

Оценка ныне действующих клинических классификаций хронического тонзиллита

В.Н. ТКАЧЕНКО

Резюме. Приведены классификации хронического тонзиллита Л.А. Луковского (1941), И.Б. Солдатова (1975), Г.Э. Тимена-Д.И. Заболотного (2003). Предпочтение отдано классификации Л.А. Луковского, которая состоит из трёх форм ХТ: компенсированного (без ангины), субкомпенсированного (при ангинах любой частоты), декомпенсированного (при тонзиллогенных осложнениях). Тонзилэктомия назначается при последней форме.

Ключевые слова: ангина, тонзиллит, классификация, консервативное лечение, тонзилэктомия.

Известно, что любая действующая классификация направлена на оптимальное использование разнообразных методов жизнеобеспечения в обществе, в том числе и в медицине при лечении и диагностике различных заболеваний. Особое место среди них занимают ангины – острое инфекционное заболевание нёбных миндалин (НМ) и их хроническое воспаление, при которых нередко возникают осложнения со стороны внутренних органов и систем организма. Если в конце 20-го и в начале 21 века достигнуты большие успехи в изучении физиологической функции НМ и их роли в системе общей иммунологической реактивности организма, то классификация хронического тонзиллита (ХТ), принятая резолюцией 7 съезда отоларингологов СССР в 1975 г., осталась неизменной. Не изменилась классификация, несмотря на дискуссию в Журналі вušних, носових і горлових хвороб (ЖВНГХ), а также на 10 и 11 съезды оториноларингологов Украины, успешно проведённые в 2005 и 2010 гг.

Целью статьи является определение оптимальности (простоты и удобства) применения двух ныне действующих классификаций ХТ; в диагностике, выборе методов лечения, в научных исследованиях, максимальной сохранности нёбных миндалин – важного органа в системе иммунитета, а также обсуждение новой классификации, разработанной в Институте отоларингологии АМН Украины им. А.И. Колосийченко.

Материалы и методы

Материалом работы служили опубликованные статьи, монографии, разделы учебников и сборников научных работ, посвящённых ангинам, хроническому тонзиллиту, их классификациям, а также результаты собственных осмотров ЛОР-органов у военнослужащих молодого пополнения.

При анализе вышеуказанных материалов использовались систематический и аналитический методы статистики.

На 7 Всесоюзном съезде оториноларингологов СССР, после критики действующих в то время классификаций ХТ профессора Л.А. Луковского [1] и академика Б.С. Преображенского [2], академик АМН СССР И.Б. Солдатов [3] предложил собственную классификацию, которая принята и рекомендована съездом для практического применения. В своём докладе И.Б. Солдатов пове­ствовал: «Важно различать только две основные формы хронического тонзил­лита, – компенсированную и декомпенсированную. Компенсированная бывает у практически здорового человека, когда имеются лишь местные признаки заболевания. Наиболее достоверными из них являются: гиперемия и валико­образное утолщение краёв нёбных дужек, рубцовые спайки между ними и НМ, разрыхлённые или рубцово-измененные и уплотнённые миндалины, казеозно­гнойные пробки или жидкий гной в их лакунах, регионарный лимфаденит. Барьерная функция НМ и реактивность организма компенсируют местное воспаление, поэтому общая реакция не возникает. Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками ХТ, но и проявлениями декомпенсации в виде ангин, паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдалённых органов и систем.»

Далее И.Б. Солдатов изложил «принципы лечебной тактики: при компенсированной форме показано **консервативное** лечение, его следует также предпринять при декомпенсированной форме, если декомпенсация проявляется лишь рецидивами ангин... При декомпенсации, выражаю­щейся в частых рецидивах ангин может быть рекомендовано **полухирур­гическое** лечение – гальванокаустика, диатермокоагуляция миндалин, лакунотомия, выскабливание лакун, криовоздействие. При декомпенсации в виде паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов, выраженной тон­зиллогенной интоксикации, заболеваний отдалённых органов и систем показана тонзиллэктомия. У детей при компенсированной форме хрони­ческого гипертрофического тонзиллита или декомпенсации в виде реци­дивов ангин целесообразна тонзиллэктомия под наркозом.»

