

УДК: 616-057 (075.9)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Самиев Уткур Басирович, Самиева Гулноза Уткуровна, Холикова Фарида Фарходовна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИНГ КЛИНИКАСИ, КУРСИ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Самиев Уткур Басирович, Самиева Гулноза Уткуровна, Холикова Фарида Фарходовна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

FEATURES OF THE CLINIC, COURSE AND SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN PATIENTS WITH THYROID PATHOLOGY

Samiev Utkur Basirovich, Samiev Gulnoza Utkurovna, Kholikova Farida Farhodovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: samieva.gulnoza@sammu.uz

Резюме. Сурункали тонзиллит муаммоси ҳалигача ҳам тиббиётдаги энг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Бодом безларининг яллигланиши турли эндокрин касалликлар, шу жумладан қалқонсимон без касалликлари этиологиясида муҳим рол ўйнаши мумкин. Бодом безлари ва қалқонсимон безнинг лимфа томирларининг умумийлиги, отошмун тиреоидитнинг тез-тез пайдо бўлишига олиб келади. Сурункали тонзиллит, унинг функциясининг пасайиши билан юзага келадиган қалқонсимон без касалликларининг ривожланишида "бошлангич" давр ҳисобланади. Кўпгина тадқиқотчилар диффуз токсик буқоқ сурункали тонзиллити бор беморларда учрашини таъкидлайдилар, бунда бодом безларидаги инфекцион агент тиротоксикозни кучайтиради.

Калим сўзлар: сурункали тонзиллит, диффуз токсик буқоқ, тонзиллэктомия, струмэктомия, антитиреоид терапия.

Abstract. The problem of chronic tonsillitis still remains one of the most urgent in medicine. Inflammation of the palatine tonsils may play a role in the etiology of various endocrine disorders, including thyroid diseases. The commonality of the lymphatic vessels of the palatine tonsils and the thyroid gland causes the frequent occurrence of subacute and thyroid gland causes the frequent occurrence of subacute and autoimmune thyroiditis. Chronic tonsillitis plays the role of a "starting" moment in the development of thyroid diseases that occur with a decrease in its function. Many researchers point to a high frequency of chronic tonsillitis in diffuse toxic goiter, which aggravates the effect of tonsil infection on the course of thyrotoxicosis.

Key words: chronic tonsillitis, diffuse toxic goiter, tonsillectomy, strumectomy, antithyroid therapy.

В то же время некоторые стороны этой проблемы в литературе не полностью освещены и порой противоречивы. И недостаточно исследовано взаимовлияние хронического тонзиллита и тиреоидной патологии в условиях Республики Узбекистан. Поэтому мы поставили перед собой задачу изучить частоту, особенности клиники, течения и хирургического лечения хронического тонзиллита у больных с различной патологией щитовидной железы. Эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют относить район к эндемичным, если более чем у 10% его населения отмечается увеличенная щитовидная

железа. Издавна известны очаги зобной эндемии в Республиках Средней Азии. В Республике Узбекистан на фоне значительного уменьшения общей пораженности зобом и выраженных форм заболевания у всего населения, продолжает оставаться высокой частота тиреоидных гиперплазий, составляющих своего рода резерв истинного зоба [1, 2, 3].

Зоб без нарушения функции щитовидной железы (эутиреоидный) делится на следующие формы: узловой, диффузный, смешанный и рецидивный. Роль ангин и обострений хронического тонзиллита при этих заболеваниях различная. Ес-

ли при узловом и смешанном зобе ангины лишь в 1% случаев приводят к возникновению зоба, те при рецидивном зобе уже 12,6% связывают своё заболевание с обострением хронического тонзиллита и 9,4% отмечают увеличение скорости роста после перенесенных ангин. Кроме того, если при узловом и смешанном зобе чаще наблюдается компенсированная форма хронического тонзиллита, то при рецидивном отмечается более выраженная клиника хронического воспаления небных миндалин: рубцовые изменения тонзилл, жидкий гной в лакунах, регионарный лимфаденит также более частая сопутствующая ЛОР-патология. То есть, хронический тонзиллит оказывает большее воздействие на течение рецидивного зоба, нежели узлового и смешанного. Поэтому больным с эутиреоидным зобом и хроническим тонзиллитом, которым планируется проведение операции на щитовидной железе, необходимо для предупреждения рецидива расширить показания к тонзилэктомии [4, 7, 8].

