

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА

Чигряй А.И., Гримашевич А.Б., Атрощенко К.А., Шляга И.Д.

Гомельский государственный медицинский университет,
кафедра оториноларингологии, с курсом офтальмологии, г. Гомель

Ключевые слова: острый тонзиллит, хронический декомпенсированный тонзиллит.

Резюме: в статье представлены данные обследования 1799 пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии. Выявлены основные закономерности течения острого тонзиллита, способствующие формированию хронического тонзиллита, а именно декомпенсированной формы. На основе изучения установлены сопутствующие состояния, приводящие к формированию данной патологии и ее осложнения.

Resume: the article presents data from a survey of 1799 patients with acute tonsillitis of various etiologies. The main patterns of the course of acute tonsillitis were found, which contribute to the formation of chronic tonsillitis, namely, decompensated form. Based on the study, concomitant diseases have been established that lead to the formation of this pathology and its complications.

Актуальность. Воспалительные заболевания ротоглотки занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов. Актуальность проблемы хронического тонзиллита остается на достаточно высоком уровне. По данным зарубежных и отечественных авторов, распространенность хронического декомпенсированного тонзиллита среди населения колеблется в широких пределах: во взрослой популяции хронический тонзиллит диагностируется от 5 % до 37 % пациентов, в детской от 15 % до 63 % [1].

Частой и значимой причиной острых бактериальных тонзиллитов являются β -гемолитические стрептококки группы А. На догоспитальном этапе врач любой специальности обязан провести дифференциальный диагноз между острым тонзиллитом бактериальной, вирусной, грибковой этиологии (поскольку лечение острого тонзиллита кардинально меняется, в зависимости от этиологического фактора), а также местными осложнениями острых тонзиллитов, нуждающихся в хирургическом лечении. Для уточнения диагноза необходимо проведение лабораторных исследований: бактериологического, вирусологического, серологического, цитологического и др. На данный момент все более широкое распространение получают методы экспресс-диагностики, они дополняют, но не заменяют культуральный метод.

Ранняя диагностика стрептококковой этиологии тонзиллита, ведется с целью: проведения своевременной и рациональной антибактериальной терапии, профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ревматическая болезнь сердца, инфекционный кардит), опорно-двигательной (неспецифический инфекционный полиартрит), мочевыделительной (острый пиелонефрит), коллагеновых заболеваний (системная красная волчанка, склеродермия) и др. [2].

Согласно классификации И.Б. Солдатова, наличие не только местных признаков: гиперемия и утолщенность небных дужек, рубцовые спайки между миндалинами и дужками, разрыхленные или рубцово-измененные уплотненные миндалины, казеозно-гнойные пробки, жидкий гной в лакунах миндалин, но также имеющих

осложнений (паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, парафарингит и др.) и/или общих осложнений, указанных выше, пациенты переходят из группы хронического компенсированного тонзиллита в декомпенсированный. И лечение таких пациентов соответственно переходит от консервативного (профилактического) в хирургическое – удаление небных миндалин, (тонзиллэктомия) являющихся частью иммунной системы. Что является не очень благоприятным фактором, особенно для детей раннего возраста.

Также актуальность проблемы состоит в правильной оценке роли инфекционного мононуклеоза у пациентов с острым тонзиллитом, особенно у пациентов детского возраста, постановке верного диагноза, с дальнейшим подбором правильной тактики диагностики, лечения и ведения пациента. В результате чего важно, предупреждение развития хронического тонзиллита, а именно декомпенсированной формы [1,3].

Цель: проанализировать группу пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии, находившихся на обследовании и лечении в ГОИКБ с 1 января 2018 года по сентябрь 2019 года.

Задачи: 1. Проанализировать группу пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии, находившихся на обследовании и лечении в ГОИКБ с 1 января 2018 года по сентябрь 2019 года: в зависимости от пола, возраста, сезонной заболеваемости, формы тонзиллита, местных осложнений, сопутствующих заболеваний; 2. Проанализировать группу 215 пациентов с диагнозом инфекционный мононуклеоз, находившихся на обследовании и лечении в ГОИКБ с 1 января 2018 года по сентябрь 2019 года: в зависимости от пола, возраста. Определить основные признаки, при которых выставлялся диагноз инфекционный мононуклеоз, используя данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальной и лабораторной диагностики.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 1799 пациентов с острым тонзиллитом различной этиологии. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013».

