

УДК 616.322-002.2:616.15

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И СИНУСИТА НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Нарматова К.К., Шабданбаева Н.Б., Бакиева К.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек,
e-mail: nkaniza@mail.ru, Pitaent@mail.ru, kalyska_92@mail.ru

Хронический тонзиллит довольно часто служит основным этиологическим фактором многих тонзиллит-ассоциированных заболеваний и может быть причиной развития системных осложнений. Данная работа посвящена изучению влияния хронических очагов верхних дыхательных путей на особенности течения геморрагического васкулита. В исследование были включены пациенты с геморрагическим васкулитом и хроническими очагами инфекции в верхних дыхательных путях, проживающие в г. Бишкеке. Авторами проанализированы жалобы пациентов, данные анамнеза, осмотра ЛОР-органов, результаты клинических исследований. Для диагностики использовались общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, микробиологические исследования, коагулограмма, ультразвуковые исследования. Результаты показали, что возникновению геморрагического васкулита в основном предшествовали хронические инфекционно-воспалительные заболевания пазух носа и глотки. Большинство пациентов с геморрагическим васкулитом не обращались в лечебные учреждения и не проводили своевременное лечение хронического тонзиллита, фарингита, хронического синусита. На фоне полученного лечения основного заболевания и санации хронических очагов в верхних дыхательных путях состояние пациентов значительно улучшилось и сроки нахождения их в стационаре сократились. Таким образом, из данного исследования можно сделать вывод, что позднее выявление хронических очагов верхних дыхательных путей влечет за собой возможное развитие осложнений, которые могут плохо поддаваться лечению и в целом способны привести к инвалидизации пациента.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, геморрагический васкулит, клинический случай, консервативное лечение

THE EFFECT OF CHRONIC TONSILLITIS AND SINUSITIS ON THE COURSE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS

Narmatova K.K., Shabdanbayeva N.B., Bakieva K.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek,
e-mail: nkaniza@mail.ru, Pitaent@mail.ru, kalyska_92@mail.ru

Chronic tonsillitis is quite often the main etiological factor of many tonsillitis-associated diseases and may be the cause of the development of systemic complications. This work is devoted to the study of the influence of chronic foci of the upper respiratory tract on the course of hemorrhagic vasculitis, which was the main purpose of the study. The study included patients with hemorrhagic vasculitis and chronic foci of infection in the upper respiratory tract in Bishkek. The authors analyzed patient complaints, anamnesis data, examination of ENT organs, and the results of clinical studies. General blood, urine, biochemical blood analysis, microbiological studies, coagulogram, and ultrasound examinations were used for diagnosis. The results showed that the occurrence of hemorrhagic vasculitis was mainly preceded by chronic infectious and inflammatory diseases of the sinuses and pharynx, most patients with hemorrhagic vasculitis did not receive treatment and did not receive timely treatment for chronic tonsillitis, pharyngitis, and chronic sinusitis. Against the background of treatment of the underlying disease and rehabilitation of chronic foci of the upper respiratory tract, the condition of patients improved significantly and the length of stay in the hospital decreased. Thus, from this study, it can be concluded that the late detection of chronic foci of the upper respiratory tract entails the possible development of complications that may be difficult to treat and may generally lead to disability of the patient.

Keywords: chronic tonsillitis, hemorrhagic vasculitis, clinical case, conservative treatment

Введение

В последние 3–4 года отмечаются значительный рост обращаемости пациентов с хроническим тонзиллитом, а также рост тонзиллит-индуцированных системных заболеваний. Возможно, тенденция хронизации тонзиллита наблюдается после коронавирусной инфекции как пускового механизма, ведущей к обострению или хронизации тонзиллита. Статистические показатели распространенности хронического тонзиллита в Кыргызстане резко различаются в зависимости от времени проведения ис-

следования, а также от региона исследования [1, с. 112; 2, с. 60].

По научно-исследовательским данным, известны более 100 различных заболеваний, причинно-следственная связь которых непосредственно обусловлена хроническим тонзиллитом. Это может быть связано с отсутствием лечения или неэффективностью лечения хронического тонзиллита, что в итоге вызывает значительные изменения внутренних органов, возникающие вследствие воздействия нервно-рефлекторных, бактериемических, токсиемических, аллергических факторов. В данном слу-

чае врачи других специальностей не учитывают патологию глотки как вероятную причину возникновения множественных заболеваний. Кроме того, необходимо заметить, что заболевания верхних дыхательных путей инициируют сопряженные болезненные состояния других органов и систем организма [3, с. 85; 4].

Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить наличие коморбидности, которая, по данным литературы, подразумевает наличие двух и/или более заболеваний у больного, взаимосвязанных между собой этиологически и патогенетически [4]. Например, это хронический тонзиллит и геморрагический васкулит в различных клинических формах. Известно, что коморбидность может оказывать воздействие на прогноз и качество жизни пациента, содействовать увеличению нахождения пациента в стационаре, а также способна привести к инвалидизации, к обрыву процесса реабилитации и повышать количество осложнений. В данной статье продемонстрированы клинические проявления и течение хронического тонзиллита с коморбидной патологией – геморрагическим тонзиллитом [5, с. 48].

Лечение сопряженных патологий, имеющих единую антигенную связь, как при хроническом тонзиллите в сочетании с геморрагическим васкулитом, без санации очагов хронической инфекции не дает предполагаемого эффекта, болезнь может приобретать распространенный характер с частыми рецидивами.

По литературным данным, геморрагический васкулит имеет три общих антигена с хроническим тонзиллитом: В 27, Сw2, Сw6 [6, с. 54; 7].

По недавно опубликованным данным, геморрагический васкулит относится к полиэтиологическим заболеваниям [8], особую роль отводят инфекционному началу, в особенности стрептококковой инфекции.

Имеются исследования авторов, свидетельствующие о том, что геморрагический васкулит формируется на фоне хронических очагов инфекции (таких как хронический тонзиллит, синуситы, кариес зубов, хронический бронхит), которые приводят к сенсибилизации организма [8; 9, с. 20; 10].

Целью исследования явилось изучить влияние хронических очагов инфекции верхних дыхательных путей на течение геморрагического васкулита.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленной целью, под наблюдением авторов были 16 пациентов (10 мужчин и 6 женщин), находящихся на стационарном лечении в отделении нефрологии Национального госпиталя г. Бишкека в 2022–2024 гг. В исследовании принимали участие взрослые пациенты – от 19 до 50 лет. Все пациенты поступали в стационар в активный период болезни (при впервые возникшем остром течении или обострении хронического течения). Провоцирующими факторами у обследованных нами пациентов были: в 45,2% случаев – острые респираторные заболевания, у 54,8% пациентов выявлены очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит (ХТ), гайморит, кариес зубов, холецистит, пиелонефрит и т.д.).

Из 16 пациентов у 14 пациентов имелись геморрагический васкулит и хронические заболевания верхних дыхательных путей, у 2 пациентов – острый гломерулонефрит, геморрагический васкулит, одонтогенный верхнечелюстной синусит и хронический тонзиллит.

Авторы не включали в исследование беременных и кормящих женщин. Исследование пациентов включало сбор жалоб и анамнеза заболевания и жизни, при опросе уделяли особое внимание длительности и степени выраженности симптомов хронического тонзиллита, их взаимосвязи с сопряженными заболеваниями (таблица).

Клиническая форма ХТ и возрастная структура пациентов в группах сравнения

Возраст, годы	Мужчины (n=10)		Женщины (n=6)	
	Хронический компенсированный тонзиллит (n=4)	Хронический декомпенсированный тонзиллит (n=8)	Хронический компенсированный тонзиллит (n=2)	Хронический декомпенсированный тонзиллит (n=2)
	Абс. число, %	Кол-во, %	Абс. число, %	Кол-во, %
19–29	2 (50%)	5 (62,5%)	0	1 (50%)
30–40	1 (25%)	2 (25%)	1 (50%)	1 (50%)
41–50	1 (25%)	1 (12,5)	1 (50%)	0
Итого	4	8	2	2

Пациентам проводили плановое обследование перед началом лечения и в период динамического наблюдения, применяли клинико-диагностические методы обследования: общеклинические лабораторные анализы, стандартный осмотр и эндоскопический осмотр ЛОР-органов, а также проводили сбор жалоб и анамнеза при помощи анкетирования.