Следует отметить, что в классификации И.Б. Солдатова имеется ряд неточностей. Так, в «местные достоверные признаки (по литературным данным не более 3–4) компенсированной формы ХТ», включены почему-то все известные отоларингологам симптомы хронического воспаления миндалин, и «рубцовые» спайки между ними и дужками. Хотя известно, что рубцы образуются после ран, а также глубоких язв, которых не бывает при обычных ангинах, но возникают при инфекционных гранулёмах, дифтерии, язвенно-пленчатой ангине Симановского (Плаут-Венсана) [4], встречающихся крайне редко. Рубцы могут быть и после полухирур­гических вмешательств, выполненных в связи с хроническим тонзиллитом (см. выше). Важно заметить то, что введение в признак ХТ «рубцов» под-

чёркивает не эффективность проведённого лечения вышеупомянутых заболеваний и у пациентов продолжают рецидивировать ангины, вынуждая их обращаться за помощью к отоларингологу. Тем не менее И.Б. Солдатов не упоминает о перенесённых ангинах в своей компенсированной форме ХТ.

Что касается «рыхлости» миндалин, то этот признак не может считаться, по нашему мнению, патологическим симптомом и применяется при диагностике хронического тонзиллита, т. к. является индивидуальной анатомической особенностью строения НМ. Визуальное впечатление о «рыхлости» зависит от количества и диаметра устьев миндаины, а при их «пальпации» сипателем – ощущение мягкости от количества, ширины и длины самих лакун. Интересные данные на эту тему были получены В.Я. Гапановичем и В.М. Сенкевичем в 1975 году, которые провели гистологическое исследование 51-ой нёбной миндаины, удалённой по назначению терапевта и ЛОРа в связи с наличием у больных ХТ.

Так, общее количество лакун варьировало от 33 до 8 (из исследований обоих миндалин приводим данные только правой). Количество лакун диаметром 1–5 мм составляло 49%; 0,1–1 мм – 47%; 0,25–0,85 – 4–5%. Количество лакун длиной 3–15 мм было 83–86%; 15–21 мм – 3,6–3,7%; до 3 мм – 10,2–10,8% [5].

Не менее запутанна и декомпенсированная форма, разделённая на три основных вида: рецидивы ангин, частые рецидивы ангин, осложнения ангин.

При выборе методов лечения, И.Б. Солдатов рекомендует:

- а) при рецидивах ангин проводить консервативное лечение;
- б) при частых рецидивах ангин – полухирургическое лечение (см. выше);
- в) при осложнениях ангин – тонзилэктомиию.

Между тем, нет ясности в трактовке первых двух видов декомпенсации (а, б), т. к. не указано количество рецидивов ангин, возникающих в течение года.

Перечисленные недостатки в классификации ХТ И.Б. Солдатова привели к тому, что в периодической литературе многие авторы перестали подразделять декомпенсированную форму ХТ на три основных её вида декомпенсации, что не допустимо, т.к. не исключают возможность оценки эффективности производного лечения и проведения сравнительного научного анализа.

Рассмотрим классификацию Хронического тонзиллита Н.А. Луковского, которым определены три формы хронического воспаления нёбных миндалин: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

Компенсированная форма (КФ) ХТ характеризуется отсутствием у больных в анамнезе ангин и наличием в лакунах жидкого гноя и гнойно-казеозных пробок. При этой форме барьеры I порядка (по В.И. Воячеку, 1930), т. е. защитные элементы миндалин и реактивность организма компенсируют местные патологические изменения.

Субкомпенсированная форма (СКФ) наряду с местными признаками ХТ проявляется периодическими возникающими ангинами разной частоты. Субкомпенсация характеризуется снижением защитной функции барьеров I порядка, миндалин и системной иммунологической реактивности с

одновременным развитием сенсбилизации организма к различным неблагоприятным факторам.

Декомпенсированная форма (ДКФ) ХТ развивается вследствие несостоятельности барьеров I и II порядков по В.И. Воячеку (барьеров псевдокапсулы миндалин, сосудистых и лимфатических барьеров), что приводит к распространению патологического процесса за пределы миндалин и развитию тонзиллогенных осложнений. Помимо клинических признаков и ангин ДКФ ХТ характеризуется местными осложнениями (паратонзиллитами, паратонзиллярными абсцессами) и тонзиллогенными заболеваниями внутренних органов и систем (развитием инфекционного острого миокардита, полиартрита, пиелонефрита...), а также генерализованной интоксикацией (стойким длительным субфебрилитетом, тонзиллогенным сепсисом).

