

В.І. Попович, д.м.н., професор, головний спеціаліст МОЗ України з оториноларингології, завідувач кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Хронічний тонзиліт та тонзилогенні захворювання

Гострі та хронічні захворювання лімфоїдного апарату глотки є поширеною патологією ЛОР-органів. Хронічний тонзиліт – захворювання, особливо розповсюджене серед дітей: 50% пацієнтів становлять діти віком від 5 до 15 років, найбільша частка припадає на дітей молодшого шкільного віку. За даними різних авторів, від 2 до 15% населення хворіє на хронічний тонзиліт. В Україні цей показник сягає 1260 випадків на 10 тис. населення. Ведення таких хворих становить значну частку амбулаторної практики як ЛОР-, так і терапевтичного профілю. Наслідки нелікованого хронічного тонзиліту часто позначаються на роботі різних органів і систем.

Продовження. Початок в № 1, 2014.

У наш час відомо близько 100 різних захворювань, походження яких значною мірою пов'язують із хронічним тонзилітом. Відсутність лікувального ефекту або нетривала ремісія при таких захворюваннях часто зумовлені тим, що лікарі не враховують патологію лімфоїдного апарату глотки як можливу причину, що провокує та підтримує пов'язані з нею хворобливі стани інших органів і систем організму. Вплив патологічно змінених мигдаликів на макроорганізм включає нервово-рефлекторний, токсичний та імунологічний компоненти.

Унаслідок змін нервово-рецепторного апарату мигдаликів, спричинених їх

хронічним запаленням, спотворюється нормальна, фізіологічна функція тонзилівісцеральних рефлексів, що зумовлює нервово-рефлекторний механізм впливу хронічного тонзиліту на формування і прогресування низки патологічних процесів. Виявлено і вивчено аферентні зв'язки піднебінних мигдаликів із найважливішими підкірковими утвореннями, зокрема із структурами гіпоталамуса. Саме ці нервові структури беруть участь у центральній регуляції природного активного імунітету, що і визначає центральну детермінацію порушень імунологічної реактивності при хронічному тонзиліті і пояснює значні зміни системного й локального імунітету при декомпенсованих формах тонзиліту. Встановлено, що

під впливом потоку аферентних сигналів з патологічно змінених мигдаликів порушується функціональний стан ядер підбугоркової ділянки і відбувається подразнення адренергічних рецепторів нейронів. Це слугує пусковим механізмом розвитку зриву вегетативного синергізму і послідовної ланцюгової дезорганізації інших нервових структур. Подібні порушення нейродинамічних процесів у певних підкіркових і кіркових відділах головного мозку називають тонзилогенним нервово-дистрофічним процесом і оцінюють як обов'язковий компонент у патогенезі будь-яких метатонзиллярних ускладнень.

Хронічний неспецифічний запальний процес у мигдаликовій тканині спричиняє



В.І. Попович

значні порушення у функціонуванні місцевого й загального імунітету. Визначається дисбаланс в імунному статусі – перерозподіл Т- і В-лімфоцитів та їх субпопуляцій, наявність циркулюючих імунних комплексів, сенсibilізація гранулоцитів до інфекційних алергенів. Циркулюючі імунні комплекси антиген-антитіло, що фактично є прикладом незавершеного фагоцитозу, мають хемотаксичну активність і підвищують протеолітичну здатність ферментів макрофагів, що призводить до лізису власної тканини мигдаликів, денатурації білків, які в результаті набувають антигенних властивостей.

Продовження на стор. 18.

На сьогодні відомо, що поряд з добре вивченим і досконало описаним впливом хронічного тонзиліту на формування стрептокок-залежної патології серця, суглобів і нирок існує велика кількість інших, пов'язаних із запальним процесом у мигдаликовій тканині хворобливих проявів.

