

Хронічний тонзиліт: стан проблеми

У комплексі різних медико-соціальних завдань, які визначають наукову і практичну стратегію у вирішенні проблеми хронічного тонзиліту, центральне місце посідають питання діагностики і лікування захворювання, які, у свою чергу, базуються на підходах до визначення функціонального стану піднебінних мигдаликів при різних формах хронічного тонзиліту. Визнання важливої ролі лімфоєпітеліальних утворень глоткового кільця Пирогова-Вальдеєра в захисній реакції організму диктує необхідність реалізації сучасних теоретичних досягнень, у першу чергу імунологічних, для розв'язання завдань практичної отоларингології. Актуальність досліджень зв'язку хронічного тонзиліту з іншими захворюваннями вкрай важлива і в наш час, коли структура і характер хвороб населення змінюються у бік збільшення кількості хронічних захворювань, а також хвороб комплексного характеру. Той факт, що після тонзилектомії важче перебігають вірусні хвороби, близько 60 років тому відмітив англійський лікар Джеймс Паркінсон (1951), який звернув увагу на те, що бульбарна форма поліомієліту траплялася частіше у дітей після тонзилектомії. Наступні дослідження показали, що захворювання верхніх дихальних шляхів як вірусного, так і бактеріального походження спостерігаються частіше після тонзилектомії (А.Є. Вершигора, 1978; Т.І. Гаращенко, 1999).



В.В. Кіщук

Завдяки успіхам у вивченні теоретичних основ імунофізіології мигдаликів у її клінічній частині акцент тонзиллярної проблеми змістився у бік більш ощадливого ставлення лікарів до лімфоєпітеліальних структур рото- і носоглотки як особливих утворень системи імунітету (Міжнародний симпозиум з тонзиллярної проблеми (Gent-Plzen, 1999). Усі елементи лімфатичного кільця Пирогова-Вальдеєра відносяться до периферичних органів імунної системи і беруть участь у формуванні реакцій клітинного і гуморального імунітету. Вони вважаються вторинними органами імуногенезу з унікальною структурною організацією, яка дозволяє їм функціонувати як орган лімфопоезу й одночасно як імунний бар'єр слизових оболонок. Вони становлять основу лімфоїдної тканини, асоційованої зі слизовими оболонками (mucosal associated with lymphoid tissue, MALT).

Для розуміння процесів, які відбуваються у мигдаликах при запаленні, необхідно розглянути ті імунологічні зміни, які можуть бути характерними як для тканини піднебінних мигдаликів як органа системи імунітету, так і для секрету ротоглотки.

Перші дані про те, що піднебінні мигдалики можуть брати участь у процесах рецепції антигену, належать Eigler (1966). Площа криптового епітелію одного мигдалика становить приблизно 300 см². Для порівняння – площа слизової оболонки власне глотки становить приблизно 45 см². Це збільшує площу контакту антигенів з лімфоїдною тканиною, звивистість і вузькість крипт забезпечує необхідну експозицію цього контакту. Завдяки лімфоєпітеліальному симбіозу відбувається контакт лімфоцитів з антигеном. Після цього лімфоцит повертається у міжфолікулярну тканину. Триває утворення антитіл до верифікованого антигену (7-10 днів), формуються клітини імунної пам'яті. При повторному контакті з цим антигеном і завдяки клітинам імунної пам'яті утворення антитіл відбувається негайно.

Останнім часом механізм захисту слизових оболонок організму пов'язують з функцією в лімфоєпітеліальних структурах особливої групи клітин, які можливо спостерігати тільки під електронним мікроскопом. Це так звані М-клітини, які, на думку Kagsev (1996), є головними у забезпеченні організму інформацією про антигени зовнішнього середовища. Вони виконують роль з'єднувальних ланцюгів

між лімфоїдною й епітеліальною частинами мигдаликів і в слизовій оболонці взагалі. Визначено контакти М-клітин з епітеліальними клітинами, Т-лімфоцитами, які мають гама/дельта-рецептор на мембрані і «працюють» у зоні епітеліального покриття. У морфологічній характеристиці М-клітин багато чого не визначено. Залишається також не в'яясненим їх походження.