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования было выявлено, что число пациентов с диагнозом острый тонзиллит, находившихся на обследовании и лечении в период с 1 января 2018 года по сентябрь 2019 года в ГОИКБ, составило 1799 человек, количество лиц мужского пола – 972 человека (54 %), количество лиц женского пола – 827 человек (46 %). Распределение пациентов в зависимости от возраста представлено в таблице 1.

Табл. 1 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст, лет	Количество пациентов	Возраст, лет	Количество пациентов
2 месяца – 9	811 (45,08 %)	50 – 59	39 (2,17 %)
10 – 19	425 (23,62 %)	60 – 69	20 (1,11 %)
20 – 29	264 (14,67 %)	70 – 79	5 (0,28 %)

30 – 39	173 (9,62 %)	80 – 89	2 (0,11 %)
40 – 49	60 (3,34 %)		

Результаты анализа сезонной заболеваемости. За исследуемый период отмечалась тенденция к повышению интенсивности эпидемического процесса в январе 2018г. – 132 человека (7,4 %) (рисунок 1).

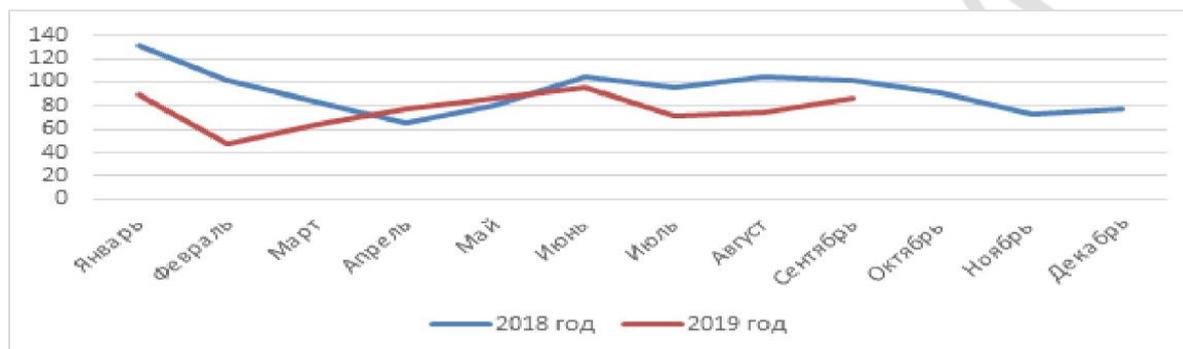


Рис. 1 – Динамика заболеваемости острым тонзиллитом в г. Гомеле в 2018 – 2019 гг.

Результаты распределения пациентов в зависимости от основного диагноза, согласно классификации И.Б. Солдатова представлены в таблице 2.

Табл. 2 – Распределение пациентов в зависимости от основного диагноза, согласно классификации И.Б. Солдатова

Основной диагноз	Количество пациентов
1. Острые тонзиллиты:	
1.1. первичные тонзиллиты:	
– катаральный	965 (53,64 %)
– фолликулярный	614 (34,14 %)
– лакунарный	141 (7,84 %)
1.2. вторичные ангины:	
а) при острых инфекционных заболеваниях: – скарлатине	3 (0,17 %)
– кори	11 (0,61 %)
б) при заболеваниях системы крови – инфекционном мононуклеозе	65 (3,6 %)

В результате ретроспективного анализа было выявлено, что у 648 человек (36 %) данное заболевание является повторным – 2 – 3 раз в течение года.

Местные осложнения были выявлены у 343 пациентов (19,07%): паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс – 97 человек (5,3 %); шейный медиастинит – 3 человека (0,16 %); лимфаденит – 270 человек (15 %).