Все этиологические факторы диффузного токсического зоба (тиреотоксикоза), с точки зрения клинициста, лучше всего разделять на факторы предрасполагающие и факторы провоцирующие. К предрасполагающим факторам относят наследственность и пол, к провоцирующим – острое или хроническое нервное перенапряжение, инфекцию изменения в женской половой сфере, избыточную инсоляцию. Несомненно, что психическая травма является ведущей причиной в развитии тиреотоксикоза, однако повторные ангины и хронические тонзиллиты также играют существенную роль. По нашим наблюдениям, из 340 больных ДТЗ у 39,1% острая и хроническая психотравма сочеталась с хроническим тонзиллитом и у 5% больных ангина непосредственно предшествовала возникновению тиреотоксикоза. Клинические наблюдения над больными диффузным токсическим зобом указывали, что обострения хронического тонзиллита или повторные ангины с выраженной температурной реакцией в течение нескольких дней были 4-5 раз в год. При этом усиливались проявления тиреотоксикоза (значительное ухудшение общего состояния, похудание, выраженная тахикардия, увеличение размеров щитовидной железы) и снижалась активность антитиреоидной терапии. Частота хронического тонзиллита увеличивается по мере нарастания тиреотоксикоза- от 40,4% при легкой форме до 63,8% при тяжелой [8, 9, 10].

Распространенность хронического тонзиллита у мужчин (64,6%) значительно выше, чем у женщин (48,1%). Достоверно выше показатели хронического тонзиллита у пациентов до 30 лет (62%), относительно уменьшаются у лиц среднего возраста, т.е. от 31 до 50 лет (44%) и совсем незначительна роль хронического воспаления неб-

ных миндалин у людей старше 50 лет (31%) [11, 13].

Жалобы и клиника у больных хроническим тонзиллитом и тиреотоксикозом отмечаются разнообразно. Это частые и тяжело протекающие ангины, боли в горле, давление в шее у чувства удушья, ощущение инородного тела в горле, головные боли, потливость, сердцебиения и колющие боли в области сердца, раздражительность и плаксивость.

При фарингоскопии довольно характерны гипертрофия небных миндалин, их сращение с дужками, выделение из расширенных лакун казеозных пробок или гноя, зачелюстной лимфаденит. Хроническому тонзиллиту в 82% случаев сопутствовала другая патология ЛОР- органов.

Сравнивая полученные результаты ЭКГ у больных токсическим зобом и хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы с изменением ЭКГ у больных только токсическим зобом, можно отметить, что изменения ЭКГ более выражены при наличии токсико-аллергического тонзиллита. Следовательно, при сочетании тиреогенной и тонзиллогенной интоксикации усугубляется поражение сердечно-сосудистой системы. О более тяжелом течении ДТЗ при хроническом воспалении небных миндалин указывает и увеличение содержания гормонов трийодтиронина (Т3) тироксина (Т4) в сыворотке крови [10, 13.]

Гипотиреоз – состояние, обусловленное недостаточностью функции щитовидной железы. Выраженные формы этого заболевания встречаются значительно реже тиреотоксикоза, однако количество стертых, а потому не диагностируемых форм гипотиреоза весьма велико. Трофические нарушения при пониженной функции щитовидной железы приводят к изменению проницаемости сосудов, отечности, гипоксии, накоплению кислых мукополисахаридов во всех тканях, в том числе небных миндалинах, что создает благоприятную почву для развития хронического тонзиллита.

