

## ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ ТА ПАРАТОНЗИЛЯРНИЙ АБСЦЕС

Паскевич Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Ключові слова:** хронічний тонзиліт, паратонзиллярний абсцес, дренажна функція лакун, епітеліальна вистилка, епітеліальні кісти, лакуногенний шлях, сіалодуктогенний шлях, абсцестонзилектомія

Хронічний тонзиліт займає одне із головних місць в структурі запальних захворювань ЛОР-органів. Незважаючи на зусилля щодо організації покращення лікувально-профілактичної допомоги населенню України проблема хронічного тонзиліту та ангіни залишається актуальною у зв'язку з великою розповсюдженістю захворювання. Так, у 2001р. за даними звітів по Україні гострий тонзиліт разом з гострим фарингітом зареєстрований у 661 192 випадків, тобто, 1348,4 випадків на 10000 населення. Не набагато, а все ж кількість випадків захворювань з 2010 року збільшилася до 883422,0, тобто, 1929,6 на 100000 населення.

Що стосується хронічного тонзиліту то цифра стабільна: зареєстровано у 2010р. хворих на хронічний тонзиліт та аденоїди 562566,0, тобто, 1228,8, на 100000 населення.

Зважаючи на те, що гострий тонзиліт (ангіна) відноситься до інфекційних хвороб і здебільшого передається повітряно-крапельним шляхом така частота захворювань не викликає сумніву.

Відомо, що гострий тонзиліт у 14% є причиною хронічного тонзиліту. А оскільки хронічний тонзиліт характеризується рецидивами ангіни, то безумовно, частота останніх збільшується.

Захворювання на хронічний тонзиліт та ангіну призводять до ускладнень – пара та метатонзиллярного характеру.

Відомо, що хронічний тонзиліт має різний клінічний перебіг у хворих на компенсовану та декомпенсовану форми. При чому компенсована форма без відповідного лікування переходить в декомпенсовану. Однією з причин такого переходу є порушення самосанації лакун, обумовлене відкриттям внутрішньоепітеліальних ходів та звільнення лакун від самого вмісту, в якому виявляється велика кількість мікроорганізмів.

Саме дренажна здатність лакун піднебінних мигдаликів є складовою частиною їх бар'єрної функції і здійснюється автономно за рахунок метаболізму детриту, видалення його під час акту ковтання та рухів ший, еластичності самої тканини мигдаликів.

Під нашим спостереженням знаходилося 107 хворих на хронічний тонзиліт: у 51 – зареєстрована компенсована, у 56 – декомпенсована форми, а також хворих на паратонзиллярний абсцес.

З метою виявлення патоморфологічних змін, які відбуваються при хронічному тонзиліті та паратонзиллярному

абсцесі як в самих мигдаликах так і паратонзиллярно розташованих тканинах, ми провели ряд паталогістологічних досліджень видалених мигдаликів хворих на декомпенсовану форму хронічного тонзиліту (25 біоптатів) та хворих на паратонзиллярний абсцес (15 біоптатів), яким була проведена абсцестонзилектомія.

У хворих на хронічний тонзиліт виявлені ознаки запалення в мигдаликах та оточуючих тканинах, що свідчить про втрату ними бар'єрних властивостей, включаючи і дренажну функцію лакун, що є причиною розвитку паратаметатонзиллярних ускладнень.

Виявлено, що лакуни значно розширюються, містять в своїх порожнинах велику кількість інфікованого детриту і запального ексудату. З частини лакун в товщі мигдаликів формуються епітеліальні кісти з аналогічним вмістом. Ці утворення є постійним джерелом інфекції.

Епітеліальна вистилка лакун втрачає нормальний гістоархітектонічний і стратифікований клітинний склад, що не дає змоги імунікомпонентним клітинам адекватно виконувати свою функцію. Епітеліальний пласт інфільтрується ефекторними клітинами (поліморфні нейтрофіли, активні макрофаги, плазматичні клітини), які беруть на себе бар'єрну функцію, сприяючи, пошкодженню епітеліальної вистилки – формується патологічне коло. Часто спостерігається процес зрощення епітеліальних пластів стінок лакун, що може бути джерелом формування епітеліальних кіст.

В розширених лакунах мигдаликів вистелених атрофічним епітелієм спостерігається накопичення детриту, фібрину, запальних клітин, колоній мікроорганізмів, включаючи грибові міцелії і друзи. Метапластично та диспластично змінений епітеліальний шар лакун може бути джерелом розвитку пухлин мигдаликів.

Змінюється клітинний склад і будова строми лімфоїдної тканини, зростає кількість незрілих клітин, значну частку складають не імунні запальні елементи; строма втрачає еластичність і спроможність до деформації за рахунок розростання сполучної тканини в результаті чого страждає евакуаторна функція лакун. Слизова оболонка лакун атрофується в порожнині накопичується гнійний ексудат.