Так, хронічний тонзиліт створює реальні передумови для розвитку дерматозів, що, найімовірніше, попри всі описані патофізіологічні впливи, пояснюються тісним функціональним зв'язком лімфоїдної тканини, асоційованої із слизовою оболонкою (MALT), та лімфоїдної тканини, асоційованої із шкірою (skin-associated lymphoid tissue – SALT). Це, зокрема, підтверджується досить високою частотою виявлення хронічного тонзиліту у пацієнтів із псоріазом та наявністю у них вираженої залежності між активністю клінічного перебігу цього захворювання і загостренням хронічного тонзиліту. Багато дослідників вважають тонзилектомію одним із найважливіших компонентів лікування хворих на псоріаз. Це втручання бажано проводити в найбільш ранні терміни розвитку дерматозу. Не слід відмовлятися і від консервативного лікування, оскільки описано одиничні випадки загострення псоріазу після тонзилектомії. Санация вогнища хронічної інфекції в мигдаликах нормалізує змінену реактивність та усуває патологічний рефлекторний вплив. Позитивний результат виявляється у стійкій ремісії або пом'якшенні клінічної картини загострень псоріазу. Хронічний тонзиліт також часто супроводжується нейродермітом, який у цьому випадку швидко набуває поширеного характеру з частими рецидивами, ускладненими піодермією. Лікування нейродерміту без санації вогнища хронічної тонзиллярної інфекції не має ефекту.

Хронічний тонзиліт відіграє важливу роль у виникненні й перебігу колагенових захворювань, таких як системний червоний вовчак, склеродермія, геморагічний васкуліт, вузликосий періартеріїт, дерматомиозит, поліартрит. Доведено подібну антигенну структуру деяких колагенозів та хронічного тонзиліту, так, наприклад, геморагічний васкуліт і хронічний тонзиліт мають спільні антигени.

Хронічний запальний процес лімфоїдного апарату глотки може призводити до розвитку захворювань очей. Так, тонзилогенна інтоксикація значною мірою здатна послаблювати їх акомодативний апарат. Тому важливим заходом попередження короткозорості й астигматизму є рання санация вогнища хронічної інфекції в мигдаликах. Хвороба Бехчета, на тлі якої виникають ураження очей, також провокується вогнищем хронічної стрептококової інфекції при тонзиліті.

Часто спостерігається поєднання патології піднебінних мигдаликів і хронічних неспецифічних захворювань дихальних шляхів. Ослаблення локальних захисних механізмів у багатьох випадках призводить до підвищення колонізаційної здатності *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* на слизовій оболонці верхніх і нижніх дихальних шляхів, які є типовими патогенами відносно їх бактеріального запалення. Так, розвиток ендогенного перибронхіту, запальних процесів носа, навіколоносових пазух і вуха провокується патологією лімфоїдного глоткового кільця. Хронічний тонзиліт може спричинити загострення

хронічного обструктивного захворювання легень, а також зумовлювати більш тяжкий перебіг цієї патології. Пульмонологи зазначають, що своєчасна санация вогнища локальної інфекції в піднебінних мигдаликах знижує частоту ускладнень при хронічних захворюваннях легень у 2,3 раза.

Описано інфекційно-токсичний механізм ураження печінки при хронічному тонзиліті. Стрептококовий токсин стрептолізін О здатний порушувати процес окисного фосфорилування в мітохондріях гепатоцитів. Унаслідок цього погіршується перебіг наявних захворювань печінки. Так, при вірусному гепатиті А найчастіше спостерігаються тяжкі й затяжні форми, а при вірусному гепатиті В є тенденція до хронізації процесу. Відомі випадки уражень жовчовивідної системи при хронічному тонзиліті.

Хронічний тонзиліт обтяжує перебіг шизофренії. У результаті аутоінтоксикаційного впливу хвороба набуває прогресивного або злоякісного характеру. Доведено етіологічну роль хронічного запалення мигдаликової тканини в розвитку синдрому хронічної втоми. Показано, що жінки на такі порушення страждають частіше, оскільки у них гіпоталамус зазнає значних функціональних навантажень.

Вогнищева інфекція в лімфоїдному апараті глотки може призвести до низки ендокринних порушень. Хронічний тонзиліт спричиняє зменшення функції острівцевого апарату підшлункової залози і виділення протеолітичного ферменту, що руйнує ендогенний і екзогенний інсулін. Як наслідок, хронічний тонзиліт може зумовлювати декомпенсацію вже наявних в організмі порушень вуглеводного обміну, призводить до наростання гіперглікемії та глюкозурії. У свою чергу обмінні порушення при цукровому діабеті формують сприятливий фон для загострень хронічного тонзиліту. Санация глоткового вогнища інфекції покращує вуглеводний обмін, що підтверджує патогенетичний взаємозв'язок цих захворювань. Деякі дослідники вважають, що консервативне лікування тонзиліту при такому поєднанні малоэффективне, і таким пацієнтам показано виконання тонзилектомії. Катамнестичні дані свідчать про те, що у хворих на цукровий діабет така операція сприяє стійкій компенсації, а в низці випадків дозволяє знизити дозу інсуліну.

