

**ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ**

**Наталья Валерьевна Тарасова**<sup>1✉</sup>, **Леонид Владимирович Верле**<sup>2</sup>,  
**Александр Николаевич Сасин**<sup>3</sup>, **Елена Геннадиевна Обрывкова**<sup>4</sup>

<sup>1, 2, 3, 4</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

<sup>1</sup> ✉ tarasovanv@mail.ru

<sup>2</sup> Verle\_Lenja@mail.ru

<sup>3</sup> sasin2001@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3959-5825>

<sup>4</sup> bakaldina.2000@mail.ru

**Аннотация.** Хронический тонзиллит – инфекционно-аллергическое заболевание организма, при котором поражаются элементы лимфаденоидного глоточного кольца, в подавляющем числе случаев при хроническом тонзиллите речь идет о хроническом заболевании небных миндалин. Развитию хронического тонзиллита способствуют различные физиологические и анатомо-топографические особенности небных миндалин. Представлено клиническое исследование на основании историй болезни 266 пациентов, посетивших врачоториноларинголога. Внимание обращалось на частоту встречаемости хронического тонзиллита у пациентов. Часть из которых прошла курс консервативной терапии.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, эффективность лечения, методы лечения

Хронический тонзиллит – инфекционно-аллергическое заболевание организма, при котором поражаются элементы лимфаденоидного глоточного кольца, в подавляющем числе случаев при хроническом тонзиллите речь идет о хроническом заболевании небных миндалин. Развитию хронического тонзиллита способствуют различные физиологические и анатомо-топографические особенности небных миндалин – наличие глубоких, запутанных и извилистых крипт, треугольная складка Гиса, которая прикрывает лакуны миндалин в области нижнего полюса – все это создает благоприятные условия для развития и поддержания инфекционного очага и активизации воспалительного процесса. Стоит учитывать еще одну особенность, которая способствует развитию хронического тонзиллита – разрывы с дезэпителизацией – это участки физиологического ангирирования. Эта особенность строения позволяет микроорганизмам проникать в глубину миндалин, в результате чего формируется естественный иммунитет, однако это же может стать первым шагом на пути развития хронического воспалительного процесса. Снижение общей и местной реактивности организма в результате перене-

сенных вирусных инфекций, простудных заболеваний, переохлаждений создает благоприятный субстрат для развития вялотекущего инфекционного процесса. Не последнюю роль играют нарушения анатомических структур, которые приводят к стойкому нарушению носового дыхания. Носовое дыхание обеспечивает реализацию дыхательной, обонятельной, нейро-рефлекторной, защитной, иммунной, выделительной и других функций организма. Нарушение носового дыхания в той или иной степени отмечено у почти 1/3 населения, что автоматически ставит этих людей в категорию группы риска по развитию хронического тонзиллита [1, 2].

Хронически тонзиллит характеризуется как местными, так и общими проявлениями. К местным проявлениям относят казеозно-гнойное содержимое лакун, гиперемия и утолщение небных дужек, дискомфорт в горле, ощущение инородного тела в области миндалин, неприятный запах изо рта. Местные признаки характерны для компенсированной формы. Изменения паренхимы миндалин при воспалении могут быть выражены как гиперплазией, так и инволюцией фолликулов с образованием инфильтратов и последующим развитием абсцессов. На заключительных

стадиях активного воспалительного процесса соединительная ткань замещает собой лимфоидную, в результате чего орган перестает выполнять свои функции. В паратонзиллярной клетчатке и капсуле миндалина также наблюдается разрастание соединительной ткани, которое сопровождается образованием гнездных инфильтратов вокруг мелких сосудов, наиболее выраженных у верхнего полюса миндалина.

К общим же признакам можно отнести повышение температуры, лихорадку, боли в суставах ревматоидного характера, нарушения функции почек и сердца. Особенно это актуально для детского возраста [3].

Проявления со стороны других органов при хроническом тонзиллите может служить проявлением декомпенсированной формы хронического тонзиллита.

Встречаемость хронического тонзиллита по разным источникам в среднем варьирует от 4,5–23,5 % у взрослых и 13–40 % у детей, заболеваемость не снижается и сохраняется ежегодно практически на одном уровне [4, 5]. Проблема хронического тонзиллита является междисциплинарной и выходит далеко за пределы оториноларингологии [5, 6].

### **Цель работы**

Изучить распространенность заболевания и оценить эффективность консервативной методики лечения хронического тонзиллита.

