



Библиотека  
врача-специалиста

Оториноларингология  
Терапия

А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская,  
Г.Ю. Царапкин, А.С. Товмасян

# Хронический ТОНЗИЛЛИТ



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2019

## Глава 3

# Клиническая картина и классификация хронического тонзиллита

Наиболее достоверным признаком ХТ являются частые ангины в анамнезе. Однако встречаются и так называемые безангинные формы ХТ, когда на фоне выраженных фарингоскопических признаков хронического процесса ангины у больного не бывает. Безангинная форма, по различным данным, встречается у 4% (Пальчун В.Т. и др., 2008), 21,7% (Чумаков П.Л. и др., 2009) больных ХТ. А по данным Г.С. Мальцевой (2008), на современном этапе стала более типичной безангинная форма ХТ (в 79,2% случаев), которая отличается по клинической картине от ХТ с рецидивирующими ангинами, характеризуется стертым началом, болезненными ощущениями в горле, выделением лакунарных пробок с неприятным запахом, различными функциональными расстройствами со стороны внутренних органов и систем. Тем не менее такая стертая форма заболевания может приводить к серьезным осложнениям, что четко прослеживается на примере больных с паратонзиллярными абсцессами. Больные с безангинной формой ХТ обращаются к оториноларингологу значительно позднее, чем больные ХТ с ангинами, когда наряду с различными местными жалобами со стороны глотки

(лакунарные пробки, неприятные ощущения в горле) появляются жалобы общего характера, длительный субфебрилитет, неопределенные боли в области сердца, летучие боли в суставах и т.д. При данной форме ХТ выявление местной симптоматики играет определяющую роль в ранней диагностике заболевания.

Следует отметить, что ни один из объективных признаков ХТ не является абсолютно патогномичным. Для диагностики заболевания необходима совокупная оценка всех симптомов, так как каждый признак в отдельности может быть обусловлен другим заболеванием — глотки, зубов, челюстей, носа и др. Необходимо отметить, что объективные и субъективные признаки ХТ не всегда выявляются одновременно, однако здесь важны клиническая значимость каждого из них и совокупная оценка всех симптомов.

Нельзя диагностировать ХТ в момент обострения (ангины), поскольку все жалобы и фарингоскопические симптомы будут отражать остроту процесса, а не хроническое его течение. Лишь через 2–3 нед после окончания обострения целесообразно проводить оценку объективных признаков хронического воспаления небных миндалин.

В наибольшей мере современным представлениям о хронической очаговой инфекции, токсических и аллергических процессах при ХТ соответствует классификация Б.С. Преображенского (1970), дополненная В.Т. Пальчуном (1974) (табл. 3.1).

**Таблица 3.1.** Классификация хронического тонзиллита (по Преображенскому–Пальчуну)

Простая форма	Токсико-аллергическая форма		
	I степени	II степени	
Простая форма характеризуется местными признаками и ангинами в анамнезе	Признаки простой формы + токсико-аллергические явления I степени	Признаки I степени с более выраженными токсико-аллергическими явлениями II степени	Сопряженные заболевания, которые имеют с ХТ единые этиопатогенетические факторы
1. Пробки в лакунах миндалин. 2. Признаки Зака, Гизе и Преображенского. 3. Сращение и спайки миндалин с небными дужками	1. Субфебрильная температура (периодическая). 2. Слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, плохое самочувствие	1. Субфебрильная температура (длительная). 2. Слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, плохое самочувствие	<i>Местные</i> 1. Паратонзиллярный абсцесс. 2. Парофарингит. 3. Фарингит. <i>Общие</i> 1. Ревмокардит. 2. Ревматический артрит

Простая форма	Токсико-аллергическая форма		
	I степени	II степени	
4. Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов	3. Периодические боли в суставах. 4. Шейный лимфаденит. 5. Боли в сердце возникают во время ангин. 6. Нет нарушений на электрокардиограмме	3. Сердцебиение, нарушение сердечного ритма. 4. Шейный лимфаденит. 5. Боли в области сердца возникают как во время ангины, так и вне обострений ХТ. 6. Нарушения регистрируются на электрокардиограмме	3. Гломерулонефрит. 4. Тонзилогенный сепсис

Обострения ХТ обычно бывают 2–3 раза в год, реже — 5–6 раз в год, однако даже однократные ежегодные ангины следует считать частыми (Пальчун В.Т. и др., 2008). Нередко больные любую боль в горле без повышения температуры тела и других признаков склонны трактовать как ангину, поэтому в каждом случае необходимо уточнять характер перенесенного заболевания, длительность течения, общее состояние организма, особенности лечения и др. (рис. 3.1).