При хронічному тонзиліті страждає і щитовидна залоза. Найчастіше спостерігається підвищення гормональної функції. Таке порушення пов'язане з гіперстимуляцією щитовидної залози тиреотропним гормоном гіпофіза. Наслідком цього буде збільшення концентрації тироксину в крові. Цей процес пояснюється зв'язком між функціонуванням патологічно змінених мигдаликів та гіпоталамо-гіпофізарної системи. Можливим є інший механізм ураження щитовидної залози, пов'язаний з порушеннями імунної системи. Так, у осіб з генетично детермінованою схильністю до аутоімунних захворювань можуть виникати аутоімунний тиреоїдит Хашимото, підгострий тиреоїдит де Кервена, фіброзуючий тиреоїдит Ріделя, а також гострий тиреоїдит. Встановлено, що тяжкість патологічних змін у щитовидній залозі залежить від тривалості хронічного тонзиліту й частоти його загострень. У результаті успішного лікування патології піднебінних мигдаликів можна спостерігати покращення стану щитовидної залози і нормалізацію її гормонсинтетичної функції.

Є відомості про високу частоту виявлення хронічного тонзиліту при ожирінні, що, можливо, зумовлено ураженням вентромедіальних та вентролатеральних ядер гіпоталамуса. При декомпенсованій формі хронічного тонзиліту в поєднанні з ожирінням реєструють значні порушення гормонального статусу (зниження рівня тестостерону та фолікулостимулюючого гормону і підвищення рівня лютеїнізуючого гормону). У дітей з такими порушеннями спостерігаються клінічні ознаки затримки статевих розв'язків (адіпозогенітальна дистрофія). Хронічний тонзиліт викликає зміни в гіпоталамо-гіпофізарній регуляції функції яєчників і затримує настання пубертатного періоду.

На ранніх етапах розвитку хронічного тонзиліту спостерігається компенсаторне підвищення рівня андрогенів і глюкокортикоїдів. У міру прогресування захворювання відбувається поступове виснаження функції кори надниркових залоз з усіма наслідками для організму, які з цього випливають. Доведено, що хронічний тонзиліт негативно впливає на формування репродуктивної системи у дівчаток. Загострення хронічного тонзиліту й перехід його компенсованої форми в декомпенсовану найчастіше реєструють у віці 8-10 років (період адренархе) і 12-14 років (період менархе), тобто під час активації ендокринної функції гіпофізарно-надниркової системи (адренархе) і всієї репродуктивної системи (менархе).

Проведені дослідження продемонстрували наявність безпосереднього взаємозв'язку хронічного тонзиліту, особливо його декомпенсованої форми, і порушень репродуктивної системи у жінок фертильного віку. Ці зміни характеризуються:

- порушенням продукції таких гормонів, як фолікулостимулюючий, лютеїнізуючий, лютетотропний, соматотропний, адренокортикотропний, тиреотропний;
- появою маткових кровотеч;
- гіпоменструальним синдромом та аменореєю центрального генезу.

Подібні порушення у хворих на хронічний тонзиліт можна розглядати як прояв гіпоталамо-тонзиллярного синдрому. Про ураження гіпоталамуса свідчать характерні зміни на електроенцефалограмі. Зміни гормонального фону можуть провокувати такі захворювання, як ендометріоз, аденоматоз і міома матки.

На тлі хронічного тонзиліту часто спостерігається патологія вагітності, оскільки патологічний процес у мигдаликах спричиняє істотне зниження адаптаційних можливостей організму і є чинником формування гестозів. Нерідко виникає загроза переривання вагітності та передчасних пологів. Можуть розвиватися відхилення пологової діяльності, такі як передчасне відходження навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності. Часто хронічний тонзиліт призводить до гіпогалакції у зв'язку з гіпоталамо-гіпофізарними порушеннями. Загальноприйнятим є те, що хворі з поєднаною патологією піднебінних мигдаликів і репродуктивної системи мають перебувати під постійним диспансерним наглядом як отоларинголога, так і гінеколога. У результаті успішного проведення лікування хронічного тонзиліту спостерігається схильність до позитивної динаміки гормонсинтетичної функції та клінічних ознак репродуктивних розладів.