Результаты и их обсуждение

При сравнении упомянутых классификаций видно, что компенсированная форма по Л.А. Луковскому характеризуется отсутствием перенесенных ангин, а по И.Б. Солдатову – отсутствием «выраженной общей реакции», характер которой, к сожалению, не указан, что привело к противоречивому пониманию трактовки вторым автором данной формы. Разница заключается также в перечне местных признаков ХТ, характерных для компенсированной формы. И.Б. Солдатов включил в нее все симптомы ХТ, а Л.А. Луковский – некоторые из них.

Субкомпенсированная форма ХТ по Л.А. Луковскому соответствует двум, особо выделенным видам декомпенсированной формы по И.Б. Солдатову – «рецидивам ангин» и «частым рецидивам ангин».

Декомпенсированная форма по Л.А. Луковскому соответствует только наиболее выраженному виду декомпенсированного ХТ по И.Б. Солдатову, протекающему с местными и (или) с тонзиллогенными осложнениями.

Собственный опыт многолетних наблюдений говорит об отсутствии особых различий в местных признаках ХТ при рецидивах ангин различной частоты (В.Н. Ткаченко, 2000, 2002, 2007) [7, 8, 9]. Это согласуется с работами ряда авторов, в которых их наблюдения, протекавшие с рецидивами ангин, не разделены на редкие и частые ангины, как у И.Б. Солдатова (Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников и соавторы, 1999; В.Р. Деменков, В.М. Фролов и соавторы, 2000 и др.) [10, 11].

Следует отметить, что характеристика субкомпенсированной формы ХТ Л.А. Луковского устраивает всех, т. к. исключает вышеуказанное разночтение и обеспечивает возможность проведения научного сравнительного анализа.

В то же время многих пациентов пугает слово «декомпенсация», которое очень часто отоларингологи вынуждены применять при редких, частых и осложнённых ангинах при диагностике ХТ по И.Б. Солдатову. При этом, врачи клинических отделений, узнав из записи ЛОР-консультации,

что у их больных «декомпенсированный хронический тонзиллит» (даже при «рецидивах ангин» один раз в год) требуют перевода больных в ЛОР-отделение. Все это вынуждает тратить время на дополнительные разъяснения и улаживания споров.

Известные трудности классификация И.Б. Солдатова вызвала у военных оториноларингологов и у ЛОР-специалистов призывных комиссий военкоматов, ибо его всеобъемлющий декомпенсированный ХТ является препятствием к службе в некоторых родах войск. Это послужило одним из оснований для введения дополнений в «Наказ Міністра оборони України від 12.07.1999 р. № 207», в котором указано, что диагноз ДХТ может устанавливаться при ангинах, повторяющихся 2–3 раза в течение года. Данное дополнение заменяет значение термина «частые рецидивы ангин» и в свою очередь поддерживает, к сожалению, классификацию И.Б. Солдатова.

Результат сравнительного анализа двух классификаций говорит о превосходстве классификации Л.А. Луковского, незаслуженно оставленной съездом. Что касается классификации И.Б. Солдатова, то через два года после опубликования мы отказались от нее из-за указанных выше недостатков и на протяжении 34 лет пользуемся классификацией Л.А. Луковского.

Приводим в таблице процентное соотношение трех форм ХТ по классификации Л.А. Луковского, которое нами было получено при анализе результатов собственных осмотров ЛОР-органов 628 военнослужащих молодого пополнения разных войсковых частей в 2000–2002 гг. [7, 8, 12].

Из таблицы видно, что средний показатель больных хроническим тонзиллитом военнослужащих молодого пополнения, осмотренных отоларингологом в первые дни их прибытия в войсковые части, составляет 24,4%. Приведенные в таблице данные могут быть приравнены к предполагаемой заболеваемости хроническим тонзиллитом школьников 10–11 классов, т. к. новобранцы призываются в армию в возрасте 18 лет.

