

УДК 616.322—002

К. Г. ЩУКУРЯН, Г. А. БАБАЯН, Г. А. АРУТЮНЯН, И. Б. АЗИЗЯН,
Л. А. ЯВРЯН, К. В. МХЕЯН, Р. Г. ЗАХАРЯН

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИИ ЛИМФАДЕНОИДНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

Наблюдения, проведенные у больных, страдающих декомпенсированной формой хронического тонзиллита, дают основание судить о степени и характере вовлечения отдельных элементов лимфаденоидного глоточного кольца в патологический процесс. Рекомендуются вопросы лечения хронического тонзиллита решать индивидуально, проводя одновременно лечение указанных процессов.

Клинические наблюдения позволяют согласиться с мнением ряда авторов [1, 2, 5], что воспалительным процессом при острых и хронических тонзиллитах поражается не один какой-либо отдел лимфаденоидного глоточного кольца, а в большей или меньшей степени вся лимфаденоидная глоточная ткань с преимущественным поражением его отдельных элементов.

С этой точки зрения весьма актуальным в практическом и теоретическом отношении является изучение состояния отдельных лимфоидных элементов глоточного кольца при хроническом тонзиллите и сопряженных с ним заболеваний. Указанный вопрос частично был изучен в аспекте патоморфологических данных [1, 4]. Клинические же работы, посвященные изучению состояния отдельных лимфоидных элементов при хроническом тонзиллите, содержат весьма скудные и разноречивые данные. Недостаточно изучен этот вопрос и в возрастном аспекте.

Для изучения состояния отдельных элементов лимфаденоидного глоточного кольца при хроническом тонзиллите нами обследованы 640 больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (классификация И. Б. Солдатова [3]).

Обследуемые подразделены на четыре возрастные группы: в I группу вошли 160 детей в возрасте от 2 до 7 лет, во II—160 детей от 8 до 18 лет, в III—160 больных от 19 до 30 лет и в IV—160 больных от 31 года и старше.

Анализируя данные, полученные при обследовании I и II возрастных групп (табл. 2), мы обнаружили некоторые отличия в картине глотки, ее отдельных лимфоидных элементов. Несмотря на то, что в обеих группах наиболее часто встречаются миндалины II и III величины, однако их выраженность и содержимое несколько различаются. В I группе

Таблица 1

Клиническая характеристика состояния отдельных лимфоидных элементов глоточного кольца у больных хроническим тонзиллитом (в %).

Возрастные группы	Число больных	Небные миндалины																
		лакуны											состояние небных дужек					
		величина			форма		содержимое			количество			симптом Преображенского		сим том Гизе		симптом Зака	
		I	II	III	шелковидная	злая	слизистогнойное	гнойное	творожистое	2—5	6—8	9 и больше	+	—	+	—	+	—
I	160	10	53,2	36,8	58,8	41,2	37	46,8	16,2	9,4	55	35,6	74,4	25,6	54,3	45,7	69,4	30,6
II	160	10,7	54,3	35	37,5	62,5	45	23,2	31,8	10,6	48,1	41,3	92	8	79	21	90,1	8,9
III	160	30,6	58,8	10,6	44,3	55,7	18,8	54,3	26,3	25	46,8	28,2	41,8	58,2	35	6,5	43	57
IV	160	13,7	32,5	53,8	18,7	60	40	5,6	38,7	10,7	57,5	25	17,6	62,5	37,5	65	35	55
Всего	640	20,9	55	24,1	51	49,9	37,8	40,8	21,4	25,6	43,7	30,7	67,6	33,4	58,4	41,6	64,5	35,5

Таблица 2

Клиническая характеристика состояния отдельных лимфоидных элементов глоточного кольца у больных хроническим тонзиллитом (в %).