У пациентов были отмечены клинические признаки острого течения гломерулонефрита, геморрагического васкулита. Всем 16 пациентам было проведено исследование ЛОР-органов на предмет хронического очага инфекции (передняя риноскопия, задняя риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, непрямая ларингоскопия). Фарингоскопическую картину оценивали в зависимости от степени выраженности основных клинических проявлений состояние слизистой оболочки нёбных миндалин и близлежащих органов: степень гипертрофии нёбных миндалин, гиперемии нёбных дужек, наличие казеозных масс, а также рубцовые изменения ткани миндалин.

Компенсированную форму хронического тонзиллита установили у 6 пациентов: у них были жалобы на частые боли в горле, усиливающиеся при глотании, ощущение першения и инородного тела в ротоглотке, сухость, периодический или постоянный беспричинный сухой кашель, неприятный запах изо рта, ощущение крупинок на языке.

При фарингоскопическом осмотре были выявлены: разрыхленность ткани нёбных миндалин, их бугристость, сращение с нёбными дужками, широкие лакуны, казеозные пробки в лакунах, нагноившиеся субэпителиальные фолликулы нёбных миндалин, положительные симптомы Гизе, Зака и Преображенского.

Декомпенсированная форма хронического тонзиллита установлена у 10 пациентов – диагностирована при наличии вышеперечисленных признаков, а также имелись жалобы на общую слабость, ощущение постоянного недомогания, снижение работоспособности, ангины в анамнезе до 6–8 раз в год, перебои в работе сердца, нерезкие болевые ощущения или ощущение давления в области регионарных лимфатических узлов, боли в суставах.

Объективная картина при декомпенсированной форме хронического тонзиллита показала увеличение регионарных подчелюстных, верхнебоковых шейных лимфатических узлов, расположенных вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Для того чтобы выявить возбудителя воспалительного очага и определить его чувствительность к антимикробным пре-

паратам, проведено бактериологическое исследование материала из зева и с поверхности нёбных миндалин. Забор мазков с поверхности нёбных миндалин и задней стенки глотки проводили с помощью стерильного тампона. Полученный образец был погружен в питательную среду и отправлен в лабораторию для микроскопии и культурального бактериологического исследования материала, а также определения чувствительности к антибиотикам.

Результаты исследования и их обсуждение

При компенсированной форме хронического тонзиллита у 85,4% пациентов были жалобы только на незначительные боли в горле или боли отсутствовали, не замечали образование или наличие казеозных масс в миндалинах 56,5% пациентов, ихорозный запах изо рта отметили 63,3% пациентов.

Из анамнеза были также получены минимальные данные при компенсированной форме хронического тонзиллита. У большинства пациентов (57,6%) ангины были только в детстве или менее 1 раза в год.

При оценке фарингоскопической картины у пациентов с хроническим тонзиллитом компенсированной формой авторы получили следующие результаты.

1. Гипертрофия нёбных миндалин: нет гипертрофии – 1 пациент; гипертрофия 1-й степени – 2 пациента; гипертрофия 2-й степени – 3 пациента.

2. Казеозные пробки: не было пробок – 3 пациента; пробки при надавливании шпателем – 2 пациента; единичные казеозные пробки – 1 пациент.

3. Гиперемия нёбных дужек: отсутствие гиперемии – 1 пациент; гиперемия передних нёбных дужек – 3 пациента; гиперемия и утолщения передней и задней дужек – 2 пациента.

4. Рубцовые изменения миндалин: нет рубцовых сращений – 1 пациент; незначительные сращения с капсулой миндалины – 3 пациента; сращение с передней или задней дужкой – 1 пациент; значительные рубцовые сращения с капсулой и дужками – 1 пациент.

Оценка фарингоскопической картины у пациентов с хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы

1. Гипертрофия нёбных миндалин: нет гипертрофии – 4 пациента; гипертрофия 1-й степени – 3 пациента; гипертрофия 2-й степени – 3 пациента.

2. Казеозные пробки: не было пробок – 3 пациента; пробки при надавливании шпателем – 4 пациента; единичные казеозные пробки – 3 пациента.

3. Гиперемия нёбных дужек: отсутствие гиперемии – 2 пациента; гиперемия передних нёбных дужек – 6 пациентов; гиперемия и утолщения передней и задней дужек – 2 пациента.