### **Методика исследования**

Был проведен анализ историй болезни 266 пациентов (221 пациент старше 18 лет и 45 пациентов младше 18 лет), посетивших врача-оториноларинголога в Клинике Семейной Медицины ВолгГМУ. Также ряду пациентов был проведен курс консервативного лечения хронического тонзиллита путем серии промываний лакун миндалин с помощью аппарата «Интралор» и орошением рядом лекарственных препаратов, а также приемом препаратов внутрь.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Лечение хронического тонзиллита зависит от степени его проявления и формы заболевания. При простых, неосложненных формах хронического тонзиллита можно использовать кон-

сервативные методики, основанные на местном воздействии на миндалины и общеукрепляющей терапии.

Из 266 пациентов хронический тонзиллит был выявлен у 32 человек старше 18 лет, что составляет 14,48 %, и у 7 человек младше 18 лет, что составляет 15,56 %.

10 человек, имеющих хронический тонзиллит, прошли курс терапии, в котором под визуальным контролем в каждую из доступных лакун миндалин вводилась тонкая канюля диаметром 1,5 мм, соединенная гибкой трубкой с аппаратом «Интралор», который под давлением подавал физиологический раствор. После данной манипуляции поверхность миндалин орошалась раствором «Мирамистин» – антисептический препарат с широким спектром антимикробной активности, раствором «Люголь» – антисептический и дезинфицирующий препарат.

Одновременно с этим применялись препараты для приема внутрь: Тонзилгон Н – препарат, повышающий неспецифическую резистентность организма, обладает небольшим противовоспалительным эффектом, Бактоблис – препарат, поддерживающий функциональное состояние микрофлоры. Курс лечения включал в себя от 4–5 до 6–7 процедур.

Клиническая картина до начала лечения – увеличенные, рыхлые, пастозные миндалины с расширенными просветами лакун. При надавливании шпателем в область основания миндалина из ее лакун выделяются твердые казеозные массы, в отдельных случаях выделялся жидкий секрет гнойного характера. Наблюдалась застойная гиперемия небных дужек.

После прохождения лечения положительный эффект наблюдался в 100 % случаях. Уже после первой процедуры наблюдалось уменьшение просвета лакун миндалин, что можно связать с удалением их патологического содержимого. Сама миндалина также уменьшалась в размерах, ее консистенция становилась более плотной и эластичной. Зстойная гиперемия небных дужек имела место, но не столь выражено. На контрольном приеме через 1 месяц миндалины имели плотную, эластичную консистенцию, слегка выглядели из-за небных дужек. Просветы лакун миндалин были практически незаметны. Зстойная гиперемия небных дужек исчезла.

### Заключение

Результаты настоящего исследования говорят о высокой распространенности хронического тонзиллита среди как взрослого, так и детского населения. Консервативная методика лечения показала высокую эффективность в

терапии хронического тонзиллита при простых и неосложненных формах. Курс лечения хронического тонзиллита позволяет в ряде случаев отказаться от радикальной тонзилэктомии, что, в свою очередь, является более привлекательным вариантом для пациента.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Новикова Ю. Ю. и др. Вопросы патогенеза и новые подходы к диагностике метатонзиллярной патологии при хроническом тонзиллите у детей. 2019. 51 с.
2. Верле Л. В., Сасин А. Н., Танина Е. В. Эффективность носового дыхания студентов Волгоградского государственного медицинского университета. *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: сборник статей. 80-я международная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов.* 2023;1:40–41.
3. Михайлова И. В., Михайлов Ю. Х., Орлова Ю. Ю. Проблемные вопросы лечения хронического тонзиллита. Антибактериальная терапия в оториноларингологии. 2019;1:81–85.
4. Асроров А. А., Ярикулов Ш. Ш., Турдиев М. Р. Особенности встречаемости и повышение эффективности лечения семейного хронического тонзиллита у детей. *Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области.* 2017;3(2):14–23.
5. Блоцкий А. А., Антипенко В. В. Хронический тонзиллит и его значение у пациентов с храпом и синдромом обструктивного апноэ. *Журнал оториноларингологии и респираторной патологии.* 2019;25(2):11–19.
6. Рязанцев С. В., Еремина Н. В., Щербань К. Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита. *Медицинский совет.* 2017;19:68–72.

### Информация об авторах

**Н. В. Тарасова** – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

**Л. В. Верле** – студент лечебного факультета Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

**А. Н. Сасин** – студент лечебного факультета Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

**Е. Г. Обрывкова** – студент лечебного факультета Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Статья поступила в редакцию 25.11.2023; одобрена после рецензирования 01.12.2023; принята к публикации 15.03.2024.