**Что это такое - хронический тонзиллит**

Хронический тонзиллит - это хроническое воспаление нёбных миндали. Можно сказать - хроническая ангина. Что же происходит с миндалинами при их хроническом воспалении? Наибольшие изменения происходят в лакунах миндалин, поражается мягкая лимфоидная ткань, которая заменяется на более твердую, соединительную ткань. Появляются рубцы, суживаются и закрываются некоторые лакуны миндалин и, как следствие, образуются замкнутые гнойные очаги.

В лакунах накапливаются пробки, представляющие собой скопление омертвевшего эпителия слизистой оболочки лакун (омертвление эпителия - это в принципе нормально, старый эпителий сшелушивается, новый растет; но в данном случае плохо то, что он не удаляется, а остается в лакунах), частиц пищи, табачных смол (у курильщиков), живых и погибших микробов, лейкоцитов. Кроме пробок может быть и жидкое гнойное содержимое.

При этом в лакунах создаются весьма благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микробов. Своей жизнедеятельностью они поддерживают воспалительный процесс в миндалинах.

При хроническом тонзиллите миндалины могут увеличиваться, но могут оставаться и небольшими. Вообще, диагноз "хронический тонзиллит" может поставить только врач: предварительный диагноз - участковый терапевт или педиатр; уточненный - оториноларинголог.

**Общие сведения**

Хронический тонзиллит - хроническое воспаление нёбных миндалин. Заболевание весьма распространенное (4-10%), особенно среди детей (12-15%). Хронический тонзиллит часто является причиной т.н. тонзиллогенных заболеваний, которые часто приводят к длительному нарушению здоровья и даже инвалидизации.

В патогенезе хронического тонзиллита важное значение имеет нарушение дренажной функции лакун, приводящее к заселению их патогенной микрофлорой. Устья лакун суживаются, что провоцирует формирование пробок, представляющих собой скопление отторгнувшихся клеток эпителия, частиц пищи, живых и погибших микробов. Кроме того, лакуны закрываются вследствие рубцовых изменений - следствий острых воспалений в глотке. В закрытых лакунах создаются весьма благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микроорганизмов.

**Диагностика**

Хронический тонзиллит обычно диагностируют по наличию триады признаков:

- Гизе - гиперемия краев небных дужек

- Преображенского - валикообразное утолщение (инфильтрация или гиперплазия) краев передних и задних дужек

- Зака - отечность верхних отделов передних и задних дужек

Кроме того, признаками хронического тонзиллита также являются

Рубцовые спайки между миндалинами и нёбными дужками.

Разрыхленные или рубцово-изменённые и уплотнённые миндалины.

Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.

**Формы хронического тонзиллита**

Согласно классификации 1975 г. различают две основные формы тонзиллита: компенсированная и декомпенсированная.

При компенсированной форме имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин, барьерная функция которых и реактивность организма ещё таковы, что уравновешивают, выравнивают состояние местного воспаления, т.е. компенсируют его, поэтому выраженной общей реакции организма не возникает.

При декомпенсированной форме имеются не только местные признаки хронического воспаления, а бывают ангины, паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, заболевания отдалённых органов и систем (сердечно-сосудистой, моче-половой и др.)

**Обязательно ли лечить хронический тонзиллит?**

"А обязательно ли лечить хронический тонзиллит? Ведь заболевание не смертельное. Ну, полечусь, ну, буду я болеть простудами реже, но ведь все равно этого не избежать". Есть такая точка зрения. К сожалению, она довольно распространенная. Но она абсолютно ошибочна. Да, хронический тонзиллит - не рак, за год не убьет. Но считать его безобидным - очень легкомысленно.

Можно было бы, конечно, привести цифры, сколько дней в году проводили на больничном пациенты с выраженным хроническим тонзиллитом, а сколько - после лечения (в свое время приходилось это подсчитывать - доказывать, что применяемое лечение эффективно). Но я лучше расскажу, к чему может привести хронический тонзиллит, если его не лечить

Возможно, вы слышали, что хронический тонзиллит ведет к ревматизму, т.е. патологии сердца и суставов. Это действительно так. Хроническая стрептококковая интоксикация при хроническом тонзиллите - очень коварная вещь.

Хронический тонзиллит приводит к патологии почек. Пиелонефрит - часто его работа.

Но это более или менее известно. Менее известны другие патологии, связанные с хроническим тонзиллитом. В "Русском медицинском журнале" опубликована отличная статья "Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания" (авторы А. Ю. Овчинников, А. Н. Славский, И. С. Фетисов). Собственным опытом могу подтвердить истинность очень многого из сказанного. Рассмотрим в сильном сокращении часть положений статьи, проиллюстрировав некоторые из них выписками из историй болезни моих пациентов. В приводимых ниже историях болезни НУЗФ - это низкочастотный ультразвуковой фонофорез - метод, который я применяю для лечения (это для тех, кто попал на эту страницу не с главной страницы моего сайта).