4. Рубцовые изменения миндалин: нет рубцовых сращений – 1 пациент; незначительные сращения с капсулой миндалины – 3 пациента; сращение с передней или задней дужкой – 5 пациентов; значительные рубцовые сращения с капсулой и дужками – 1 пациент.

На основании представленных клинических проявлений и данных локальной картины можно заключить, что у пациентов с хроническим тонзиллитом в сочетании с геморрагическим васкулитом и заболеванием почек обострения хронического тонзиллита протекали скрыто, без классической формы острой ангины, в связи с чем пациенты не обращались за медицинской помощью и, соответственно, не проводилась антибактериальная терапия. Как следствие, возможно развитие патологии почек, сосудов.

Результаты лабораторных исследований у пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита показали выраженные изменения в уровне лейкоцитов в периферическом анализе крови, СОЭ, АСЛО, белок в моче. Срединное значение уровня лейкоцитов составило $7,0 \times 10^9/\text{л}$ (95% ДИ 6,2–9,3 ($10^9/\text{л}$)), максимальное же значение составило $19,7 \times 10^9/\text{л}$. Срединное значение СОЭ 16 мм/час (Q1–Q3 8–28 мм/час) при максимальном показателе 64 мм/час. Срединное значение уровня антистрептолизина-О составило 260 Ед/мл 95% (Q1–Q3 220–850 Ед/мл). Медиана уровня белка в моче составила 1,100 г/л (Q1–Q3 0,492–2,100), а его максимальное значение – 7,200 г/л.

Бактериологические исследования содержимого из крипт нёбных миндалин в обеих группах хронического тонзиллита свидетельствовали о наличии бактерий, выявлялись *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, часто встречались ассоциации β -гемолитического стрептококка и золотистого стафилококка (у 6 пациентов при хроническом декомпенсированном тонзиллите, у 2 пациентов при компенсированной форме).

После улучшения общего состояния больных в стационаре оториноларингологом проведен курс промывания лакун миндалин растворами антисептиков и антибиотиков в количестве 5 процедур, а также 2 пациентам с хроническим двухсторонним верхнечелюстным синуситом, декомпенсированным тонзиллитом и геморрагическим

васкулитом несколько раз проведена санация верхнечелюстных пазух. Пациенты получали также терапию по основному заболеванию (глюкокортикостероиды, антибиотики и т.д.).

Следует заметить, что у пациентов с хроническими очагами инфекции в верхних дыхательных путях и геморрагическим васкулитом на фоне лечения хронических очагов отмечилось улучшение клинико-лабораторных данных. После выполненных пяти процедур промывания лакун с введением лекарственных веществ при фарингоскопии отмечено уменьшение воспаления в лакунах миндалин, размер миндалин уменьшился почти у всех пациентов. Положительный результат проявился в виде смягчения клинической картины, улучшения лабораторных показателей.

Клинический пример. Пациент А., 28 лет, обратился к терапевту с жалобами на общую слабость, отеки на ногах и лице, быструю утомляемость, наличие сыпи на ногах, частое першение в горле, слизисто-гнойные выделения из левой половины носа с неприятным запахом. Со слов пациента, с детства были частые ангины (до 7–8 раз в год), около 6 месяцев беспокоили гнойные выделения из носа с неприятным запахом. Ранее никогда к оториноларингологу не обращался и лечения не получал. В октябре 2024 г. после перенесенной ангины отметил резкое ухудшение состояния. На основании клинических данных, биохимических анализов крови, анализа мочи, объективных данных больной был госпитализирован в отделение нефрологии Национального госпиталя г. Бишкека. Пациент был консультирован ЛОР-врачом в связи с жалобами на выделения из левой половины носа с неприятным запахом в течение 6 месяцев, частые ангины.

При фарингоскопии нёбные миндалины нормотрофичны, определяются значительные рубцовые сращения с капсулой и дужками, выраженная гиперемия и инфильтрация нёбных дужек, казеозные пробки в миндалинах в большом количестве, кариес верхнего премоляра слева. В мазке из зева на флору определена ассоциация β -гемолитического стрептококка и золотистого стафилококка. При передней риноскопии слева отмечаются гиперемия и отечность слизистой оболочки средней и нижней носовой раковины, выделение гнойного экссудата из-под свободного края средней раковины.

На рентгенограмме придаточных пазух носа выявляются затемнение левой верхнечелюстной пазухи и наличие горизонтального уровня жидкости.

