

Е.З. Мирзоева

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

На сегодняшний день не существует четких отличительных симптомов при дифференциальной диагностике хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ). Анализ частоты встречаемости клинических симптомов у 113 пациентов с ХТ и 69 с ХФ с использованием подробной анкеты и методов описательной статистики позволил установить 27 диагностически значимых симптомов ХТ и 11 – ХФ, которые рекомендовано использовать при дифференциальной диагностике данных патологических состояний глотки. Все выявленные диагностически значимые симптомы нельзя признавать патогномичными, так как они встречаются при обоих заболеваниях, подтверждая тем самым единство этиологии и патогенеза ХТ и ХФ. Течение воспалительных заболеваний глотки с учетом превалирующего поражения ее элементов следует характеризовать как фаринготонзиллит или тонзиллофарингит, протекающие в структурном и клиническом единстве.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, хронический фарингит, дифференциальная диагностика, диагностически значимые симптомы.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE SYMPTOMS OF CHRONIC TONSILLITIS AND CHRONIC PHARYNGITIS

E.Z. Mirzoeva

Tver State Medical Academy

For today, there are no clear distinctive symptoms in differential diagnosis of chronic tonsillitis (CT) and chronic pharyngitis (CF). Analysis of the frequency of occurrence of clinical symptoms in 113 patients with CT and 69 with CF using a detailed questionnaire and descriptive statistical methods made it possible to establish 27 diagnostically significant symptoms of CT and 11 of □CF, which are recommended in the differential diagnosis of pathological states of pharynx. All identified diagnostically significant symptoms should not be recognized as pathognomonic, as they occur in both diseases, thus confirming the unity of the etiology and pathogenesis of CT and CF. During the inflammatory diseases of the pharynx with the prevailing defeat of its elements should be characterized as pharyngotonsillitis or tonsillopharyngitis existing in clinical and structural unity.

Key words: chronic tonsillitis, chronic pharyngitis, differential diagnosis, diagnostically significant symptoms.

Введение

До настоящего времени дифференциальная диагностика хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ) представляет большие трудности. Многие симптомы ХТ и ХФ совпадают, особенно при одновременном поражении лимфоидной ткани небных миндалин и задней стенки глотки. Выраженность субъективных ощущений больных ХТ и ХФ часто не соответствует выраженности выявляемых объективных признаков, лабораторные методы исследования также мало способствуют дифференциальной диагностике этих

заболеваний. Таким образом, четких отличительных симптомов ХФ и ХТ для дифференциальной диагностики сегодня не существует.

Цель исследования: изучить диагностическую значимость субъективных и объективных симптомов, традиционно используемых для диагностики клинически сходных заболеваний глотки – хронического тонзиллита и хронического фарингита.

Материал и методы исследования

В оториноларингологическом отделении областной клинической больницы г. Твери было обследовано 182 пациента возрасте от 17-88 лет, составивших две группы: 113 – с клинически установленным диагнозом ХТ и 69 – с ХФ. Все результаты исследования больных вносились в разработанную анкету, содержащую сведения по 85 симптомам, в том числе, учитывающим жалобы, анамнез, ЛОР-статус, сопутствующие патологические состояния, результаты исследования клинического анализа крови, микрофлоры глотки и особенности вегетативного тонуса больных.

Оценка значимости симптомов заболеваний глотки проводилась методами описательной статистики. С учетом многолетнего опыта исследований на кафедре оториноларингологии Тверской ГМА диагностически значимыми для обоих заболеваний считали симптомы с частотой встречаемости 15% и более. При сравнении однотипных диагностически значимых симптомов с разницей в частоте их встречаемости $\geq 15\%$, они считались диагностически значимыми только для одного из двух заболеваний.

Результаты и обсуждение

В ходе анализа клинической симптоматики у обследованных больных при обоих заболеваниях установлена близкая частота встречаемости большого количества предъявляемых жалоб у пациентов с ХТ и ХФ (табл. 1).