Хронический тонзиллит снижает иммунитет, причем действительно очень сильно. Воздействие идет сразу по несколькими путям: нервно-рефлекторного, бактериемического, токсиемического и аллергического характера - от образования аутоантител до подавления в головном мозге центра естественного активного иммунитета.

Хронический тонзиллит создает предпосылки к развитию дерматозов. Это подтверждается высокой частотой обнаружения хронического тонзиллита у больных псориазом и наличием у них отчетливой зависимости между активностью клинического течения этого заболевания и обострением хронического тонзиллита. Многие врачи считают лечение хронического тонзиллита одним из наиболее важных компонентов лечения больных псориазом.

С хроническим тонзиллитом часто сочетается нейродермит, который в этом случае быстро приобретает распространенный характер с частыми рецидивами, осложненными пиодермией. Лечение нейродермита без санации очага хронической инфекции не дает эффекта.

В моей личной практике - 5 случаев значительного улучшения состояния пациентов, больных нейродермитов.

З.А. студентка, 20 лет. Страдает нейродермитом с 3 месяцев (сначала - атопический дерматит), бронхиальная астма, эмфизема легких, ДН 1-2, гормонально зависима - бенакорт, беродуал, полькортолон, ларинден С + интал. Площадь поражения 70% - лицо, волосистая часть головы, руки, внутренняя поверхность бедер. Ангинами страдает с детства 2-3 раза в год. Наблюдается два года После 1-го курса НУЗФ (после 6-го сеанса) кожа лица стала бледнее, шелушение и бляшки уменьшились, на локтевых и подколенных участках остались лишь пигментные пятна, меньше стал беспокоить зуд, нормализовался сон, стал возможен контакт с водой. Период между приступами астмы увеличился с 2-3 дней до 10-12. Прием бенакорта с 3-х доз 3 р/д, до 1-ой дозы 2 р/д. После контроля через месяц - ремиссия. 2-й курс проведен через 3 месяца. Пациентка отказалась от гормональных кремов. Рецидивов ангин не было год. Дополнительно направлена на информационно-волновую терапию. Через полгода проведен 3-й курс. Ангин не было в течение 1,5 лет. Кожа лица очистилась. Пигментные пятна сохранились. Шелушения лишь в волосистой части головы. Последний контроль 13.11.2000. Приступов удушья не было 6 месяцев. Не пользуется беродуалом. Бенакорт 1 доза 2 р/д - месячный перерыв - трексил 1 табл. 2 р/д

Из личной практики 3 случая выздоровления мокнущей экземы. При сухой экземе улучшения длительные, но полного выздоровления нет.

Л.О. 18 лет, студентка. Страдает ангинами с 8 лет, аденоиды удалены в 3 и 5 лет. Экземой кистей рук страдает с 4 лет.. Ангины 3-4 р/г гнойные с высокой температурой, болями в суставах, после 14 лет - боли в сердце. Не лечилась. Иногородняя. При осмотре - сплошная мокнущая экзема кистей рук. Контакт рук с водой невозможен. Пациентку умывают и купают родственники. Руки в перчатках. Проведено 2 курса НУЗФ через 3 месяца. После 1 курса (после 4-го сеанса) мокнутия стали подсыхать, появились сухие участи с трещинами и мацерацией кожи, к 8 сеансу появились участки розовой кожи. Направлена на информационно-волновую терапию. После 2 курса НУЗФ и повторного курса ИВТ экзема полностью исчезла, кожа рук тонкая, розовая. Пациентка живет в общежитии, полностью обслуживает себя сама.

Хронический тонзиллит играет определенную роль в возникновении и течении коллагеновых заболеваний (таких, как системная красная волчанка, склеродермия, полиартрит).

Х.Л. 20 лет, студентка. Страдает склеродермей с детства. Ангины с 5 лет 2 р/г (весна - осень), гнойные. Образования на руках, наружной поверхности бедер, голеней. Наблюдается 4 года. После 1-го курса на руках остались бледные следы, на левом бедре площадь очага с 200-300 см2 синюшно цианотичного цвета, плотная слабо-болезненная уменьшилась до 30-40 см2 серебристо-белого цвета, мягкая, безболезненная. На контроле через месяц на руках следов не осталось, очаг на бедре уменьшился до 15-20 см2 Проведено 3 курса НУЗФ, ангина не страдала 2 года, на контроле 12.1998 след от склеродермии на бедре, очень слабо различим. Рецидив склеродермии в октябре 2000 после тяжелой формы ОРВИ, ангин не было 4 года. После 4 сеансов НУЗФ на руках и голени лишь слабые следа склеродермии - светлые пятна. На бедре изменился цвет очага с багрового на серебристый, площадь уменьшилась в 2 раза, болезненность исчезла.

Хронический тонзиллит может приводить к возникновению заболеваний глаз.

Часто отмечают сочетание заболеваний легких и патологии небных миндалин. Хронический тонзиллит может способствовать обострению хронической пневмонии, а также приводить к более тяжелому течению этого заболевания. Пульмонологи отмечают, что своевременная санация очага инфекции в небных миндалинах снижает число осложнений при хронических заболеваниях легких в 2,3 раза.