Возрастные группы	Число больных	Язычная миндалина							Носоглоточная миндалина			Лимфоидный аппарат стенки глотки			
		форма			консистенция		граница		величина			фолликулярные островки		боковые валики	
		одиночная	двойная	участковая	плотные	рыхлые	выражены	не выражены	I	II	III	выражены	не выражены	выражены	не выражены
I	160	61,2	10	28,8	26,9	73,1	11,2	88,8	55,6	24,8	19,6	47,5	52,5	43,1	56,5
II	160	25,6	17,4	57	32	68	23,2	76,8	60,6	27,6	11,8	38,2	61,8	31,3	68,7
III	160	26,2	35,6	38,2	47,5	52,5	59,3	40,7	—	—	—	13,2	86,8	36,8	63,2
IV	160	16,3	28,1	55,6	67,5	32,5	65,7	34,3	—	—	—	31,9	68,1	28,1	71,9
Всего	640	32,2	22,7	55	43,4	50,6	40	60	29	11,8	9,6	32,6	67,4	34,8	65,2

чаще встречаются лакуны щелевидные с гноевидным содержимым, во II группе—зияющие со слизисто-гноевидным отделяемым. Симптомы Преображенского, Зака и Гизе во II группе были положительными у большинства больных. В I группе они встречались в 60—65%, во II—в 80—85% случаев.

Различия наблюдались и в клинической картине язычной миндалины. Так, в I группе язычная миндалина чаще была одиночная (61, 2%), во II группе—участковая (60%). В обеих группах лакуны язычной миндалины оказались редкими, щелевидными, с нечетко выраженными границами, со слизистым содержимым. Аденоидные вегетации с нарушением дыхательной функции носа выявлены в обеих группах (40—44% случаев). Выраженные фолликулярные скопления задней стенки глотки и боковых валиков в I группе встречались чаще (43,1—47,5%).

Сравнительные данные, полученные при обследовании III и IV возрастных групп, объединяющих взрослый контингент больных, выявили следующее: здесь чаще встречались миндалины II величины. В III группе количество лакун было от 6 до 8, в IV—от 2 до 5. В основном они оказались зияющими с гнойным, реже творожистым содержимым, в IV группе у большинства больных лакуны оказались щелевидными со слизисто-гнойным или гноевидным содержимым. Симптомы Преображенского, Зака, Гизе наглядно были выражены у больных IV группы. Спаянность миндалин с дужками характерна для обеих групп больных.

Язычная миндалина всех видов строения встречалась с одинаковой частотой в обеих группах, в III группе больных она была чаще рыхлой, но четкость границ была сохранена. У больных IV группы язычная миндалина по своему строению оказалась участковой, значительно реже одинарной, с выраженными границами и плотной консистенцией. В III группе в 16,2%, а в IV в 3,7% случаев в носоглотке обнаружены валикообразные скопления лимфоидной ткани. Аденоидные вегетации не были выявлены.

Обобщая сравнительную клиническую характеристику состояния отдельных элементов лимфаденоидного глоточного кольца всех групп, можно отметить следующее. Во всех возрастных группах чаще наблюдались миндалины II степени, III степень наблюдалась в основном в группах детского возраста, а I степень—в группах взрослых.

Число лакун миндалин в I, II и III возрастных группах было обычно в пределах 6—8 и больше, в IV группе—от 2 до 5. Щелевидные лакуны наблюдались в I и IV возрастных группах, зияющие—во II и III. Содержимое щелевидных лакун в I и IV группах было гнойного и слизисто-гнойного характера, в зияющих лакунах II и III возрастных групп обнаружены пробки творожистой консистенции. Спаянность миндалин с дужками была выявлена в основном у взрослых III и IV группы.

Симптомы Преображенского, Зака, Гизе, указывающие на длительный хронический процесс в глотке, у большинства больных I, II и III групп оказались положительными и были сильнее выражены в IV груп-

пе. Язычная миндалина с нечетко выраженными границами, одинарная или участковая, выявлена у больных I и II групп, в остальных группах она четко отграничивалась от окружающей ткани.

Наличие аденоидных вегетаций было выявлено у больных I и II групп—у 44% больных I группы и у 39% больных II группы они вызывали нарушение дыхательной функции носа. Аденоидная ткань в группах старшего возраста определялась в виде валикообразных скоплений, в III группе сильнее, чем в IV.

Изменение фолликулярного аппарата задней стенки глотки, выражающееся в четких скоплениях островков грануляционной ткани, отмечалось чаще у больных I и II групп, увеличение боковых валиков—в группе детского возраста. У больных III и IV групп изменения фолликулярного аппарата задней стенки глотки отмечались в среднем в 22%, а гипертрофия боковых валиков в среднем в 32% случаев.

