

Литература

1. Пальчун В. Т. Динамическое исследование антибиотикорезистентности микробного фона в оториноларингологическом отделении / В. Т. Пальчун, Л. И. Кафарская, Т. С. Полякова, А. В. Гуров // Вестник оториноларингологии. – 2004. – №1. – С. 53–56.
2. Role of surface swab, core swab and fine needle aspiration in isolating the core bacteria in inflammed tonsils / A. J. Kindo, L. Somu, P. Srikanth et all // Indian J Pathol Microbiol. – 2001. – № 44 (3). – P. 293–295.
3. Chole R.A. Anatomical evidence of microbial biofilms in tonsillar tissues: a possible mechanism to explain chronicity / R.A. Chole, B.T. Faddis // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. - №129 (6). – P. 634 - 636.
4. Гудина И. А. Вирусно-бактериально-грибковые ассоциации при хроническом тонзиллите у детей / И. А. Гудина, Л. И. Васильева, Л. Е. Брагина, И. Ю.Сушков // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2001. - №5. – С. 16 – 19.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Алещик И. Ч.¹, Плавский Д. М.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Правильная оценка роли хронического тонзиллита в возникновении и поддержании клинического течения общего заболевания у конкретного пациента служит определяющим фактором выбора оптимальной лечебной тактики. Принципиально лечение в зависимости от клинической формы хронического тонзиллита может быть хирургическим или консервативным. В настоящее время, доминирующее значение в лечении хронического тонзиллита придается органосохраняющим методам лечения, направленным на нормализацию функции небных миндалин, как иммунокомпетентного органа.

Цель работы: разработать и внедрить в клиническую практику метод выбора тактики лечения пациентов с хроническим тонзиллитом.

Результаты. При наличии местных тонзиллогенных (перитонзиллит, парафарингит) и общих сопряженных органических заболеваний (острая ревматическая лихорадка, нефрит, нефритический синдром, миокардит, полиартрит, сепсис и другие) показана тонзиллэктомия [1, 2]. При компенсированном хроническом тонзиллите и декомпенсации заболевания частыми ангинами с небольшой давностью заболевания, при отсутствии признаков общей интоксикации показано консервативное лечение [1].

Ряд общих осложнений сопровождается функциональными проявлениями, чаще всего связанными с поражением гипоталамической области (кардиопатия, нефропатия, субфебрилитет). У этих пациентов после

обострения хронического тонзиллита повышается температура тела, возникают неприятные ощущения в области сердца: покалывание, болезненность, ощущение перебоев, сердцебиения, тяжесть в пояснице и так далее. Но при объективном исследовании сердца, почки оказываются полностью нормальными. Таким пациентам показано проведение курсов консервативного лечения и наблюдение.

К удалению небных миндалин у детей следует относиться более сдержанно. Важная физиологическая роль небных миндалин оправдывает органосохраняющую тактику лечения хронического тонзиллита в раннем детском возрасте [3]. В возрасте от 4 до 10 лет отмечается наибольшая функциональная активность миндалин. В этом возрасте они играют главную роль в формировании иммунологической резистентности организма. Вопрос о тонзиллэктомии в этом возрасте следует решать с большой осторожностью.

Очевидно, что правильный выбор способа терапии хронического тонзиллита является определяющим для достижения максимального результата лечения. Сам результат проведенного лечения требует каждый раз клинической оценки для дальнейшего осуществления лечебных мероприятий с коррекцией тех или иных элементов лечения или принципиального изменения лечебного подхода в отношении конкретного пациента.

Нами разработана клиничко-математическая схема оптимального выбора метода лечения и оценки результата лечебной тактики в отношении пациентов с хроническим тонзиллитом, позволяющая с большой точностью оценить качество консервативного лечения и определить показания к тонзиллэктомии [4].

В качестве основных критериев выбраны (таблица): возраст пациента, продолжительность заболевания, частота ангин, местные признаки хронического тонзиллита, сопутствующие и функциональные заболевания, лабораторные данные (анализ крови, иммунограмма, бактериологическое исследование с небных миндалин), результаты консервативной терапии. Значимость того или иного показателя оценивается по бальной системе. Отсутствие влияния на развитие заболевания соответствует 0 баллов, умеренно выраженное влияние показателя на течение заболевания – 1 баллу, выраженная зависимость – 2 баллам, значительно выраженная зависимость – 3 баллам. У детей до 7 лет и при стойкой ремиссии после курса консервативного лечения принят коэффициент минус 2 балла.

Методика работы с таблицей заключается в последовательном суммировании баллов по каждому показателю, характеризующему пациента.