Основные клинические проявления у больных ХТ: ангины в анамнезе, выделение лакунарных пробок с неприятным запахом, неприятные ощущения в горле без температуры тела, периодическая боль в суставах, жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Нередки жалобы на быструю утомляемость, слабость, плохое самочувствие, понижение трудоспособности, субфебрильную температуру. Возможно наличие хронических заболеваний почек, рецидивирующих паратонзиллярных абсцессов.

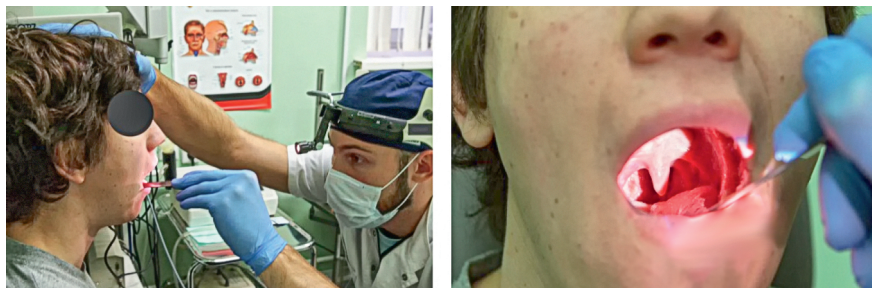


Рис. 3.1. Осмотр больного хроническим тонзиллитом

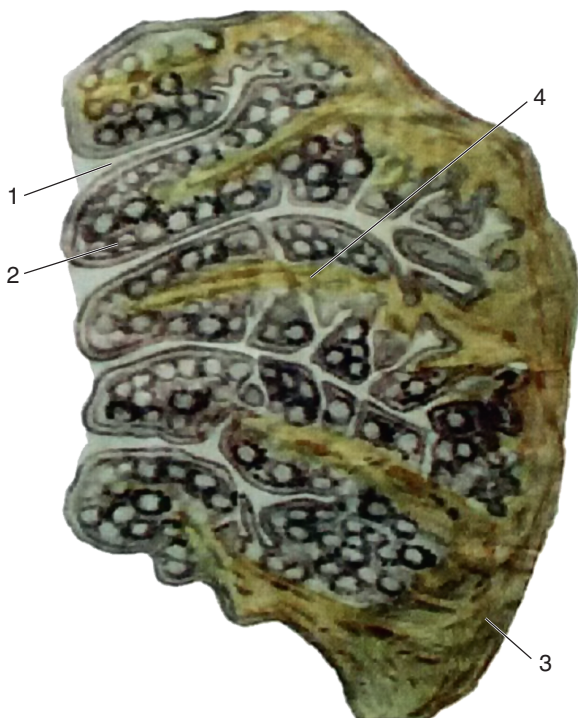


Фарингоскопия позволяет выявить местные признаки ХТ. Изменения со стороны нёбных дужек возникают в результате их длительного раздражения гнойным содержимым из лакун и возникновением локального воспаления.

Прежде чем приступить к описанию клинической картины ХТ, хотелось бы остановиться на тех особенностях нёбных миндалин, которые отличают их от всех остальных лимфоидных образований Вальдейера–Пирогова (рис. 3.2).

Особенности нёбной миндалины:

- наличие крипт;
- наличие фолликулов;
- наличие псевдокапсулы (пересечение пластинок шейной фасции);
- наличие соединительнотканых трабекул, отходящих от псевдокапсулы.



**Рис. 3.2.** Особенности строения нёбной миндалины: 1 — крипты; 2 — фолликулы; 3 — псевдокапсула; 4 — трабекулы

Одним из наиболее важных и частых признаков ХТ является наличие в лакунах миндалин казеозно-гнойных пробок, или жидкого гнойного содержимого с неприятным запахом. Для выявления содержимого лакун с диагностической целью наиболее распространен метод выдавливания. Для этого одним шпателем врач отдавливает язык книзу, как при фарингоскопии, а другим шпателем в течение 2–3 с мягко надавливает на переднюю дужку так, что сдавливает область прикрепления миндалины к боковой стенке глотки, приводя к небольшому смещению миндалины в медиальную сторону. Этим методом следует пользоваться с осторожностью, чтобы не поранить слизистую оболочку нёбной дужки. Наличие гноя в лакунах миндалин является существенным признаком ХТ. Нужно иметь в виду, что нёбные миндалины в норме могут содержать эпидермальные пробки, трудно отличимые от патологических.