Снижение общей реактивности организма играет существенную роль в латентном течении хронического тонзиллита при спонтанном гипотиреозе. Обострение хронического тонзиллита с субфебрильной температурой тела протекают лишь у больных о легкой формой гипотиреоз. У лиц с тяжелым течением отмечались только периодические боли в горле которые продолжались 3-4 дня. При этом усиливалась недомогание, а в ряде случаев возникали мышечные и сердечные боли. Влияние недостатка тиреоидных гормонов на течение хронического тонзиллита особенно заметно у больных с послеоперационным гипотиреозом. Важно подчеркнуть, что произведенной операции на щитовидной железе у них были частые ангины с выраженной температурной реакци-

ей и болями в горле. После струмэктомии, по мере развития тиреоидной недостаточности обострения хронического тонзиллита наблюдались все реже, и уже как правило без повышения температуры тела.

Хронический тонзиллит выявлен у 35,5% больных гипотиреозом, при этом 11,1% ангины приводили к выраженным проявлениям тиреоидной недостаточности. При фарингоскопии характерны субатрофия и рубцовые изменения миндалин, выделение из лакун казеозных пробок и жидкого гноя с запахом. Из сопутствующей патологии ЛОД-органов наиболее частыми спутниками хронического тонзиллита являются субатрофия слизистой верхних дыхательных путей, а также снижение слуха по типу поражения звуковосприятия [7, 9, 12].

В патогенезе таких заболеваний, как аутоиммунный тиреоидит (АИТ) подострые тиреоидит и струмит, когда возникающие антитиреоглобулиновые антитела оказывает разрушающее действие на щитовидную железу, первичным следует считать нарушение состояния данного органа некоторыми экзогенными факторами. Поэтому не случайно, что хронический тонзиллит довольно часто провоцирует возникновение этих аутоиммунных заболеваний. Перенесенная ангина в 6,1% случаев способствует возникновению аутоиммунного тиреоидита и в 14,3% подострых воспалительных заболеваний щитовидной железы. Хронический тонзиллит нами выявлен у 43,1% больных АИТ, и у 45,7% больных подострыми тиреоидитом и струмитом. При этих эндокринных заболеваниях чаще наблюдается декомпенсированная форма хронического тонзиллита, и это вполне закономерно, ибо аутоиммунные процессы характерны и для данной тиреоидной патологии и для хронического воспаления небных миндалин [10, 12, 14].

Клиника и течение хронического тонзиллита при АИТ, подострых тиреоидитах и струмитах во многом зависят от гормонального статуса щитовидной железы. То есть, при повышенном содержании Т3 и Т4, что чаще наблюдается в начале аутоиммунных заболеваний, больные жалуются на частые ангины с высокой температурной реакцией, после которых увеличивались размеры струмы, появлялись боли в области сердца и сердцебиения; фарингоскопия очень напоминала картину хронического тонзиллита при диффузном токсическом зобе. А при гипотиреоидном состоянии, которое характерно для длительного течения аутоиммунных заболеваний, щитовидной железы, хронический тонзиллит протекал скрыто, латентно, при достаточно выраженных его фарингоскопических признаках.

Определяя показания к оперативному лечению хронического тонзиллита у больных с тирео-

идной патологией, необходимо учитывать общее состояние больного, а также то, в какой степени хроническое воспаление небных миндалин и его обострения влияли на течение развитие того или иного заболевания щитовидной железы [11, 14, 15].

Тонзиллэктомия показана при установлении зависимости возникновения тиреоидной патологии или ухудшения её течения от обострений хронического тонзиллита. Тем больным, у которых такая этиологическая связь отсутствует, необходимо отдать предпочтение консервативному лечению. Тонзиллэктомию следует проводить не менее чем 2 месяца до операции на щитовидной железе.