Таблица. – Коэффициенты клинико-лабораторных критериев

Критерии	Показатели	Коэффициент
Возраст	0 – 7 лет	-2
	8 – 14 лет	1
	15 – 40 лет	2
	41 – 50 лет	1
	старше 51 года	0
Длительность заболевания	до 1 года	0
	1 - 5 лет	1
	более 5 лет	2
Частота ангин и обострений хронического тонзиллита в год	ангин нет	0
	до 1 раза в год	1
	2 раза в год	2
	3 раза и более в год	3
Патологический секрет в лакунах	слизь, казеозные пробки	1
	жидкий гной	2
Состояние небных миндалин	спаяны с небными дужками	1
	рубцовоизменены	2
Региональный лимфаденит	есть	1
Сопутствующие заболевания	есть	2
Функциональные осложнения	есть	3
Анализ крови	лейкоцитоз, ускоренная СОЭ	1
	повышены показатели АСЛ-О, РФ, СРБ	2
Бактериологическое исследование небных миндалин	нет роста	0
	бактериальная флора	1
	грибковая флора	2
	грибки + бактерии	3
Результаты консервативного лечения	нет улучшения	3
	эффект кратковременный	1
	стойкая ремиссия	-2

Пример расчета. Пациент А. 17 лет (возраст - 2 балла) болеет ангинами до 2 раз в год (частота ангин в год - 2 балла) в течение 4 лет (длительность заболевания – 1 балл). Последний год стал отмечать общую слабость, длительный субфебрилитет (функциональное осложнение – 3 балла). Из перенесенных заболеваний отмечает псориаз (сопутствующие заболевания – 2 балла). Год назад проходил курс консервативной терапии, после чего субфебрилитет прекратился, но вновь возобновился 2 месяца назад (результат консервативного лечения – нет улучшения, 3 балла). При фарингоскопии небные миндалины спаяны с небными дужками (состояние небных миндалин – 1 балл), в лакунах жидкий гной (патологический секрет в лакунах – 2 балла), увеличены и болезненны лимфоузлы за углом нижней челюсти (региональный лимфаденит – 1 балл). В общем анализе крови лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ (общий анализ крови – 1 балл), при микробиологическом исследовании содержимого лакун небных миндалин обнаружены золотистый стафилококк и грибки рода *Candida* (бактериологическое исследование небных миндалин – 3 балла). Согласно таблице всего получено 21 балл.

При обосновании тонзиллогенного происхождения органического заболевания пациентам рекомендуется оперативное лечение. При выявлении функциональных или сопутствующих заболеваний оценивается состояние пациента согласно предложенной таблице, проводятся повторные курсы консервативного лечения и наблюдение. Перед каждым повторным курсом лечения проводится подсчет коэффициентов.

Тактика ведения пациентов предполагает проведение 2 курсов консервативной терапии в течение года. Лечение можно считать эффективным при устранении клинических и лабораторных признаков декомпенсации (ликвидация рецидивов ангин, отсутствие патологического содержимого в лакунах небных миндалин, регионального лимфаденита, явлений интоксикации в виде функциональных заболеваний, нормализация бактериальной флоры небных миндалин). Если наступает стойкая ремиссия (по данным таблицы сумма коэффициентов равна 9 и менее), то такому пациенту необходимо продолжить консервативное лечение и наблюдение в течение двух лет. Если улучшение не наступает или оно кратковременное (сумма коэффициентов сохраняется или увеличивается), выявляется органическое осложнение, то пациенту следует рекомендовать тонзиллэктомию. Перед операцией пациенту следует провести курс консервативной терапии. В этом случае в послеоперационном периоде обострения тонзиллогенных заболеваний будут менее выражены или вообще отсутствовать. Для пациентов, отказывающихся от оперативного лечения или имеющих абсолютные противопоказания к операции, должны быть продолжены курсы консервативного лечения и наблюдение.

Вывод: 1. Предложенная таблица дает возможность комплексного подхода к определению состояния здоровья пациента, определения эффективности консервативного лечения и выбора обоснованных показаний для оперативного лечения.

Литература

1. Пальчун В. Т. Развитие проблемы хронического тонзиллита / В. Т. Пальчун // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 6. – С. 7–8.
2. Тимошенко П. А. Принципы лечения хронического тонзиллита на современном этапе / П. А. Тимошенко, А. Ч. Буцель, Г. И. Сермяжко // Актуальные проблемы оториноларингологии: Материалы второй международной белорусско-польской конференции по оториноларингологии. – Гродно, 2003. – С. 90–93.
3. Богомильский М.Р. Детская оториноларингология / М.Р.Богомильский, В.Р. Чистякова // М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 295 – 317.
4. Хоров О. Г. Выбор тактики и оценка лечения больных хроническим тонзиллитом / О. Г. Хоров, И. Ч. Алещик // Здоровоохранение. – 2004. – № 12. – С. 48–50.