Дослідженнями Brandtzaeg (1996), Д.І. Заболотного, О.Ф. Мельникова, (1999), В.В. Кіщука (2001) доведено, що утворення глоткового кільця Пирогова-Вальдеєра, особливо піднебінні мигдалики, є провідними структурами у формуванні захисту слизової оболонки дихальних шляхів. У хворих на хронічний тонзиліт виявлено секреторний IgA у ротоглотковому секреті.

Для розуміння перебігу патологічних процесів у мигдаликах, найбільш важливих патогенетичних ланок і створення ефективного методу визначення функціонального стану піднебінних мигдаликів і, відповідно, вибору методу лікування велике значення має класифікація хронічного тонзиліту.

У більшості зарубіжних публікацій описано tonsillitis simplex і tonsillitis recurrens (Katanza, Tsubota, 1996).

У вітчизняній літературі починаючи з 20-х років минулого століття сформульовано такі три види ознак, на основі яких базувалися класифікації захворювання: морфологічні, клінічні, клініко-алергологічні.

Однією з перших була класифікація В.Н. Зака (1933), який пов'язував морфологічні зміни у мигдаликах з клінічними проявами і усі хронічні тонзиліти розподіляв на три групи.

- Поверхневий тонзиллярний лакуніт, суть якого полягає в альтеративно-дистрофічних змінах у покривному епітелії лакун з наявністю виразок і без них. Ця форма поєднувалася з безсимптомним перебігом хронічного тонзиліту.

- Друга стадія характеризується не тільки змінами у покривному епітелії крипт, а й наявністю інфільтратів і вогнищ гіперплазії або атрофії тканини з ознаками інфільтрації та вогнищевим склерозуванням.

- Третя стадія характеризується інтенсивним утворенням сполучної тканини, рубцюванням.

Е.Н. Ярославський (1951) виділив простий і ускладнений хронічний тонзиліт. Простий хронічний тонзиліт поділяється на компенсований і

декомпенсований, беручи до уваги приблизно ті самі критерії, що в класифікації Л.А. Луковського. До ускладненого хронічного тонзиліту автор відносить усі інші форми захворювання як з місцевими, так і з загальними ускладненнями. Кожна форма може мати, на думку автора, три варіанти перебігу: явну, приховану і безсимптомну.

Л.А. Луковський (1965) розрізняє три форми хронічного неспецифічного тонзиліту: компенсовану, субкомпенсовану, декомпенсовану. На думку автора, до компенсованої форми належать явища локального дискомфорту без загальної реакції. За наявності повторних ангінів і незначних системних реакцій стадія хронічного тонзиліту оцінювалася як субкомпенсована. Декомпенсована стадія хронічного тонзиліту перебігає з місцевими і загальними ускладненнями або іншими тонзилотропними інфекційно-алергічними захворюваннями органів і систем.

За класифікацією Ундріца (1954) хронічні неспецифічні тонзиліти бувають латентними, ускладненими і неускладненими.

В основу класифікації Б.М. Млечина (1956) покладено клінічні ознаки. На його переконання, хронічний неспецифічний тонзиліт може бути компенсованим, явним і латентним. Автор виділяє два варіанти явної форми хронічного тонзиліту: з місцевими або загальними ускладненнями.

Б.С. Преображенський (1964) виділяє дві форми усіх хронічних неспецифічних тонзилітів: просту і токсико-алергічну. Ця класифікація деякою мірою відображає патогенетичні ланки хронічного тонзиліту, які ґрунтуються на змінах реактивності місцевого і системного характеру. Токсико-алергічний тонзиліт має перший і другий ступінь, що пов'язано з перевагою місцевих чи загальних симптомів і ускладнень.