При фарингоскопии следует уделить внимание наличию складки, описанной в XIX в. немецким анатомом W. His, которая представляет собой дубликатуру слизистой оболочки, свисающей с задней поверхности нёбно-язычной дужки и прикрывающей нижнелатеральную поверхность нёбной миндалины (рис. 3.3). Следует учитывать, что наличие выраженной складки Гиса может препятствовать опорожнению лакун нёбных миндалин и усугублять течение ХТ.

Не следует забывать также о возможности наличия у больного так называемого синуса Туртуалья, описанного немецким анатомом K. Th. Tourtual (1802–1865), который представляет собой надминдаликовую ямку (*fossa supratonsillaris*) — углубление в верхнем отделе тонзиллярных ниш, где может располагаться дополнительная долька нёбной миндалины (рис. 3.4), так как неполное удаление миндаликовой ткани из описанной ямки может стать причиной рецидива ХТ.

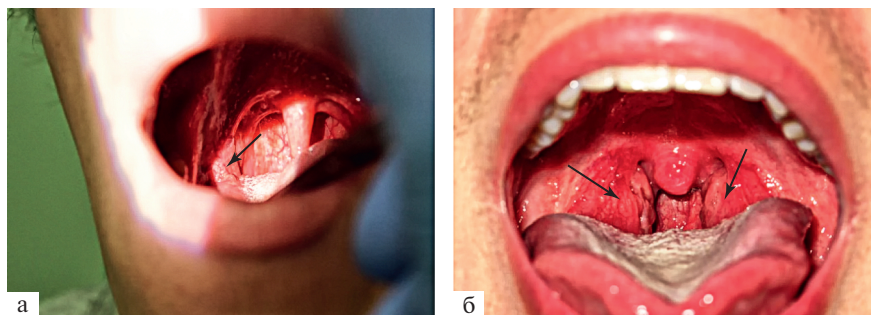


Рис. 3.3. Складка Гиса: а — слабовыраженная; б — выраженная

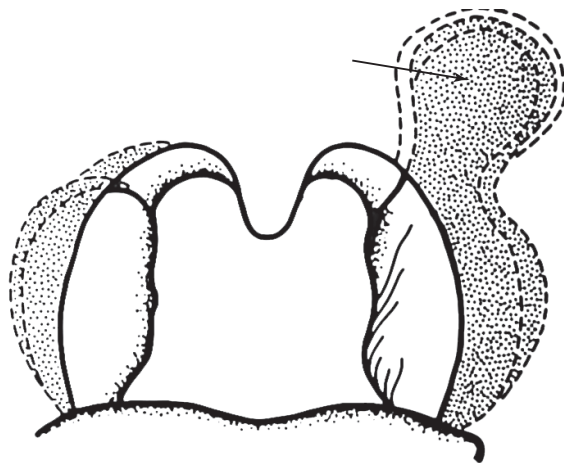


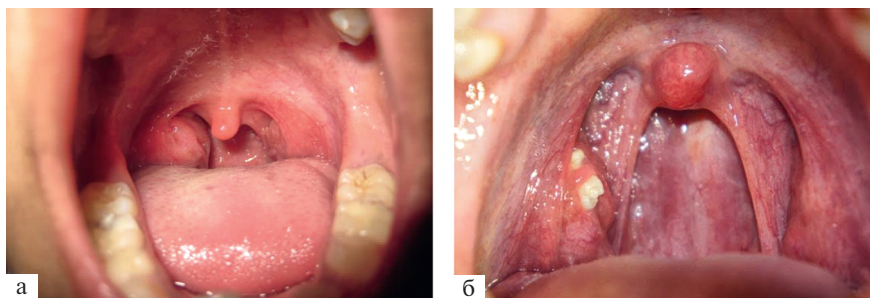
Рис. 3.4. Синус Туртуалья

Нередко определяются сращения и спаянность передних и задних дужек с нёбной миндалиной. Зонд, или элеватор, введенный между дужками и тканью миндалины, наталкивается на спаянность между краями дужек и миндалиной или облитерацию верхнего полюса миндалины.