Как известно, при хроническом тонзиллите наблюдается дефицит витамина «С», поэтому все больные в течение 7 дней перед тонзиллэктомией должны получать аскорутин, экстракт лагохилуса. Накануне вечером и утром за 2 часа до операции целесообразно назначение транквилизаторов. Такая предоперационная подготовка обеспечивает гладкое течение тонзиллэктомии и послеоперационного периода у больных с эутиреоидным зобом [4, 7, 8].

Больным с диффузным токсическим зобом при наличии клиники тиреотоксикоза перед запланированной тонзиллэктомией необходимо провести курс стационарного лечения в эндокринологическом отделении до наступления компенсации функции щитовидной железы. По возможности все больные должны оперироваться в эутиреоидном состоянии. У пациентов с ДТЗ нарушается функция печени что ведет к недостатку протромбина в крови вследствие нарушенного его синтеза. Поэтому больным с диффузным токсическим зобом накануне вечером и утром за 2 часа до операции следует назначить в/м 1%-2,0 викасола, учитывая, что концентрация протромбина крови непосредственно связана с накоплением в организме витамина «К». Помимо всего вышеперечисленного комплекса мероприятий больным с тиреотоксикозом необходимо назначить тиреостатики. Эти препараты блокируют синтез тиреоидных гормонов, поэтому бурного выбрасывания их в кровь во время операции не происходит, что практически устраняет возможность развития тиреотоксического криза. Предпочтение следует отдать мерказолилу, так как другой тиреостатик 6-метилурацил вызывает повышенную кровоточивость во время операции. Такая предоперационная подготовка обеспечивает спокойное проведение тонзиллэктомии под местной инфльтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина. Тупое отслаивание небных миндалин при оперировании обеспечить малый процент ранних послеоперационных осложнений. Почти у всех больных с тяжелым течением ДТЗ после произведен-

ной тонзиллэктомии наблюдается значительное недомогание, тянущие боли в мышцах, области сердца, нередко сердцебиение. В этих случаях рекомендуем увеличивать дозу мерказолила, назначать сердечные средства и анальгетики. Если при фарингоскопии определяются некротические налеты в нишах, значительная инфильтрация дужек и язычка, то следует назначать суспензию гидрокортизона 1,0 в/м 1 раз в день.

Риск хирургического лечения хронического тонзиллита у больных гипотиреозом в определенной степени связан с гипотиреоидной анемией, трудно поддающейся лечению, с недостаточностью постгеморрагического эритропоэза, с медленным формированием грануляционной ткани, и вследствие этого вялым заживлением ран. Сердечно-сосудистые расстройства наблюдаются как при недостаточности заместительной терапии, так и при передозировке тиреоидных гормонов. Указанные трудности не должны являться противопоказанием к тонзиллэктомии, так как консервативное лечение хронического тонзиллита при его сочетании с аутоиммунным заболеванием щитовидной железы обычно не приводят к положительным результатам. Аутоиммуноагрессия у больных гипотиреозом встречается в 2 раза чаще аутоантитела находят в более высоких титрах, чем у больных тиреотоксикозом. Кроме того известно, что подострые струмиты, аутоиммунные тиреоидиты протекают чаще с гипотиреоидной функции щитовидной железы. Учитывая все вышесказанное, больным гипотиреозом рекомендуем проводить следующую предоперационную подготовку: в течение 1 недели до операции- глюконат кальция 1 таб 3 раза в день, аскорутин 1 таб 3 раза в день, экстракт лагохилуса 1 таб 3 раза в день; за 2 часа до операции- 1 таб триоксазина, увеличенную «рабочую» дозу тиреоидных гормонов. Вследствие высокой лабильности сердечно-сосудистой системы в операционной нужно быть готовым к в/м введение камфоры или кардиамин. После удаления небных миндалин необходимо провести тщательный гемостаз [3, 4, 7, 8].

Особенностью местных проявлений в послеоперационном периоде является вялая регенерация тонзиллярных миш. При выраженном отеке со стороны дужек и мягкому неба рекомендуем увеличить дозу тиреоидных гормонов.