Таблица 1

Частота предъявляемых жалоб больными хроническим тонзиллитом и хроническим фарингитом

Диагностически значимые симптомы заболеваний	Частота встречаемости симптомов у обследованных больных, %	
	Хронический тонзиллит	Хронический фарингит
Боли в горле постоянные	43,4	37,7
Покальвание при глотании и разговоре	27,4	21,7
Першение, саднение в горле	62,8	62,8
Неловкость в горле	51,3	42,0
Сухость в горле	30,1	34,8
Беспричинный сухой кашель	21,2	26,1
Запах изо рта	32,7	34,8

Сердцебиение	18,6	17,4
Быстрая утомляемость голоса, затрудненное носовое дыхание	19,5	19,5

Учитывая отсутствие достоверных различий между группами больных, можно утверждать, что жалобы, используемые традиционно, для диагностики ХТ, встречались с близкой частотой и при диагностике ХФ. Соответственно, использование в диагностике кажущихся типичными жалоб при ХТ и ХФ не может способствовать их четкой дифференциальной диагностике, что совпадает с данными литературы.

Были установлены различия и в частоте других жалоб. Так, у пациентов с ХТ преобладали боли при глотании с иррадиацией в ухо, которые встречались в 33,6% случаев болезни, тогда как при ХФ имели место в 10,1% случаев. Ощущение постороннего тела в горле при ХТ отмечали 68,1% пациентов, а при ХФ – 36,2%; ощущение крупинки на языке (гнилостных пробок из лакун небных миндалин) при ХТ – 56,6%; а при ХФ – 15,9%. Жалобы на периодическое «постреливание» в ухо при ХТ имело место у 20,4% пациентов, а при ХФ – у 5,8%. В 54% случаев ХТ пациенты отмечали нерезкие болевые ощущения в области региональных лимфатических узлов, их увеличение и в 13% случаев – при ХФ. На слабость жаловались 41,6% пациентов с ХТ и 26,1% больных ХФ, недомогание соответственно 43,4% и 26,1%; снижение работоспособности – 38,9% и 20,3%; боли в сердце – 31,9% и 7,3%; субфебрилитет – 33,6% и 8,7%; боли в суставах – 30,1% и – 13%.

При этом у больных ХФ преобладали только два симптома из раздела «жалобы» – боль в горле при глотании («пустой глоток») – в 42% случаев (соответственно у больных ХТ – в 26,6%), а также жжение в горле – у 40,6% (соответственно при ХТ – у 18,6%).

Соответственно, все без исключения субъективные жалобы встречаются при обоих заболеваниях, что объяснимо с точки зрения общности происхождения ХТ и ХФ – это хронический воспалительный процесс в глотке, как в слизистой оболочке, так и в небных миндалинах, обусловленный «единством морфофункциональной организации лимфоидных образований».

При анализе данных анамнеза было выявлено, что как при ХТ, так и при ХФ, практически с одинаковой частотой регистрировались признаки вторичного иммунодефицита. Частые ОРВИ (2 и более раз в год) соответственно в 53,1% и 53,6% случаев свидетельствуют о снижении иммунологической реактивности организма при данных заболеваниях, на что имеются и указания в литературе.

Что касается различий в течении данных заболеваний, то в анамнезе больных ХТ намного чаще, чем при ХФ, выявлялись следующие симптомы: частая ангина (один и более раз в год) соответственно в 54% и 8,7% случаев и антибактериальная терапия (от 3-х раз в

год) – в 38,1% и 13% случаев, а также курение (в 23% и 8,7% наблюдений), которое, как видно из приведенных данных, играет патогенетическую роль при заболеваниях глотки, правда, разной степени значимости.

Фарингоскопическая картина не продемонстрировала значимых дифференциальных различий у пациентов с ХТ и ХФ. С близкой частотой встречались такие симптомы, как признак Гизе (соответственно 73,5% и 66,7% наблюдений) и размер небных миндалин. Величина небных миндалин I степени регистрировалась в 37,2% и 39,1% случаев, II-ой – в 38,9% и 40,6%, III-ей – в 23,9% и 20,3%, что соответствует данным литературы.

При этом следует принимать во внимание, что величина небных миндалин может сильно варьировать в зависимости от индивидуальных возрастных и конституциональных особенностей человека, а появление признака Гизе, являющегося следствием нарушения крово- и лимфообращения, может быть обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника, который является одним из основных патогенетических факторов обоих заболеваний. Соответственно, величина небных миндалин и признак Гизе не могут служить дифференциально-диагностическими критериями данных патологических состояний глотки.