У наш час в Україні діє класифікація хронічного неспецифічного тонзиліту, запропонована І.Б. Солдатовим на 7-му всесоюзному з'їзді отоларингологів СРСР (1975), за якою хронічний тонзиліт поділяється на компенсований і декомпенсований.

У резолюції з'їзду було сказано: «... прийняти представлену в програмному докладі класифікацію хронічного тонзиліта як найбільш просту і зручну для практичного врача, учитывающую не только клинические признаки этого заболевания, но и главные факторы его генеза,

отражающую состояние барьерной функции миндалин и общей реактивности организма, включающую понятие о компенсированной и декомпенсированной формах с учетом вида декомпенсации в диагнозе».

Усі класифікації ґрунтуються на ознаках, які характеризують запалення, а не функцію мигдаликів.

Після прийняття останньої класифікації минуло 35 років. За цей час накопичено значний фактичний теоретичний матеріал у галузі патофізіології піднебінних мигдаликів у нормі та при патології, який суттєво змінив уявлення про бар'єрну функцію мигдаликів й участь системних механізмів у функціонуванні структур лімфоглоткового кільця. Основними їх функціями є забезпечення слизової оболонки верхніх дихальних шляхів В-IgA-антитілопродукентами, формування оральної толерантності, інформування організму про антигенний склад зовнішнього середовища (повітря і їжа).

В існуючій класифікації важливим є визначення конкретних механізмів компенсації/декомпенсації. Пояснення компенсації/декомпенсації порушенням бар'єрів першого, другого, третього і четвертого порядків сьогодні не задовольняє. У результаті повторних ангінів можуть порушуватися усі бар'єри і мікробні тіла або їх антигени виявляють у крові (В.М. Чернух, 1979; О.Ф. Мельников, 1993).

Мабуть, це пов'язано з формуванням локальної імунологічної недостатності як в організмі в цілому, так і в самих мигдаликах (Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, 1999). У зв'язку з цим можна думати, що створення клініко-імунно-функціональної класифікації хронічного неспецифічного тонзиліту в недалекому майбутньому.

Діагностування хронічного тонзиліту, особливо його форми, нерідко зазнає труднощів, тому що поняття «хронічний тонзиліт» клінічно нечітко окреслене і не конкретне. Крім того, принципи діагностики також розпливчасті і містять багато суб'єктивного, яке залежить від кваліфікації та досвіду лікаря.

Уже в самому діагнозі «хронічний компенсований тонзиліт», «хронічний декомпенсований тонзиліт» озвучується стратегія лікування хвороби. Щоб максимально об'єктивізувати установлення діагнозу, запропоновано визначити функцію піднебінних мигдаликів,

досліджувати концентрацію секреторного IgA у ротоглотковому секреті. При хронічному тонзиліті піднебінний мигдалик знаходиться у стані функціональної депресії. Проводячи навантажувальний тест на мигдалики (місцеве застосування перемінного магнітного поля та препарату ІРС-19 (аплікація на мигдалик один раз на добу три дні підряд), визначали наявність у них рівня функціонального резерву. Місцевий вплив на мигдалики вказаними факторами приводить до активізації процесів білкового синтезу в мигдаликах, збільшення кількості В-лімфоцитів, підвищення в ротоглотковому секреті секреторного IgA. Досліджували рівень концентрації секреторного IgA до та після навантажувального тесту.

! Якщо концентрація секреторного IgA після навантаження збільшується на 1/3 і більше, то можна говорити про достатній функціональний резерв піднебінних мигдаликів, який дає можливість проведення консервативного лікування. Якщо такого не відбувається, то показано хірургічне лікування.

Проведення тесту носить характер терапевтичного впливу на організм хворого і поряд з діагностичною метою несе ознаки пробного лікувально-діагностичного алгоритму.

Одним із найскладніших завдань тонзиллярної проблеми є вибір ефективного лікування хворих на хронічний тонзиліт. З цього приводу важливим є стратегічне питання: як лікувати хворого – консервативно чи оперативно?

