

**УДК: 616.233-002-007.271-036.65-053.36-08-092**

**Сайдакбаров А.Ж., Нарбаев З.К.**

**Кафедра оториноларингологии**

**Андижанский государственный медицинский институт**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО  
ТОНЗИЛЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ  
МЕТОДОВ**

**Резюме:** По мнению большинства современных исследователей, основанному на результатах доказательных исследований, ведущим этиологическим фактором в развитии ХТ, а также местных и общих его осложнений является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), что составляет, по разным данным, от 32,5% до 60%. Начальным этапом колонизации является фиксация стрептококков к эпителию глотки в результате лиганд-рецепторного взаимодействия.

Рассмотрены подходы к лечению хронического тонзиллита. Показано, что фотодинамическая терапия хронического тонзиллита - высокоэффективный этиотропный метод комплексной терапии тонзиллярной патологии.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, ранняя диагностика, метод, лечения.

**Saidakbarov A.Zh., Narbaev Z.K.**

**Department of Otorhinolaryngology**

**Andijan State Medical Institute**

**EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC  
TONSILLITIS USING MODERN METHODS**

**Resume:** According to the majority of modern researchers, based on the results of evidence-based studies, the leading etiological factor in the development of CT, as well as its local and general complications, is beta-hemolytic streptococcus group A (BGSA), which, according to various data,

ranges from 32.5% to 60%. The initial stage of colonization is the fixation of streptococci to the pharyngeal epithelium as a result of ligand-receptor interaction.

Approaches to the treatment of chronic tonsillitis are considered. It is shown that photodynamic therapy of chronic tonsillitis is a highly effective etiopathic method of complex therapy of tonsillar pathology.

**Keywords:** chronic tonsillitis, early diagnosis, period, treatment.

**Актуальность.** Актуальность проблемы лечения хронического тонзиллита (ХТ) остается на достаточно высоком уровне, что обусловлено высокой распространностью данной нозологии. Во взрослой популяции ХТ диагностируется от 5-6 до 37%, в детской - от 15 до 63% [1] (необходимо принимать во внимание тот факт, что указанные цифры могут быть занижены в связи с тем, что в компенсированной форме ХТ часто выявляется лишь на профилактическом осмотре либо при осмотре во время обращения пациента по поводу другого заболевания). Кроме того, значимость проблеме придает большое количество осложнений ХТ с гетеро- и аутоиммунным патогенезом, такие как острая ревматическая лихорадка, артриты, васку-литы, гломерулонефриты и т. д. [3,6,9].

Функциональная несостоятельность лимфоцитов, и особенно макрофагов, приводит к незавершенному фагоцитозу, внутриклеточному (преимущественно в макрофагах) персистированию патогенных микроорганизмов, развитию оппортунистических инфекций

ХТ занимает одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваемости [1,4,7] и рассматривается, согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), как заболевание, ассоциированное с бактериями вида *Streptococcus pyogenes* [2,5,8]. Другие микроорганизмы - *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* [7], β-гемолитические стрептококки группы А, несколько реже - стрептококки группы С и G [6], активно вырабатывающие β-лактамазы, рассматриваются

как копа-тогены - микроорганизмы, колонизирующие верхние отделы дыхательные путей, но не играющие доминирующую этиологическую роль в развитии воспаления [5]. Обращает на себя внимание тот факт, что в 80% случаев идентифицируются ассоциации микроорганизмов. Так, в 28,2% случаев были обнаружены грибково-бактериальные ассоциации с представителями рода *Candida* spp. (показатель микробной обсемененности 103 КОЕ/мл) [2]. Кроме того, накопившиеся в последние десятилетия факты свидетельствуют о способности микробов, и в частности В-гемолитического стрептококка группы А, формировать так называемые биопленки - популяции, сообщества -с другими бактериями [9].

**Цель исследования.** Повышение эффективности диагностики и лечения хронического тонзиллита на основании комплексного изучения и анализа основных звеньев этиологии и патогенеза данного заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 105 больных с ХТ (частота эпизодов острой бронхобструкции более 3-х раз в течение года) в возрасте от 18 до 65 летного возраста.

**Результаты исследования.** В последние годы изменилась клиническая картина хронического тонзиллита в сторону увеличения количества больных с безангинной формой, которая составляет 79,2% среди всех больных хроническим тонзиллитом.

Микрофлора лакун небных миндалин больных хроническим тонзиллитом в 94,4% случаев представлена ассоциациями микроорганизмов, у 72,9% больных в лакунах имеются патогенные микроорганизмы, среди которых превалируют золотистый стафилококк (53,9%), Р-гемолитические стрептококки (46, 0%) и пневмококк (23,1%).

В этиологии хронического тонзиллита ведущую роль играют Р-гемолитические стрептококки групп А, В, С, G, F и негруппируемые в

ассоциации с золотистым стафиликокком, что подтверждается данными микробиологических, серологических и аллергологических исследований.