Что касается аутоиммунного тиреоидита, то в данном случае большое значение для гладкого ведения тонзиллэктомии и послеоперационного периода имеет значение уровня Т3 и Т4, а также показателя титра антител. Наряду с обычной подготовкой к тонзиллэктомии в течение 1 недели за 2 часа до операции назначаются триоксазин 1 таб и в/м суспензия гидрокортизона в зависимости от титра антител. Кроме того, при повышенный функции щитовидной железы назначается мерка-

золил, а при пониженной- тиреоидные гормоны. Два последующих дня необходимо продолжать вышеуказанную гормональную и симптоматическую терапию.

У больных с подострым тиреоидитом или струмитом тонзиллэктомии рекомендуем производить сразу же после достижения периода ремиссии заболевания. Лучший эффект после тонзиллэктомии бывает в тех случаях, когда давность подострого воспаления щитовидной железы небольшая, и ещё не наступило выраженных аутоиммунных нарушений, неизменно приводящих к гипотиреозу [5, 8, 9, 10].

Предоперационная подготовка у этих больных включает следующее: в течение 7 дней перед операцией вышеуказанная гемостатическая терапия, за 2 часа до операции- тиреоидин 1 таб, триоксазин-1 таб и суспензия гидрокортизона 1,0 в/м. С первого дня после произведенной тонзиллэктомии больному необходимо назначить антибиотики в/м 4 раза в день, симптоматическую терапию. При длительном и тяжелом течении подострого струмита больными после операции в течение нескольких дней должны получать тиреоидин, антибиотики в/м, сердечные средства и при выраженных фарингоскопических проявлениях суспензию гидрокортизона в/м. При таком послеоперационном ведении не наблюдается общетоксических проявлений и местная реакция со стороны тонзиллярной ниши и окружающих тканей не сопровождается значительным отеком и инфильтрацией. [9,10,13]

Наша методика основана на проведенных тонзиллэктомиях больным с различной патологией щитовидной железы. При этом мы на выявили увеличения послеоперационных кровотечений – лишь у 5 пациентов. По данным Б.С. Преображенского кровотечения после тонзиллэктомии наблюдаются у 6-8% оперируемых больных. При проведении первых тонзиллэктомий в послеоперационном периоде у больных ДТЗ наблюдали тиреотоксические проявления и признаки тиреоидной недостаточности у больных гипотиреозом. Именно эти факторы побудили нас увеличивать дозы тиреостатиков при гипертиреозе и тиреоидных гормонов при гипотиреозе, а также использовать суспензию гидрокортизола в/м, так как при заболеваниях щитовидной железы часто имеет место и недостаточность кары надпочечников [9, 11, 13].

Проведение тонзиллэктомии при наличии этиологической связи хронического тонзиллита и тиреоидной патологии позволило отменить ранее запланированные операции на щитовидной железе у 18 больных диффузным токсическим зобом и у 3 с аутоиммунным тиреоидитом, так как у них значительно улучшилось состояние и уменьшились размеры струмы. Через 2-4 месяца после

тонзиллэктомии реакции щитовидной железы произведена всем больным с узловым зобом и 19 с токсическим. Пяти больным гипотиреозом произведена трансплантация крио-консервированной щитовидной железы. Операции и послеоперационные периоды протекали без осложнений. Все прооперированные больные трудоспособны [10, 13, 14].

Анализ отдаленных результатов показал, что в плане влияния тонзиллэктомии на течение тиреоидной патологии наилучший эффект достигнут у молодых больных (13-14 лет), имевших небольшую давность и доброкачественное течение заболеваний щитовидной железы, когда ещё не произошло значительных аутоиммунных нарушений. Больным со средними и тяжелыми формами тиреоидной патологии, у которых после проведенной тонзиллэктомии получен определенный положительный, результат в дальнейшем необходимо проводить эндокринологическое или хирургическое лечение.

