

УДК 616.2 (575.2) (04)

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.А. Громада – аспирант

As it is known, that more than 100 diseases may co-exist with chronic tonsillitis. Clinic and laboratory intimate connection between chronic tonsillitis and other diseases such as thyreoiditis, pancreatitis has proved. That's why the treatment of chronic tonsillitis sometimes plays a leading role in treatment of co-existence diseases.

Хронический тонзиллит является одним из наиболее широко изученных заболеваний ЛОР-органов. По вопросу, касающемуся заболеваний миндалин, существует огромное количество работ. Согласно Д.И. Тарасову (1984), хроническим воспалением небных миндалин страдает до 20% населения. Исследованием различных сторон этой назологии занимаются не только ЛОР-врачи, но и терапевты, педиатры, невропатологи, дерматологи, гематологи, микробиологи, эндокринологи и др.

На сегодняшний день подтверждена ведущая роль хронического тонзиллита в развитии заболеваний других органов и систем [14]. Тонзиллит осложняет течение хронических заболеваний [10, 18], что особенно ярко проявляется в период его обострения [6, 17]. Учитывая изложенное, еще раз обращаем внимание врачей различных специальностей на роль хронического тонзиллита в обострении других заболеваний.

Наиболее выраженные изменения в органах и системах организма наблюдаются при декомпенсированной форме хронического тонзиллита. Они обусловлены воздействием нервно-рефлекторного, бактериемического, токсинемического и аллергического факторов. На этом фоне определяется дисбаланс в иммунном статусе – перераспределение в содержании Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, появление циркулирующих иммунных ком-

плексов, сенсibilизация гранулоцитов к бактериальным аллергенам [5].

Циркулирующие иммунные комплексы (антиген-антитело) обладают хемотоксической активностью и повышают протеолитическую способность ферментов макрофагов, что приводит к лизису ткани миндалин, денатурации тканевых белков, которые в результате приобретают антигенные свойства и, попадая в кровь, вызывают образование аутоантител. Таким образом, небные миндалины становятся местом перманентной сенсibilизации замедленного типа к антигенам стрептококка – микрофлоры, наиболее часто вегетирующей в лакунах небных миндалин [1, 4].

Описан также нервно-рефлекторный механизм влияния хронического тонзиллита на формирование сопряженной патологии [12]. Были обнаружены и изучены афферентные связи небных миндалин с важнейшими подкорковыми образованиями, в частности, со структурами заднего отдела подбугорной области гипоталамуса. Именно эти нервные структуры участвуют в регуляции естественного активного иммунитета, что и определяет центральную детерминацию нарушений иммунологической реактивности при хроническом тонзиллите [6].

Установлено, что под влиянием потока афферентных сигналов из тонзиллярной области нарушается функциональное состояние

ядер подбугорной области, возбуждаются адренергические рецепторы нейронов. Это служит пусковым механизмом развития срыва вегетативного синергизма и последовательной цепной дезорганизации других нервных структур. Подобные нарушения нейродинамических процессов в определенных подкорковых и корковых отделах головного мозга называют «тонзиллогенным» нервно-дистрофическим процессом и оценивают как обязательный компонент в патогенезе любых метатонзиллярных поражений [12].

Хронический тонзиллит играет определенную роль в возникновении и течении коллагеновых заболеваний (системная красная волчанка, склеродермия, геморрагический васкулит, узелковый периартрит, дерматомиозит, полиартрит, гломерулонефрит)[18]. Доказана сходная антигенная структура некоторых коллагенозов и хронического тонзиллита, так, например, геморрагический васкулит и хронический тонзиллит имеют общие антигены – В 27, Сw2, Сw6 [12, 13].

К настоящему времени известно, что наряду с хорошо изученным и досконально описанным влиянием хронического тонзиллита на формирование патологии сердца, суставов и почек существует большое число других сопряженных болезненных проявлений [3, 18]. Хронический тонзиллит создает реальные предпосылки к развитию дерматозов. Это, в частности, подтверждается довольно высокой частотой его обнаружения у больных псориазом и наличием у них отчетливой зависимости между активностью клинического течения заболевания и обострением хронического тонзиллита [11]. Санация очага хронической инфекции нормализует измененную реактивность и снижает аллергизацию организма, устраняет патологическое рефлекторное влияние на ЦНС [7]. Не следует отказываться и от консервативного лечения, так как описаны единичные случаи обострения псориаза после тонзиллэктомии. Положительный результат проявляется в стойкой ремиссии или смягчении клинической картины заболевания.

С хроническим тонзиллитом часто сочетается нейродермит [2], который в этом случае быстро приобретает распространенный характер с частыми рецидивами, осложненными

пиодермией. Лечение нейродермита без санации очага хронической инфекции не дает должного эффекта.