В.І. Попович, д.м.н., професор, головний спеціаліст МОЗ України з оториноларингології, завідувач кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Хронічний тонзиліт та тонзілогенні захворювання

Продовження. Початок на стор. 16.

Потрапляючи в кров, вони викликають утворення аутоантитіл. У процесі тривалої персистенції мікрофлори відбувається індуція толерантності до неї замість активного знищення. Це зумовлює спотворення імунної відповіді у всьому організмі.

Таким чином, піднебінні мигдалики стають місцем перманентної сенсibiliзації сповільненого типу до різноманітних антигенів, зокрема мікрофлори, переважно вегетуючої в лакунах піднебінних мигдаликів – стрептокока і стафілокока.

У клінічній практиці нерідко трапляються випадки (крім специфічних процесів), коли патологія мигдаликів розвивається на тлі інших соматичних захворювань. Основним недоліком ведення таких пацієнтів є нехтування впливом супутньої соматичної патології на функціонування мигдаликів. Запальний процес, що виникає в мигдаликах за наявності іншої патології, розвивається внаслідок значних змін гомеостазу, зумовлених великою групою спадкових і набутих захворювань, які етіологічно не пов'язані з патологією мигдаликів. Відхилення в так званому імунному статусі хворих на хронічний тонзиліт у таких умовах можуть свідчити про системну імунологічну недостатність, що є підґрунтям для виникнення та слабо вираженого перебігу запального процесу в мигдаликах. У такій ситуації хронічний тонзиліт спровокований цими змінами й перебуває в безпосередньому патогенетичному причинно-наслідковому зв'язку з первинною патологією. За своєю суттю це – хвороба у хворобі, які патогенетично пов'язані між собою, взаємно обтяжують одна одну і призводять до формування так званого хибного кола, або синдрому взаємного обтяження, що є причиною низької ефективності багатьох методів лікування пацієнтів із хронічним тонзилітом.

Запальний процес, який розвивається в мигдаликах за наявності іншої патології, часто не має характерних класичних ознак хронічного тонзиліту, що значно ускладнює його інтерпретацію. Однак з урахуванням певного фону він має свої особливості перебігу. Так, при ураженні шлунково-кишкового тракту перебіг запального процесу в горлі має переважно вигляд тонзиліту і фарингіту з рецидивами ангіні. Можливо, це пов'язано із сенсibiliзацією лімфоїдної тканини через подразнення солітарних фолікулів і пейєрових пляшок, розташованих у шлунково-кишковому тракту, які разом із лімфоїдною тканиною глотки об'єднані в єдину MALT-систему. Консервативне лікування хронічного фарингіту чи тонзиліту без відповідного впливу на основну патологію рідко сприяє покращенню, а тонзилектомія часто ще й погіршує місцеvu симптоматику.

При цукровому діабеті запальний процес у мигдаликах має тенденцію до поширення на навколомигдаликові тканини. Такий перебіг узгоджується зі специфікою проявів хірургічної інфекції при діабеті, яка має схильність до стертих форм, але з вираженою місцевою альтерацією тканин. Лікування таких пацієнтів без відповідних заходів щодо терапії основного захворювання, як правило, приречене на невдачу.

При патології щитовидної залози, коллагенозах, ревматичних і багатьох інших

системних захворюваннях перебіг запального процесу в мигдаликах має схильність до загальних інтоксикаційних проявів, що характеризуються як тонзілогенна інтоксикація. У зв'язку з цим навіть виділяють особливу, так звану безангінну форму хронічного тонзиліту. Спеціалістам добре відомі труднощі лікування хворих на хронічний тонзиліт у таких умовах, коли часто навіть тонзилектомія не дає бажаного ефекту.

Клінічною моделлю такого варіанта хронічного запального процесу в мигдаликах може слугувати розвиток хронічного тонзиліту у наркоманів, що вживають наркотики парентерально, та в осіб, які отримують системну цитостатичну терапію після трансплантації. Патологія мигдаликів перебуває у прямому причинно-наслідковому зв'язку з імунodefіцитним станом, який спровокований наркоманією чи застосуванням цитостатичних препаратів, запальний процес у них має не первинний, а похідний характер, а клінічна симптоматика не відповідає загальноприйнятим уявленням про хронічний тонзиліт з його класичними місцевими й загальними проявами. Лікування цієї категорії пацієнтів завжди має консервативний характер, і практично ніколи не стоїть питання про виконання тонзилектомії.