Был выставлен клинический диагноз: фокально-некротизирующий гломерулонефрит. Геморрагический васкулит. Хронический тонзиллит. Одонтогенный верхнечелюстной синусит слева. Больному проведена пункция левой гайморовой пазухи, был получен обильный гной с неприятным запахом, в большом количестве, пазуха далее промыта антисептиком и антибиотиками (3 процедуры). После санации верхнечелюстной пазухи слева проведен курс промывания лакун миндалин с введением лекарственных веществ (5 процедур). После ликвидации хронических очагов верхних дыхательных путей отмечена положительная динамика в виде улучшения общего состояния больного, появления аппетита, уменьшения чувства слабости. Отмечено также улучшение и лабораторных показателей. В анализах крови: креатинин до санации 735 мкмоль/л, после санации 435 мкмоль/л. На фоне комплексного лечения в стационаре в течение 3 недель отмечено улучшение клинико-лабораторных показателей. Больной был выписан из отделения нефрологии в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией наблюдения и лечения у нефролога, гематолога и оториноларинголога и проведения хирургического лечения – тонзилэктомии.

Заключение

Таким образом, необходимо заметить, что развитие сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний, скорее всего, связано с поздней обращаемостью за медицинской помощью пациентов с хроническими очагами ЛОР-органов, а также зубочелюстной системы. Такие дремлющие хронические очаги инфекции в период обусловленной иммуносупрессии могут активизироваться и плохо поддаваться лечению, способны привести к инвалидизирующим осложнениям. В связи с этим с целью предотвращения тонзиллит-индуцированных

осложнений необходимо выполнить полный спектр обследований при комплексном осмотре врачами других специальностей.

Список литературы

1. Зайцева Т.С., Нестерова А.А., Нестерова К.И., Миракян Р.Г., Лесных А.А., Еремченко В.О., Волосникова А.Р., Ермолаева М.В., Терре В.В. Современный взгляд на тонзиллогенные заболевания – *iga-нефропатию* и *геморрагический васкулит* – и влияние тонзиллэктомии на их течение // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2024. Т. 30, № 2. С. 113-120.
2. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В. Коморбидная патология в клинической практике: алгоритмы диагностики и лечения // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019. № 18 (1). С. 5–66.
3. Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В., Астафьева Е.В. Инфекционные триггеры и их роль в патогенезе геморрагического васкулита и связанного с ним гломерулонефрита // *Архив клинической и экспериментальной медицины*. 2023. Т. 32, № 1. С. 86-90.
4. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Гусева О.А. Патогенетические особенности формирования хронической тонзиллярной патологии // *Вестник оториноларингологии*. 2018. № 83(2). С. 30–33.
5. Завалий М.А., Кедровский Д.М., Орел А.Н., Крылова Т.А., Асанова Л.Д. Коморбидные состояния у пациентов с хроническим тонзиллитом // *Российская оториноларингология*. 2022. Т. 21, № 6 (121). С. 44-53.
6. Кадылбекова З.М., Ахметолла Д.Т., Сулейменов А.К. Болезнь шенлейна-геноха у детей: некоторые аспекты клиники, диагностики и лечения // *Медицинская помощь при травмах: новое в организации и технологиях. Осложнения и неблагоприятные последствия травм. Инновационные подходы в организации медицинской помощи и лечении пострадавших. Сборник тезисов IX Национального конгресса с международным участием*. Санкт-Петербург, 2024. С. 53-55.
7. Песчаный В.Г. Лечебно-диагностический алгоритм у детей с риском развития тонзиллогенных осложнений // *Национальное здоровье*. 2021. № 4. С. 101-105.
8. Черикчиева А.Б. Геморрагический васкулит у детей // *Наука и новые технологии*. 2009. № 4. С. 91-93.
9. Легкова Ю.В. Выбор тактики лечения хронического тонзиллита у пациентов с *iga-нефропатией*: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2023. 154 с.
10. Талыбова Дж.Х., Новрузова М.С., Гурбанова С.Ф., Гасимова М.Ч., Алиева Г.Ч. Этиотропное лечение тонзиллофарингитов у детей при условиях антибиотикорезистентности // *Sciences of Europe*. 2025. № 157 (157). С. 32-36.