В то же время были выявлены и различия в фарингоскопической картине. Так, при ХТ преобладающими были следующие фарингоскопические признаки: разрыхленность миндалин – в 48,7% случаев (при ХФ – в 20,3%); бугристость небных миндалин – в 53,1% (при ХФ – в 13%); широкие лакуны небных миндалин – в 65,5% (при ХФ – в 18,8%); сращение небных миндалин с дужками – в 64,6% (при ХФ – в 11,6%); гнойные пробки в лакунах – в 71,7% (при ХФ – в 21,7%); положительный симптом Зака – в 63,7% (при ХФ – в 21,7%) и симптом Б.С. Преображенского – в 60,2% (при ХФ – в 26,1%). У пациентов с ХФ преобладали другие объективные симптомы, выявляемые при фарингоскопии: гиперемия слизистой оболочки глотки отмечалась в 68,1% наблюдений (при ХТ – в 26,6%); гипертрофия слизистой задней стенки глотки, боковых валиков – в 60,9% (при ХТ – в 15%); сухость слизистой оболочки глотки – в 24,6% (при ХТ – в 4,4%); слизисто-водянистое отделяемое на задней стенке глотки – в 52,2% (при ХТ – в 18,6%); белесоватый, легко снимаемый налет, не оставляющий эрозивной поверхности на слизистой оболочке глотки – в 24,6% (при ХТ – в 1,8%).

Анализ данных фарингоскопической картины подтверждает единство происхождения ХТ и ХФ, то есть неразделимость этиологии и патогенеза этих заболеваний глотки, поскольку наиболее диагностически значимые объективные симптомы встречаются в той или иной степени выраженности при обоих патологических состояниях глотки.

На общность патогенетических процессов при данных заболеваниях указывает и близкая по частоте встречаемости симптомов сопутствующих заболеваний, которые относят к основным патогенетическим факторам как ХТ, так и ХФ: кариозные зубы (21,2% и 17,4%

наблюдений); искривление носовой перегородки (22,1% и 23,2%); остеохондроз шейного отдела позвоночника (37,2% и 34,8%).

при оценке периферической крови увеличенная СОЭ выявлена у 26,6% больных ХТ и у 24,8% больных ХФ; лимфоцитоз – соответственно у 18,8% и 23,2%, свидетельствуя о наличии очага хронического воспаления в глотке и вновь подтверждая единство патогенеза ХТ и ХФ. Для пациентов с ХТ диагностически значимыми оказались лейкоцитоз (16,8%), моноцитопения (21,2%) и гипохромная анемия (15,9%), в то время как у пациентов с ХФ они встречались соответственно в 5,8%, 10,1% и 13% случаев, что совпадает с данными литературы.

Эозинофилия в периферической крови достаточно часто имела место как при ХТ (15,9%), так и при ХФ (33,3%), но при сравнении групп частота его встречаемости при ХФ превышала 15%, подтверждая диагностическую значимость данного симптома при ХФ. Однако и при диагностике ХТ эозинофилии следует придавать значение, так как аллергический фактор является одним из ведущих в патогенезе данных заболеваний.

При микробиологическом исследовании микрофлоры глотки у больных с ХТ по сравнению с больными ХФ превалирует бактериальная микрофлора (соответственно 62,8% и 31,9% случаев), тогда как у пациентов с ХФ – грибковая микрофлора (соответственно 62,3% и 25,7% наблюдений). Отсутствие патогенной микрофлоры у больных ХТ и ХФ выявлено соответственно в 11,5% и 5,8% случаев. Наличие преимущественно сапрофитной микрофлоры у большинства больных как с ХТ, так и с ХФ свидетельствует о нарушенном биоценозе в глотке, что еще раз подтверждает общий патогенез ее патологических состояний.

Различий в вегетативном статусе в обеих группах больных отмечено не было, что заставляет усомниться в значимости нарушений вегетативного тонуса в патогенезе ХТ и ХФ. Среди пациентов ХТ нормотония отмечена в 37,2% случаев, парасимпатикотония – в 34,5%; симпатотония – в 28,3%, а среди больных ХФ соответственно – в 37,7%, 30,4% и 31,9%.

Таким образом, в результате проведенной работы установлено 27 диагностически значимых симптомов при ХТ и 11 при ХФ, которые рекомендовано использовать при дифференциальной диагностике данных патологических состояний глотки (табл. 2).