Таким образом, хроническое воспаление небных миндалин часто протекает с сопряженными местными изменениями отдельных лимфоидных элементов глоточного кольца (гиперплазия или хроническое воспаление). Поэтому при постановке клинического диагноза хронического тонзиллита необходимо учитывать не только характер и степень патологических процессов, но и другие сопряженные с ними заболевания со стороны отдельных лимфоидных элементов глотки (хронический тонзиллит, гиперплазия боковых валиков или хронический тонзиллит, гипертрофический фарингит и т. д.). Многие ларингологи при наличии хронического тонзиллита обращают внимание исключительно на воспалительные изменения среднего отдела глотки, т. е. на небные миндалины, упуская из виду клинические признаки поражения других участков глотки, ее отдельных лимфоидных элементов, что, несомненно, приводит к неправильному выбору метода лечения. А между тем правильный диагноз с учетом состояния и степени поражения всех отделов лимфоаденоидного глоточного кольца часто не только предопределяет необходимость хирургического вмешательства, но в ряде случаев определяет тонзиллогенный характер сопряженных с тонзиллитом заболеваний

Изучение отдаленных результатов тонзиллэктомий у больных хроническим тонзиллитом в возрастном аспекте показало, что после удаления небных миндалин в большинстве случаев наступают изменения глотки, выраженные в той или иной степени в виде гипертрофии боковых валиков, хронического субатрофического и гипертрофического фарингита или острого воспаления лимфоидных элементов (ангина боковых валиков, острый боковой фарингит). Эти изменения со стороны слизистой оболочки и лимфоаденоидного кольца глотки встречались в I и II обследуемых группах чаще, чем в III и IV.

Следовательно, можно значительно сократить процент возникновения указанных послеоперационных воспалительных процессов со стороны глоточного кольца, если заранее правильно трактовать те видимые патологические изменения, которые могут иметь место со стороны ее

отдельных лимфоидных элементов. Нам представляется, что при хроническом тонзиллите с наличием гиперпластических процессов со стороны отдельных лимфоидных элементов глотки вопрос тонзиллэктомии надо решать индивидуально, проводя одновременно лечение указанных процессов.

Кафедра болезней уха, горла и носа
Ереванского медицинского института

Поступила 2/VII 1980 г.

Կ. Հ. ՇՈՒԲՈՒՐՅԱՆ, Գ. Ա. ԲԱԲԱՅԱՆ, Գ. Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ,
Ի. Բ. ԱԶԻԶՅԱՆ, Հ. Ա. ՅԱՎՐՅԱՆ, Կ. Վ. ՄԿԵՅԱՆ, Ռ. Գ. ՋԱԶԱՐՅԱՆ

ԼԻՄՖԱԴԵՆՈՒԴԻ ԸՄՊԱՆԱՅԻՆ ՕՂԱԿԻ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐ

Խրոնիկական տոնզիլիտը հաճախ զուգակցվում է ըմպանի լիմֆոիդ էլեմենտների տեղային փոփոխություններով:

Առաջարկվում է խրոնիկական տոնզիլիտի բուժման հարցը որոշել անհատականորեն, վերոհիշյալ տեղային փոփոխության բուժման հետ միաժամանակ:

K. H. SHOUKOURIAN, G. A. BABAYAN, G. A. HAROUTYUNIAN, I. B. AZIZIAN
L. A. YAVRIAN, K. V. MKHEYAN, R. G. ZAKARIAN

SOME ASPECTS OF THE LYMPHADENOID THROAT RING PATHOLOGY

The study of the patients with decompensated chronic tonsillitis allow to know the degree and the character of involvement of separate elements of lymphadenoid throat ring in the pathologic process in this disease. It is recommended to solve the problems of the treatment of chronic tonsillitis individually, conducting treatment of the processes mentioned above simulteneously.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кусков В. В. Автореферат докт. дисс. Томск, 1971.
2. Солдатов И. Б. Нервный аппарат миндалин в норме и патологии. Куйбышев, 1962.
3. Солдатов И. Б. Материалы VII съезда отоларингологов СССР. Тбилиси, 1975.
4. Тихонова Н. М., Плакидина Г. В. Тез. док. научн. конф. морфологов Восточной Сибири. Иркутск, 1961, стр. 314.
5. Шпаренко Б. А. Тр. V съезда отоларингологов Украины. Донецк, 1977, стр. 208.