалин I и II степени.

Следует подчеркнуть, что данные классификации в свое время безусловно сыграли прогрес-

сивную роль, дав толчок для дальнейших научных исследований по тонзиллярной проблеме, и вооружили практических врачей определенным мерилем для выбора метода лечения ХТ. Однако само понятие и термин «компенсация» в отношении ХТ являются весьма условными, поскольку никакой компенсации (по-другому восстановления здорового состояния) хронического воспаления и функции миндалин и в организме при ХТ нет. Это связано с тем, что очаг инфекции, занимающий всю миндалину, под влиянием различных факторов периодически становится более или менее активным, но не исчезает, продолжает индуцировать интоксикацию и вызывает местные и общие осложнения.

Большинство практикующих врачей и преподаватели кафедр оториноларингологии медицинских вузов страны в настоящее время пользуются классификацией Б. С. Преображенского и В. Т. Пальчуна, либо классификацией И. Б. Солдатова.

Б. С. Преображенский, В. Т. Пальчун (1970, 1978) [1, 2] предложили различать две формы хронического тонзиллита: простую и токсико-аллергическую (ТАФ), в которой авторы различают две степени (ТАФ I и ТАФ II) выраженности интоксикации.

К простой форме данные авторы относят тонзиллит, протекающий с местными симптомами, субъективными жалобами, объективными признаками заболевания и с частыми ангинами.

Токсико-аллергическая форма возникает в результате нарушения защитно-приспособительных механизмов организма. Те или иные местные изменения сопровождаются общими явлениями. В связи с тем что выраженность токсико-аллергических явлений бывает неодинаковой, авторы различают I степень (с более легкими явлениями) и II степень (со значительно выраженными явлениями).

И. Б. Солдатов представил на VII съезде врачей оториноларингологов СССР (Тбилиси, 1975) [14] классификацию, в которой предложил различать хронический тонзиллит в виде двух форм: компенсированная и декомпенсированная формы. При компенсированной форме, по мнению автора, имеются лишь местные признаки хронического воспаления небных миндалин (НеМ), барьерная функция которых и реактивность организма еще таковы, что уравнивают, выравнивают состояние местного воспаления и выраженной общей реакции организма не возникает. Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления НеМ, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих, острых тонзиллитов (ангины), паратонзиллитов, различных патологических реакций, заболеваний отдельных органов

и систем (тонзиллокардиальный, метатонзиллярный синдромы).

Появление этих двух последних классификаций было обусловлено поиском источника роста инфекционных заболеваний организма, таких как ревматизм, ревмокардит, нефрит и других возникших в 50–60-х годах прошлого века. Одним из таких источников и был признан хронический тонзиллит.

О правомочности дальнейшего использования двух последних классификаций остро стоял вопрос еще в апреле 2017 года на VII Международном форуме оториноларингологов России на секции «Глотка», на которой присутствовало более 200 врачей-оториноларингологов из различных уголков страны. Присутствующим была предложена анкета, касающаяся использования данных классификаций в современных условиях. С высшей категорией было 102 (51%) чел., со второй – 2 (1%), с первой – 3 (1,5%), без категории – 68 (34%). Голосование показало, что не поддерживают классификацию Б. С. Преображенского 94% врачей, «за» классификацию И. Б. Солдатова высказалось лишь 6% присутствующих, т. е. широкое оториноларингологическое сообщество высказало мнение о пересмотре имеющейся классификации и о необходимости принятия новой, которая была бы проста и удобна практикующему врачу. Без сомнения, классификация ХТ Б. С. Преображенского и В. Т. Пальчуна имеет определенное дидактическое значение, способствующее пониманию ХТ как системного заболевания, детализирующее его клинические проявления, однако такая форма изложения информации больше подходит к понятиям схемы или перечня симптомов, нежели к понятию классификации патологического процесса как такового. Более того, она чрезвычайно громоздка, трудна для понимания и не дает разграничительных критериев диагностики так называемых «токсико-аллергических форм» этих двух степеней.

Парадоксально, что в отечественной и зарубежной литературе последних лет это заболевание предлагается классифицировать как тонзиллофарингит, представляющий собой якобы единый патологический процесс в глотке, основываясь на отсутствии объективных критериев диагностики ХТ и на том, что эти заболевания якобы имеют общий патогенез развития. Однако трудно согласиться с таким постулатом, так как многочисленными исследованиями доказано, что возбудителем ХТ в своем большинстве является  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А либо различный симбиоз микроорганизмов, тогда как фарингиты (составляющие 40% амбулаторных больных) чаще всего (в 70%) имеют вирусную природу. Хронический фарингит (ХФ)

– это воспаление глоточной стенки, возникающее в результате воздействия факторов внешней и внутренней среды и на сегодняшний день в клинической картине этих двух заболеваний нет четких отличительных симптомов, что затрудняет их объективную диагностику [15, 16]. Однако, как известно, главным симптомом при фарингите является боль в горле, усиливающаяся при глотании, которой почти никогда не бывает при ХТ.