Хронический тонзиллит может приводить к возникновению заболеваний глаз [16], а тонзиллогенная интоксикация в значительной степени способна ослаблять аккомодационный аппарат. Поэтому важной мерой предупреждения близорукости является ранняя санация очага хронической инфекции.

Часто отмечают сочетание неспецифических заболеваний легких и патологии небных миндалин. Так, эндогенный перибронхит провоцируется воспалительными процессами носа, околоносовых пазух и лимфоидного глоточного кольца. Иногда хронический тонзиллит может способствовать обострению хронической пневмонии, а также приводить к ее более тяжелому течению. Пульмонологи отмечают, что своевременная санация очага инфекции в небных миндалинах снижает число осложнений при хронических заболеваниях легких в 2,3 раза [12].

Имеется описание инфекционно-токсического механизма поражения печени при хроническом тонзиллите. Стрептококковый токсин-стрептолизин «О» способен нарушать процесс окислительного фосфорилирования в митохондриях гепатоцитов. Вследствие этого происходит утяжеление имеющихся заболеваний печени. Так, при вирусном гепатите А чаще наблюдаются тяжелые и затяжные формы, а при вирусном гепатите В имеется тенденция к хронизации процесса. Известны случаи развития при хроническом тонзиллите поражения желчевыводящей системы [14, 15].

Церебральные осложнения при хроническом тонзиллите возникают в результате сосудисто-дисциркуляторных нарушений и токсического воздействия из очага воспаления [6]. Течение сосудистых мозговых нарушений и токсико-инфекционной энцефалопатии протекает в виде хронического процесса или кризов. При этом выделяют несколько форм гипоталамического синдрома. Чаще всего встречается вегетативно-сосудистая форма, затем – нейроэндокринно-обменная и реже всего – нейротрофическая. Постоянным и ранним признаком является сосудистая мозговая недостаточность из-за поражения сердечно-сосудистой

системы. Гипоталамическая ангиодистрофия проявляется стойким снижением периферического артериального давления и признаками периферического ангионевроза (синдром Рейно). Возможно развитие церебральной ангиодистрофии в виде мигрени или синдрома Меньера. Эти пароксизмы наслаиваются на хроническую сосудистую мозговую недостаточность и клинически проявляются невротическими состояниями. Такие «неврастении» сопровождаются общей слабостью, повышенной утомляемостью при умственной и физической нагрузках.

Нейроэндокринные расстройства могут проявляться в виде ожирения или похудения, нарушений аппетита, жажды, гипергидроза, сбоя менструального цикла, снижения половой потенции [10].

Вследствие поражения ядерно-стволовых структур наблюдаются пароксизмы слабости скелетных мышц. Также снижается и тонус гладких мышц. Стволовые нарушения – это следствие хронической дисциркуляторной недостаточности, токсико-инфекционных и аутоаллергических процессов, возникающих при хроническом тонзиллите. Гипоксия центра дыхания проявляется непреодолимой зевотой при малейшей умственной или физической усталости. Доказано, что женщины подобными нарушениями страдают чаще, так как у них гипоталамус подвергается большим физиологическим нагрузкам.

Хроническая инфекция в небных миндалинах может привести к ослаблению функции островковой ткани поджелудочной железы и выделению протеолитического фермента, разрушающего эндогенный и экзогенный инсулин [10]. В результате хронический тонзиллит может способствовать декомпенсации уже имеющихся в организме нарушений углеводного обмена, приводя к нарастанию гипергликемии и глюкозурии. В свою очередь, обменные нарушения при сахарном диабете формируют благоприятную почву для обострений хронического тонзиллита. Санация глоточного очага инфекции улучшает углеводный обмен, что подтверждает патогенетическую взаимосвязь этих заболеваний. Некоторые исследователи считают, что консервативное лечение тонзиллита при таком сочетании малоэффек-

тивно и через год необходимо проведение тонзиллэктомии. Катамнестические данные свидетельствуют о том, что у больных сахарным диабетом проведенная операция способствует стойкой компенсации, а в ряде случаев позволяет снизить дозу инсулина.

При хроническом тонзиллите страдает щитовидная железа [9]. Чаще всего имеет место повышение гормонообразовательной функции. Такое нарушение связано с гиперстимуляцией щитовидной железы тиреотропным гормоном гипофиза. Следствием этого является повышение концентрации тироксина в крови. Этот процесс объясняется воздействием патологически измененных небных миндалин на гипоталамо-гипофизарную систему. Замечено, что тяжесть патологических изменений в щитовидной железе зависит от длительности хронического тонзиллита и частоты его обострений. В результате успешного лечения патологии небных миндалин можно наблюдать улучшение состояния щитовидной железы и нормализацию ее гормоносинтетической функции [17].