! Вибір стратегії лікування хворих на хронічний тонзиліт завжди був суб'єктивним і базувався на даних анамнезу, клінічної картини, його класифікації, наявності супутньої патології і включав деякі лабораторні загально-клінічні тести.

Визначаючи функціональний резерв піднебінних мигдаликів, ми намагались об'єктивізувати критерії вибору. Деякою мірою нам це вдалося.

У зв'язку з новим рівнем знань про роль і функції мигдаликів глоткового кільця сьогодні лікування хворих на хронічний тонзиліт здійснюється за трьома векторами.

- Покращення дренажної функції лакун піднебінних мигдаликів. На думку А.К. Покопаленко (1978), це основний елемент ефективної терапії. Автор вважає, що як такого запалення паренхіми мигдаликів при хронічному тонзиліті не існує, весь процес відбувається винятково у криптах, особливо третього і четвертого порядку, де створюються сприятливі умови «термостату» для культивування мікроорганізмів, особливо у тих випадках, коли порушено дренажування, а зміни в тканині мигдаликів носять реактивний характер.

- Нормалізація місцевого імунного статусу організму.
- Нормалізація загального імунного статусу організму.

! Численні дослідження підтверджують думку про те, що хронічний процес у мигдаликах – це прояв неспроможності імунної системи, наявності збою в роботі окремих її ланок (Е.І. Ярославський, 1951; А.Є. Вершигора, 1971, 1978 та ін.).

Поглиблені дослідження імунологічного статусу як у хворих на хронічний тонзиліт, так і в осіб з поєднаними з ним захворюваннями, виникнення яких пов'язане з наявністю хронічного тонзиліту, показало, що подібні зміни визначались у хворих на ревматизм без хронічного тонзиліту або в осіб із хронічним тонзилітом без наявності ревматичного процесу (О.Ф. Мельников, 1995; Katanza, 1996).

Ці дослідження, а також сучасні погляди на вплив структур глоткового кільця на імунітет, нові дані з вивчення імунодефіцитних станів (Г.Н. Драннік і співавт., 1994, 1999; В.П. Бикова, 1995; Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, 1999; Slipka et al., 1996; Brandtzaeg, 1995, 1996) дають можливість вважати, що тонзиліт поряд із захворюваннями, які традиційно вважають тонзилогенними, є проявом неспроможності окремих імунологічних механізмів гомеостазу.

Для покращення дренажної функції лакун піднебінних мигдаликів застосовують відсмоктування, промивання антисептичними розчинами, масаж піднебінних мигдаликів, аплікації на поверхню мигдаликів різних препаратів. Ефективність такої терапії досить висока (В.А. Пока, 1984, 1986).

Для підвищення місцевого і загального імунітету використовують різні за походженням стимулятори реактивності як місцевої, так і системної дії.

Розроблено багато методів консервативного лікування із застосуванням різних видів модифікаторів імунної відповіді. Це препарати широкого імуномодулюючого спектра (такі як група імідазолу, ізопринозину, імунотропні препарати тимічного походження), речовини природного походження), фізичні фактори і їх комбінація. Також застосовують антиоксидантну, десенсибілізуючу, стимулюючу, регенеративну терапію, гомеопатичні засоби.

! Якщо порівнювати ефективність консервативного чи хірургічного лікування хворих на хронічний тонзиліт, то слід сказати, що у багатьох випадках тонзилектомія не вирішує питань подальшого прогресування захворювання, не забезпечує покращення перебігу захворювання нирок, суглобів, серця.

Консервативне лікування, особливо індивідуально підібране, має явні переваги перед тонзилектомією.

Частково це може бути пов'язане з тим, що процес включення аутоімунних механізмів альтерації тканин при хронічному тонзиліті вже пройшов свій клінічний період і подальша присутність чи відсутність мигдаликів не визначає характер перебігу супутнього захворювання (А.І. Циганов і співавт., 1977; В.Т. Пальчун і співавт., 1995).