Таблица

Соотношение трех форм хронического тонзиллита по классификации Л.А. Луковского у 628 военнослужащих молодого пополнения призывов 2000–2002 годов (%)

Форма хронического тонзиллита	Годы призыва в армию и ЛОР осмотра					Средние показатели
	2000	2001	2001	2002	2002	
Выявлен хронический тонзиллит, в том числе:	22,8	22,7	24,2	23,5	28,9	24,4
компенсированный	20,7	12,3	10,4	15,7	11,5	14,0
субкомпенсированный	70,8	73,5	80,6	70,5	76,0	74,4
декомпенсированный	8,5	14,2	9,0	13,8	12,5	11,6

Если из 628 пациентов компенсированная форма ХТ была диагностирована одним из трех местных клинических признаков (наличием патологического содержимого в лакунах, симптомов Гизе (гиперемия дужек) и/или Зака (отёчность дужек у верхнего полюса НМ)) при отсутствии ангины, то при субкомпенсированной форме ХТ имелись несколько его признаков, в том числе перенесённые ангины, которые рецидивировали от одного до 6 раз в год, но протекали без тонзиллогенных осложнений. При декомпенсированной форме ХТ присутствовали субъективные, все местные симптомы ХТ и тонзиллогенные осложнения, возникшие во время или после перенесённых ангины.

Что касается выбора лечения, то согласно классификации Л.А. Луковского экстирпация нёбных миндалин показана у 11,6% военнослужащих, имевших декомпенсированную форму ХТ, а консервативное лечение НМ – у 88,4% новобранцев компенсированной (14,0%) и субкомпенсированной (74,4%) формами ХТ. Все они подлежали амбулаторному консервативному лечению при медицинском пункте войсковой части в первые дни службы. Согласно распоряжению начальника Главного военно-медицинского управления, а затем директора военно-медицинского департамента Украины. Это амбулаторное лечение больных ХТ проводилось и проводится с помощью УФО НМ по нашей методике, защищённой авторским свидетельством СССР и патентом Украины [13, 14].

В связи с вышеуказанными недостатками в действующей классификации хронического тонзиллита была проведена дискуссия на страницах «Журнала ушных, носовых и горловых хвороб» в 2003 году. В большинстве публикаций (и нашей) была подвергнута критике классификация И.Б. Солдатова и поддержана, классификация Л.А. Луковского. В числе работ, опубликованных во время дискуссии, была предложена Г.Э. Тименом и Д.И. Заболотным новая клиническая классификация ХТ. Приводим её в авторском тексте.

«...Наиболее значимыми клиническими признаками ХТ являются: дистрофические процессы, наличие патологического содержимого в лакунах, сращение миндалин с дужками, застойная гиперемия дужек с признаками Зака и Преображенского, их отёчность, регионарный хронический лимфаденит... Хирургическое лечение показано, если у пациентов:

1. Частые ангины (2–3 раза ежегодно в течение трёх последних лет, 4–5 раз ежегодно в течение двух последних лет, 6–7 в течение последнего года).

2. Ангины (может быть одна), приводящие к возникновению системных поражений органов и тканей или болезни отдельного внутреннего органа, а также к их обострениям...

3. Постангинозный субфебрилитет, кратковременный (до 7 дней) – 2 и более раз и длительный (более 7 дней), даже однократный.

4. Постангинозный острый регионарный лимфаденит.

5. Паратонзиллярный абсцесс (2 и более раз)».

Как видно, в новой классификации приведена (упорядочена) частота рецидивов ангин, на основании которой принимается решение о производстве тонзиллэктомий. В остальном – повторяется классификация И.Б. Солдатова.

Выводы

1. Результаты сравнения рассмотренных классификаций свидетельствуют о превосходстве классификации Л.А. Луковского над классификацией И.Б. Солдатова, так как первая конкретнее, проще и удобнее в практической работе и в научных исследованиях.

2. Классификация Л.А. Луковского значительно упрощает выбор метода лечения с учетом трех ее форм и облегчает экспертную работу военных отоларингологов и врачей призывных комиссий военкоматов.

3. Необходимость срочного, повсеместного применения классификации Л.А. Луковского для целей научной и практической медицины очевидна.

Литература

1. Луковский Л.А. Диагностика хронического тонзиллита и клиническая классификация тонзиллитов / Л.А. Луковский // Тонзиллярная проблема. – Днепропетровск, 1941. – Т. 1. – С. 108–123.

2. Преображенский Б.С. Клиническая классификация хронического тонзиллита и сопряженные с ним другие заболевания / Б.С. Преображенский // Вестник оториноларингологии. – 1964. – № 5. – С. 7–18.

3. Солдатов И.Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей / И.Б. Солдатов // 7 съезд оториноларингологов СССР. – М.: Медицина. – 1975. – С. 60–65.