В личной практике - 35 случаев

Г.Н. 23 года, бухгалтер, ангинами страдает с 7 лет, проходила физиолечение. В 22 года поставлен диагноз: бронхиальная астма средней тяжести, смешанного характера, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких; формирующееся легочное сердце, дыхательная недостаточность 2 степени. Гормонозависима. После 3-х сеансов НУЗФ ингалятором (беродуал) стала пользоваться 1 р/д вместо 4-6 до лечения. После 10 сеансов - беродуал 1 р/нед при физ. нагрузке. На контроль через месяц не явилась. С рецидивом БА пришла на лечение через 6 месяцев. Проведено 2 курса через 3 месяца. Не пользуется беродуалом 9 месяцев, поддерживающая терапия бенакортом 2 дозы 2р/д. Ангинами не страдала 1,5 года

Описан инфекционно-токсический механизм поражения печени при хроническом тонзиллите.

Известны случаи развития при хроническом тонзиллите поражения желчевыводящей системы.

Церебральные осложнения при хроническом тонзиллите возникают в результате сосудистых нарушений и токсического воздействия из очага воспаления. Обязательным признаком является сосудистая мозговая недостаточность из-за поражения сердечно-сосудистой системы.

Иногда возникают нейро-эндокринные расстройства: ожирение или похудание, нарушение аппетита, жажда, нарушение менструального цикла, снижение половой потенции. Гипоксия центра дыхания проявляется непреодолимой зевотой при малейшей умственной или физической усталости.

Хронический тонзиллит отягощает течение шизофрении.

На ранних этапах развития хронического тонзиллита надпочечники вынужденно (для коспенсации) увеличивают секрецию андрогенов и глюкокортикоидов. По мере развития заболевания происходит постепенное истощение функции коры надпочечников со всеми вытекающими из этого последствиями для организма.

Сахарный диабет. Очаговая инфекция в небных миндалинах может привести к ослаблению функции оджелудочной железы и выделению фермента, разрушающего инсулин. В результате хронический тонзиллит может способствовать декомпенсации уже имеющихся в организме нарушений углеводного обмена. В свою очередь обменные нарушения при сахарном диабете формируют благоприятную почву для обострений хронического тонзиллита. Санация глоточного очага инфекции улучшает углеводный обмен, что подтверждает патогенетическую взаимосвязь этих заболеваний.

При хроническом тонзиллите страдает щитовидная железа. Имеются сведения о высокой частоте обнаружения хронического тонзиллита при ожирении, что, возможно, обусловлено поражением гипоталамуса.

При декомпенсированной форме хронического тонзиллита в сочетании с ожирением имеются значительные нарушения в гормональном статусе. У детей с такими нарушениями имеются клинические признаки задержки полового развития.

Доказано, что хронический тонзиллит оказывает неблагоприятное влияние на формирование репродуктивной системы у девушек. Обострение хронического тонзиллита и переход его компенсированной формы в декомпенсированную чаще наблюдаются в возрасте 8-10 лет и 12 - 14 лет, т.е. во время активизации репродуктивной системы.

Проведенные исследования показали наличие непосредственной взаимосвязи хронического тонзиллита, особенно его декомпенсированной формы, и нарушений в репродуктивной системе у женщин детородного возраста. Эти изменения характеризуются появлением маточных кровотечений, гипоменструального синдрома. Изменения гормонального фона могут провоцировать такие заболевания, как эндометриоз, аденоматоз и миома матки. При хроническом тонзиллите часто наблюдается развитие патологии беременности, так как он способствует существенному снижению адаптационных возможностей организма и является предрасполагающим фактором для формирования токсикозов. Нередко возникает угроза раннего или позднего выкидыша, преждевременных родов. Могут развиваться отклонения родовой деятельности, такие как преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности.

Из личной практики: Из центра планирования семьи 13 случаев женщин в возрасте от 28 до 42 лет. В анамнезе ангины 1-4 р/г гнойные, с температурой, лимфаденитами, болями в суставах, сердце. Маточные кровотечения. Многократные выкидыши в ранних и поздних сроках. Стафилококковые носители в 5 случаях. Пролечены по схеме НУЗФ 3 р/г через 3 и 6 месяцев с контролем через 1 и 3 мес. После лечения - ремиссия ХТ год и более, благополучная беременность, нормальные роды в условиях наблюдения гинеколога.

Большинство больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита имеют нарушения развития (интерсексуальное телосложение). Характерна совокупность признаков - непропорциональное, негармоничное, асинхронное развитие. Часто имеет место синдром ложной акселерации, который можно рассматривать как вариант полового инфантилизма.

Все это позволяет сделать вывод о небезобидности, мягко говоря, и коварстве хронического тонзиллита.

**Список литературы**

Копченкова Наталья Андреевна. Что это такое - хронический тонзиллит.