Таблица 2

**Диагностически значимые симптомы
хронического тонзиллита и хронического фарингита**

Разделы диагностической анкеты	Диагностически значимые симптомы заболеваний глотки	
	Хронический тонзиллит	Хронический фарингит
Жалобы	боли при глотании, иррадиирующие в ухо; ощущение постороннего тела в глотке; ощущение крупинки на языке (гнилостных пробок из лакун небных миндалин); периодическое пострели-	боль в горле при глотании («пустой глоток»); жжение в горле

	вание в ухо; нерезкие болевые ощущения в области региональных лимфатических узлов, их увеличение; слабость; недомогание; снижение работоспособности; боли в сердце; субфебрилитет; боли в суставах	
Анамнез	частая антибактериальная терапия (от 3-х раз в год); частые ангины (один и более раз в год); вредные привычки	диагностически значимых симптомов нет
ЛОР-статус	разрыхленность небных миндалин; бугристость небных миндалин; широкие лакуны небных миндалин; сращение небных миндалин с дужками; гнойные пробки в лакунах; симптом Зака; симптом Б.С. Преображенского	гиперемия слизистой оболочки глотки; гипертрофия слизистой задней стенки глотки, боковых валиков; сухость слизистой оболочки глотки; слизисто-водянистое отделяемое на задней стенке глотки; белесоватый, легко снимаемый налёт, не оставляющий эрозивной поверхности на слизистой оболочке глотки
Сопутствующая патология	хроническая аллергическая риносинусопатия; дисбактериоз кишечника;	гастроэзофагеальный рефлюкс; гастрит гипертрофический
Клинический анализ крови	лейкоцитоз; моноцитопения; гипохромная анемия	эозинофилия
Микрофлора глотки	бактериальная микрофлора	грибковая микрофлора

Заключение

Выявленные диагностически значимые симптомы на основе методов описательной статистики с учетом их частоты нельзя признавать патогномичными ни для ХТ, ни для ХФ, так как они встречаются при обоих заболеваниях. Для поиска патогномичных симптомов данных заболеваний необходимо использование современных информационных технологий.

Учитывая общность происхождения выявленных диагностически значимых симптомов ХТ и ХФ, можно говорить о единстве этиологии и патогенеза заболеваний, а именно: как слизистой оболочки глотки с лимфоидными образованиями и небных миндалин. Поэтому правильно было бы характеризовать заболевания глотки с учетом превалирующего поражения ее элементов как фаринготонзиллит или тонзиллофарингит, протекающие в структурном и клиническом единстве.

Литература/ Referenses

- 1) Цыганов А.И. в кн.: В.А. Попа Хронический тонзиллит. – Кишинев: «Штиинца», 1984. – С. 3.
- 2) Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. – 2001. – Т.9. – № 16–17. – С. 694–698.
- 3) Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с.

- 4) Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания. – М.: Медицина, 1970. – 383 с.
- 5) Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Шматов Г.П. Хронический тонзиллит с позиций современных информационных технологий. – Тверь, 2012. – 77 с.
- 6) Рубанова И.И. Клиника и лечение гипертрофического фарингита у детей: автореф. дис. ... к. м. н. – М., 1996. – 22 с.
- 7) Цыганов А.И., Фейгин Н.П., Павлоцкий Я.Л. и др. Ультразвук и фонофорез в лечении хронических фарингитов // Вестник оториноларингологии. – 1979. – № 5. – С. 32–34.
- 8) Черныш А.В., Гофман В.Р., Мелконян Э.Р. О патогенезе хронического тонзиллита // Российская оториноларингология. – 2002. – № 2. – С. 51–57.
- 9) Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Графская Н.А. К вопросу о персистенции аденоидов // Российская ринология. - 2002. - № 2. - С. 192
- 10) Портенко Г.М. К вопросу об иммунологической автономии слизистой оболочки носа // Российская ринология. - 1994. - № 1. - С. 15.
- 11) Портенко Г.М., Добрынин К.Б. Сочетанное применение транскраниальной электростимуляции и лейкоинферона при полипозном риносинусите // Российская ринология. - 2001. - № 2. - С. 136.
- 12) Добрынин К.Б., Портенко Г.М. Комплексное лечение полипозного риносинусита мезодизэнцефальной модуляцией в послеоперационном периоде // Российская оториноларингология. - 2008. - № 3. - С. 187.
- 13) Портенко Е.Г., Портенко Г.М., Шматов Г.П. Создание автоматизированного рабочего места оториноларинголога на основе новых технологий // Верхневолжский медицинский журнал. 2008. Т. 6. № 2. С. 58-61.
- 14) Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Локтева А.А. О необоснованности выделения экссудативного среднего отита в отдельную нозологическую форму // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. - № 3. - С. 49-52.