Хроническое воспаление в небных миндалинах поддерживает внутритканевая и внутриклеточная персистенция стрептококков, выявленная у части больных хроническим тонзиллитом микробиологическими методами и методом электронной микроскопии.

В патогенезе хронического тонзиллита имеют значение изменения в клеточном звене системного иммунитета, выявленные у большинства больных: уменьшение абсолютного и относительного содержания активных Тлимфоцитов на 20,0% и 13,6% соответственно, снижение фагоцитоза в ней трофиках на 17,5% и снижение фагоцитарного индекса в нейтрофилах на 26,0%. Первичность нарушений системы фагоцитоза в патогенезе хронического тонзиллита подтверждается положительным клиническим эффектом от иммунокоррекции, направленной на повышение фагоцитарной активности нейтрофилов.

Объективную оценку иммунологических функций небных миндалин дает предложенный нами относительный показатель  $K$ , отражающий соотношение количества лимфоцитов и микроорганизмов в лакунах небных миндалин. О декомпенсации иммунологических функций небных миндалин свидетельствует значение показателя  $K < 1$ .

Не выявлено корреляции между декомпенсацией иммунологических функций, определяемых лабораторными методами, и клиническим понятием «декомпенсированная форма» хронического тонзиллита: декомпенсация иммунологических функций небных миндалин с одинаковой частотой встречается при компенсированной форме и разных вариантах декомпенсированной формы хронического тонзиллита (согласно классификации И.Б.Солдатова).

Для адекватного проведения санирующих и иммунокорригирующих мероприятий у больных хроническим тонзиллитом диагностический

комплекс обследования должен обязательно включать микробиологические, серологические и аллергологические методы выявления хронической стрептококковой инфекции, а также исследование состояния системного иммунитета и местной иммунологической активности небных миндалин.

**Вывод.** Таким образом, персистирующая инфекция, в частности герпесвирусная, хламидийная, микоплазменная, может определять ХТ у больных, в том числе рецидивы обструктивного бронхита, и являться фоном к развитию бронхиальной астмы. Направленная дифференцированная этиопатогенетическая терапия позволяет, с одной стороны, купировать инфекционный процесс, с другой — уменьшить воспалительные изменения в бронхах и предупредить формирование хронической гиперреактивности в миндалине.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1.Андамова О.В. Применение озono-ультразвукового метода в лечении хронического тонзиллита / О.В.Андамова, М.А Рымшина, В.В.Педдер // Новости оторинолар. и логопатол.- 2001.- №2.- С. 108-109.
- 2.Богомильский М.Р. Опыт применения азитромицина в терапии обострений хронического тонзиллита у детей / М.Р.Богомильский, Т.И.Гаращенко, Е.В.Шишмарева // Рос.оторинолар.- 2003.- №1.- С. 172-176.-ISSN 1810-4800.
- 3.Жапалаков Б.А. Обоснование применения постоянного электрического тока в лечении хронического тонзиллита / Б.А.Жапалаков, В.П.Григорьев // Вестн.оторинолар.- 2006.- №5.- С.297-298.
4. Король И.М. О лечении глубоких флегмон шеи и медиастенитов / И.М.Король, Е.И.Корженевич // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: материалы науч.-практ. конф.- М.: МедиаСфера, 2002.- С.293-294.- ISBN 5-85941-004-2.

5.Яковенко В.Д. К вопросу о причинно-следственных взаимосвязях в патогенезе хронического тонзиллита как инфекционно-аллергического процесса / В.Д.Яковенко, В.Ф.Филатов, И.Л. Дикий // Вестн.оторинолар.- 1990.- №2.- С.52-55.- ISSN 0042-4668.

6.Donnelly M.J. Indications for paediatric tonsillectomy GP versus Consultant perspective / M.J.Donnelly, M.S.Quraishi, D.P.McShane // J Laryngol Otol.- 1994.- Vol.108.- N.2.- P.131-135.- ISSN 0022-2151.

7.Invasive group A streptococcal infection after tonsillectomy / B.C.Timmers-Raaijmakers et al. // Pediatr Infect Dis J.- 2003.- Vol. 22.-N.10.- P.929-931.- ISSN 0891-3668.

8.Ying M.D. Immunological basis of indications for tonsillectomy and adenoidectomy / M.D.Ying // Acta Otolaryngol Suppl.- 1988.- N.454.-P.279-364.- ISSN 0365-5237.

9. Zuercher A. W. Distinct mechanisms for crossprotection of the upper versus lower respiratory tract through intestinal priming/ A.W.Zuercher, H.Q.Jiang, M.C.Thurnheer // J.Immunol.- 2002.- Vol.169.- N.7.- P.3920-3925.- ISSN 0022-1767.