Таким чином, прояви хронічного тонзиліту, який розвивається на тлі інших захворювань, не співвідносяться з класичними ознаками хронічного тонзиліту.

Усе вищевикладене дозволяє зробити висновок про те, що пацієнти з хронічним тонзилітом формують велику групу ризику щодо багатьох тяжких соматичних захворювань і вимагають до себе підвищеної уваги як з боку оториноларингологів, так і лікарів інших спеціальностей. Тільки завдяки такому комплексному підходу можна досягти бажаних результатів лікування та попередити виникнення як місцевих, так і загальносоматичних ускладнень у хворих на хронічний тонзиліт.

Під час вибору методу лікування хронічного тонзиліту враховують клінічну форму захворювання. Вважається загальноприйнятним, що при компенсованій формі показане консервативне лікування. Хірургічне втручання виконують в основному з приводу значної гіпертрофії мигдаликів чи неприємного запаху з рота, і воно має переважно симптоматичний характер.

Ефективність консервативного лікування хронічного компенсованого тонзиліту багато в чому залежить від вирішення трьох основних завдань.

По-перше, слід організувати режим праці та відпочинку, здорове харчування, загартовувальні процедури й помірну фізичну активність, що сприяє підвищенню захисних сил організму. По-друге, з метою відновлення місцевого імунітету необхідно дотримуватися температурного та вологісного режиму у приміщенні ($t=18-21^{\circ}\text{C}$) і вчасно санувати хронічні вогнища інфекції (карієс тощо). Не слід щодня застосовувати антибіотики та антисептики у формі льодяників, розчинів для полоскань і спреїв. У разі недотримання цієї умови порушується баланс мікрофлори на поверхні слизової оболонки, усередині мигдаликів, що призводить до зворотного ефекту – загострення тонзиліту. По-третє, відновити функціонування мигдаликів дозволяють промивання лакун антисептичними розчинами, які проводять курсами по 8-10 процедур 2 рази на рік.

Лікування пацієнтів з компенсованими формами хронічного тонзиліту дає досить високі показники – до 80-90% ефективності, особливо щодо місцевих проявів і профілактики розвитку метатонзиллярних ускладнень.

До цього часу серед отоларингологів немає єдиної думки стосовно вибору методу терапії декомпенсованих форм хронічного тонзиліту, особливо в нетипових клінічних ситуаціях.

Сучасний погляд на стратегію лікування таких форм хронічних тонзилітів полягає в більш зваженому ставленні до хірургічних методів терапії цієї патології. Зокрема, вченими Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України запропоновано метод, який передбачає визначення низки параметрів місцевого та системного імунітету для встановлення функціонального стану мигдаликів. Цей метод спрямований на виявлення стану вторинного імунodefіциту і дає підстави для призначення імунотропної терапії пацієнтам, які страждають на хронічний тонзиліт, з метою відновлення функціонального стану мигдаликів. Після проведеного лікування здійснюється повторна оцінка імунологічної функції мигдаликів і залежно від результату формуються показання до радикального – хірургічного лікування. У зв'язку з цим згідно з розробленими стандартами терапії хронічного тонзиліту до комплексного лікування включено імунорегулюючі препарати. Зазначені препарати мають чинити комплексний вплив на основні ланки патогенезу хронічного тонзиліту і відповідати певним вимогам, до яких належить здатність стимулювати неспецифічні фактори захисту, посилювати фагоцитарну активність макрофагів і гранулоцитів, підвищувати ефективність реакцій клітинного імунітету, елімінацію мікроорганізмів, забезпечувати протизапальну дію, а також бути безпечними для використання у всіх вікових групах пацієнтів.

Доцільно застосовувати фітопрепарати на основі таких лікарських рослин, як алтей, ромашка, хвощ, волоський горіх, кульбаба, деревій та кора дуба, які входять, наприклад, до складу препарату Імупрет (Біонорика). Цей препарат діє одразу в декількох напрямках: знищує збудника інфекції, усуває запалення і біль у горлі, підвищує захисні сили організму та місцевий імунітет, перешкоджає розвитку ускладнень. Незаперечною перевагою Імупрету є практично відсутність побічних ефектів, що дозволяє призначати цей фітопрепарат без обмежень як для лікування, так і для профілактики загострень тонзиліту.