Сопутствующие заболевания встречались у 30,73 % человек: ЛОР-патологии – 177 человек (45,39%), среди них встречались: искривление носовой перегородки – 127 человек (71,75 %), фронтит – 8 человек (4,51 %), этмоидит – 4 человека (2,26 %), острый верхнечелюстной синусит – 13 человек (7,34 %), обострение хронического

верхнечелюстного синусита – 6 человек (3,38 %), острый отит – 19 человек (10,73 %). Со стороны сердечно-сосудистой системы – у 43 человек (11,02 %), нервной системы – у 15 человек (3,84 %), желудочно-кишечным трактом – у 61 человека (15,64 %), гепатобилиарной системы – у 23 человек (5,89 %), системы крови – у 28 человек (7,18 %), мочевыделительной системы – у 43 человек (11,04 %).

Также была проанализирована группа 215 пациентов с диагнозом инфекционный мононуклеоз. У 65 пациентов (30 %), заболевание протекало с явлениями острого тонзиллита. По результатам данного исследования было обнаружено, что число лиц мужского пола было 118 человек (54,88 %), лиц женского пола 97 человек (45,12 %). Распределение пациентов по возрасту: от 2-х месяцев до 9 лет – 147 человек (68,37 %), 10 – 19 лет – 50 человек (23,26 %), 20 – 29 лет – 12 человек (5,58 %), 40 – 49 лет – 2 человека (0,93 %), 50 – 59 лет – 3 человека (1,39 %), 60 – 69 лет – 1 человек (0,47 %).

Диагноз был выставлен клинически на основании анамнеза: лихорадка до 40° С, боль в горле, боль в шее, объективного осмотра, при котором выявлялись налеты на небных миндалинах различные по морфологии, немаловажным симптомом является шейный лимфаденит, инструментальной диагностики (УЗИ лимфатических узлов и УЗИ органов брюшной полости) при котором диагностировались заметное увеличение переднешейных и заднешейных лимфатических узлов, а также печени и селезенки. На основании лабораторных данных, важнейшими проявлениями которых являются такие изменения в гемограмме, как умеренный лейкоцитоз, увеличение количества одноклеточных элементов крови (лимфоцитоз), умеренное повышение СОЭ, наличие атипичных мононуклеаров.

Выводы:

1. В период с 1 января 2018 года по сентябрь 2019 года число пациентов, находившихся на обследовании и лечении с различными формами острого тонзиллита в ГОИКБ составило 1799 человек, количество лиц мужского пола – 972 человек (54 %), количество лиц женского пола – 827 человек (46 %).

2. Большее количество пациентов было детского возраста от 2-х месяцев до 9 лет – 811 человек (45,08 %). У 648 человек (36 %) данное заболевание является повторным. Наиболее часто встречаются первичные тонзиллиты: катаральный, как результат вирусной инфекции – 965 (53,64 %), фолликулярный – 614 (34,14 %), лакунарный – 141 (7,84 %).

3. Чем больше возраст пациента, тем меньше заболеваемость острым тонзиллитом 80-89 лет - 2 человека (0,11%). Это связано с анатомо-функциональной особенностью глоточного лимфоаденоидного кольца Пирогова-Вальдейера, которое обусловлено возрастной инволюцией лимфоидной ткани.

4. Инфекционный мононуклеоз, наиболее часто встречается в детском возрасте: от 2 месяцев до 9 лет (43,72%). Не всегда можно своевременно диагностировать данное заболевание, что свидетельствует об актуальности проблемы инфекционного мононуклеоза в педиатрической практике.

5. Анализируя полученные данные, мы приходим к выводу, что важна своевременная постановка верного диагноза, с дальнейшим подбором правильной тактики диагностики и лечения пациента, с целью предупреждения развития хронического

тонзиллита, а именно декомпенсированной формы и других более серьезных осложнений.

Литература

1. Пальчун В. Т.. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: Медицина — 2011. — С. 649.
2. Арзамасов С. Г.. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С. Г. Арзамасов, И. В. Иванец // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 1. — С. 55–57.
3. Каспранская Г. Р. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему/ Каспранская Г. Р., Лопатин А. С. // Медицинский совет. — 2013. — № 3. — С. 75–74.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