Литература:

1. Сборник статей Всероссийской конференции «Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии». Белокураха, 2002; 76–88.
2. Дергачев В.С., Савенко В.И., Яковлев В.В. Хронический тонзиллит – актуальная проблема Алтайского края. Сборник статей Всероссийской конференции «Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии».
3. Мышенцева С.Е., Барышевская Л.А., Тарасова Н.В. Хронический тонзиллит как причина невынашивания беременности. Рос оториноларингол 2006; 2(21): 57–60
4. Крюков А.И., Товмасын А.С., Жуховицкий В.Г. Роль микрофлоры в этиологии хронического тонзиллита. Вестн оториноларингол 2010 3: 4–6
5. Логунова Е.В., Егоров В.И., Наседкин А.Н., Русанова Е.В. Использование ферментов с целью повышения эффективности антимикробной фотодинамической терапии больных хроническим тонзиллитом. Вестн оториноларингол 2016; 81(2): 44–48
6. Юлиш Е.И. Хронический тонзиллит у детей. Здоровье ребенка 2009; 6(21): 94–97. [Yulish E.Yu. Children's chronic tonsillitis. Zdorov'e rebyonka 2009; 6(21): 94–97. (in Russ)]
7. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты. Под ред. С.А. Карпищенко, С.М. Свистушкина. СПб: Диалог 2017; 263.
8. Карпова Е.П., Фейзуллаев Э.Ф. Опыт применения препарата Аква Марис спрей для горла для местного лечения хронического

тонзиллита у детей. Вестн оториноларингол 2008; 4: 85–86.

9. Хасанов С.А., Мухримова Ш.З. Особенности микрофлоры небных миндалин с хроническим тонзиллитом у детей дошкольного возраста. Молодой ученый 2016; 25: 163–167.
10. Мальцева Г.С. Применение иммуномодуляторов в комплексном лечении хронического тонзиллита. Метод. рекомендации. СПб: НИИ уха, горла, носа и речи 1994; 17
11. Хасанов С.А., Кирсанов В.Н. Особенности клиники и хирургического лечения хронического тонзиллита у больных тиреоидной патологией. Вестн оториноларингол 1997; 5: 34–36.
12. Хасанов С.А., Асроров А.А., Вохидов У.Н. Распространенность хронического тонзиллита в семье и его профилактика. Вестн оториноларингол 2006; 4: 38–40
13. Соболева Ю.В., Фадеев С.Б. Таксономическое разнообразие микробных биоценозов носа и миндалин здоровых лиц и больных хроническим тонзиллитом. Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН 2013; 1: 1–11.
14. Хараева З.Ф., Нагоева М.Х., Афашагова М.М., Барзбиева С.М. Персистентный потенциал возбудителей хронического тонзиллита. Современные проблемы науки и образования 2016; 2: 124.
15. Бухарин О.В., Усвяцов Б.Я., Хлопко Ю.А., Осипова А.М. Прогнозирование состояния микросимбиоза с помощью математического моделирования межмикробных взаимодействий. Экология человека 2011; 10: 59–64.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самиев У.Б., Самиева Г.У., Холикова Ф.Ф.

Резюме. Проблема хронического тонзиллита до настоящего времени остается одной из актуальных в медицине. Воспаление небных миндалин может играть роль в этиологии различных эндокринных расстройств, в том числе и при заболеваниях щитовидной железы. Общность лимфатических сосудов небных миндалин и щитовидной железы обуславливает частое возникновение подострых и щитовидной железы обуславливает частое возникновение подострых и аутоиммунных тиреоидитов. Хронический тонзиллит выполняет роль «пускового» момента в развитии заболеваний щитовидной железы, протекающих с понижением её функции. Многие исследователи указывают на высокую частоту хронического тонзиллита при диффузном токсическом зобе, усугубляющее действие миндалиновой инфекции на течение тиреотоксикоза.

Ключевые слова: хронического тонзиллита, диффузном токсическом зоб, тонзиллэктомия, стру-мэктомии, антитиреоидная терапия.