4. Лихачёв А.П. Язвенно-пленчатая ангина / А.Г. Лихачёв, Б.С. Преображенский, Я.С. Темкин // «Болезни уха, горла и носа», 4 изд.: учебн. – разд. 3; Заболевания глотки. – М.: Союзполиграфпром, 1950. – С. 335–336.

5. Гапанович В.Я. Значение анатомических особенностей лакун небных миндалин в патогенезе и лечении хронического тонзиллита / В.Я. Гапанович, В.М. Сенкевич // 7 съезд оториноларингологов СССР; тезисы докладов 21–23 октября 1975 года, Тбилиси. – М.: «Медицина», 1975. – С. 71–72.

6. Воячек В.И. Вопросы практической отоларингологии. Библиотека участкового врача / В.И. Воячек – М.: Медгиз. – 1930. – Т. 6.

7. Ткаченко В.Н. Об эффективности ультрафиолетового облучения (УФО) небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом в войсках / В.Н. Ткаченко // ЖВНГХ. – 2000. – № 6. – С. 80–82.

8. Ткаченко В.М. Шляхи вирішення тонзиллярної проблеми в Збройних Силах України / В.М. Ткаченко // Військова медицина України. – 2002. – № 1. – С. 51–57.

9. Ткаченко В.М. Наш досвід у діагностиці та організації амбулаторного лікування хворих на хронічний тонзиліт у військах / В.М. Ткаченко // Сучасні аспекти військової медицини. Збір. наук. праць ГВМКЦ «ГВКГ» МО України. – К.: Гордон, 2007. – В. 12. – С. 47–51.

10. Стимуляція антитілогенеза як діагностичний тест функціонального стану піднебінних мигдаликів при хронічному тонзиліті / Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, В.В. Кішук, М.І. Волощук // ЖВНГХ. – 1999. – № 6. – С. 1–4.

11. Влияние амизона на показатели системного иммунитета и микроциркуляции у больных хроническим тонзиллитом / В.Р. Деменков, В.М. Фролов, Я.А. Соцкая, Аваб Халеб. // ЖВНГХ. – 2000. – № 5. – С. 82–85.

12. Ткаченко В.Н. Преимущества классификации хронического тонзиллита Л.А. Луковского в сравнении с классификацией И.Б. Солдатова / В.Н. Ткаченко // ЖВНГХ. – 2003. – № 5. – С. 61–66.

13. А. с. № 171053, СССР; МПК Н 05 в А 61 к. Способ ультрафиолетового облучения миндалин / Ткаченко Владимир Николаевич; заявл. 02.03.1962; опубл. 11.05.1965, Бюл. № 10.

14. Патент на винахід № 87885 Україна, МПК (2009) А61N5/06. Спосіб В.М. Ткаченка ультрафіолетового опромінення піднебінних мигдаликів / Ткаченко Володимир Миколайович; заяв. 16.07.2007; опубл. 26.01.2009; Бюл. № 2.

15. Тимен Г.Э. Хронический тонзиллит. Клиническая классификация – тактика лечения / Г.Э. Тимен, Д.И. Заболотный // Журнал ушных, носовых і горлових хвороб. – 2003. – № 5. – С. 59–60.

Оцінка нині діючих клінічних класифікацій хронічного тонзиліту

В.М. ТКАЧЕНКО

Резюме. *Наведено класифікації хронічного тонзиліту Л.А. Луковського (1941), И.Б. Солдатова (1975), Г.Э. Тимена – Д.И. Заболотного (2003). Установлено перевагу класифікації Л.А. Луковського, що складається із трьох форм ХТ: компенсованого (без ангіні), субкомпенсованого (при ангінах будь-якої частоти), декомпенсованого (при тонзиллогенних ускладненнях). Тонзилектомія призначається при останній формі.*

Ключові слова: *ангіна, тонзиліт, класифікація, консервативне лікування, тонзилектомія.*

Estimation of now-operating clinical classifications of chronic tonsillitis

V. TKACHENKO

Summary. *Clinical classifications of chronic tonsillitis of L. Lukovskogo (1941), I. Soldatova (1975), G. Timena – D. Zabolotnogo (2003) are resulted. A preference to classification of L. Lukovskogo which consists of three forms of chronic tonsillitis (compensated, subcompensated, uncompensated) is set. Tonsillectomy is appointed only at an uncompensated form.*

Key words: *chronic tonsillitis, classification, conservative treatment, tonsillectomy.*