При ХТ выделяют также ряд характерных признаков:

- симптом Гизе (Guisez, 1920) — гиперемию краев передних дужек (рис. 3.5);
- симптом В.Н. Зака (1933) — отечность в области верхнего угла, образованного передними и задними дужками;
- симптом Б.С. Преображенского (1938) — валикообразное утолщение (гиперплазия и инфильтрация) краев верхних отделов передних и задних дужек;
- регионарный лимфаденит, выявляемый пальпацией вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и позади угла нижней челюсти. Данный признак имеет решающее значение лишь при отсутствии других воспалительных процессов в области головы.

Величина миндалин не имеет существенной роли в диагностике ХТ и может варьировать в зависимости от индивидуальных и конституциональных особенностей. У детей и реже у взрослых гипертрофия нёбных миндалин может являться вариантом развития, выражением лимфатической конституции или аллергического состояния. Однако гиперплазия миндалин может способствовать развитию ХТ.



**Рис. 3.5.** Местные признаки хронического тонзиллита: а — отек, гиперемия, инфильтрация нёбных дужек; б — казеозные пробки в лакунах миндалин

Лабораторные методы диагностики, такие как анализы крови, бактериологические, цитологические исследования и др., не имеют существенного значения в диагностике ХТ, однако играют определенную роль в оценке влияния хронического очага инфекции в миндалинах на различные органы и системы организма.

Таким образом, при диагностике ХТ необходимо основываться не на одном каком-либо симптоме, хотя и ярко выраженном, а на сумме местных и общих признаков: данных анамнеза, объективных симптомах и др., которые позволяют поставить точный диагноз.

Дифференциальную диагностику ХТ проводят:

- с первичным острым тонзиллитом, после которого через 2–3 нед органических признаков ХТ не выявляется;
- гипертрофической тонзиллярной формой вторичного сифилиса, которая проявляется внезапным и быстрым увеличением объема всех солитарных лимфаденоидных образований кольца Пирогова–Вальдейера, сопровождающихся кожными проявлениями этой стадии сифилиса;
- простой гипертрофической формой туберкулеза миндалин (чаще одной из них) с характерным налетом, шейным и медиастинальным лимфаденитом;
- гиперкератозом (лептотрихозом) глотки и нёбных миндалин;
- фарингомикозом, при котором грибковые колонии находятся на поверхности миндалин и выстоят в виде белых небольших конусовидных образований, напоминающих фарингокератоз;
- вялотекущим миндалинковым абсцессом, создающим впечатление гипертрофии нёбной миндалины;

- миндаликовым петрификатом, образующимся в результате пропитывания солями кальция вышеназванного миндаликового абсцесса, определяемого на ощупь или при ощупывании иглой при пункции миндалина;
- инфильтративной формой рака или саркомы миндалина на начальных стадиях их развития; как правило, эти злокачественные опухоли поражают одну миндалину. Окончательный диагноз устанавливают с помощью биопсии;
- лимфогранулематозом (болезнью Ходжкина), при котором наряду с увеличением нёбных и других миндалин глотки происходит увеличение лимфатических узлов шеи, поражение селезенки и других лимфоидных образований организма;
- лимфолейкозом, первым проявлением которого является гиперплазия лимфаденоидного кольца глотки, особенно нёбных миндалин, которые увеличиваются до взаимного соприкосновения. Внешний вид их синюшный, бугристый; быстро наступает поражение лимфоцитарной системы организма, в крови — выраженный лимфоцитоз;
- гигантским шиловидным отростком, давящим изнутри на капсулу нёбной миндалина, причиняя болезненность при глотании и поворотах головы в сторону увеличенного отростка. Если апофиз шиловидного отростка соприкасается с языкоглоточным и язычным нервами, то возникают различные парестезии и болевые ощущения в языке, глотке и областях, иннервируемых этими нервами. Диагноз устанавливают бимануальной пальпацией нижнего полюса миндалина со стороны глотки и зачелюстной области, а также при рентгеновском исследовании (Бабияк В.И. и др., 2012).