! Таким чином, останнім часом завдяки можливості індивідуального підбору ефективних способів імунокорекції перевага при виборі методів лікування хронічного тонзиліту надається консервативній терапії, особливо в дитячому віці. Поряд з цим питання про чіткі критерії того моменту, коли мигдалики з органу з корисними функціями стають небезпечним джерелом інфекції або аутореактивних клонів В-клітин в організмі, залишається відкритим.

КНИЖНАЯ ПОЛКА

«Основы внутренней медицины» — новый учебник по фундаментальной клинической дисциплине



В.Г. Передерий



С.М. Ткач

С 2008-2009 учебного года в Украине впервые официально согласно новому учебному плану было введено преподавание дисциплины «Внутренняя медицина». Тем самым сделан совершенно логичный шаг к переходу на интегрированную в развитых странах мира интегрированную систему преподавания огромного объема знаний о профилактике, диагностике и лечении внутренних заболеваний, которые в принципе не могут быть рассмотрены раздробленно, в формате отдельных специальностей и дисциплин на этапе додипломного образования. Казалось бы, при существующей уже не одно десятилетие тенденции ко все более узкой специализации медицины, будет крайне сложно вновь «собрать» все традиционные и относительно новые дисциплины в единый предмет – тем более сегодня, в эпоху доказательной медицины, когда все новые и новые научные данные появляются чуть ли не ежедневно. Однако уже в начале 2010 г. увидело свет новое фундаментальное руководство «Основы внутренней медицины». Масштабы труда известных отечественных клиницистов – профессоров кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Вячеслава Григорьевича Передерия и Сергея Михайловича Ткача – не могут не поражать: менее чем за год ими был создан учебник в 3 томах, количество страниц в котором превышает 3 тысячи! Помимо огромного объема современной информации, представленной авторами, к несомненным достоинствам нового учебника следует отнести живой стиль изложения, тщательно подобранный иллюстрационный материал, простоту и доступность его подачи. Все это делает новый учебник действительно незаменимым как для тех, кто только приступает

к изучению азов внутренней медицины, так и для высококвалифицированных врачей и преподавателей медицинских вузов. Сами авторы учебника «Основы внутренней медицины» за многие годы научной, клинической и преподавательской деятельности стали учителями для тысяч студентов и врачей, работавших с ними в клинике, слушавших их лекции и выступления, читавших их блестящие книги, многочисленные монографии и статьи. И вот сегодня у украинских студентов-медиков и практикующих врачей есть возможность с удовольствием и пользой прочесть их новый фундаментальный труд, сделав его авторов своими постоянными «виртуальными наставниками и помощниками» в учебе и последующей клинической работе. Ведь, как часто повторяет студентам профессор Передерий, в процессе обучения для ученика нет более ценного подспорья, чем учебник, написанный его непосредственным учителем.

Несмотря на чрезвычайно быстрые даже по современным меркам темпы работы над «Основами внутренней медицины», авторам удалось представить в этом трехтомнике исчерпывающую информацию по всем основным разделам внутренней медицины в полном соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения Украины новой учебной программой по этой дисциплине для студентов 4, 5, 6-х курсов высших медицинских учебных заведений. В первом томе представлены основы внутренней медицины (актуальность, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностические критерии и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика) по пульмонологии, гастроэнтерологии, гематологии и эндокринологии, во втором томе – по кардиологии, ревматологии, нефрологии. Во втором томе также изложены некоторые общие вопросы внутренней медицины: основы доказательной медицины и клинической эпидемиологии, первичная и вторичная профилактика внутренних болезней, диагностика и лечение больных пожилого возраста, медицинские последствия ожирения. Третий том руководства «Основы внутренней медицины» наиболее интересен – в нем подробно разбираются принципы дифференциальной диагностики и ведения больных с основными синдромами в клинике внутренней медицины, а также острые и неотложные состояния в терапевтической практике. Таким образом, новый учебник вполне может стать не только настольной книгой для студентов и молодых специалистов, но и настоящей энциклопедией по внутренней медицине для всех врачей-интернистов.