Метапластично та диспластично змінений епітеліальний шар лакун може бути джерелом розвитку пухлин мигдаликів.

Проведені патогістологічні дослідження мигдаликів видалених у хворих на паратонзиллярний абсцес шляхом абсцестонзилектомії свідчить про наступне: глибокі лакуни вистелені атрофічним плоским епітелієм. У просвіті лакун спостерігаються колонії грибка.

Слід зазначити, що у хворих на паратонзиллярний абсцес має місце вогнищева атрофія капсули аж до повної її атрофії, що сприяє розвитку паратонзиллярного абсцесу.

Таким чином, формується лакуногенний шлях в патогенезі виникнення паратонзиліту чи паратонзиллярного абсцесу. Зазнають патологічних змін поряд із розташованими мигдаликами: малі слинні залози та їх протоки, завдяки чому формується ще один шлях передачі гнійного запалення в паратонзиллярний простір – сіалодуктогенний шлях.

Враховуючи патоморфологічні зміни в піднебінних мигдаликах при хронічному їх запаленні на всіх рівнях (слизова оболонка, паренхіма та строма мигдаликів), а також деструктивні зміни сполучної тканини псевдокапсули, порушення захисної функції мигдаликів, створюються умови для розвитку паратонзиліту чи паратонзиллярного абсцесу.

Таким чином, мигдалики в стані хронічного чи гострого запалення є причинним фактором розвитку паратонзиллярних ускладнень і, як причинний фактор, підлягають видаленню шляхом абсцестонзилектомії (в “гарячому” періоді чи в “холодному”).

*Рецензент: д.мед.н., професор Ф.О. Тишко*

## ЛІТЕРАТУРА

1. Тишко Ф.О., Гичка С.Г., Журнал вушних, носових і горлових хвороб № 5с, 2002 р. 87-88.
2. Заболотный Д.И. с соавт. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита. К., 1999.
3. Левин А.Л. Катары верхних дыхательных путей и их профилактика. М., 1973.
4. Лопотко И.А. с соавт. Острый и хронический тонзиллит. Л., 1963.
5. Ляшенко Ю.И. Ангины. Л., 1985.
6. Мостовой С.И. с соавт. Хронический тонзиллит (диагностика и консервативное лечение). К., 1973.
7. Ноткина М.Г., Ангина Симановского-Венсана, Кемерово, 1970.
8. Попа В.А. Хронический тонзиллит. Кишенев, 1984.
9. Преображенский Б.С. с соавт. Ангины, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания, М., 1970.
10. Ратнер В.А. Острое воспаления зева М., 1959.
11. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.: Литера. 1997.
12. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М.: 1997.
13. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. Санкт-Петербург. 2001.
14. Дрогомирецький В.Д. Паратонзиллит. К., 1982.

## ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ

*Паскевич Ю.В.*

*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца г. Киев, Украина*

**Резюме:** Исследования патоморфологических изменений в небных миндалинах при хроническом или воспалении и при паратонзиллярном абсцессе на всех уровнях (слизистая оболочка, паренхима, строма миндалин и паратонзиллярная область), деструктивные изменения соединительной ткани псевдокапсулы, нарушение защитной функции миндалин, все эти факторы способствуют развитию паратонзилита или паратонзиллярного абсцесса.

Таким образом, миндалины в состоянии хронического или особенно на фоне острого воспаления являются причинным фактором в развитии паратонзиллярных осложнений. Они, как причинный фактор, подлежат удалению путем абсцестонзилектомии (в “горячем” периоде или в “холодном”).

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, дренажная функция лакун, эпителиальная выстилка, эпителиальные кисты, лакуногенный путь, сіалодуктогенный путь, абсцестонзилектомия.

## RATIONALE SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS AND PARATONSILLAR ABSCESS

*Y. Paskevich*

*Bogomolets National Medical University  
Kiev, Ukraine*

**Summary:** The pathomorphological investigation in the tonsils under the chronic inflammation and paratonsillar abscess at all levels (mucous membrane, stroma and parenchyma of tonsils, paratonsillar region), has shown destructive changes of the connective tissue in pseudocapsule, creating conditions for the development of paratonsillitis and paratonsillar abscess.

Thus, the amygdala in a state of chronic or particularly in the background of acute inflammation is a causal factor in the development of paratonsillar complications. They are, as a causal factor and to be removed by tonsilectomy (in the “hot” or “cold” period).

**Keywords:** chronic tonsillitis, paratonsillitis, abscess drainage feature gaps, epithelial lining, epithelial cysts.