Имеются сведения о высокой частоте обнаружения хронического тонзиллита при ожирении [8], что, возможно, обусловлено поражением вентромедиальных и вентролатеральных ядер гипоталамуса. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита в сочетании с ожирением имеются значительные нарушения гормонального статуса (снижение уровня тестостерона и фолликулостимулирующего гормона и повышение лютеонизирующего гормона). У детей с такими нарушениями наблюдаются клинические признаки задержки полового развития (адипозогенитальная дистрофия) [10].

Современные исследования доказали патогенетическую роль апудоцитов миндалин в развитии иммунодефицитных состояний [15]. При хроническом тонзиллите регистрируется трехкратное увеличение клеток APUD-системы, появляются клетки, продуцирующие серотонин, соматостатин, возрастает число тучных клеток. Подобные изменения также могут стать одной из причин развития патологических изменений в других органах [13].

Все изложенное позволяет сделать вывод о том, что больные хроническим тонзиллитом формируют обширную группу риска по многим

тяжелым соматическим нарушениям и требуют к себе повышенного внимания как со стороны оториноларингологов, так и врачей других специальностей. Только таким комплексным подходом можно сократить число осложнений у больных хроническим тонзиллитом.

Литература

1. Brodsky L., Moore L., Ogra P. The immunology of tonsills in children. The effect of bacterial load on the presence of B-T-cell-subsets // *Laringoscope*. – 1988. – 98. – №1. – P.93–98.
2. Yamamoto T., Katayama I., Nishioka K. Restricted usage of the T-cell receptor V beta repertoire in tonsillitis in association with palmoplantar pustulosis // *Acta Dermato-Venerologica*. – 1998. – 78(3). – P.161–163, May.
3. Бабич Н.Ф., Павлюкова Е.Н. Новое в диагностике влияния хронического тонзиллита на развитие дистрофии миокарда // *Матер. научн.-практич. конф. ОРЛ и расширенного пленума РНОЛО*. – М., 1990. – С.141–144.
4. Белов В.А., Виноградова Т.В. и др. Функциональное состояние Т-лимфоцитов у детей, больных хроническим тонзиллитом // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1997. – №4(12). – С.49.
5. Быкова В.П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // *Вестн.оторинол.* – 1998. – №1. – С.41–45.
6. Виницкий А.Р., Виницкая Н.В. Центральные осложнения при хроническом тонзиллите // *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*. – 1991. – №6. – С.28–31.
7. Виноградов Т.В., Белов В.А. и др. Диагностика аллергических состояний у детей с хроническим тонзиллитом // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1997. – №4(12). – С.49–50.
8. Власова В.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического тонзиллита при алиментарном ожирении // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1998. – №1(13). – С.64–65.
9. Власова В.В., Ланцов А.А. и др. Состояние обмена веществ и функциональной активности щитовидной железы у больных хроническим тонзиллитом с избыточной массой тела // *Вестн. оторинол.* – 1997. – №4. – С.43–44.
10. Дергачев В.С., Рылина М.А. и др. Состояние иммуно-эндокринных взаимоотношений у больных хроническим тонзиллитом // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1997. – №4(12). – С.50–51.
11. Кузник Н.П., Якубович А.И. и др. Влияние хронической очаговой инфекции в небных миндалинах на состояние неспецифического иммунитета у больных псориазом // *Матер. научн.-практич. конф. ОРЛ и расширенного пленума РНОЛО*. – М., 1990. – С.149–150.
12. Овчинников А.Ю., Славский А.Н. и др. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // *Медиц.реферат.журн.* – Т.7. – 1999. – №7.
13. Попа В.А., Козлюк А.С. и др. Иммуноморфологические изменения небных миндалин и иммунологическая реактивность организма больных хроническим тонзиллитом // *Вестн. оторинол.* – 1984. – №4. – С.35–39.
14. Преображенский Б.С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. – М., 1954. – 57 с.
15. Черныш А.В., Гофман В.Р. Хронический тонзиллит как вторичный признак иммунодефицитного состояния организма // *Новости РОЛиЛ*. – 1995. – №3(4). – С.145.
16. Шантуров А.Г., Носуля Е.В. и др. Иридологические изменения при хроническом тонзиллите и аденоидите // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1996. – №3–4(7–8). – С.11.
17. Ягода Н.Л. Функция щитовидной железы у детей с хроническим компенсированным тонзиллитом до и после тонзиллэктомии // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1997. – №4(12) – С.58–59.
18. Oko A., Niemir Z et al. The effect of tonsillectomy on the level of circulating immune complexes and urine changes in patients with glomerulonephritis // *Polskie Archiwum Medycyny Wewntznej*. – 1997. – №97(6). – P.518.