

ИССЛЕДОВАНИЕ ГРИБКОВОЙ ПОРАЖЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Нарбаев З.К., Халилов Х., Нарбаев К.П¹

Annotatsiya: В ряде случаев при хронических заболеваниях миндалин имеет место суперинфицирование грибами, что изменяет течение хронического тонзиллита и затрудняет консервативное лечение. Статистические данные свидетельствуют о высокой распространенности хронического тонзиллита среди населения, особенно, у лиц молодого возраста [1,4,5,6]. Необходимость данного исследования продиктован, возрастающей ролью грибковой флоры в патологии миндалин [2,3].

Kalit so'zlar: аллергия, эозинофилия, лечение комплексное, гипосенсибилизация, кортикостероиды.

Аллергический ринит в настоящее время в связи с социальными, экологическими изменениями является одной из наиболее часто встречаемой патологией среди ЛОР органов и составляет до 40 %. Эта патология широко распространена и характеризуется упорностью течения, частыми рецидивами, развитием осложнений. В связи с этим важность просветительской работы среди населения, своевременное выявление аллергена, знание особенностей течения заболевания и назначение адекватной терапии несомненно важно и актуально .

Цель исследования: Сопоставление данных микологического исследования больных хроническим тонзиллитом с морфологическими и бактериологическими исследованиям небных миндалин после тонзилэктомии.

Материалы и методы исследований. Параллельное микологическое и морфологическое обследование проведено 25 больных хроническим тонзиллитом, среди них 11 мужчин и 14 женщин в возрасте от 10 до 46 лет. Микологическое обследование производилось путем посева патологического материала из лакун миндалин селективные среды.

Результаты исследования: Обследованы 40 миндалин, с каждой из которых перед тонзилэктомией сделан посев на жидкую среду Сабуро с последующим пересевом через сутки на твердую среду Сабуро. Сплошной рост Кандида в культуре получен у 13 больных. У 12 больных при посеве патологического отделяемого из небных миндалин роста грибковой флоры не было выявлено. Удаленные миндалины фиксировали в нейтральном формалине. Морфологическое исследование проводилось на тотальных парафиновых срезах сделанных по длину миндалин. При микроскопическом исследовании гистологических препаратов миндалин у всех больных, у которых в посеве из миндалин получен рост грибковой флоры были обнаружены грибковые элементы, как при использовании ШИК реакции, так и при окраске по Грам-Вейгарту, грибковые элементы выявлялись в виде отдельных дрожжевых клеток, почкующих дрожжеподобные элементы, расположены группами, несептированных гифов псевдомицелия, встречающихся в виде отдельных фрагментов. При этом дрожжевые элементы обнаруживались не только в

¹ Андижанский государственный медицинский институт



криптах, но и на глоточной поверхности миндалин на уровне покровного эпителия, а также субэпителиальной соединительной ткани.

Дрожжеподобные скопления встречались на уровне лимфоидной ткани, лимфатических фолликулов, соединительно-тканной капсулы и изредка в паратонзиллярной ткани.

Псевдомицеллярные структуры определялись в составе тканевого детрита крипт, на глоточной поверхности миндалин, на уровн покровного эпителия и в субэпителиальной соединительной ткани непосредственно под эпителиальной выстилкой, при этом нити псевдомицелия как бы проникали из соединительной ткани в покровный эпителий. В одном наблюдении ниточка псевдомицелия выявлена в лимфатическом фолликуле. В криптах и на поверхности миндалин нити псевдомицелия, как правило, определялись в ассоциации с микробной кокковой флорой, но при наличии их в ткани миндалин они не имели микробного компонента.

Морфологическая картина хронического тонзиллита у больных данной группы не имела каких - либо специфических черт, выделяющих её из обычной картины хронического тонзиллита.

Однако, она отличалась большей степенью выраженности воспалительной реакции, дающей основание говорить об обострении воспалительного процесса. Так, на многих участках глоточной поверхности миндалин наблюдалась инфильтрация покровного эпителия нейтрофильными лейкоцитами со слущиванием покровного эпителия вплоть до образования эрозивной поверхности.

Подлежащая соединительная ткань была густо инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, сегментоядерными лейкоцитами, особенно, в местах эрозий. Сосуды субэпителиальной зоны были полнокровны, с утолщенной гомогенной стенкой и набухшим сочным эндотелием, с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов в просвете.

Состояние лимфоидной ткани миндалина характеризовалось резкой гиперплазией лимфатических фолликулов с выявлением реактивных центров и парафолликулярной зоны, богатой клетками - типа плазмобластов с базофильной цитоплазмой. В реактивных центрах фолликулов часто обнаруживались макрофаги с пигментными включениями в цитоплазме, дающими слабое ШИК - позитивное окрашивание. При наличии склеротических изменений лимфоидной ткани в участках склероза отмечалось большое количество тучных клеток, нередко с явлениями дегрануляции. Крипты были выполнены детритом и лейкоцитами. Во многих участках эпителиального покрова наблюдались картины лимфоэпителиального симбиоза, то есть взаимного проникновения лимфоидной и эпителиальной ткани, что делало неразличимой границу между покровным эпителием и подлежащей лимфоидной тканью.

В группе больных с отрицательными результатами микологического обследования микроскопически дрожжевые элементы выявлены у 5 больных.

Гистологически у 3 больных в миндалинах, в которых были выявлены мицеллярные структуры, картина хронического тонзиллита соответствовала изменениям миндалин I-группы больных, то есть имело место обострение воспалительного процесса с образованием эрозией на глоточной поверхности миндалин.

Результаты гистологических исследования миндалин у больных с хроническим тонзиллитом еще раз подтверждает, что грибковое инфицирование встречается чаще, чем следует думать, и не всегда может быть выявлено только методами микроскопии и посевов.



Выводы.

1. Гистологические изменения в миндалинах не только подтвердила данные микологического обследования, но и позволила обнаружить грибковые элементы в значительно большем числе случаев.
2. При наличии инфицирования миндалин грибами рода Кандида, воспалительные изменения более выражены, что позволяет высказаться в пользу этиологической роли дрожжевых грибов в развитии обострений хронического тонзиллита.

Литература:

1. Артикова Д.Т., Джаббаров К.Д., Айтжонов М.А. К вопросу лечения хронического тонзиллита. Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии». Ташкент.- 2008,- с. 100-102.
2. Буркутбаева Т.Н., Современных противогрибковые препараты в комплексном лечении микозов ротоглотки. Матер. Российской науч.прак.конф. «Современные проблемы заболеваний верх.дых.путей и уха». М.2002, стр.200-201.
3. Касимов К., Касимов Х.К., Усманова Н.А., Каримова З.А. Кандидоз миндалин, вопросы клиники, диагностики и методы лечения. Журнал «Медицина Кыргызстана» 2018 №1. Стр. 19-22
4. Кунельская В.Я. Микозы глотки. Москва.- 1989. 286 стр.
5. Akaun D., Seymour F.K., Qaydum A., et al., Assessment of clinical improvement and quality of life before and after tonsillectomy J.Larygol otol.2009 Feb.123 (r), 199-202.
6. Karaman E., Enver O., Alimoqlu Y., et al., Otolaryngol flora changes after tonsillectomy. Otolaryngology Head Neck Sura.2009. Nov. 141 (5). 609-613.