Многочисленными исследованиями доказано, что возбудителем ХТ в большинстве своем является  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А либо симбиоз микроорганизмов в виде стафилококков и стрептококков и др. микробов, тогда как фарингиты чаще всего (70%) имеют вирусную природу, (респираторные вирусы аденовирус, вирус парагриппа, энтеровирус, вирус Эпштейна–Барр и др.), т. е. эти два заболевания имеют различный этиоз и в этой связи трудно согласиться с данной трактовкой.

Более того, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра определения «тонзиллофарингит» нет, и, следовательно, как клинический диагноз он выступать не может.

Проведя анализ ранее представленных классификаций и основываясь на своем личном клиническом опыте и коллег по совместной работе, нами предлагается классификация ХТ, в которой предусмотрены 3 его формы. Простая, характеризующаяся наличием лишь местных изменений небных миндалин, эпизодически возникающих

Таблица 1  
Критерии и баллы для подсчета форм хронического тонзиллита

Table 1  
Criteria and scores for counting forms of chronic tonsillitis

Диагностические критерии	Баллы
Частые ангины	1
Возраст пациентов < 20 лет	2
Ревматологические и почечные заболевания (по анамнезу)	5
Ревматологические и почечные заболевания у родственников	3
ПТА в анамнезе	6
Артралгии и истинные кардиалгии	4
Повышение титров стрептококковых антител (РФ, СРБ)	4
Изменение в анализе мочи	4
РФ (рев. фактор > 30 ед./мл)	2
СОЭ > 15 мм/ч	1
Удлинение интервала PQ, расширение QRS	3
<i>Примечание.</i> При простой форме количество баллов составляет от 6 до 10, рецидивирующей – 10–15, осложненной – более 15.	

Таблица 2

## Лейкоцитарные индексы при различных формах хронического тонзиллита

Table 2

## Leukocyte indices in various forms of chronic tonsillitis

Оцениваемые показатели	Здоровые лица (n = 30)	Простая форма (n = 30)	Рецидивирующая форма (n = 30)	Осложненная форма (n = 30)
ИЛГ	4,56±0,37	2,26±0,37	2,16±0,32	2,86±0,17
ИСЛМ	5,24±0,39	4,81±0,19	4,90±0,37	3,51±0,21
ИСНЛ	2,47±0,65	2,20±0,13	2,62±0,37	2,11±0,37
ИЛСОЭ	1,87±0,76	3,84±0,14	2,84±0,34	4,24±0,19

*Примечание.* ИЛГ – лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс, ИСЛМ – индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов, ИСНЛ – индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов, ИЛСОЭ – индекс соотношения лимфоцитов и СОЭ, определяемые по ОАК.

ангин, наличием констатированных увеличенных регионарных лимфоузлов, лечение такой формы консервативное. Рецидивирующий ХТ, при котором имеются местные изменения в НМ, перенесенные ранее острые ангины (до 2–3 в году), в лакунах выявляются казеозные пробки и пальпируются увеличенные углочелюстные лимфоузлы; лечение как консервативное, так и оперативное. Осложненная форма ХТ, при которой, кроме выраженных местных изменений НМ, выявляются казеозные пробки и жидкий гной в лакунах, регистрируются как местные осложнения в виде паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, так и общие в виде метатонзиллярных заболеваний. Лечение только оперативное. Для верификации различных форм ХТ разработаны диагностические критерии в виде балльной системы (табл. 1) и лейкоцитарные индексы, характеризующие различные формы ХТ (табл. 2).

**Выводы**

Среди предложенных классификаций клинических форм ХТ в большинстве своем существуют две: компенсированная и декомпенсированная, при которых возникают существенные трудности дифференциальной диагностики этих двух форм ввиду отсутствия объективных критериев.

Современные исследования по тонзиллярной проблеме и реалии практической работы врачей-оториноларингологов свидетельствуют о несовершенстве двух последних классификаций хронического тонзиллита, которые не соответствуют современным представлениям и нуждаются в их пересмотре.

Предлагаемая классификация хронического тонзиллита проста, лаконична, объективизирована клиническими критериями, и даны рекомендации лечебной тактики каждой формы этого заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

- Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним общие заболевания. М.: Медицина, 1970.
- Пальчун В. Т. Очаговая инфекция в практике оториноларинголога. *Вестник оториноларингологии*. 2014;(4): 4–6.
- Артюшкин С. А., Еремина Н. В., Рязанцев С. В., Карнеева О. В. Хронический тонзиллит: метод, рекомендации. СПб., 2017. 32 с.
- Гофман В. Р., Черныш А. В., Дворянчиков В. В. Хронический тонзиллит. М.: Техносфера, 2015. 144 с.
- Извин А. И. Хронический тонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2015. 184 с.
- Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Мирзоева Е. З., Шматов Г. П. Хронический тонзиллофарингит и информационные технологии его доказательств. Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. 198 с.
- Anderson G. W. Chronic tonsillitis. *The Ann. of otol., rhinology and laryngology*. 1950;59:3:602-613.
- Surow J., Handler S., Telian S. et al. Bacteriology of tonsil surface and core in children. *Laryngoscope*. 1989;99:3:261-266.
- Дергачев В. С., Дергачева Т. Н. К вопросу классификации хронического тонзиллита. *Российская оториноларингология*. 2009;3(40):4–9.
- Луковский Л. А. Современное состояние тонзиллярной проблемы и пути ее решения (Труды IV съезда оториноларингологов. Киев, 1972:45–51.
- Ярославский Е. И. Хронические неспецифические тонзиллиты и заболевания внутренних органов: тр. Омского медицинского института. Омск, 1951:199–206.
- Ундриц В. Ф. Тонзиллярная проблема в свете современных научных данных и пути ее дальнейшего изучения: тр. Ленинградского института уха, носа и горла. Л., 1958; XI: 239–248.
- Млечин Б. М. К вопросу о классификации хронических тонзиллитов: тез. докладов конференции Ленинградского института усовершенствования врачей. Л., 1956:46–49.

14. Солдатов И. Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей: тез. докл. VII съезда оториноларингологов СССР. М., 1975:60–66.
15. Овчинников А. Ю. Острый и хронический фарингит. *Вестник оториноларингологии*;1991;(4):8–12.
16. Туровский А. Б., Захарова А. Ф. Использование препарата септолете при воспалительных заболеваниях глотки и гортани. *Вестник оториноларингологии*;2001;(2):48–49.

## REFERENCES

1. Preobrazhensky B. S., Popova G. N. Chronic tonsillitis and related general diseases. Moscow: Medicine, 1970:145-160. (In Russ.)
2. Pal'chun V. T. The focal infection encountered in the practical work of an otorhinolaryngologist. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2014;(4):4-6. (In Russ.)
3. Artyushkin S. A., Eremina N. V., Ryazantsev S. V., Karneeva O. V. Chronic tonsillitis. Method. recommendations. Saint Petersburg, 2017. 32 p. (In Russ.)
4. Hoffman V. R., Chernysh A. V., Dvoryanchikov V. V. Chronic tonsillitis. Moscow: Technosfera, 2015. 144 p. (In Russ.)
5. Izvin A. I. Chronic tonsillitis and paratonsillar abscess. Tyumen: RIC „Iveks“, 2015. 184 p. (In Russ.)
6. Portenko G. M., Portenko E. G., Mirzoeva E. Z., Shmatov G. P. Chronic tonsillopharyngitis and information technology of its evidence. Tver: Editorial and Publishing Center of Tver State Medical University, 2017. 198 p. (In Russ.)
7. Anderson G. W. Chronic tonsillitis. *The Ann. of otol., rhinology and laryngology*. 1950;59:(3):602-613.
8. Surow J., Handler S., Telian S. et al. Bacteriology of tonsil surface and core in children. *Laryngoscope*. 1989;99:(3):261-266.
9. Dergachev V. S., Dergacheva T. N. On the issue of classification of chronic tonsillitis. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*; 2009;3(40):4-9. (In Russ.)
10. Lukovsky L. A. The current state of the tonsillar problem and ways to solve it. Proceedings of the IV Congress of Otorhinolaryngologists. Kyiv, 1972:45-51. (In Russ.)
11. Yaroslavsky E. I. Chronic nonspecific tonsillitis and diseases of internal organs. Proceedings of the Omsk Medical Institute. Omsk, 1951:199-206. (In Russ.)
12. Undrits V. F. Tonsillar problem in the light of modern scientific data and ways of its further study. tr. Leningrad Institute of Ear, Nose and Throat. Leningrad, 1958; XI:239-248. (In Russ.)
13. Mlechin B. M. To the question of the classification of chronic tonsillitis. Abstracts of the conference of the Leningrad Institute for the Improvement of Doctors. Leningrad, 1956:46-49. (In Russ.)
14. Soldatov I. B. Chronic tonsillitis and other foci of infection of the upper respiratory tract. VII Congress of Otorhinolaryngologists of the USSR: abstracts. report. Moscow, 1975:60-66. (In Russ.)
15. Ovchinnikov A. Yu. Acute and chronic pharyngitis. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*;1991;(4):8-12. (In Russ.)
16. Turovsky A. B., Zakharova A. F. The use of the drug Septotele in inflammatory diseases of the pharynx and larynx. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*; 2001;(2):48-49. (In Russ.)

## Информация об авторе

✉ Извин Александр Иванович – доктор медицинских наук, профессор кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, Тюменский государственный медицинский университет (625051, Россия, Тюмень, Ткацкий пр., д. 5/177); e-mail: izvin.a41@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7350-4865>

## Information about the author

✉ Aleksandr I. Izvin – MD, Professor of the Department of Orthopedic and Surgical Dentistry with the Course of ENT Diseases, Tyumen State Medical University Russia (5/177, Tkatsky Ave., Tyumen, Russia, 625051); e-mail: izvin.a41@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7350-4865>

Статья поступила 21.03.2022

Принята в печать 27.08.2022