Такий комплексний підхід дає змогу значно знизити медикаментозне навантаження на організм хворого, що особливо важливо під час лікування маленьких пацієнтів, а також вигідно з фінансової точки зору.

Крім того, до комплексу лікувальних заходів декомпенсованого тонзиліту необхідно включати:

- заходи, що сприяють підвищенню природної резистентності організму: правильний режим дня, раціональне харчування, загартовування, курортно-кліматичне лікування;
- заходи, які забезпечують місцевий сануючий вплив на піднебінні мигдалики: промивання лакун канюлею або гідровакуумним методом переважно

розчинами антисептичних речовин, введення в лакуни лікарських паст – лікувальне пломбування;

• заходи, що відновлюють природне самоочищення мигдаликів (нормалізація помпового механізму) – електроміостимуляція м'язів піднебінних дужок;

• фізіотерапію: ультрафіолетове опромінення; ультрафонофорез інтерферону, лізоциму гідрокортизону; УВЧ, СВЧ, «Луч-2» на щелепні лімфовузли; опромінення мигдаликів гелій-неоновим лазером; сольокс; лікування грязями; вплив електромагнітним полем тощо.

Проте коли консервативні методи впливу вичерпані і функціональний стан не відновлюється, оперативне втручання неминуче. З огляду на значний поліморфізм клінічних варіантів хронічного декомпенсованого тонзиліту показання до оперативного лікування включають кілька груп. Для всіх груп необхідною умовою є наявність місцевих проявів хронічного тонзиліту плюс:

- часті (більше 2-3 разів на рік) гострі тонзиліти з високою температурою тіла (збільшення частоти гострих тонзилітів свідчить про декомпенсацію локального імунітету);
- часті (більше 2-3 разів на рік) гострі тонзиліти з високою температурою тіла і наявністю ускладнень, пов'язаних із загостренням процесу (ревматизм, пієлонефрит, поліартрит та ін.);
- виникнення будь-якого ускладнення з боку серця, суглобів, нирок тощо унаслідок нечастих захворювань на гострий тонзиліт (ангіну) (1 раз на 5-7 років);
- відсутність випадків гострого тонзиліту (ангіни), але на тлі існуючих захворювань серця, суглобів, нирок тощо виявляють місцеві ознаки хронічного тонзиліту, і є зв'язок загострення тонзиліту з погіршенням перебігу цих захворювань.

У рамках хірургічного лікування виконують тонзилектомію, або повне видалення мигдаликів разом із капсулою. За наявності протипоказань до так званого «кривавого» хірургічного втручання використовують кріо- або лазерну тонзилектомію. Напівхірургічні методи – тонзилотомія, гальваноакустика, діатермокоагуляція мигдаликів, лакунотомія – не набули широкого застосування. Загалом напівхірургічні методи є нефізіологічними, оскільки, частково зберігаючи тканину мигдалика, порушують лакунарну систему, помповий механізм очищення мигдалика, руйнують анатомо-функціональну одиницю мигдалика – криптолімфон. Після такого втручання лімфаденоїдна тканина не здатна повноцінно виконувати свої функції.

Хірургічне лікування хворих з декомпенсованими формами хронічного тонзиліту у вигляді рецидивів ангіні дозволяє досягти досить високих показників ефективності. У післяопераційному періоді до 80-90% пацієнтів повідомляють про їх повну відсутність. Високою є ефективність хірургічної терапії і з огляду профілактики розвитку метатонзиллярних ускладнень. У пацієнтів з уже існуючими метатонзиллярними ускладненнями тонзилектомія сприяє полегшенню перебігу цих захворювань і підвищенню ефективності їх консервативного лікування.

Таким чином, питання ведення хворих на хронічний тонзиліт є проблемою не тільки отоларингологічною, а й загально-терапевтичною та імунологічною, оскільки неадекватне лікування цієї патології призводить до розвитку низки ускладнень та синдромів з боку інших органів, які значно погіршують якість життя пацієнтів і часто є причиною інвалідності.